

# Службен весник

## на Република Македонија

Број 14

25 јануари 2013, петок

година LXIX

[www.slvesnik.com.mk](http://www.slvesnik.com.mk)

[contact@slvesnik.com.mk](mailto:contact@slvesnik.com.mk)



### СОДРЖИНА

	Стр.		Стр.
		<b>Педијатрија</b>	
511.		<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази при хипертензија во детска возраст.....	<b>4</b>
512.		<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази при толкување на белодробни функционални тестови.....	<b>7</b>
513.		<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази при акутен максиларен синусит.....	<b>13</b>
514.		<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази при анализа на коскена срцевина.....	<b>18</b>
515.		<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази при главоболка кај децата.....	<b>22</b>
516.		<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази кај дете со пруритус.....	<b>29</b>
	517.	<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази при дијареја и повраќање во детска возраст.....	<b>32</b>
	518.	<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази при железо - дефицитна анемија.....	<b>36</b>
	519.	<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази при изложеност на туберкулозна инфекција.....	<b>40</b>
	520.	<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази при нарушувања поврзани со земање на храна кај деца и адолесценти.....	<b>44</b>
	521.	<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази при пневмонии во детството.....	<b>50</b>
	522.	<b>Упатство</b> за практикување на медицина заснована на докази при повреди на глава кај деца.....	<b>53</b>

		Стр.		Стр.	
523.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при превенција на бактериски ендокардитис.....	56	537.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази за заштита на кожата од замрзнување, сонце и исушување во дерматологијата.....	109
524.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при презентација на BCG (Bacille Calmette–Guérin) лузни кај деца.....	60	538.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при еризипелоид во дерматологијата.....	112
525.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при синусит кај деца.....	63	539.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при келоид во дерматологијата.....	115
526.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при тикови во детството.....	67	540.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при алергија на латекс.....	118
527.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при тонзилит и фарингит кај деца.....	71	541.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при алергиски дерматитис.....	122
528.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при тромбоцитопенија.....	74	542.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при дерматитис на дланка.....	125
529.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при хемолитичка анемија.....	79	543.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при дерматитис на нозе.....	130
530.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при шум на срце кај дете.....	84	544.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при нумуларна егзема.....	134
531.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при ларингитис кај деца.....	88	545.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при пречувствителност на лекови.....	137
	<b>Дерматологија</b>		546.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при токсична егзема (иритантен дерматитис).....	144
532.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при хеилитис во дерматологијата.....	91	547.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при уртикарија.....	147
533.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при контагиозен молускум во дерматологијата.....	93		<b>Физикална медицина</b>	
534.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при јадеж во аналната регија во дерматологијата.....	96	548.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при декуервен-ово (De Quervain) заболување и други тендинитиси на рачен зглоб и подлактица.....	151
535.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при себороичен дерматитис во дерматологијата.....	98	549.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при тиецов (Tietze) синдром.....	155
536.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при промени во устата при кожни болести.....	101	550.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при ахилова тендинопатија и руптура на ахилевата тетива.....	158
			551.	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при болка во петицата.....	162

	Стр.		Стр.
552.		567.	
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при болка во потколеницата.....	166	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при инфекции во постарата возраст.....	223
553.		568.	
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при болка во препоните.....	169	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при контролни прегледи на постарите лица.....	227
554.		569.	
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при болни состојби на глуждот и стапалото кај возрасни.....	172	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при нутритивни нарушувања кај постарите лица.....	231
555.		570.	
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при бурзитис (патела и лакот).....	175	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при падови кај постарите лица.....	236
556.		571.	
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при лумбална спинална стеноза.....	178	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при преглед на употребата на лекови кај постари пациенти.....	243
557.		572.	
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при лунатомалација-кинбек-ова (Kienböck) болест.....	184	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при процена на физичката и на менталната функција.....	249
558.		573.	
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при нарушувања на ротаторната манжетна на рамото.....	186	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при хипертензија во постарата возраст.....	255
559.			<b>Пулмологија</b>
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при нарушувања на тетивата на бицепс.....	192	574.	
560.		Упатство за практикување на медицина заснована на докази при акутен бронхитис.....	259
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при преглед на рамениот зглоб.....	196	575.	
561.		Упатство за практикување на медицина заснована на докази при бронхиектазии.....	264
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при проблеми со грбот кај деца.....	199	576.	
562.		Упатство за практикување на медицина заснована на докази при дијагностицирање на туберкулоза...	267
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при синдром на карпален тунел (СКТ)...	203	577.	
563.		Упатство за практикување на медицина заснована на докази при еозинофилна пневмонија.....	271
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при синдром на торакален отвор.....	207	578.	
564.		Упатство за практикување на медицина заснована на докази при ехинококоза.....	274
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при трохантерична болка.....	210	579.	
		Упатство за практикување на медицина заснована на докази при заболувања поврзани со азбест.....	277
		580.	
<b>Геријатрија</b>		Упатство за практикување на медицина заснована на докази при плеурални изливи - торакоцентеза...	282
565.		581.	
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при делириум кај постари.....	213	Упатство за практикување на медицина заснована на докази при силикоза.....	286
566.			
Упатство за практикување на медицина заснована на докази при депресија во старата возраст.....	218		

**МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО****ПЕДИЈАТРИЈА**

511.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**УПАТСТВО****ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ХИПЕРТЕНЗИЈА  
ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ****Член 1**

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при дијагноза на хипертензија во детска возраст.

**Член 2**

Начинот на водење на дијагнозата на хипертензијата во детска возраст е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагноза на хипертензија во детска возраст по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагнозата, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-5211/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ХИПЕРТЕНЗИЈА ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ**

МЗД Упатство  
03.08.2009

- Основно правило
- Клинички преглед
- Етиологија и диференцијална дијагноза
- Референци

**ОСНОВНО ПРАВИЛО**

- Есенцијалната хипертензија е ретка појава кај децата и адолесцентите. Затоа треба да се бара секундарна причина за зголемен крвен притисок, на пример, ренална болест, коарктација на аорта, ендокрини причини, зголемен интракранијален притисок и друго. Не се започнува медикаментозен третман за висок крвен притисок сè додека не се спроведат испитувања за етиологијата од страна на специјалист.
- Ако крвниот притисок во неколку мерења ја надминува вредноста на 95-тиот перцентил за возраста, потребно е да се спроведат дополнителни испитувања од страна на специјалистот (табела бр. 1).

**Табела бр. 1. 95-ти перцентил за систолен и дијастолен крвен притисок**

Возраст (години)	95-ти перцентил (mmHg)
< 1	110/60
1-5	115/75
6-10	125/85
11-18	140/90

**КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД**

- Дијагнозата на системска хипертензија треба да се базира на повторувани мерења на крвниот притисок во период од неколку дена. Вредностите на крвниот притисок на десната рака треба да се мерат најмалку во три наврати. Манжетната треба да покрива 75% од циркумференцијата на раката. Употребата на премногу тесни манжетни води до неточно висока вредност на крвниот притисок. Дијастолниот крвен притисок се дефинира со исчезнување на звуците на Korotkoff (K5). Ако звуците не исчезнат, се зема вредноста измерена во точката каде тие стануваат помеки (K4).
- Осцилометриските инструменти за мерење на крвниот притисок може да покажат вредности кои лесно се разликуваат од оние кои се добиени со сфингоманометар (кој е стандарден метод). Така, барем за граничните случаи, треба да се користат сфингоманометри.
- Плачењето го зголемува крвниот притисок. Некогаш треба да се направи напор и да се овозможи мерење на крвниот притисок кога детето спие.
- Ако детето има висок крвен притисок и систолен шум, неопходно е да се измери крвен притисок на ногата (со сфингоманометар) за да се исклучи или потврди коарктација на аортата. Кога се користи осцилометриски инструмент, крвниот притисок се мери над

нивото на малеолусот. Систолниот притисок на ногата нормално е барем толку висок колку и систолниот притисок мерен на раката (ннд-С).

- Аускултација на срце
- Палпација на абдоменот (ренални цисти, тумори)
- Побарај знаци за ендокрини болести (хабитус типичен за Cushing-ов синдром, пигментација) и знаци за Turner-ов синдром (низок раст).

## ЕТИОЛОГИЈА И ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

### Новороденче и доенче

- Коарктација на аорта
- Конгенитални малформации на бубрезите
- Стеноза (или тромбоза) на реналната артерија

### 1-10 години

- Ренална паренхимна болест
- Коарктација на аорта
- Стеноза на ренална артерија

### 11-18 години

- Ренална паренхимна болест
- Коарктација на аорта
- Есенцијална хипертензија (ретко, но секогаш треба да се исклучи секундарна хипертензија!)

## РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Eero Jokinen

Article ID: ebm00644 (031.011)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com) , 03.08.2009**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2015 година.**

512.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ТОЛКУВАЊЕ**  
**НА БЕЛОДРОБНИ ФУНКЦИОНАЛНИ ТЕСТОВИ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на толкување (интерпретација) на белодробни функционални тестови преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на толкување (интерпретација) на белодробни функционални тестови е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на толкување (интерпретација) на белодробни функционални тестови по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на толкувањето (интерпретацијата), при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-5227/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**БЕЛОДРОБНИ ФУНКЦИОНАЛНИ ТЕСТОВИ**

МЗД Упатство

06.08.2010

- Врвен експираторен проток (PEF, PEFR)
- Спирометрија
- Бронходилататорен тест
- Типични профили
- Референци

**ВРВЕН ЕКСПИРАТОРЕН ПРОТОК (PEF, PEFR)****Основно правило**

- PEF го дава воздушниот проток во големите дишни патишта. Тој не е многу сензитивен или специфичен тест, меѓутоа е евтин и е едноставен за изведување.
- Намалени вредности на PEF можат да сугерираат хронична опструктивна белодробна болест (ХОББ) кај пушачи.

**Индикации**

- Скрининг на белодробната функција
- Дијагноза на астма
  - Мониторирање на дневната варијација на опструкција на дишните патишта
  - Мониторирање на одговор на бронходилататорна терапија во домашни услови
  - Мониторирање на белодробната функција на работно место
  - Бронхијални провокациски тестови
  - Следење на астма
- Сомнение за ХОББ
- Диференцијална дијагноза меѓу астма и ХОББ

**Мерење на PEF**

- Пациентот стои.
- Се прави максимален краток експириум по максимален инспириум.
- Пациентот ги затвора усните околу продолжетокот за уста на PEF-метарот.
- Тестот се повторува најмалку трипати или повеќе пати ако разликата меѓу двете најдобри мерења е повеќе од 20 L/min.
- Се забележува најдобрата вредност од мерењата.
- Резултатите се компарираат со референтните вредности за PEF според возраста, полот и висината.

**Дијагностичко PEF мониторирање во домашни услови**

- Прва недела
  - PEF се мери наутро и напладне/навечер (секогаш во исто време од денот) и за време на епизоди на диспнеа и кашлица.
  - Бронходилататори се користат само по потреба.
- Втора недела



- PEF се мери наутро и напладне/навечер пред инхалација на бронходилататор (обично бетасимпатомиметик) и 15 минути подоцна.
- При следење не е секогаш потребна ваква категоризација; во некои случаи веднаш е потребно примање на медикаментот. Мерењето на PEF, исто така, треба да се изведе и во други случаи, при присуство на симптоми (експозиција, напор и др.)
- Интерпретација
  - Ако разликата меѓу највисоката и најниската вредност поделена со нивната средна вредност надминува 20% (и изнесува најмалку 60 L/min) силно ја поддржува дијагнозата на астма.
  - Ако вредностите се подобруваат за 15% или повеќе од иницијалната вредност во најмалку 3 случаи и се најмалку 60 L/min над иницијалната вредност, подобрувањето е сигнификантно и сугерира астма.
  - Намалените вредности на PEF во отсуство на дневна варијација може да сугерира ХОББ, меѓутоа, наодот не е специфичен.
  - Мерењето на PEF би требало да биде секогаш во исто време од денот. Најголемата разлика во 24-часовната варијација се јавува меѓу дувањето рано наутро и доцна попладне.

## СПИРОМЕТРИЈА

### Основно правило

- Спирометријата се користи за одредување на белодробните волумени (статична спирометрија) или за одредување на промени во белодробните волумени во функција на време или проток (динамична спирометрија).

### Индикации

- Дијагноза и следење на опструктивни белодробни болести (астма, ХОББ).
- Дијагноза и следење на рестриктивни белодробни болести (болести на белодробниот паренхим).
- Проценка на работната способност.
- Проценка на можноста за хируршки интервенции.
- Мониторирање на ефектот од радиотерапија, операции или медикаментозна терапија.

### Подготовка за испитувањето

- Да не се пуши најмалку 4 часа пред испитувањето.
- Да не се конзумира тежок оброк, кафе или газирани пијалаци најмалку 2 часа пред испитувањето.
- Избегнување на физички напор и вдишување на ладен воздух најмалку 2 часа пред испитувањето.
- Мирување најмалку 15 минути .
- Терапијата би требало да биде прекината ако испитувањето има за цел поставување на дијагноза:
  - Бета-симпатомиметици, антихолинергици, антагонисти на леукотриенските рецептори во текот на 1 до 4 дена
  - Теофилин, комбинирани препарати, антигусици во текот на 3 дена
  - Кортикостероиди: ефектот е долготраен и тешко се одредува (со недели). Не би требало да се започне редовна кортикостероидна терапија пред да биде потврдена дијагнозата на астма.
  - Не е потребно да се прекинат антихистаминиците при дијагностичка спирометрија
- Поради дневната варијација контролното испитување би требало да се изведува секогаш во истото време на денот ако е можно тоа.

**Контраиндикации**

- Акутна респираторна инфекција во претходните 2 недели.
- Тешка исхемична срцева болест.
- Тешка аритмија (која е можно да се провоцира со бронходилататорниот тест)

**Апаратура**

- Спиromетри за лабораториско користење и спиromетри со мала димензија (цебен спиromетар).
- Апаратурата би требало да ги исполнува стандардите за квалитет на Европското респираторно здружение.
- Посебно внимание на контрола на квалитетот.
  - Едукација (и напредно усовршување) на персоналот.
  - Калибрација на апаратурата и редовно одржување
  - Референтни вредности според полот, возраста и висината.

**Методи и параметри**

- Статична спиromетрија
  - Најважен параметар е виталниот капацитет (VC)
  - Се преферира одредување на инспираторен витален капацитет (максимален бавен инспириум по максимален експириум)
  - Се забележува највисоката од трите утврдени вредности
  - Разликата меѓу двете највисоки вредности не смее да надминува 0,2 литри.
- Динамична спиromетрија (волумен-време крива)
  - Брз и комплетен експириум по максимален инспириум
  - Параметри:
    - Форсиран витален капацитет (FVC)
    - Форсиран експираторен волумен во прва секунда (FEV<sub>1</sub>)
    - Процент на FEV<sub>1</sub> од FVC (FEV%)
  - Резултатите се приспособени според телесната температура (BTPS) бидејќи издишаниот воздух е изладен на неговиот пат до спиromетарот.
  - Највисокиот и следниот по него висок FEV<sub>1</sub> и FVC не смеат да се разликуваат меѓу себе за повеќе од 4%. Не би требало да се печати вредност која е неверојатна.
- Динамична спиromетрија (проток-волумен крива)
  - Се изведува на еднаков начин како волумен-време крива
  - Параметри:
    - FVC, FEV<sub>1</sub>, FEV%
    - Врвен експираторен проток (PEF).
    - Проток на волумени на 75, 50 и 25% од FVC (MEF<sub>75</sub>, MEF<sub>50</sub>, MEF<sub>25</sub>).
  - PEF и MEF<sub>75</sub> се зависни од дијаметарот на големите дишни патишта, мускулниот напор за време на експириумот и растегливоста на белите дробови.
  - MEF<sub>50</sub> и MEF<sub>25</sub> во поголема мерка се зависни од дијаметарот на средните и малите дишни патишта, растегливоста и мускулниот напор.
  - MEF<sub>50</sub> и MEF<sub>25</sub> се асоцирани со неколку можности за грешка. Дијагнозата на ХОББ и астма се базира на вредноста на FEV<sub>1</sub>/FVC.
  - Се забележуваат вредностите од неколку респираторни циклуси. Графиконите кои се разликуваат од повеќето слични графикони не се земаат предвид.

## БРОНХОДИЛАТАТОРЕН ТЕСТ

### Индикации

- Детекција на реверзибилната опструкција во дијагноза на астма.
- Проценка на адекватноста на медикаментозната терапија за астма: пациентот би требало да ја прима својата редовна терапија (треба да се биде сигурен дека пациентот го примил медикаментот и да се забележи во кое време го примил).

### Изведување на тестот

- Се изведува спирометрија или се одредува вредноста на PEF пред инхалација на бета-симпатомиметик (на пример, 0,4mg салбутамол) и 10 минути по инхалација.

### Интерпретација

- Промени во однос на иницијалната вредност и минимални промени кои сугерираат астма:
  - FEV<sub>1</sub> 15% (0,20L)
  - VC и FVC 15% (0,25L)
  - PEF 15% (најмалку 60L/min, мерено со PEF-метар).

## ТИПИЧНИ ПРОФИЛИ

### Астма

- FEV<sub>1</sub>, FEV%, PEF (исто така, и MEF<sub>50</sub> или MEF<sub>25</sub>) е намален или привремено нормален кај лесна или добро контролирана астма.
- VC, FVC се обично нормални.
  - FVC може да биде намален ("динамична рестрикција") кај тешка астма каде што VC може да биде јасно поголем од FVC, а FEV% може да е нормален.
- Кај бронходилататорниот тест може да се види сигнификантен одговор.
- MEF<sub>50</sub> и MEF<sub>25</sub> се многу сензитивни во зависност од варијациите на техниката на експириум. Патолошките резултати на MEF<sub>50</sub> и MEF<sub>25</sub> во отсуство на сигнификантни абнормалности на FEV<sub>1</sub>, FEV% и PEF не се дијагностички.

### Хронична опструктивна белодробна болест (ХОББ)

- FEV<sub>1</sub>, FEV% или PEF е:
  - Континуирано намален, или нормален кај лесна ХОББ.
- MEF<sub>50</sub> и MEF<sub>25</sub> се:
  - Често намалени во раниот стадиум на болеста, пред појава на клинички симптоми (опструкција во мали дишни патишта)
  - Особено кај емфизем вредностите на MEF<sub>50</sub> и MEF<sub>25</sub> можат да бидат многу ниски ("колапс").
- FVC често е намален ("динамична рестрикција")
- Не се опсервира сигнификантен одговор при бронходилататорен тест.

### Рестриktivна белодробна болест

- Причини:
  - Белодробна паренхимна болест (алвеолитис, фиброза)
  - Екстрапулмонални причини (плеврални атхезии, плеврален излив, деформитети на градниот кош, обезност).
- VC и FVC се намалени.
- FEV<sub>1</sub> и PEF се намалени (но FEV% е нормален)
- Не се опсервира сигнификантен одговор при бронходилататорен тест.

#### Проценка за можност за хируршки зафат

- Основно правило: FEV<sub>1</sub> би требало да надминува 1 литар за изведување на хируршки зафат.
- Вредностите треба да бидат компарирани со референтните вредности (пол и возраст на пациентот).

#### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Vuokko Kinnula

Article ID: ebm00112 (006.007)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com) , 6.8.2010**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до март 2015 година.**

**513.**

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**АКУТЕН МАКСИЛАРЕН СИНУЗИТ**

**Член 1**

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на акутен максиларен синусит.

**Член 2**

Начинот на згрижувањето на акутен максиларен синусит е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

**Член 3**

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување на акутен максиларен синусит по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

**Член 4**

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6586/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**АКУТЕН МАКСИЛАРЕН СИНУЗИТ**

МЗД Упатство  
4.5.2009

- Основни податоци
- Дефиниција и епидемиологија
- Симптоми
- Причини
- Дијагноза
- Терапија
- Следење
- Откривање на предиспонирачки фактори кај рекурентен синусит
- Индикации за специјалистичка консултација
- Хируршки третман
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Во текот на првите 10 дена од обична настинка не се индицирани антибиотици или дијагностички имаџинг техники за дијагностицирање на синусит.
- Синусит се дијагностицира со ултразвучен преглед на синусите кај возрасни и кај деца постари од 7 години.
- Антибиотици се индицирани само кај пациенти со симптоми на настинка која трае подолго од 7 дена и со течна содржина во максиларниот синус.
- Синуситот е препознаен како причина за влошување на симптомите на астма.
- Кај рекурентен синусит барајте причина за предиспонирачки фактор.

**ДЕФИНИЦИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

- Вообичаено, максиларниот синусит се означува само како "sinusitis" иако инфекцијата може да афектира и други синуси. Во практика акутен синусит може да се дијагностицира ако се детектира ретенција на течност во максиларниот синус кај пациент со симптоми.
- На синуситот му претходи вирусна инфекција на горниот респираторен тракт. Обична настинка се комплицира со синусит кај помалку од 5% од случаите.
- Предиспонирачки фактори за синусит се алергичен или вазомоторен ринит и структурни абнормалности. Опструкција на остиумот и дисфункција на цилините се најважните фактори во патофизиологијата.
- Поради развојната анатомија, синуситот ретко може да се смета за посебна болест кај деца помали од 3 години.

**СИМПТОМИ**

- Лицева болка над инфицираниот синус и главоболка
- Гноен секрет од носот
- Пролонгирана кашлица, ринитис и носна опструкција
- Нарушено чувство за мирис
- Често без симптоми

## ПРИЧИНИ

- Наемophilus: 30–40%
- Pneumococci: околу 20–30%
- Други: Moraxella, streptococci, вируси, анаероби, други бактерии

## ДИЈАГНОЗА

- Ултразвучен преглед на синусите е доволно веродостоен кај возрасни и кај деца над 7 години, но за да се направи прегледот потребно е искуство (ннд-В). Точноста на детекција на ретенцијата на течности во најдобар случај е 80-90%.

## ТЕРАПИЈА

- Терапија на избор за симптоми кои траат подолго од 1 недела е третман со антибиотици во текот на 7 дена.
- Ако пациентот има силни болки и чести повторувачки епизоди на синусит, како третман може да се предложи лаважа.
- Лек на избор е Amoxicillin
  - 500-750mg x 2 за возрасни
  - 40-50mg/kg/24h поделено во 2 дози
- Ако првиот лек на избор нема ефект ( и лекот не се дава врз основа на култура на исцедок од синус и на сензитивноста на патогенот) алтернативно може да се користи:
- doxycycline (иницијална доза 150-200mg а после 100-150mg x 1) или amoxicillin-клавулонска киселина ( за возрасни 750-875mg x 2, за деца 20mg/kg/ден поделено во две дози).
- Како втора алтернатива се вклучува trimethoprim-sulphamethoxazole, втора генерација цефалоспорини и макролиди со широк спектар како azithromycin, clarithromycin и roxithromycin. Новите кинолони треба да се чуваат за резистентни видови на пнеумококи. Конзервативна терапија на функционалните нарушувања (запушен нос) се состои од локални деконгестиви максимум 7 дена.
- Стероидите се од корист кај рекурентен и хроничен синусит (ннд-В).
- Препаратите што содржат псеудоефедрин и антихистаминик може да се користат како дополнителна терапија.
- Плакнењето со солена раствор има субјективно олеснување.
- Ако симптомите траат по антибиотската терапија, пациентот треба задолжително да се врати на контролен преглед. Ако има течност во синусите според ултразвукот или рендгенографскиот преглед, може да се направи максиларна лаважа.

### Максиларна лаважа

- Како солуција за локална анестезија се користи 4% лидокаин. 2-3 капки на адреналин (1:1000) се додаваат на секои 5mL. Анестетикот се аплицира под concha inferior. Анестезија се постигнува после 20 минути.
- Пункција се прави со права игла со мандрен. Се пунктира на местото на инсерција на concha inferior 2-3cm од отворот на носот.
- Физиолошки раствор на телесна температура се ињектира во синусот, која преку остиумот истекува во назалниот кавитет. Силен отпор при ињектирање може да се должи на вискозна мукоза или опструкција на остиумот. Зголемување на притисокот со сила може да доведе до компликации. Не ињектирајте воздух во синусот.

## СЛЕДЕЊЕ

- Ако симптомите се ублажат и на преглед со ултразвук не се детектира течност, нема потреба од понатамошен третман.

### ДЕТЕКТИРАЊЕ НА ПРЕДИСПОНИРАЧКИ ФАКТОРИ КАЈ РЕКУРЕНТЕН СИНУЗИТ

- Алергичен ринит (историја, назалана еозинофилија)
- Едем на мукозата, полипи, девијации на септумот (предна риноскопија)
- Состојба на забите (синуситис од дентално потекло)
- Зголемување на аденоидите (крчење, дишење на уста)

### ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

- Ако третманот не доведе до подобрување за 4 до 6 недели.
- Деца со перзистентен синусит по два третмана со антибиотици.
- Возрасни со повеќе од 3 рецидиви во 6 месеци, или со хроничен синусит (перзистентна секреција покрај 5 повторени лаважи)
- Инсерција на туби за лаважа е специјалистичка процедура. Тубите не треба да се чуваат аплицирани повеќе од 3 недели. Нова консултација е индицирана во случај на перзистентна секреција.

### ХИРУРШКИ ТРЕТМАН

#### Индикации

- Рекурентен акутен синусит
- Одлуката за операција се базира на дијагностичка ендоскопија и компјутерска томографија на синусите.

#### Операција

- Ендоскопска фенестрација (ФЕС): се отстранува инфламираната мукоза од предниот етмоидален синус и се проширува природниот максиларен синусен отвор.

#### Резултати

- Лечењето на мукозата води кон обновување на цилијарната активност и прекин на *circulus vitiosus*.
- Синуситот може да се повтори дури и по ФЕС.

#### Третман на синусит по операција

- Вообичаено, не е потребна лаважа под *concha inferior*, но претходна операција не е контраиндикација за оваа процедура.

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

#### Кохранови прегледи

- Интраназалните стероиди како монотерапија или како дополнителна терапија е ефективна кај акутен синусит (ннд-А).



- Антибиотиците имаат мал тераписки ефект на некомплицирани акутни синусит кај пациенти во примарната здравствена заштита за симптоми кои траат подолго од 7 дена. Сепак, 80% од пациентите кои се третирани со плацебо, исто така, имаат подобрување во текот на две недели (ннд-А)

Author: Jouko Suonpaa

Article ID: ebm00870 (038.031)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com), 4.5.2009**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање 2015 година.**

514.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ АНАЛИЗА НА КОСКЕНА СРЦЕВИНА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на анализа на коскена срцевина.

Член 2

Начинот на анализа на коскена срцевина е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на анализа на коскена срцевина по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на анализата, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6587/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**АНАЛИЗА НА КОСКЕНА СРЦЕВИНА**

МЗД Упатство  
1.6.2009

- Основни податоци
- Цели
- Индикации за аспирација
- Индикации за трепанобиопсија
- Пункција
- Интерпретација
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Анализата на коскената срцевина е едноставно и евтино амбулантско испитување. Таа е потребна за потврдување или исклучување на хематолошка малигна болест.
- Истовремено се препорачува анализа на периферна размаска. Ако е неопходно анализата на коскената срцевина треба да биде надолнетата со трепанобиопсија.

**ЦЕЛИ**

- Аспирацијата на коскената срцевина има централна улога во испитувањето на болестите на крвта. Понекогаш испитувањето на коскената срцевина има прогностичка вредност и овозможува мониторирање на одговорот на третманот (посебно во болнички услови).
- Дијагнозата на некои болести единствено или неопходно е базирана на испитувањето на коскената срцевина. Тука се вбројуваат: мегалобластна анемија, леукемии, миелодиспластичен синдром, мултипен миелом, Waldenström-ова макроглобулинемија, метастази во коскената срцевина и некои болести на таложее.
- Исто така, анализата на коскената срцевина ја комплетира сликата за некои болести како апластична анемија, агранулоцитоза, идиопатска тромбоцитопенична пурпура и хиперспленизам.

**ИНДИКАЦИИ ЗА АСПИРАЦИЈА**

- Недефинирана анемија
- Недефинирана тромбоцитопенија
- Леукоцитопенија, леукоцитоза
- Недефинирана лимфаденопатија, спленомегалија, хепатомегалија
- Фебрилност од непознато потекло
- (Суспектна) засегнатост на коскената срцевина од:
  - Хематолошка малигна болест
  - Метастази
- Следење на хемотерапија
- Стејдирање на лимфоми
- Локална коскена болка
- Метаболна болест на коските

**ИНДИКАЦИИ ЗА ТРЕПАНОБИОПСИЈА****Потребно**

- Не е добиен аспират
  - Сува пункција
  - Аспирирана крв
- Миелофиброза
- Некроза на коскена срцевина
- Метаболна болест на коските
- Апластична анемија
- Стадиум на лимфом (стејдирање)

**Корисно**

- Барање на метастази во коскена срцевина
- Грануломи
  - Туберкулоза
  - Саркоидоза

**ПУНКЦИЈА**

- Кај адулти место за аспирациона биопсија е sternum и crista iliaca.
- Примерок при трепанобиопсија секогаш се зема од crista iliaca posterior.
- Кај деца, на возраст од новороденче до 1-2 години, место за аспирација е границата помеѓу средната и горната третина на тибија. Кај поголеми деца место за пункција е crista iliaca posterior. Овде може да се пунктираат и деца помали од 2 години.

**ИНТЕРПРЕТАЦИЈА**

- Предуслов за успешна анализа на коскената срцевина е добра соработка помеѓу лекарот и пациентот.
- Испитувачот мора да добие информации за:
  - клиничката слика ( и лекувањето)
  - големината на слезината и црниот дроб, жолтица
  - состојбата на лимфните жлезди
  - моменталната крвна слика, хемоглобин, хематокрит, MCV, MCH, број и диференцијација на леукоцити, број на тромбоцити. Кај анемија бројот на ретикулоцити, исто така, е корисен.
- Целосна соработка подразбира истражувачот да е јасен во однос на објавените резултати. Итен контакт е потребен доколку наодот бара итен третман. Затоа лекарот мора да биде информиран за името и телефонскиот број (fax, e-mail) на лекарот одговорен за пациентот.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

24.5.2007

**Интернет извори**

- Goldberg C, Sacher R. Bone marrow aspiration and biopsy. eMedicine 1

Автори:

Овој извадок е креиран и ажуриран од Издавачкиот тим на ЕБМГ ( EBMG Editorial Team )

Article ID: rel00405 (015.001)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors: Sanna Siitonen

Article ID: ebm00305 (015.001)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

**EBM Guidelines, 1.6.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**

**Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**

**Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**

515.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ГЛАВОБОЛКА КАЈ ДЕЦАТА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување на главоболката кај децата преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на медицинско згрижување на главоболка кај децата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на главоболка кај децата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6588/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ГЛАВОБОЛКА КАЈ ДЕЦА**МЗД Упатство  
28.4.2010

- Основни податоци
- Примарни испитувања
- Понатамошни испитувања
- Мигрена
- Тензиска главоболка
- Други типови главоболка
- Нефармаколошки третман
- Фармаколошки третман
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Спорадичните главоболки се вообичаени и не бараат дополнителни истражувања или третман.
- Репетирачките главоболки налагаат проценка од лекар, во повеќето случаи ова може добро да биде направено во примарна здравствена заштита.
- Внимателно земена анамнеза, добро направен клинички преглед, избор на соодветен лек и соодветно следење се темел на добар третман.
- Неврорадиолошките испитувања треба да се земат предвид кај предучилишни деца, кај деца со кратка историја за главоболка, кај деца со повраќање без придружна главоболка или со абнормален клинички наод.

**ПРИМАРНИ ИСПИТУВАЊА**

- Комплетна анамнеза
  - Состојбата во семејството;
  - Училиште, хоби, пријатели. Појавата на главоболката се зголемува со почетокот на училишната настава (ннд-С).
  - На почетокот на училишната настава мигрената се сретнува кај 3 до 5% од децата, а на возраст над 10 години кај 10 до 15% од децата.
- Навики во исхраната и спиењето, времетраење на сонот;
- Вообичаени реакции кај детето на стресни ситуации;
- Фактори што ја влошуваат или намалуваат главоболката;
- Семејна историја на главоболки;
- Други болести и нивно лекување;
- Внимателен соматски и невролошки преглед:
  - Невролошкиот преглед вклучува и евалуација на моторните функции на детето (баланс, координација, мускулна сила, можна латерализација), на кранијалните нерви (посебно страбизам, оптички нерв) и на општиот развој. Палпацијата на главата и на вратните мускули може да открие мускулна тензија или слабост на местата на инсерција на мускулите.
  - Преглед на видот и очното дно, мерење на крвен притисок;

- Проценка на растот користејќи крива на раст и криви на раст за обем на глава кај мали деца;
- Испитување на максиларните синуси (ултразвучен или радиолошки преглед) особено ако детето има симптоми на алергија која ги афектира дишните патишта или тенденција за рекурентни инфекции.
- Серумско С-реактивен протеин (CRP) или седиментација на еритроцити кај деца со симптоми на инфекција.

### ПОНАТАМОШНИ ИСПИТУВАЊА

- Мнозинството од децата со главоболка може да се следат во примарната здравствена заштита ако биде посветено соодветно внимание на нивната состојба.
- Ако историјата на главоболките е кратка, пациентот треба да се следи неколку месеци, за да се утврди дека симптомите не се прогресивни.
- Индикации за компјутеризирана томографија или магнетна резонанција вклучуваат:  
ноќна или утринска главоболка асоцирана со повраќање кое се јавува, исто така, и без главоболка;
  - нарушена свест асоцирана со главоболка;
  - прогресивна главоболка во текот на неколку недели или месеци;
  - промени во однесувањето и расположението кај детето;
  - ретардација на нормалниот развој и раст;
  - абнормални клинички наоди (страбизам, нарушување во видот, дефекти во видното поле, диплопија, едем на папила, тешкотии во голтањето, нарушена рамнотежа или координација или клонични тетивни рефлекси).
- Методите на визуализација треба да се предвидат и во следните случаи:  
Кај дете на возраст < 5 години;  
Ако физичката активност или кашлицата ја влошува главоболката.
- Консултација на офталмолог
  - Индицирана при страбизам и рефракторни аномалии.
- Консултација со стоматолог
  - Инфекции на заби и вилицы, протези на забало
- Електроенцефалографија (ЕЕГ)
  - Индицирано кај суспектна епилепсија

### МИГРЕНА

- Дијагностичките критериуми за мигрена во детството се исти како и за адултите. Децата може да имаат обична мигрена или мигрена со аура.
- Почетокот обично коинцидира со почеток на предучилишната или училишната настава (ннд-С). На училишна возраст преваленцата на мигрената и главоболките постепено се зголемува сè до раниот пубертет.
- Постои силна херeditарна предиспозиција.
- За време на типичните напади детето навистина е болно, преферира да престојува во темна тивка соба и не сака да игра. По нападот однесувањето на детето е нормално.
- Нарушување во видот, тешкотии во говорот, парестезии или парализи може да бидат асоцирани со мигрена во детството. Ако аурата или абнормални невролошки знаци се асоцирани со мигренозниот напад, тие му претходат на нападот, а исчезнуваат со појава на главоболката.
- Ако симптомите на аура траат подолго од еден час или се јавуваат истовремено со главоболката, потребни се понатамошни специјализирани истражувања. Кај епилепсијата или церебралните тумори невролошките симптоми се јавуваат заедно со главоболката.



- Нападите може да се јават и ноќе. Во такви случаи имиџинг методите се индицирани, со цел, да исклучат зголемен интракранијален притисок.
- Најголема фреквенција на нападите е двапати неделно. Секојдневни напади не се типични за мигрена.
- Дијагноза се поставува со исклучување на други состојби и соодветно следење.
- Фамилијарната хемиплегична мигрена (ФХМ) е доминантно наследна болест. Паралитичните симптоми може да започнат дури и без главоболка. Провокативен фактор е навидум безопасното чукање на главата, на пример, за време на игра. Неколку различни генски дефекти на јонските канали може да бидат причина за ФХМ.

### **ТЕНЗИСКА ГЛАВОБОЛКА**

- Тензиска главоболка настанува како последица на континуирана контракција на мускулите на вратот и обично е асоцирана со психолошки или физички стрес. Почетокот на главоболката најчесто е подмукол, а се јавува попладне или навечер по училиште. Одморот ја намалува тензиската главоболка.
- Тензиска главоболка може да се појави кај деца кои имаат типични напади на мигрена. Јасна дистинкција меѓу мигрената и тензиската главоболка не може секогаш да се направи.
- Нападите се јавуваат ретко за време на викенд или распуст.
- Одморот и релаксацијата обично помагаат повеќе од медикаментите.

### **ДРУГИ ТИПОВИ ГЛАВОБОЛКА**

#### **Психогена главоболка**

- Трае со денови (продолжува од ден на ден), детето нејасно ја опишува, но не ги афектира нормалните активности како мигрената и тензиската главоболка.
- Долготрајните психолошки проблеми, како училишните фобии, депресијата и несоницата често се асоцирани со психогена главоболка.
- Обично, неопходен е долготраен професионален третман и помош.

#### **Главоболки со окуларно или дентално потекло**

- Страбизмот и рефрактерните аномалии може да предизвикаат главоболка во фронталната и темпоралната регија, која исчезнува откако на детето ќе му бидат дадени очила.
- Протезите за заби може да предизвикаат секојдневни главоболки кои исчезнуваат со отстранување на протезата.
- Пациенти со бруксизам или дентални малоклузии кои имаат секојдневни благи главоболки треба да консултираат стоматолог.

#### **Синузитис**

- Главоболката обично е лоцирана во фронталната регија, но може да биде и генерализирана.
- Може да се присутни и други знаци на инфекција.

#### **Церебрални тумори и нарушена циркулација на ликворот**

- Главоболка асоцирана со малигни интракранијални тумори обично рапидно прогресира и не предизвикува диференцијално дијагностички проблем.
- Бенигни интракранијални тумори (често во задната черепна јама или во средишниот дел) може да предизвикаат симптоми на зголемен интракранијален притисок 1-2 години пред да се постави дијагнозата.
- Бавно прогресиращки хидроцефалус предизвикан од опструкција на акведуктот може да предизвика главоболка по втората или третата година од животот.
- Симптоми на зголемен интракранијален притисок вклучуваат:  
главоболка која се јавува наутро или предпладне, утринско повраќање;

- Страбизам, нарушена рамнотежа.
- Тумор во селарната регија може да предизвика ретардација во растот.

#### **Апнеа во сон**

- Континуираното кркореење во сон е знак за опструкција на фаринксот и респираторните патишта.
- Нокна хипоксемија може да предизвика главоболка во текот на денот, утрински замор, потешкотии во концентрацијата.
- Индицирани се аденоидектомија, а може и тонзилектомија.

#### **Идиопатска интракранијална хипертензија (pseudotumor cerebri)**

- Постои зголемување на интракранијалниот притисок без нарушување на ликворната циркулација или експанзивен процес.
- Вентрикулите имаат нормална големина а притисокот на ликворот при лумбална пункција е зголемен.
- Постои едем на папила.
- Познати етиолошки фактори се обезитет, тетрациклини и различни хормонски промени. Често причината е непозната.
- Ако причината е позната, прво се елиминира истата. Фармаколошкиот третман вклучува acetazolamid, glicerol и furosemid.

### **НЕФАРМАКОЛОШКИ ТРЕТМАН**

- Информирањето на детето и родителите дека не постои сериозна болест може да доведе до неопходно олеснување.
- Стрес, гладување, замор, иритација од светлина или бучава, трауми на главата при игри со топка може да тригерираат мигренозни напади.
- Родителите треба да водат дневник на главоболки и да ги нотираат можните причини за нив.
- Редовното вежбање може да биде од корист.
- Личните стандарди за постигнувања кај детето или родителите може да бидат премногу високи, а способноста да се толерира разочарување може да биде мала. Во тие случаи потребно е да ѝ се помогне на фамилијата да ги прифати реалните очекувања за постигнувањата на детето во училиште или вонучилишните активности.
- Доволен сон, редовни оброци, одбегнување на непотребно брзање, се важни аспекти на терапијата.

### **ФАРМАКОЛОШКИ ТРЕТМАН**

- Ако симптомите континуирано го афектираат секојдневниот живот, индициран е фармаколошки третман.
- Најчести проблеми со третманот се одложување на давање на лекови и супдозирање.

#### **Третман на мигренозен напад**

- Дајте доволна доза на лек и повторете ја дозата по 1 час ако е неопходно.
- Растворливите таблети и микстури се апсорбираат побрзо од обичните таблети.
- Супозитории се опции ако детето повраќа.
- Лековите против гадење и повраќање може да ја зголемат апсорпцијата на аналгетиците. Нивни, не чести, несакани ефекти се екстрапирамидни и дистонични реакции кои исчезнуваат по прекин на употреба на лекот.
- Види табела бр. 1.
- Специфични антимигренозни лекови сè уште не се применуваат кај деца.

Табела бр. 1. Третман на мигренозен напад

Лек	Доза (mg/kg)	Највисока доза (mg/kg/24h)	Начин на администрација
<b>Аналгетици</b>			
Paracetamol	10–15	60	Микстура, растворливи таблети, таблети, супозитории
Ibuprofen	10–20	40	Микстура, растворлива таблети, таблети, супозитории
Ketoprofen	2,5	5	Таблети/капсули, супозитории
Naproksen	5–7	10–15	Гранули за микстура, микстура, растворливи таблети, супозитории
<b>Лекови против наузеа и повраќање</b>			
Metoklopramid	0,15–0,30	0,5–1,0	Микстура, таблети, супозитории
Prochlorperazin <sup>1</sup>	0,10–0,30	0,4–0,5	Таблети, супозитории

**ПРОФИЛАКТИЧКИ ТРЕТМАН ЗА МИГРЕНА**

- Индицаран, ако нападите се тешки или се јавуваат неколку пати месечно.
- Propranolol во дози од 0.5 до 2mg/kg/24h и carbamazepin или valproat во дози како за третман на епилепсија.
- Максималното времетраење на профилаксата треба да биде 6 месеци.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

14.8.2009

- Кохранови прегледи
- Литература

**Кохранови прегледи**

- Психолошките третмани, посебно релаксацијата и когнитивно-бихевиоралната терапија, се ефикасни во редуцирањето на тежината и фреквенцијата на хроничните главоболки кај децата и адолесцентите и можат да ја подобрат контролата на болката кај деца со мускулно-скелетна и абдоминална болка (ннд-А).

**Литература**

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

<sup>1</sup> Лек не е регистриран во Република Македонија, но е алтернативен третман

Автори:

Овој извадок е креиран и ажуриран од Издавачкиот тим на ЕБМГ (EBMG Editorial Team)

Article ID: rel00465 (032.001)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors: Helena Pihko

Article ID: ebm00672 (032.001)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 28.4.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**

516.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**КАЈ ДЕТЕ СО ПРУРИТУС**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на дете со пруритус.

Член 2

Начинот на медицинско згрижување на дете со пруритус е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на дете со пруритус по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6589/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ДЕТЕ СО ПРУРИТУС**МЗД Упатство  
23.6.2010

- Најчести причини
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

**НАЈЧЕСТИ ПРИЧИНИ****Атописки дерматит**

- Сува кожа со чешање.
- Чешањето може да биде генерализирано или може да се јавува само на егзематозни промени на кожата.
- Ефективен тописки третман со хидрокортизон и/или инхибитор на калцинеурин како и користење овлажнувачи ја намалуваат егземата и чешањето.

**Уртикарија**

- Уртики што чешаат се јавуваат на трупот, екстремитетите и на лицето.
- Симптомите, обично, почнуваат нагло. Кај деца, инфекциите се најчеста причина за акутна уртикарија.
- Кај деца за време на уртикаријата може да се користи антихистаминик во доза одредена според тежината на дете.

**Скабиес - индуцирана егзема**

- Секогаш чеша.
- Папуларни или папуловезикуларни промени.
- Ако се бараат, често се наоѓаат каналчиња, особено на дланките и на стапалата.
- Лезиите лесно прогредираат во красти.
- Големи булозни промени упатуваат на секундарна бактериска инфекција.

**Вошки**

- Доведува до чешање и до црвени папули на скалпот
- Дијагноза се поставува врз основа на видливи вошки и јајца на влакната на косата.

**Ентеробиосис**

- Предизвикува перианално чешање.
- Симптомите се особено изразени ноќе и може да го нарушат спиењето така што детето се буди.

**Стрептококен перианален дерматит**

- Освен чешање, има и интензивно црвенило на кожата во перианалниот регион, како и болка.

**Варичела**

- Исип што чеша.
- Папули и везикули во различни фази се гледаат на кожата.
- На кожната ерупција ѝ претходи покачена температура.

- Чешањето прекинува по една недела од исчезнувањето на исипувањето.
- Раствори на ментол-алкохол може да се користи за ладење на кожата што чеша и е топла.

#### Други причини

- Алергија или пречувствителност може да се манифестира само со чешање. Познати причини вклучуваат цитрусно овошје, свежи јагоди, какао.
- Во летните месеци чешањето може да се должи на пречувствителност на сонце.
- *Mastocytosis* (urticaria pigmentosa) е ретко заболување што предизвикува чешање.

#### ТРЕТМАН

- Зависи од етиологија.
- Внимателен третман на постојната болест (атописки дерматит или скабиес).
- Овлажнувачи за сува кожа ако е потребно.
- Антихистаминиците не се покажаа корисни за чешање кај атописка кожа.

#### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

#### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Teija Dunder

Article ID: ebm00649 (031.046)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com), 23.6.2010**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање 2016 година.**

517.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ДИЈАРЕЈА И ПОВРАЌАЊЕ ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување на дијареја и повраќање во детска возраст преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување на дијареја и повраќање во детска возраст е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на дијареја и повраќање во детска возраст по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6591/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**



**ДИЈАРЕЈА И ПОВРАЌАЊЕ ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ**

МЗД Упатство

6.4.2009

- Цели и основни податоци
- Третман
- Индикации за упатување во болница
- Поврзани извори

**ЦЕЛИ И ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

1. Поставување на дијагноза
  - Најчесто се работи за вирусен гастроентеритис.
  - Исклучување на сите останати причини (на пример, интусусцепција, сериозни бактериски инфекции, итн.).
  - Историја на болеста и клинички испитувања најчесто се доволни, лабораториски тестови ретко се потребни.
2. Проценка на степенот на дехидрација во проценти и грамови
  - Блага 4%, умерена 8%, тешка 12%
  - Кај деца под 1 година 5-10-15%, кај адулти 3-6-9%
  - Суви мукозни мембрани, намалено солзење и олигурија сугерираат блага дехидрација.
  - Горенаведените знаци комбинирани со ладна периферија, губење на кожен еластицитет и пролонгирано време на капиларно полнење (>2 секунди) на палмарната површина од дисталните фаланги сугерираат умерена дехидрација (ннд-В). Губењето на еластицитетот на кожата се прикажува како феномен на "шатор": кога ќе се набере и подигне кожата на абдоменот со палецот и показалецот, таа останува подигната како шатор и не се враќа брзо назад како во нормални околности.
  - Горенаведените знаци и длабоко бречкачко дишење, ледено-ладна периферија и лоша општа состојба сугерираат на тешка дехидрација.
  - Опсервираното или проценетото губење во тежина, исто така, треба да се користи за проценка на дехидрацијата во грамови (кај акутните болести дехидрациите речиси се еднакви со губењето во тежина).
3. Избор на место за згрижување
  - Најчесто детскиот дом; видете ги подолу индикациите за упатување во болница.
4. План и инструкција за третман (види го следниот дел)
5. План и инструкција за имплементација на следење на пациентите
  - Подобрување на општата состојба
  - Доволна уринарна екскреција
  - Пораст во тежина
6. Дајте прогноза
  - Вирусните гастроентеритиси најчесто траат од 4 до 7 дена, ротавирусна болест дури и подолго.

**ТРЕТМАН**

- Рехидрирајте го детето со орална рехидрациска солуција (ОРС) (ннд-А). Дајте 4/3 од количината на водниот дефицит во период од 6 до 10 часа.

- Течноста може да биде дадена од шише, со чаша, со лажица или со шприц.
- Повеќето деца преферираат да ја земат течноста ладна.
- По фазата на рехидрација се продолжува со нормална исхрана.
- Ако дијарејата или повраќањето продолжуваат, советувајте ги родителите да обезбедат адекватен внес на течности и соли. Ова може да се постигне преку нормална исхрана, но ако детето страда од анорексија, треба да се поттикнува дополнителен внес на течности. По акутната корекција на дехидрацијата растворите за орална рехидрација не треба да се користат како единствен пијалак (ризик од хипернатремија)..
- Се покажа дека пробиотиците го скратуваат времетраењето на дијарејата за околу 24 часа (ннд-В).
- Кај деца потребата од течност за 24 часа е:
  - 100 ml/kg за првите 1-10 kg од телесната тежина
  - 50 ml/kg за следните 11-20 kg од телесната тежина
  - 20 ml/kg за секој kg од телесната тежина над 20 kg.
  - Пример: потреба од течност за дете тешко 26 kg е 10 x 100 ml +10 x 50 ml + 6 x 20 ml=1620 ml.

### ИНДИКАЦИИ ЗА УПАТУВАЊЕ ВО БОЛНИЦА

- Детето се упатува во болница, ако се утврди и еден од следните критериуми:
  - Возраст < 6 месеци
  - Профузна дијареја или повраќање, лоша општа состојба
  - Дехидрација од 8% или повеќе (најмалку умерено тешка дехидрација)
  - Дијареја со траење повеќе од 5 дена (општата состојба и губење во тежина се одлучувачки фактори)
  - Стомачна болка во вид на колика (и нагло прекинување на дијарејата)-интусусцепција?
  - Крвава дијареја
  - Сомнение за хипо или хиперосмолална дехидрација базирана на клиничката слика или претходен третман
  - Невозможност детето да се третира дома.
- Корекцијата на проценетата дехидрација често е можна со давање на потребни солучии преку назогастрична сонда амбулантски во болниците. Потоа, детето треба да се прегледа и измери и може да се испрати во домашни услови на понатамошно следење.
- Ако детето е упатено во шокова состојба, се дава инфузија на Рингеров раствор 20ml/kg за 15 минути.
- Кај хоспитализираните пациенти треба да се следат параметрите кои укажуваат на балансот на течности, С-реактивен протеин (CRP), крвна слика и ацидобазен статус.

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

21.10.2011

- Кохранови прегледи
- Литература

#### Кохранови прегледи

- Раното отпочнување со исхрана не го зголемува ризикот за непланирана интравенозна рехидрација, епизоди на повраќање или развој на перзистентна дијареја кај деца со акутна дијареја (ннд-В).
- Пробиотиците може да се ефикасни во третманот на перзистентната дијареја кај деца (ннд-С).
- Rotarix®<sup>1</sup> и RotaTeq®<sup>2</sup> се ефикасни вакцини за превенција на ротавирусната дијареја (ннд-А).

- Редуцираната осмоларност на солуцијата за орална рехидрација во споредба со ORS на Светската здравствена организација ја намалува потребата од непланирани интравенозни инфузии, овозможува помал волумен на столиците и помалку епизоди на повраќање (ннд-**A**).
- Густата храна е корисна во редуцирањето на симптомите на гастроезофагеален рефлукс кај доенчињата. Косата положба со подигната глава нема значителен позитивен ефект. Метоклопрамидот има поволен ефект, но треба да се измери ползата наспроти несаканите ефекти (ннд-**B**).
- Кампањите промоција на миењето раце ги редуцира епизодите на дијареја кај децата за 30% и во богатите и во сиромашните земји (ннд-**C**).
- Во подрачјата каде дијарејата е важна причина за детската смртност цинкот е ефикасен во редуцијата на акутната или перзистентна дијареја кај децата постари од 6 месеци. Доказот е недоволен за неговото влијание врз морталитетот (ннд-**A**).
- Солуцијата за орална рехидрација базирана на полимери се чини дека има предност над солуцијата за орална рехидрација базирана на глукоза во третманот на акутната водена дијареја, иако доказите се недоволни (ннд-**D**).
- Орално дадениот ondansetron за акутен gastroenteritis се чини го редуцира интензитетот на акутното повраќање и бројот на деца кои имаат потреба од интравенозна рехидрација (ннд-**B**).

### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

### Автори:

Овој извадок е креиран и ажуриран од Издавачкиот тим на ЕБМГ (EBMG Editorial Team)

Article ID: rel00193 (029.022)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors: Merja Ashom

Article ID: ebm00630 (029.022)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 6.4.2009 [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com),**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**

**518.**

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ЖЕЛЕЗО - ДЕФИЦИТНА АНЕМИЈА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на железо-дефицитна анемија.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување на железо-дефицитна анемија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на железо-дефицитна анемија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6593/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ЖЕЛЕЗО-ДЕФИЦИТНА АНЕМИЈА**

МЗД Упатство  
8.2.2011

Основни податоци

Причини

Дијагностика

Одредување на причината за железо-дефицитна анемија

Терапија

Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Најголемиот број на случаи на микроцитна анемија ( $MCV < 80fl$ ) се предизвикани од дефицит на железо. Како и да е, околу 10% од овие пациенти имаат секундарна анемија, од друга страна, пак, околу 30% од железо-дефицитните анемии имаат  $MCV > 80fl$  (зависно од популацијата на пациентите).
- Околу 20% од жените со активен менструален циклус имаат феродефицитна анемија во иста фаза од својот репродуктивен период од животот.
- Дефицитот на железо кај жените по репродуктивниот период и кај мажите во кој било период од животот секогаш е абнормално. Причината која стои зад сигнификантен дефицит на железо во овие случаи најчесто е гастроинтестинално крвавење.
- Ако пациентот има микроцитна анемија ( $MCV < 80fl$ ) и може да се исклучи секундарна анемија, веројатно се работи за железо-дефицитна анемија. Најверојатно, не се работи за секундарна анемија, ако нема релевантна хронична болест и мината историја, клинички статус, седиментација, Ц-реактивен протеин (CRP), креатинин или леукоцитоза кои укажуваат на присуство на друга болест во заднина. Ако причината за дефицит на железо е извесна или евидентна, ситуацијата е доволно добро карактеризирана и може да се започне терапијата со железо. Меѓу некои етнички групи и посебно во познати фамилии таласемијата може да биде причина за микроцитна анемија.

**ПРИЧИНИ**

- Хронични крвавења
- Неадекватна нутриција
- Малапсорпција (најчесто целиакија)

**ДИЈАГНОСТИКА**

- Дефицит на железо без каква било друга јасна причина (брз раст, бременост, гинеколошко крвавење, гастроинтестинално крвавење) се детектира со серумски феритин. Серумски феритин  $< 30\mu g/l$  е знак за дефицит на железо.
- Дефицит на железо во асоцијација со хронична болест се детектира со серумски трансферин. Серумски трансферин над референтните вредности е силен индикатор за дефицит на железо. Оваа анализа не е реална во сите ситуации, на пример, во бременост, акутно крвавење, хемолиза, хемоглобинопатија S, таласемија и полицитемија. Во овие ситуации треба да се одреди серумски феритин и процентот на сатурација на трансферинот со железо (според вредностите на железо и трансферин - процент на трансферинска сатурација со железо  $< 15\%$  индицира дефицит на железо).

- Со развојот на биохемиските анализи, анализата на коскената срцевина ја изгуби улогата на клучна анализа. Во нејасни случаи и при сомнение за хематолошка болест се уште е индицирана стернална пункција.

### ОДРЕДУВАЊЕ НА ПРИЧИНИТЕ ЗА ДЕФИЦИТ НА ЖЕЛЕЗО

1. Железо-дефицитната анемија е само симптом. Мора да се откријат основните причини.
2. Кај фертилна жена најверојатна причина е *ексцесивно менструално крвање*. Кај анемија во текот на бременост (види труд за Антенатална грижа).
3. Хеморагии особно од гастроинтестиналниот тракт (гастритичен улкус, интестинални тумори, хемороиди) се многу чести. Кај сите мажи, но и кај жените ако менструалното крвање не го објаснува настанатиот дефицит на железо, мора да се упатат на ендоскопски ивентигации на гастроинтестиналниот тракт. Тестот за окултно фекално крвање не е многу корисен бидејќи негативниот тест не исклучува постоење на гастроинтестинален тумор како причина за анемијата.
4. Возраста на пациентот и историјата на болеста со тековните симптоми го детерминираат редоследот на ивентигации.
  - Колоноскопија треба да се направи кај сите пациенти на возраст над 50 години. Гастроскопија е прв преглед на пациент што има/имал мелена или пројавува симптоми што укажуваат на гастритичен улкус.
  - Кај помлади пациенти испитувањето започнува со гастроскопија, особено ако имаат гастритични симптоми. Ако симптомите укажуваат на болест на дисталниот дел на гастроинтестиналниот тракт или ако гастроскопијата не даде објаснување за анемијата, мора да се испита и колонот. Ако причината за дефицит на железото не се утврди со горенаведените испитувања местото на крвање треба да се бара со ендоскопска капсула, во тенките црева, интестинална ангиографија или со радиоизотопски скен.

*Нутритивните причини и малапсорпцијата* се поретки причини.

- Целијачна болест се дијагностицира со гастроскопија.

### ТРЕТМАН

- Најважно е да се превенира ексцесивната загуба на железо (крв) и да се гарантира доволна количина на железо во исхраната.
- Супституција со железо најчесто се дава орално. Дневни количини од 100 до 200mg дадени во 2 до 4 дози се доволни.
  - Кај умерени до сериозни железо-дефицитни анемии постои ретикулоцитен одговор, најчесто за 5 до 10 дена по започнување на терапијата.
  - Нормализација на хемоглобинот и на MCV вредностите се очекуваат за 2 до 4 месеци.
- Супституцијата со железо треба да се одржува 2 до 3 месеци по комплетниот одговор, со цел да се потполнат резервите на железо во организмот.
- Пациентите кои нема да одговорат нормално на терапијата со железо треба да се упатат на хематолог.

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

31.1.2007

- Кохранови прегледи
- Интернет извори
- Литература

**Кохранови прегледи**

- Еритропоетинот може да обезбеди поповолен исход во третманот на постпарталната анемија во компарација само со терапија со железо. Потребни се понатамошни студии за суплементацијата со железо и трансфузии со крв во третман на постпарталните анемии (ннд-С).

**Интернет извори**

- Conrad ME. Iron deficiency anemia. eMedicine

**Литература**

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

Овој извадок е креиран и ажуриран од Издавачкиот тим на ЕБМГ (EBMG Editorial Team)

Article ID: rel00141 (015.021)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors: Tapio Nousiainen

Article ID: ebm00315 (015.021)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 8.2.2011, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

519.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ИЗЛОЖЕНОСТ НА ТУБЕРКУЛОЗНА ИНФЕКЦИЈА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при изложеност на туберкулозна инфекција.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при изложеност на туберкулозна инфекција е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување при изложеност на туберкулозна инфекција по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6594/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**



Прилог

**ИЗЛОЖЕНОСТ НА ТУБЕРКУЛОЗНА ИНФЕКЦИЈА**

МЗД Упатство

25.8.2009

- Контагиозност
- Експозиција
- Контакт со болен
- Испитувања на експонирани лица
- Следење на експонирани лица
- Профилактична хемотерапија
- Ризик од заболување
- Посебни состојби
- Здравствени работници
- Референци

**КОНТАГИОЗНОСТ**

- Во практика заразна е само пулмоналната туберкулоза.
- Инфекцијата се шири со кашлање на пациентот, кој на таков начин исфрла голем број бактерии кои можат да бидат докажани со боење на спутумот. За да се докажат, потребно е присуство на 10000-100000 бактерии во 1mL спутум.
- Од друга страна, културата е позитивна за туберкулозни бактерии при ниска концентрација во спутумот како при 10-100 бактерии во 1mL спутум. Таквата ниска концентрација носи само минимален ризик за ширење на инфекцијата.

**ЕКСПОЗИЦИЈА**

- Најмногу изложени на инфекција се лицата во истото домаќинство како и оние кои се во близок контакт со пациентот. Колку повеќе бактерии се изливаат во околината и колку е поголем периодот на изложеност, толку е поголем ризикот од инфекција.
- Ефективната хемотерапија суштински го редуира бројот на бактерии за неколку дена и практично ризикот за инфекција се надминува за неколку недели.

**ПРОНОЌАЊЕ НА КОНТАКТТОТ**

- Секој инфициран пациент треба да се распраша за блиски контакти и испитувањата стартно треба да се насочат кон овие лица. Ако се пронајде нов случај, испитувањата треба да се прошират и на личности со кои пациентот има суштински контакти како, на пример, соработници и др.
- Во пронаоѓање на контактите на пациентот е вклучен и лекарот од општа практика иако иницијалниот контакт на болниот бил пронајден во болница.

**ИСПИТУВАЊА НА ЕКСПОНИРАНИ ЛИЦА**

- Целта на пронаоѓање на контактот е да се прекине синџирот на заразување. Кога кај пациентот ќе се постави дијагноза на инфективна туберкулоза, блиските во неговата непосредна околина треба да се испитаат за да се идентификуваат инфицирани индивидуи. Дијагноза на туберкулозен менингитис, или туберкулоза кај пациент ХИВ позитивен или

кај дете е знак за свежа инфекција. Во овие случаи, треба да се бара пренесувачот на инфекцијата, се со цел да се лекува и да се превенира ширење на инфекцијата кај други во неговата околина.

- Сите експонирани лица треба веднаш да бидат прегледани. Сите лица кои биле изложени на инфекција треба да се информираат за можноста од инфекција. Секој контактор треба да биде потсетен да ја спомне можноста за туберкулозна инфекција кога и да оди кај лекар.
- Овие препораки се базирани на претпоставка дека BCG вакцината е вклучена во националната програма за вакцинација и речиси е напуштена (како во Финска во 2006 година).

### Деца

- Деца изложени на туберкулоза обично се прегледуваат амбулантски. Ако се работи за голема група на деца, на пример, цело одделение или група од градинка, прегледот може да се изведе со заедничка соработка на специјалисти и примарната здравствена заштита.
- Ако детето примило BCG вакцина, се проверува датумот на вакцинација. Се спроведува клинички преглед на блиските контакти на лице со позитивен резултат на боење. Дополнително може да се направи туберкулински тест и рентгенографија на белите дробови. Ако има индурација од 10mm или повеќе, или постои сомнение за туберкулозна инфекција или активна болест по некој друг основ, потребно е детето да биде упатено на педијатар за евалуација.
- Ако детето кое е изложено на туберкулоза нема примено BCG вакцина од голема важност е брз пристап кон иследување затоа што инфекцијата може брзо да се прошири во милијарна туберкулоза или туберкулозен менингитис. Кај овие деца треба да се започне терапија за латентна туберкулоза за да се превенира брзо влошување на болеста иако туберкулинскиот тест е негативен. Туберкулинскиот тест се повторува после 3 месеци. Ако сè уште е негативен, се прекинува со терапија и детето се вакцинира со BCG.
- Децата обично не пренесуваат туберкулоза. Туберкулозата кај дете се должи на нова инфекција. Треба да се бара изворот на инфекцијата, бидејќи, доколку не се третира, тој претставува континуирана закана за околината.

### Адулти

- Испитувањата се изведуваат според проценка на лекарот. Туберкулинскиот тест е со ограничена корист. Рентгенографија на белите дробови може да биде употребена како скрининг, а бактериолошко тестирање се препорачува кај сомнителни случаи. Пациентите, исто така, можат да бидат испратени во амбуланта на клиника за пулмонални заболувања, за понатамошни иследувања.

### СЛЕДЕЊЕ НА ЕКСПОНИРАНИ ЛИЦА

- При повторување на туберкулинскиот тест треба да биде направена правилна проценка, поради тоа што претходно направениот тест може да има бустер ефект на повторениот тест, што го прави тешко донесувањето на заклучок.
- Кај здрави деца и адулти, следењето со прегледи на 6, 12 и 24 месеца е доволно. За време на контролните прегледи, испитувањата се изведуваат според проценка на лекарот.

### ТЕРАПИЈА НА ЛАТЕНТНА ТУБЕРКУЛОЗНА ИНФЕКЦИЈА

- Тоа што порано се викаше хемопрофилактика денеска се вика терапија за латентна туберкулозна инфекција.
- Терапија за латентна туберкулозна инфекција се почнува кај деца на возраст помала од 16 години, кои се инфицирани со туберкулоза, но не се дијагностицирани со акутна туберкулозна болест, или доколку невакцинирано дете е изложено на туберкулоза.

- Најчесто терапија е isoniazid (INH) во текот на 6 месеци (ннд-А)
- Терапија за латентна туберкулозна инфекција е ретко индицирана кај возрасни.

### РИЗИК ЗА ЗАБОЛУВАЊЕ

- Ризикот на неинфицирана личност подоцна да развие туберкулоза е најголем за време на првите две години. Околу 10% од сите експонирани заболуваат, но ако има истовремена туберкулозна и ХИВ инфекција, ризикот за манифестна туберкулоза е повеќекратен.
- Малите деца имаат поголем ризик за развој на активна болест после инфекција. Кај невакцинирани деца помали од 5 години, кај 25% од случаите инфекцијата доведува до туберкулозна болест. Речиси половина од инфицираните доенчиња развиваат активна болест.

### ПОСЕБНИ СОСТОЈБИ

- Ако туберкулозата е здобиена во институција како што е градинка или училиште, се препорачува од почеток консултација со специјалист и заедничко планирање на стратегија за решавање на ситуацијата.
- Ако личноста што ја шири туберкулозната инфекција има медикаметозно-резистентни бактерии, треба да бидат побарани инструкции од клиника за пулмонални или инфективни заболувања.
- Ако туберкулозниот пациент има и ХИВ инфекција, контакторот треба да се испитува на ист начин како да имал контакт со пациент со грам позитивен спутум.

### ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

- Кај персоналот во болница ризикот за експозиција на туберкулозна инфекција може да биде особено висок, ако здравствениот работник е поврзан со бронхоскопија и аутопсија на пациенти кај кои туберкулозата не е очекувана. Има реферирано случај за инфекција која се појавила во текот на 10 минути за време на аутопсија.

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Paula Maasilta and Eeva SaloEditors

Article ID: ebm00125 (006.020)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- **EBM Guidelines, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com), 25.08.2009**
- **Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
- **Предвидено е следно ажурирање 2015 година.**

520.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ НАРУШУВАЊА**  
**ПОВРЗАНИ СО ЗЕМАЊЕ НА ХРАНА КАЈ ДЕЦА И АДОЛЕСЦЕНТИ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази кај нарушувања поврзани со земање на храна кај деца и адолесценти.

Член 2

Начинот на медицинско згрижување на нарушувањата поврзани со земање на храна кај деца и адолесценти е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување на нарушувањата поврзани со земање на храна кај деца и адолесценти по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6598/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**НАРУШУВАЊА ПОВРЗАНИ СО ЗЕМАЊЕ НА ХРАНА КАЈ ДЕЦА И  
АДОЛЕСЦЕНТИ**МЗД Упатство  
21.5.2010

- Основни податоци
- Општо
- Етиологија
- Дијагностички критериуми за анорексија нервоза
- Дијагностички критериуми за булимија нервоза
- Симптоми
- Лабораториски наоди
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Прогноза
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Запомнете дека нарушувањата поврзани со земање на храната се многу честа појава меѓу адолесцентите од женски пол.
- Нарущувањата на исхраната се среќаваат и кај момчињата, посебно булимијата и некои атипични форми на нарушувања на исхраната.
- Запомнете дека знаците за овие нарушувања треба да се бараат, бидејќи пациентите ретко самите ќе ги пријават.
- Базичните ивентигации треба да се реализираат во примарна здравствена заштита. Дијагнозата и планирањето на третманот се одговорност на специјалистичките служби.

**ОПШТО**

- Нарущувањата поврзани со земањето на храна се однесуваат на состојби во кои храната и јадењето имаат инструментална и манипулативна улога: храната станува начин за регулирање на изгледот на телото.
- Спектарот на нарушувања поврзани со земањето на храна е широк. Најчести се **anorexia nervosa (F50.0)** и **bulimia nervosa (F50.2)**. Покрај тоа атипични/некомплетни клинички слики и едноставното **опсесивно прејадување** стануваат сè почести кај младите луѓе.
- Раното отпочнување на третманот ја подобрува прогнозата.
- Дури и малите деца може да имаат различни видови на нарушувања во хранењето, кои се поврзани со потешкотии во релациите меѓу детето и неговите старатели.

**ЕТИОЛОГИЈА**

- Нарущувањата поврзани со земањето на храна се смета дека се мултифакториелни. Невробиолошките, генетските и социокултурните и фамилијарните фактори како и факторите поврзани со индивидуалниот развој предиспонираат кон развој на нарушувања во исхраната.
- Типично, почетокот е во адолсценцијата, кога телото се менува и расте.

- Анорексија нервоза се јавува на возраст од 14 до 24 години. Булимијата типично се јавува на возраст од 16 до 20 години.
- Нарушувањата се 10 до 15 пати почести кај девојчињата отколку кај момчињата.
- Булимијата е почеста од анорексијата.
- Симптомите на нарушувања во исхраната може да алтерираат помеѓу анорексија и булимија во текот на самата болест

### **ДИЈАГНОСТИЧКИ КРИТЕРИУМИ ЗА АНОРЕКСИЈА НЕРВОЗА**

- Пациентот не сака да ја одржува својата нормална телесна тежина.
- Телесната тежина е за 15% под очекуваната тежина за возраста и висината.
- Сликата за сопственото тело кај пациентот е искривена.
- Пациентот се плаши од зголемување на тежината.
- За губење на тежината не постои друга причина (болест).

### **ДИЈАГНОСТИЧКИ КРИТЕРИУМИ ЗА БУЛИМИЈА НЕРВОЗА**

- Желба да се биде слаб, фобичен страв од добивање во тежина.
- Постојана преокупираност со храната и несовладлива потреба или компулсија за јадење.
- Репетиран епизоди на опсесивно јадење (најмалку двапати неделно) кога се губи контролата над исхраната.
- По епизодата на опсесивно прејадување, индивидуата се обидува да ја елиминира внесената храна преку самоиндуцирано и самопровоцирано повраќање или преку злоупотреба на лаксативи и диуретици.

### **СИМПТОМИ**

- Анорексија нервоза, генерално, започнува постепено.
- Губењето на тежината може да биде или многу рапиден или многу бавен. Генерално, пациентите продолжуваат да одат на училиште, продолжуваат со своите омилени активности и за себе се чувствуваат одлично. Поради тоа, семејството вообичаено е изненадено кога ќе открие дека нивното дете страда од малнутриција.
- Голема помош во проценката на нарушувањата во исхраната е скрининг прашалникот (секој позитивен одговор носи 1 поен; 2 или повеќе поени укажуваат на нарушувања во исхраната).
- Дали се обидуваш да повраќаш кога се чувствуваш прејаден?
- Дали си анксиозен при помислата дека не можеш да ја контролираш количината на храната што ја јадеш?
- Дали си изгубил повеќе од 6 кг последните 3 месеци?
- Дали се сметаш себеси за дебел иако другите велат дека си потхранет?
- Дали храната/размислувањето за храна доминира со твојот живот?
- Како дел од иницијалните истражувања треба внимателно да се земе анамнеза за исхраната, навиките за вежбање, растот и менструалниот циклус.
- Анорексичните адолесценти ги негираат своите проблеми и потребно е доста време и стрпливост да се мотивираат за да го прифатат третманот.
- Соматските симптоми вклучуваат:
  - изостанок на менструација;
  - бавен метаболизам, опстипација;
  - бавен пулс, низок крвен притисок;
  - ладни дланки и стапала;
  - редуција на поткожно масно ткиво.

- Булимичните адолесценти се свесни за нивните абнормални навики во исхраната, но таквите навики кај нив предизвикуваат чувство на голема вина и срам така што симптомите остануваат долго време неоткриени.
- Булимијата, исто така, предизвикува физички симптоми:
  - нарушувања на менструацијата;
  - нарушувања во електролитниот и ацидобазниот статус предизвикани од честото повраќање и оштетување на забниот емајл.

### ЛАБОРАТОРИСКИ НАОДИ

- Кај анорексија нервоза
  - лесна анемија;
  - леукопенија;
  - тромбоцитопенија;
  - вредностите на гликемијата на долната граница на нормала
- Кај булимија
  - електролитни нарушувања;
  - зголемена амилаза во серум.

### ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Тешки соматски болести кои се причина за губење во телесна тежина ( на пример, малабсорпција, дијабетес, нарушена тиреоидна функција, малигноми)
- Психијатриски растројства - тешка депресија, психози, злоупотреба на опојни дроги

### ТРЕТМАН

- Иницијалната проценка и базичните ивентигации треба да се направат во ПЗЗ.
- Ако симптомите кореспондираат со дијагностичките критериуми за анорексија нервоза, ситуацијата треба да се дискутира со семејството пред да се започне третманот.
- И адолесцентот и неговото семејство треба да се запознаат со сериозноста на растројството.
- Понекогаш е потребно доста време за мотивирање на пациентот да учествува во третманот.
- Третманот вклучува:
  - обновување на нутритивниот статус;
  - психотерапевтски третман.
- Доколку состојбата со малнутриција е животозагрозувачка, пациентот, најпрвин, треба да се третира на оддел за соматски заболувања, а потоа доколку е можно се воведува психотерапија.
- Формите на психотерапија се разновидни: индивидуалната и семејната терапија носат резултати, а во случај на булимија успешни се покажале когнитивната терапија и фармакотерапијата (ннд-В) .
- Со адолесценти на возраст од 14 до 16 години, позитивни резултати се постигнуваат со третман на целото семејство бидејќи адолесцентските симптоми често се поврзани со „губењето на контролата” во семејството.
- Кај повозрасни пациенти најдобар начин за закрепнување е индивидуална, супортивна и долготрајна терапија.
- Продолжена состојба на малнутриција и недоволна можност за амбулантско следење се причини за упатување на пациентот на болнички третман.

## МЕДИКАМЕНТОЗЕН ТРЕТМАН

- Се спроведува во домен на специјалист.
- Не постои специфичен медикаментозен третман за анорексијата, но придружните симптоми како, на пример, анксиозноста, опсесивно-компулсивните симптоми, психотичните симптоми се третираат со антипсихотици и антидепресиви. Некои студии потврдија дека fluoksetin-от ги превенира релапсите кај пациентите со нормална тежина.
- Повеќето истражувања за медикаментозниот третман на булимичката се концентрирале на антидепресивите (ннд-А), особено на fluoksetin-от, за кој е откриено дека го намалува опсесивното јадење и повраќање кај околу две третини од булимичните пациенти.

## ПРОГНОЗА

- Раната интервенција и почетокот на третманот ја подобрува прогнозата
- Симптомите на анорексијата и булимичката може да се заменуваат во текот на болеста.
- Нарушувањата поврзани со земањето на храна се болести кои се тешки за третман. Краткорочната прогноза за анорексија е добра, но долгорочно гледано прогнозата е лоша. Процентот на mortalitet сè уште е од 5 до 16%. Смртниот исход најчесто се должи на гладување или самоубиство.
- Прогнозата на булимичката иницијално е добра, но ризикот за релапси е многу голем.
- Нарушувањата на исхраната се асоцирани со психијатриски симптоми - посебно нарушено расположение, анксиозни состојби, опсесивно-компулсивни нарушувања и психози. Булимичката може да биде асоцирана на заболувањата во кои постои губење на контролата на импулсите и predispozicija кон злоупотреба на алкохол и дрога.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

12.4.2007

- Кохранови прегледи
- Други сумарни докази
- Литература

### Кохранови прегледи

- Комбинација на антидепресиви и психотерапија може да биде поефикасна од само психотерапија, но психотерапијата е поприфатлива за болните. Имаше несигнификантен тренд за фаворизирање само на психотерапија наспроти спроведување само на терапија со антидепресиви (ннд-С).
- Антидепресивите се неефикасни во третманот на анорексијата (ннд-Д).

### Други сумарни докази

- Нема докази од контролирани студии дека раната интервенција е ефикасна во третманот на анорексијата (ннд-Д).
- Нема докази за цврсти заклучоци за ефикасноста на болничкото наспроти амбулантското лекување (ннд-Д).

### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)



Автори:

Овој извадок е креиран и ажуриран од Издавачкиот тим на ЕБМГ ( EBMG Editorial Team )

Article ID: rel00259 (034.010)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors: Jaana Kuuska

Article ID: ebm00690 (034.010)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 21.5.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**

521.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ПНЕВМОНИИ ВО ДЕТСТВОТО**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на пневмонии во детството.

Член 2

Начинот на медицинско згрижување на пневмонии во детството е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на пневмонии во детството по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6599/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ПНЕВМОНИИ ВО ДЕТСТВОТО**

МЗД Упатство  
26.11.2010

- Основни податоци
- Дијагноза врз основа на аускултаторен наод
- Избор и доза на антибиотска терапија
- Следење на третманот
- Индикации за хоспитализација
- Релевантни извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Сите деца со дијагностицирана пневмонија аускултаторно или со рендгенска снимка се лекуваат со антибиотици.
- Доенче на возраст над 6 месеци кое е во добра општа состојба и чија пневмонија не е масивна може да се третира амбулантски.
- Лек на избор за перорална употреба е amoxicillin.
- Инфекцијата со chlamidia и mycoplasma е честа во училишна возраст, и може да се земе предвид според клиничката слика и да се започне со терапија со doxycycline (за деца на возраст над 8 години)

**ДИЈАГНОЗА ВРЗ ОСНОВА НА АУСКУЛТАТОРЕН НАОД**

- Не е секогаш лесно да се разликуваат влажни кркори од секрет и отежнат експириум од фини пнеумонични кркори.
- Едностран аускултаторен наод на ослабено дишење секогаш е значаен наод.
- Врз основа на пнеумоничен аускултаторен наод може да се започне антибиотска терапија ако општата состојба на детето е добра и е постаро од 6 месеци, но секогаш е пожелно правење на рендгенографија на белите дробови.
- Рендгенографијата на белите дробови не поставува етиолошка дијагноза на пневмонијата. Лобарна консолидација може да се гледа и кај вирусни и кај бактериски пневмонии, иако почесто се гледа кај бактериска пневмонија.

**ИЗБОР И ДОЗА НА АНТИБИОТСКА ТЕРАПИЈА**

- Ако општата состојба на детето е добра и е постаро од 6 месеци може да се лекува амбулантски.
- Лек на избор за предучилишни деца е amoxicillin 40-50mg/kg/ден, во три дози во период од 7 дена.
  - Amoxicillin е ефективен наспроти најчестите бактериски предизвикувачи, пнеумококи и Haemophilus influenzae.
  - Поради високата резистенција на пнеумококите, макролидите не би требало да се користат како единствена антибиотска терапија на пневмонија кај децата.
- Лекот на избор кај училишни деца, исто така е amoxicillin. Но mycoplasma и chlamydia се чести во оваа возрастна група па може да се земе предвид да се започне со doxycycline во зависност од клиничката слика ( за деца постари од 8 години), 200mg како една доза првиот ден, а после тоа 100mg еднаш на ден во текот на следните денови.

### СЛЕДЕЊЕ НА ТРЕТМАНОТ

- Ако пневмонијата се лекува во примарна здравствена заштита неопходно е следење на терапискиот одговор, кажувајќи му на родителот да се јави по телефон следниот ден. Ако пациентот и понатаму е болен и не покажува знаци за подобрување во следните 2 до 4 дена, лекарот треба повторно да ја процени ситуацијата и пациентот да го упати во болница.
- Ако закрепнувањето започне во период од 48 часа, нема потреба за понатамошно испитување и рендгенографија.
- Ако симптомите не исчезнуваат или се јавуваат нови, потребно е ново внимателно испитување, да се повтори рендгенографија на белите дробови, етиолошки иследувања и промена на антибиотската терапија.
- Запамети дека рендгенолошката слика се нормализира побавно, за еден месец околу 20% од пациентите продолжуваат да имаат промени на рендгенографија кои постепено исчезнуваат.

### ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА

- Детето треба да биде упатено во болница доколку:
  - Има нарушена општа состојба, или општата состојба на детето не се подобрува во текот на 2 дена
  - Диспнеа
  - Радиолошки обилни пнеумонични инфилтрации/ или ателектаза
  - Плеуропневмонија (плеурална ефузија)
- Доенчиња на возраст под 6 месеци треба секогаш да се хоспитализираат.

### РЕЛЕВАНТНИ ИЗВОРИ

#### Кохранови прегледи

- Рибавирин може да биде ефикасен за респираторен синцицијален вирус (RSV) (ннд-С)
- Краткотрајна антибиотска терапија (три дена) може да е подеднакво ефикасна како и долготрајна терапија (пет дена) за лесна форма на пневмонија кај деца помлади од 5 години (ннд-В)

#### Други поврзани резимеа

- Домашен третман со високи дози на амоксицилин се чини дека е еднакво на болнички прием и парентерален третман со ампицилин на тешка, но не комплицирана пневмонија кај деца (ннд-В)

#### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Tarja Heiskanen-Kosma

Article ID: ebm00620 (029.036)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com), 26.11.2010
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до јуни 2015 година.

522.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ПОВРЕДИ НА ГЛАВА КАЈ ДЕЦА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на повреди на глава кај деца.

Член 2

Начинот на медицинско згрижување на повреди на глава кај деца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на повреди на глава кај деца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6600/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ПОВРЕДИ НА ГЛАВА КАЈ ДЕЦА**

МЗД Упатство

7.11.2011

- Основни податоци
- Испитувања
- Следење
- Мозочна контузија и интракранијална хеморагија

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Ударите во глава се чести кај децата. Внимателно земање на анамнеза за повредата и клиничко опсервирање на детето се поважни од имицинг студиите.
- Од повредата детето обично се здобива со мал потрес (комоција) на мозокот. Потресот на мозокот е асоциран со краткотрајно (само неколку минути) губење на свест, краткотрајна амнезија и умерено гадење и повраќање. Детето не манифестира фокален невролошки дефицит ниту абнормален наод на имицинг студиите.
- Мирување не е неопходно по потрес на мозокот, но детето вообичаено е уморно и лесно задремува.
- Линеарна фрактура во париеталниот регион е минорна повреда и не бара посебен третман. Возраста на детето и развојното ниво треба да бидат земени предвид кога се проценува повредата и секогаш треба да се мисли на неслучајна повреда.
- Мултифрагментарна фрактура, мултипли фрактури и интракранијална хеморагија се последица од удар со голема сила. Ова бара специјалистички третман.

**ИСПИТУВАЊА**

- Иницијалните испитувања се состојат од внимателно земање на анамнеза и репетирани клинички опсервации во текот на неколку часа.
- Нивото на свест, будноста и општиот изглед на детето треба да бидат нотирани. Мора да се направи невролошки преглед соодветен на возраста, детето да се следи извесно време и да се повтори прегледот.
- Ако детето изгледа добро и на палпација нема абнормалности нема потреба од рендгенски иследувања. Широк и тестест оток на главата е сугестибилен за фрактура и индицирано е рендгенско снимање, но и многу внимателен и сеопфатен клинички преглед.
- Ако нема анамнеза за губење на свест, детето не повраќа или нема друг невролошки испад за време на прегледот треба да се пушти на домашно лекување со дадени инструкции на родителите како да постапуваат со детето. Детето треба да се врати на преглед без одлагање ако започнат репетирани повраќања, ако има крвање од нос или уши, епилептични напади или детериорација на состојбата на свеста.
- Дете кое не се чувствува добро мора да биде упатено на соодветен специјалист за проценка и следење.

**СЛЕДЕЊЕ**

- Следењето мора да се организира за децата кои се пуштаат дома. Лесни симптоми на мозочна контузија може да перзистираат неколку дена.

- Ако се работи за контузија состојбата нема да се влошува дома, детето нема да биде сонливо или да има детериорација на другите симптоми. Наброените симптоми може да значат интракранијална хеморагија и вообичаено се јавуваат 6 до 12 часа по повредата. Во таков случај детето треба да се упати на специјалистички третман без одлагање.
- Потресот на мозокот (комоција) не остава трајни симптоми.

#### **МОЗОЧНА КОНТУЗИЈА И ИНТРАКРАНИЈАЛНА ХЕМОРАГИЈА**

- Мозочната контузија е почеста од интракранијалната хеморагија.
- Мозочната контузија и интракранијалната хеморагија кај деца, обично веднаш по повредата даваат состојба на нарушена свест и во најголемиот број случаи детето не закрепнува целосно. Постои фокален невролошки дефицит, вклучително и анизокорија на зениците.
- Детето веднаш треба да се упати во специјализирана установа за имиџинг студии и третман.
- Многу е важно да се намали церебралниот едем за време на транспортот со адекватна вентилација и аналгезија. Најбезбедно е детето да се постави во латерална позиција, со цел да се обезбеди адекватно дишење и да се превенира аспирација.

Authors: Mika Venhola Editors

Article ID: ebm00669 (030.007)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 7.11.2011, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2017 година.**

523.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ПРЕВЕНЦИЈА НА БАКТЕРИСКИ ЕНДОКАРДИТИС**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при превенција на бактериски ендокардитис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при превенција на бактериски ендокардитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на превенција на бактериски ендокардитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на превенцијата, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6601/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**



Прилог

**ПРЕВЕНЦИЈА НА БАКТЕРИСКИ ЕНДОКАРДИТИС**

МЗД Упатство

23.6.2010

- Основни податоци
- Група пациенти што имаат потреба од антимикуробна профилакса
- Процедури што бараат антибактериска профилакса на ендокардит
- Антимикуробна профилакса не е потребна
- Антибактериска профилакса на ендокрадитис
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Одржување добра орална хигиена е поважно од превенција на инфективен ендокрадитис со дентално потекло отколку спроведувањето антимикуробна профилакса.

**ГРУПА ПАЦИЕНТИ ШТО БАРААТ АНТИМИКУРОБНА ПРОФИЛАКСА**

- Антимикуробна профилакса пред процедурите што се долу наброени е соодветна за пациенти со:
  - кардијална валвуларна протеза или протеза-материјал што се користи за поправка на срцеви валвули;
  - претходен инфективен ендокрадитис;
  - некорегиранци цијаногена срцева болест, вклучително палијативни шантови и кондуктори;
  - коригирана конгенитална срцева болест со резидуални дефекти на местото на имплантирање протеза или протетски уред;
  - коригирана конгенитална срцева болест со употреба на протетски материјал и шантови и пациенти со пачови поставени со оперативна процедура или катетеризација во првите шест месеци по процедурата.
  - Срцева трансплантација со развој на срцева валвулопатија.

**ПРОЦЕДУРИ ШТО БАРААТ АНТИМИКУРОБНА ПРОФИЛАКСА**

- Профилактички третман е индициран пред процедурата во која дизрупцијата на мукозните мембрани веројатно е или можно е да предизвика бактериемија. Ваквите интервенции вклучуваат, на пр.
  - денталните и периоденталните процедури вообичаено се придружени со крвавења при забна екстракција или киретажа (ннд-**D**), вклучително и периапикална манипулација (третман на забниот корен, ресекција);
  - чистење на гингивите (отстранување на субгингивален калкулус, скалирање) направено од стоматолог или стоматохирург;
  - дренажа на максиларните синуси;
  - тонзилектомија, аденоидектомија;
  - бронхоскопија придружена со инвазивни процедури;

- при процедури на уринарниот или на гастроинтестиналниот тракт можна инфекција во опертивната зона треба да се третира пред самата процедура (освен ако процедурата е неопходна во третманот на инфекцијата).

### **АНТИМИКРОБНА ПРОФИЛАКСА НЕ Е ПОТРЕБНА**

- Антимикробна профилакса во превенција на инфективен ендокрадитис не е потребна во следниве процедури:
  - дентални процедури без крварење (пломбирање, третман на каналот на забниот корен што не интерферира со периапикалниот регион);
  - локална анестезија во устата;
  - поставување забна протеза;
  - чистење на забите со паста;
  - гастроскопија;
  - колоноскопија;
  - TURP (трансуретрална ресекција на простата);
  - гинеколошки и акушерски процедури;
  - породилни болки и породување.

### **АНТИМИКРОБНА ПРОФИЛАКСА НА ЕНДОКРАДИТИС**

- **Орална**
  - Терапија од прва линија
    - Amoxicillin, единечна доза од 2 gr, еден час пред процедурата (деца 50 mg/kg).
  - Алтернативни третмани за пациенти алергични на пеницилин
    - Cephalexin, единечна доза од 2 gr, еден час пред процедурата (деца 50 mg/kg)
    - Clindamycin, единечна доза од 600 mg (деца 20 mg/kg)
    - Azithromycin, единечна доза од 500 mg (деца 15 mg/kg)
    - Roxithromycin, единечна доза од 300 mg (деца 10 mg/kg)
    - Clarithromycin, единечна доза од 800 mg (деца 15 mg/kg)
- **Интравенска**
  - Терапија од прва линија
    - Ampicillin 2gr, i.v. (деца 50 mg/kg);
  - Алтернативен третман за пациенти алергични на пеницилин:
    - Cefuroxime, 750 mg-1,5 gr. i.v. ( деца 60 mg/kg);
    - Clindamycin, 600-900 mg i.v. (деца 20 mg/kg )
  - Профилаксата секогаш треба да ги покрива вирудијанс соевите на групата стрептококи и други микроби според потребите и индивидуалните сомнежи. Ако пациентот веќе прима антимикробна терапија кога доаѓа за потребната процедура, антимикробната терапија за профилакса од инфективен ендокрадитис треба да биде заменета со друг медикамент што предходно не се користел. Така, на пример, пациент што припаѓа на ризичната група и веќе прима пеницилин треба да се замени со клиндамицин или макролид во комбинација со крвава интервенција доколку е потребно.

### **РЕФЕРЕНЦИ**

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Janne Laine and Petteri Kosonen Editors

Article ID: ebm00093 (004.081)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 23.6.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2015 година.**

524.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ПРЕЗЕНТАЦИЈА**  
**НА BCG (BACILLE CALMETTE–GUÉRIN) ЛУЗНИ КАЈ ДЕЦА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при презентација на BCG (Bacille Calmette–Guérin) лузни кај деца.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при презентација на BCG (Bacille Calmette–Guérin) лузни кај деца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување при презентација на BCG (Bacille Calmette–Guérin) лузни кај деца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6602/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ПРЕЗЕНТАЦИЈА НА BCG (BACILLE CALMETTE-GUÉRIN) ЛУЗНИ КАЈ ДЕЦА**МЗД Упатство  
5.8.2009

- Нормална вакцинална реакција
- Атипична реакција на вакцина

**НОРМАЛНА ВАКЦИНАЛНА РЕАКЦИЈА**

- BCG вакцината содржи живи бактерии. 2 до 6 недели по вакцинирањето, на местото на вакцинацијата се јавува индурација, која може да се раскине и да влажи во текот на неколку недели, и тоа претставува нормална посакувана вакцинална реакција. Реакцијата резултира во создавање на лузна.
- Според меѓународната конвенција, BCG вакцината се дава во горниот дел на левото рамо.
- Распукнатото вакцинирано место треба да биде покриено со чиста облека. Лесен оток на лимфните жлезди често е асоциран со реакцијата.
- Не секогаш се создава папула и лузна. Во овој случај, сепак, нема потреба од ревакцинирање.

**АТИПИЧНА ВАКЦИНАЛНА РЕАКЦИЈА**

- Продолжено гноење на вакцинираното место.
- Обично не бара третман, ни после повторувачко гноење.
- После неколку месеци може да се развие зголемена дури и гнојна регионална лимфна жлезда. Кога вакциналното место е на горниот дел на левото рамо, во левата аксиларна пазува се појавува зголемена лимфна жлезда која може да се развие во апсцес. Гноењето може да продолжи неколку недели па дури и месеци. Оваа состојба е самоограничувачка.
- Дополнителни иследувања или специфичен третман не е потребен доколку загноената лимфна жлезда не е затегната, нема црвенило околу и ако детето се чувствува здраво, иако апсцесот може да флукуира и да перфорира.
- Овие несакани ефекти се ретки: се претпоставува дека се јавуваат кај помалку од 1% од вакцинирани индивидуи.
- Терапија на апсцес
- Кога ќе се оформи канал се препорачува празнење на апсцесот со лесен притисок секојдневно. Со време кратерот ќе заздравува почнувајќи од дното. Местото може да се мие нормално, нема потреба од дополнително бањање.
- Ако улцерацијата стане затегната, или се прошири црвенило, се препорачува третман со прва генерација на цефалоспорин на секундарна бактериска инфекција. Ова е многу ретко потребно. Ако состојбата се пролонгира и кратерот влажи повеќе месеци, пациентот треба да се упати на педијатар.
- Остеитис
- Ретка, тешка несакана реакција која обично се јавува после 1 година од BCG вакцинирање.
- Симптомите вклучуваат болка, затегнатост, оток на местото на остеитисот.
- Болнички третман.
- Атипична вакцинална реакција се пријавува според националните препораки.

Authors: Eeva Salo

Article ID: ebm00593 (031.056)

© 2011 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com), 5.8.2009**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање 2015 година.**

525.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ СИНУЗИТ КАЈ ДЕЦА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на синусит кај деца.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на синуситот кај деца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на синуситот кај деца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6603/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**СИНУЗИТ КАЈ ДЕЦА**

МЗД Упатство  
04.09.2009

- Основни податоци
- Развој на максиларни синуси
- Синузитис
- Етиологија
- Симптоми и дијагноза
- Рендгенографија и ултрасонографија
- Третман
- Рекурентен и перзистентен синусит
- Компликации
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Сомневајте се на синусит ако детето има пролонгиран пурулентен ринит, главоболка или кашлица по 10 до 14 дена од (вирусна) респираторна инфекција.
- Симптомите на инфекција на носот и на синусите често се присутни истовремено кај децата, поради што се користи терминот риносинуситис.
- Риносинусит често поминува без третман.
- Синузитот предизвикува компликации почесто кај децата отколку кај возрасните. Знак за предупредување е отекување на очните капаци или јаболчниците (орбитите).

**РАЗВОЈ НА МАКСИЛАРНИ СИНУСИ**

- Максиларниот синус со раѓање на новороденчето има големина на грав, и долниот раб е паралелен со местото на спојување на долната конха. За време на првите 3 години од животот, синусите растат латерално и одзади. Откако ќе никнат трајните заби синусите растат во правец на мекото непце, и на возраст од 10 до 12 години долниот раб на максиларниот синус е паралелен со долниот раб на носниот отвор. Максиларниот синус ја достигнува крајната големина на возраст од 15 до 18 години.

**СИНУЗИТ**

- Кај децата, акутен синусит претставува инфекција на мукозата. Кај доенчињата, чии синуси се широко отворени кон назалните кавитети прогнозата е добра.
- Како расте детето, остиумот на максиларниот синус станува потесен во споредба со големината на синусот. Во исто време важноста на синуситисот се зголемува.

**ЕТИОЛОГИЈА**

- Инфекцијата на параназалната мукоза речиси секогаш е од вирусно потекло.
- *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis* се најчестите бактериски предизвикувачи.
- Ако цилијарната активност на синусите е доволна за да го отстрани бактерискиот дебрис и другата секреција, инфекцијата ќе се излечи спонтано. Но, ако не се случитоа,



продолгирана ретенција на секрет може да доведе до хронична инфекција и оштетување на ткивото на синусната мукоза.

### СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА

- Поради тоа што болеста, вообичаено, се развива во асоцијација со инфекции на горниот респираторен тракт, симптомите често потекнуваат надвор од синусите. Кај мали деца најчести симптоми се перзистентен ринит и кашлица. Кај постари деца чести се перзистентен ринит, чувство на притисок над образите и темпоралниот регион, главоболка и гадење. Некогаш симптомите се целосно отсутни.
- Ако постои сомнение за синусит, секогаш треба внимателно да се прегледаат назалните кавитети и фаринксот. Пурулентна секреција може да биде видлива во назалниот кавитет, а некогаш мал пурулентен ексудат се гледа под средната конха. Кај мало дете дијагнозата за синусит се базира на клиничкиот наод, на пример, симптоми (назална секреција, кашлица, треска) кои перзистираат и се влошуваат за повеќе од 10 до 14 дена. Назалните полипи кај деца бараат преглед од ОРЛ специјалист за да се исклучи цистична фиброза, хоанални полипи и менингокела.

### РЕНДГЕНОГРАФИЈА И УЛТРАСОНОГРАФИЈА

- Имицинг техники не се препорачуваат за дијагноза на акутен синусит кај деца.
- Рендгенскиот преглед на синусите кај мали деца е тежок за интерпретација. Мукозен едем од различен степен е вообичаен дури и кај здрави деца.
- Кај постари деца ултрасонографијата може да биде од корист. Обична А имицинг техника дава малку информации за типот и видот на мукозниот едем. Наодите мора секогаш да бидат поврзани со симптомите, кои на крајот ја одредуваат потребата за третман.

### ТРЕТМАН

- Ако настане инфламација на синусите за време на акутна респираторна инфекција, тие обично закрепнуваат кога ќе се повлече ринитот и ќе се обнови цилијарната функција. Не е потребен посебен третман. Индикација за преглед на синусите се пролонгирање на симптомите, перзистентна кашлица, ринит и гавоболка. Дијагностициран синусит се третира со антибиотици (ннд-В) (вообичаено amoxicillin 40-50mg/kg/24h во две поделени дози). Ако пациентот има вистинска алергија на penicillin, препорачлив е макролид од широк спектар како што е clarithromycin или azithromycin.
- Бактериската култура земена од назалната слузница под средната конха може да помогне во селекција на антибиотите. Ако одговорот на првиот антибиотик не задоволува, може да се препише amoxicillin + клавуланска киселина. Ако пациентот има вистинска алергија на пеницилин, може да се препише комбинација на сулфонамид и триметоприм како втора линија на терапевски избор.

### РЕКУРЕНТЕН И ПЕРЗИСТЕНТЕН СИНУЗИТ

- Третманот на рекурентниот и перзистентниот синусит треба да се води од ОРЛ специјалист или од лекар специјализиран за педијатриски инфективни заболувања. Етиолошките фактори треба да се идентификуваат и да се лекуваат. Лимфатичното ткиво во фаринксот кај дете реагира бурно на инфламаторни иританти. Како додаток на зголемените аденоиди и тонзили, ќе се зголеми и лимфатичното ткиво во постериорниот ѕид на фаринксот. Зголемените аденоиди самите може да предизвикаат потешкотии во дишењето и да го опструираат патот на мукусот. Circulus vitiosus се развива лесно и единствено може да се прекине со аденоидектомија.

- Алергиите треба да се идентификуваат и да се елиминираат доколку е можно. Во додаток на алергиите, сите фактори кои ја иритираат назалната мукоза како прашина, загадувачи, контакт со рекурентни инфекции итн. може да придонесат до развој на синусит. Прогнозата на синуситот е добра ако етиолошките фактори може да се елиминираат. КТ скен може да се користи за евалуација на структурната анатомија (абнормалности) на параназалните синуси.
- ФЕХС (функционална ендоскопска хирургија на синусите) е ефективна кај случаи кои се резистентни на фармакотерапија и процентот на компликации е низок (ннд-С).

### КОМПЛИКАЦИИ

- Гнојниот материјал во затворен простор има тенденција да се шири во околината. Првиот симптом на комплициран максиларен или етмоидален синусит може да биде целулит на образите или на очните капаци. За време на првите години од животот местото на инфекција обично е етмоидалниот синус, кој некогаш доведува до периорбитален едем. Едем на очните капаци асоциран со ринит треба да се смета за комплициран синусит и детето треба да се испрати во болница.

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Anne Pitkäranta and Jouko Suonpää  
Article ID: ebm00611 (029.031)  
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com), 4.9.2009.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање 2015 година.**

526.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ТИКОВИ ВО ДЕТСТВОТО**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на тикови во детството.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување на тиковите во детството е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување на тиковите во детството по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6604/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ТИКОВИ ВО ДЕТСТВОТО**

МЗД Упатство  
18.5.2009

- Основни податоци
- Класификација
- Епидемиологија
- Клиничка слика
- Диференцијална дијагноза
- Основа на тиковите
- Третман
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Тиковите се ненадејни, повторувачки и ненамерни моторни движења слични на конвулзии на ист мускул или на група мускули или повторувачки вокални симптоми. Важно е дека движењата и вокализациите се начин на ослободување од одредена внатрешна емоционална напнатост. Тие се повторувачки и аритмични и поради тоа се ненамерни.
- Пролонгирани (повеќе од 2 месеца) тикови бараат консултација со детски психијатар.

**КЛАСИФИКАЦИЈА**

- Тиковите се делат на транзиторни тикови, хронични тикови и Tourette-ов синдром.
- Хроничниот тик и Tourette-ов синдром се смета дека имаат слична основа, единствената разлика е во степенот на тежината на растројството. Дијагностички критериум и за двете растројства е појавата на симптоми кај пациентот, пред да наполни 21 година.
- Има различни мислења за настанување на транзиторни тикови.

**ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

- Преваленцата на хроничните тикови е над 4%.
- Инциденцата за Tourette-ов синдром е помала од 1% во целата популација.
- Средна возраст на почетокот на хроничните моторни тикови е околу 7-та година, а за Tourette-ов синдром е истата или малку поголема возраст. Вообичаено, симптомите започнуваат на возраст од 4 до 15 години, но Tourette-ов синдром е опишан и кај деца помали од 1 година.

**КЛИНИЧКА СЛИКА**

- Тиковите може да се манифестираат од кој било дел на телото, вообичаено во пределот на главата, особено на мускулите на лицето и горниот дел од телото.
- Најчести видови на моторни тикови се тресење на главата, гримасирање, подигнување на веѓите, трепкање со очите, собирање на носот, влечење на устата, кревање на рамениците и виткање на екстремитетите.
- Симптомите на вокален тик вклучуваат воздвигнување, зевање, кашлање, шмркање, грофтање, фрчење и лаење.

- Покомплексни симптоми на вокален тик вклучуваат ненадејно експлозивно кажување на непристојни зборови или фрази (копролалија). 30% од пациентите со Tourette-ов синдром страдаат од ваков тип на симптоми.
- Тиковите, генерално, се поврзани со голем број на други бихејвиорални нарушувања како што се нарушувања на вниманието, потешкотии со учењето, тептавење и други нарушувања на говорот, кондуктивни нарушувања, опсесивно-компулсивни симптоми, панични напади, фобии итн.

### ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Екстремна моторна активност или немир кај малите деца.
- Хиперкинезија
- Мастурбаторни движења
- Хореа и атетоза во благи форми
- Компулсивни движења кои се поврзани со симптоми на церебрална парализа.

### ОСНОВА НА ТИКОВИТЕ

- Направени се многу обиди да се објасни основата на тиковите со фактори од индивидуалната психологија, семејната психологија и со биолошки фактори.
- Tourette-ов синдром се смета дека е моногенска наследна болест. Процентот е дека 1,2% од популацијата е носител на мутантниот ген и дека една половина од овие индивидуи ќе манифестираат некоја форма на симптоми.
- Како додаток на тиковите, луѓето кои имаат Tourette-ов синдром имаат потешкотии во вниманието, кондуктивни нарушувања, панични напади и депресија повеќе од здравите луѓе.
- Како додаток на наследноста и други фактори може да ги потпомогнат симптомите. Особено ситуации кои предизвикуваат анксиозност, како и емоционалниот стрес може да ги зголемат симптомите кај вулнерабилните индивидуи.

### ТРЕТМАН

- Клиничката слика на тиковите и на Tourette-ов синдром може многу да варира. Се случуваат и спонтани ремисии, и тогаш симптомите лесно може да се следат неколку месеци. Секако корисни се супортивна и информативна дискусија со детето и семејството. Ако симптомите траат подолг период, неопходни се специјални испитувања и третман.
- Тешките случаи се третираат со психотерапија и медикаменти. Пред да биде инициран третманот, дијагнозата се потврдува со детални психолошки и психијатриски истражувања на детето кои се комплетираат со дополнителни невролошки испитувања.
- Од актуелните психотерапии, бихејвиоралните терапии дале најдобри резултати. Како додаток на терапијата, важни се и поврзани информации, совети и водење.
- Постојат неколку алтернативи за медикаментозна терапија. Изборот на лек зависи од придружните невропсихијатриски или психолошки проблеми.
- Пред да бидат иницирани медикаментите, детето кое страда од тикови мора да се подложи на преглед од детски психијатар и медикаментите мора да се реализираат под водство на детски психијатар.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

21.1.2009

### Кохранови прегледи

- Pimozide е неефикасен третман за тешките форми на синдромски тикови кај Tourette-ов синдром. Како и да е, постои загриженост за несаканите ефекти, пролонгираниот QT интервал во ЕКГ-то и отсуство на студии за следење подолго од шест месеци (ннд-**B**).

Автори:

Овој извадок е креиран и ажуриран од Издавачкиот тим на ЕБМГ (EBMG Editorial Team)

Article ID: rel00911 (032.004)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors: Hannu Westerinen

Article ID: ebm00686 (032.004)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 18.5.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
1. Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.
2. Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.

527.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ТОНЗИЛИТ И ФАРИНГИТ КАЈ ДЕЦА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази на тонзилит и фарингит кај деца.

Член 2

Начинот на медицинско згрижување на тонзилит и фарингит кај деца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на тонзилит и фарингит кај деца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6605/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ТОНЗИЛИТ И ФАРИНГИТ КАЈ ДЕЦА**

МЗД Упатство  
3.06.2010

- Основни податоци
- Етиологија
- Симптоми и знаци
- Дијагноза
- Третман

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

Антибиотска терапија е индицирана кај инфекции предизвикани од стрептококи од А групата дијагностицирани културелно или со брз антигенски тест. Кај останатите случаи е индициран симптоматски третман.

- Кај мали деца инфективната моноклеоза пројавува само благи симптоми. Нема корист од третман со антибиотици кај деца, но третман со амоксицилин во текот на болеста ќе предизвика појава на црвен точкест исип, речиси кај секој пациент.
- Епидемии предизвикани од стрептококи треба да се идентификуваат и решаваат. Се знае дека контаминираната храна и млеко може да предизвикаат стрептококни епидемии.

**ЕТИОЛОГИЈА**

- Аденовирусите се најчести етиолошки агенси.
- Фарингит предизвикан од стрептококи е редок кај деца помали од 3 години.

**СИМПТОМИ И ЗНАЦИ**

- Температура и болка во грлото се главни симптоми на стрептококна инфекција, но клиничката дијагноза не е веродостојна.
  - а. Аденовируси и други вируси може да предизвикаат ексудативен тонзилит.
- Ако пациент кој има температура и болка во грлото во исто време има и кашлица и ринит, веројатно е дека има вирусна респираторна инфекција отколку стрептококна инфекција.
- Болно грло со исип честопати е предизвикано од аденовируси или други вируси.
- Болка во ушите може да ирадира во пределот на тонзилите (и обратно).
- Стрептококен фарингит може да предизвика абдоминална болка.

**ДИЈАГНОЗА**

- Дијагнозата треба да се базира на детекција на стрептококи со културелен преглед на фарингеален секрет или со брз антигенски тест. Не треба да се бараат бактерии различни од стрептококи.

**БРЗ ТЕСТ ЗА ДЕТЕКЦИЈА НА СТРЕПТОКОКЕН АНТИГЕН**

- Брз културелен метод (Streptocult®) дава резултати за 24 часа. Ако се користи брз антигенски тест, негативниот резултат треба да се потврди со култура (кај деца помали од 3



години стрептококен тонзилит е толку редок, така што негативен антигенски тест не треба да се контролира со култура).

#### ТРЕТМАН

- Треската и болката најдобро се третираат со парацетамол. Напроксен и ибупрофен се алтернатива. Инфекции предизикани од стрептококи група А треба да се третираат со penicillin V 70mg/kg дневно (100000е.д./kg/24h), (ннд-С) или (кај пациенти со алергија на пеницилин) serphalexin 50mg/kg/24h , во две дози за 10 дена .
- Краткотрајна терапија со цефалоспорини (2 до 6 дена) може да биде ефикасна (ннд-В) но се поврзува со повеќе несакани ефекти. Пократка терапија може да се користи ако постои потешкотија од подолготрајно давање на антибиотик кај детето. Треба да се избегнуваат макролидите во терапијата на тонзилит поради појава на бактериска резистенција.
- Поради контагиозноста, детето треба да се изолира од дневниот престој или училиштето до еден ден по започнување на антибиотската терапија. Траењето на отсуство од градинка или училиште се одредува според општата состојба, а не според етиолошкиот агенс.

Authors: Marjukka Mäkelä

Article ID: ebm00610 (029.030)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, [www.ebm-guidelines](http://www.ebm-guidelines), 3.06.2010**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање 2015 година.**

528.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ТРОМБОЦИТОПЕНИЈА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази на тромбоцитопенија.

Член 2

Начинот на медицинско згрижување на тромбоцитопенија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на тромбоцитопенијата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6606/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

## Прилог

**ТРОМБОЦИТОПЕНИЈА**

МЗД Упатсво  
3.8.2009

- Основни податоци
- Основни правила
- Причини за тромбозитопенија
- Клинички период
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Да се прекине употреба на лекови кои можат да предизвикаат тромбозитопенија, освен ако не се витално индицирани.
- Ако пациентите со тромбозитопенија имаат симптоми на крвање се препорачува хоспитализација.
- Запомнете ја можноста за таканаречена псевдотромбозитопенија.

**ОСНОВНИ ПРАВИЛА**

- Патофизиолошки механизам на тромбозитопенија: (бројот на тромбозити  $<150 \times 10^9/L$ , во доцна бременост  $<120 \times 10^9/L$  може да се должи на:
  - намалена продукција во коскената срцевина;
  - зголемена консумација, и
  - зголемена секвестрација во слезинатаа.
- Артефицијално низок број на тромбозити се добива кога тромбозитите се броени во крв земена со Етилендиаминтетраоцетна киселина (EDTA) како антикоагуланс (псевдотромбозитопенија). Кога кај пациентот за првпат му е откриена тромбозитопенијата ( $<100 \times 10^9/L$ ) потребно е истиот примерок на крв да се провери и со мануелно броење заради можноста за постоење на тромбозитни агрегати.
- Тромбозитопенија е само симптом, чија причина треба да се открие.
- Карактеристични манифестации на тромбозитопенија се: модринки и петехии по кожата и мукозни крвањеа.
- Впрочем, чести се крвањеата при употреба на гума за цвакање и епистакси. Исто така, може да се јават крвањеа во гастроинтестиналниот и уринарниот тракт.
- Честа е појавата и на менорагија.
- Тенденцијата за крвањеа не е честа кога бројот на тромбозитите е 50 до  $100 \times 10^9/L$ . Концентрација на тромбозити од 10 до  $50 \times 10^9/L$  честопати е асоцирана со спонтани крвањеа. Тромбозитопенијата од  $<10 \times 10^9/L$  дава тешки форми на крвањеа. Лековите кои ја нарушуваат тромбозитната функција (ASA, clopidrogrel) ја зголемуваат склоноста кон крвањеа кај постојните умерени тромбозитопениии.

**ПРИЧИНИ ЗА ТРОМБОЦИТОПЕНИЈА****Намалена продукција****Вродени причини:**

- Вродени тромбозитопениии (ретко)

- Фанконијева анемија

Стектати причини:

- Апластична анемија
- Инфилтрација на коскена срцевина (карцином, леукемија, миелофиброза, миелодисплазија, туберкулоза)
- Јонизирачко зрачење, други причини за миелосупресија (цитотоксична хемотерапија)
- Лекови (триметопримсулфаметоксазол, соли на злато, тиазидни диуретици, естрогени, интерферон)
- Недостаток на витамини и други есенцијални нутритивни елементи (В<sub>12</sub>, фолна киселина, железо)
- Вирусни инфекции
- Алкохолизам
- Бременост

### Зголемена консумација

Вродени причини:

- Неимунолошки (хемолитичка болест кај новороденче, прематуритет, прееклампсија, инфекции)
- Имунолошки алоимуна неонатална тромбоцитопенија, матернална идиопатска тромбоцитопенична пурпура (ИТР)

Стектати причини:

- Неимунолошки (инфекции, дисеминирана интраваскуларна коагулација, тромботична тромбоцитопенична пурпура, хемолитичко-уремичен синдром, зголемена консумација на тромбоцити предизвикана од лекови)
- Имунолошка (индуцирана од лекови, по трансфузија на крв, хронична и акутна ИТР)

### Тромбоцитна секвестрација

- Хиперспленизам

### Загуба на тромбоцити

- Акутна хеморагија
- Хемоперфузија

## КЛИНИЧКИ ПРИОД

Асимптоматски пациент, број на тромбоцити 100-150x10<sup>9</sup>/l

- Општиот лекар може безбедно да ја следи состојбата во интервал од неколку месеци. Доколку не се манифестира некоја друга болест во основа и тромбоцитопенијата остане стабилна, не се препорачува понатамошно следење. Сите лекови кои предизвикуваат тромбоцитопенија да се одбегнуваат, доколку е можно. Треба да се советува избегнување на алкохол.
- Многу лекови релативно често предизвикуваат тромбоцитопенија (ннд-С). Тука се вбројуваат хепарин, кинидин, хлорокин, злато, салицилати, сулфонамиди, тијазиди, алопуринол, фенитоин, карбамазепин и триметоприм.
- Нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) (посебно ацетилсалицилната киселина) и некои други лекови (clopidrogel) често ја намалуваат тромбоцитната функција и придонесуваат за тенденција кон крвавење. Тоа е силно изразено кај пациенти со тромбоцитопенија.
- Парацетамолот не ја намалува тромбоцитната функција

**Асимптоматски пациент, број на тромбоцити  $<100 \times 10^9/L$** 

- Покрај проценката на лековите што ги користи пациентот треба да се направат и базични ивентигации: хемоглобин, број на леукоцити и диференцијална крвна слика, број на тромбоцити и анализа на коскена срцевина.
- Ако состојбата не се подобрува, пациентот се упатува до специјалист хематолог.

**Ако пациент со тромбоцитопенија има крвање**

- Тој/Таа има потреба од специјалистичка нега
- Важно е да се открие можната причина. Да се запомни дека листата на лекови кои предизвикуваат тромбоцитопенија е голема. Сите тие треба да се избегнуваат.

**Идиопатска тромбоцитопенична пурпура (ИТП)**

- Третманот се планира од специјалист по интерна медицина или педијатрија-супспецијалист-хематолог.
- Кај адулти преднизолонот и понатаму е лек од прва линија. Почетната доза е  $1-2\text{mg/kg}/24\text{h}$ . Одговор од третманот се постигнува за 1 до 4 недели. Парцијален одговор се постигнува кај 70-90% од случаите, но добар одговор со број на тромбоцити  $>100 \times 10^9/L$  само кај 30–50%. По максимално постигнатиот тераписки одговор лекот постепено се намалува (во текот на неколку недели) до најмалата доза со која се постигнува прифатлива клиничка состојба (број на тромбоцити  $>50 \times 10^9/L$ ) и отсуство на крвање. Кај деца ИТП е често самолимитирачка постинфективна состојба.
- Интравенозна апликација на гама-глобулини може да индуцира побрз одговор во споредба со кортикостероидите. Ако не се постигне одговор, пациентите се третираат со имunosупресивна терапија или спленектомија.
- Инхибитори на фибринолизата можат да се применуваат за редуција на екцесивни мукозни хеморагии како што се крвање од назална, гастроинтестинална и уринарна слузница и менорагија. Трансфузијата на тромбоцити е ефективна, ако не се присутни антиромбоцитни антитела. Масивни крвање се компензираат со трансфузија на еритроцити, свежо смрзната плазма и тромбоцитни концентрати.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

3.8.2010

- Кохранови прегледи
- Други сумарни докази
- Други интернет извори
- Литература

**Кохранови прегледи**

- Betamethasone-от се чини не е ефикасен во третманот на идиопатската тромбоцитопенична пурпура за време на бременоста, но доказите се инсуфициентни (ннд-**D**).

**Други сумарни докази**

- Oreivekin може да го забрза подобрувањето на тромбоцитите и може да ја редуцира потребата од тромбоцитни трансфузии кај тромбоцитопениите индуцирани од хемотерапија (ннд-**C**).
- Имunosупресивните третмани може да имаат многу скромни ефекти кај пациенти со ИТП и перзистентна тромбоцитопенија по спленектомија (ннд-**C**).

### Други интернет извори

1. Sandler SG. Immune Thrombocytopenic Purpura. eMedicine 1

### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

#### Автори:

Овој извадок е креиран и ажуриран од Издавачкиот тим на ЕБМГ ( EBMG Editorial Team )

Article ID: rel00139 (015.010)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors: Esa Jantunen

Article ID: ebm00312 (015.010)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 3.8.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**

529.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ХЕМОЛИТИЧКА АНЕМИЈА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на хемолитичка анемија преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување на хемолитичка анемија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на хемолитичка анемија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6608/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ХЕМОЛИТИЧКА АНЕМИЈА**

МЗД Упатство  
1.9.2010

- Цели
- Епидемиологија
- Претходни податоци
- Причини за хемолитичка анемија
- Дијагностичка проценка
- Третман
- Поврзани извори

**ЦЕЛИ**

- Запомнете дека ретикулоцитниот број (еритроцити/крв) кај анемијата е истражување од прв ред; ја диференцира причината - дали анемијата е предизвикана од ексесивна консумација (=хемолита) или дефицит на железо.
- Како и да е, треба да се утврди етиологијата на хемолитата.

**ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

- Хемолитичките анемии се ретки во некои земји (на пример, нордиските земји), но тие претставуваат чест проблем во одредени географски региони (српестоклеточната анемија, таласемиите, абнормалниот хемоглобин итн.). Ова треба да се има на ум кога се третираат пациенти од овие региони.

**ПРЕТХОДНИ ПОДАТОЦИ**

- Нормалниот животен век на еритроцитите е 120 дена. Кај хемолитичките состојби, животниот век може да биде скратен на неколку минути.
- Хемолитата може да биде:
  - Компензирана состојба кај која зголемената еритроцитна продукција ја компензира зголемената потрошувачка и со тоа е избегната анемијата.
  - Некомпензирана состојба, па пациентот развива анемија.
- Бројот на ретикулоцити се покачени во обете кондиции и тоа е знак за зголемена еритроцитна продукција.
- Еритроцитите може да се деструираат:
  - екстравакуларно (во ретикулоендотелниот систем, посебно во слезината);
  - интраваскуларно (во крвните садови), или
  - уште како прекурзори во коскената срцевина.
- Знаци за хемолита се:
  - компензаторно зголемување на еритроцитопоезата во коскената срцевина, што резултира со зголемување на ретикулоцитите во крвта;
  - пораст на катаболните продукти на хемоглобинот;
  - кај интраваскуларната хемолита покачена концентрација на плазмата, хемоглобинот и повремено хемоглобинурија и хемосидеринурија.



### ПРИЧИНИ ЗА ХЕМИОЛИТИЧКА АНЕМИЈА

- Предвремена деструкција на еритроцитите може да биде предизвикана од :
  - дефекти во самите еритроцити (наследни хемолитички анемии и пароксизмална ноќна хемоглобинурија - PNH)
  - Надворешни причини (стекнати хемолитички анемии)

Специфичните хемолитички анемии се наброени во табела бр. 1.

<b>Табела бр. 1. Причини за хемолиза</b>
<b>Еритроцитни дефекти</b>
<b>Дефекти на клеточната мембрана</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Херeditарна сфероцитоза</li> <li>• Херeditарна елиптоцитоза</li> </ul>
<b>Ензимопатии</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хемоглобински абнормалности</li> <li>• Таласемии</li> <li>• Хемоглобинопатии</li> </ul>
<b>Пароксизмална ноќна хемоглобинурија (PNH)</b>
<b>Надворешни причини</b>
<b>Имунохемолизи</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Автоимуни хемолизи</li> <li>• Синдром на ладна хемаглутинација</li> <li>• Имунохемолиза предизвикана од лекови</li> <li>• Посттрансфузиска реакција</li> <li>• Мајка – дете имунизација</li> </ul>
<b>Хемолиза поради фрагментација</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вештачки валвули, други протези, хемоперфузија</li> <li>• Марш хемоглобинурија</li> <li>• Васкулитис</li> <li>• Дисеминирана интраваскуларна коагулација (DIC)</li> <li>• Тромботична тромбоцитопенична пурпура (TTP)</li> </ul>
<b>Други надворешни причини</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Инфекции, токсини, изгореници, хиперспленизам</li> </ul>

### ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕНА

**Процената има за цел:**

1. Да се потврди присуство на хемолиза.
  2. Да се открие причината и механизмот на хемолитичката состојба.
- Инвестирации од прв ред се крвната слика, ретикулоцитите, SE и C-реактивен протеин (CRP).
  - Ретикулоцитозата ја потврдува хемолизата. Поради хемолизата може да биде зголемена и вредноста на MCV. Нормалниот број на ретикулоцити, вообичаено, исклучува постоење на хемолиза.
  - Исто така, поради дефицит можна е коегзистирачка анемија. Интраваскуларна хемолиза што трае долго време може да води кон дефицит на железо (позитивен хемосидерин во урина), кога бројот на ретикулоцити и вредноста на MCV не се информативни (треба да се има на ум дека дефицитот на железо може да се развие како резултат, на пример, кога

простетичката валвула индуцира хемолиза или предизвикува долгорочна хемолиза асоцирана со PNH).

- Други истражувања што треба да се направат, со цел да ја потврдат хемолизата и нејзините механизми:
  - директен Coombs-ов тест кај автоимуна хемолитичка анемија (АИНА);
  - lactat dehydrogenasa (LDH) - многу сензитивен индикатор за хемолиза, но, исто така, има пораст и кај многу други состојби.
  - haptoglobin - е намален кај хемолиза, но, исто така, може да биде намален и кај хепатални заболувања, но и да биде со нормални вредности и покрај сигнификантната хемолиза.
  - билирубин - расте концентрацијата на неконјугиран билирубин.
  - уринарен хемосидерин - индикативен кај интраваскуларна хемолиза со долго времетраење и останува позитивен неколку недели по престанот на хемолизата.
  - процена на морфологијата на крвните елементи и стернална пункција ако е индицирана.

Внимателно треба да се земе анамнеза за лекот што се користи, било регуларна или временна терапија.

Семејна анамнеза, имигрантска популација.

Општиот лекар релативно лесно може да ја исклучи сигнификантната хемолиза.

Пациентот со тешка хемолитичка анемија мора веднаш да биде упатен во болница за понатамошни истражувања.

### ТРЕТМАН

- Третманот зависи од специфичната состојба и се спроведува во соработка со специјалист.

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

28.12.2011

- Кохранови прегледи
- Интернет извори
- Литература

#### Кохранови прегледи

- Хидрохуиџа—та се чини дека е ефикасна за српесто-клеточна анемија кај тешко афицираните SS адулти во период од две години (ннд-В).
- Конзервативната терапија може да биде исто толку ефикасна колку и агресивната терапија во подготовката за хируршка интервенција кај пациенти со српесто-клеточна анемија (ннд-С).

#### Интернет извори

1. Schick P. Hemolytic anemia. eMedicine
2. Autoimmune Hemolytic Anemia. Merck Manual Online
3. Sickle cell anemia. Orphanet ORPHA232
4. Hereditary spherocytosis. Orphanet ORPHA822
5. Hereditary elliptocytosis. Orphanet ORPHA288

#### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

Овој извадок е креиран и ажуриран од Издавачкиот тим на ЕБМГ (EBMG Editorial Team)

Article ID: rel00145 (015.025)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors: Juhani Vilpo

Article ID: ebm 00319(015.025)

©2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 1.9.2010 , [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во 2015 година.**

530.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ШУМ НА СРЦЕ КАЈ ДЕТЕ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинско згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на шум на срце кај дете.

Член 2

Начинот на медицинско згрижување на шум на срце кај дете е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на шум на срце кај дете по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6610/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ШУМ НА СРЦЕ КАЈ ДЕТЕ**МЗД Упатство  
13.8.2010

- Основни податоци
- Знаци за конгенитална срцева болест
- Систолни шумови
- Систолно-дијастолни шумови
- Што да правите кога ќе откриете шум за првпат?
- Профилактика на ендокрадитис

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Шумовите што укажуваат на органска болест треба да бидат откриени; еден процент од децата имаат конгенитална срцева мана.
- Вибраторен звук се слуша најмалку кај секое петто дете и во определни случаи кај повеќе од половина од децата (на пр. за време на фебрилност).
- Крвниот притисок на десната рака и на десната нога треба да биде измерен кај секое дете со систолен шум за да се исклучи аортна коарктација.

**ЗНАЦИ ЗА КОНГЕНИТАЛНА СРЦЕВА БОЛЕСТ**

- Послабо цицање, бледило, потење и забрзано дишење (>40/мин) може да се знаци на срцева слабост кај доенче.
- Кај конгенитална срцева малформација што бара хируршки третман, често клиничката состојба кај децата е навидум нормална.
- Периоралната цијаноза е, обично, незагрижувачки наод предизвикан од несоодветна венска дренажа во таа област и бавна периферна циркулација.
- Цијанозата здружена со конгенитална срцева болест секогаш се гледа на телото, лицето и на јазикот доколку детето не е анемично.

**СИСТОЛНИ ШУМОВИ**

- Тонот на *невин шум* е најчесто од вибраторен и ежекциски тип (тип крешчендо-декрешчендо). Најдобро се слуша во III интеркостален простор, од левата страна на стернумот. Шумот се намалува во стоечка положба.
- Кај *вентрикуларен септален дефект* (ВСД), шумот се јавува со првиот срцев тон и е често пансистолен, но може да завршува во средна систола кога дефектот е мал. Шумот често е свиречки. *Punctum maximum* на шумот, обично, е сместен во III-IV интеркостален простор.
- Кај *атријален септален дефект* (АСД) *punctum maximum* обично е во II-III интеркостален простор од левата страна. Вториот срцев тон е постојано раздвоен, како и за време на експириум. ЕКГ покажува парцијален блок на десната гранка.
- Висок срцев шум на десната страна од стернумот укажува на *бикуспидна аортна валвула* или *аортна стеноза*. Индицирана е ехокардиографија.

- Тонот на шумот предизвикан од *пулмонална стеноза* е погруб отколку кај АСД, како и од физиолошкиот ежекциски звук. Шумот лесно се слуша како на левата така и на десната страна на грбот.
- Систолниот шум не треба да се смета за физиолошки пред да се отстрани можноста за постоење *аортна коарктација*. Освен палпација феморален пулс мора да се измери и крвниот притисок на десната рака (сфигмоманометар) или нога (осцилометар). Нормално, систолниот притисок измерен на ногата е исто толку висок колку и на раката. Шумот предизвикан од аортната коарктација, обично, најдобро се слуша на грбот од левата страна на 'рбетот. Кај доенче со срцева слабост и мал кардијален минутен волумен шумовите тешко се слушаат.
- Физиолошкиот ежекциски шум е дијагноза што исклучува вродена срцева мана.

### СИСТОЛНО-ДИЈАСТОЛНИ ШУМОВИ

- Дијастолниот шум ретко е невин. Венското враќање е единствениот бениген дијастолен шум. Овој мек шум се слуша и во систола и во дијастола над клавикулите, обично подобро на десната страна. Шумот исчезнува кога се притиснати југуларните вени, при свртена глава или кога детето лежи со спуштена глава.
- Сите други дијастолни шумови бараат натамошна обработка од специјалист.
- Перзистирачки дуктус артериозус предизвикува шум што се слуша во систола и продолжува да се слуша по вториот срцев тон (континуиран шум). *Punctum maximum* е под левата клавикула. Шумот често се слуша и на грбот.

### ШТО ДА ПРАВИТЕ КОГА ЌЕ ОТКРИЕТЕ ШУМ ЗА ПРВПАТ?

- За сите слушнати срцеви шумови, можеби со исклучок на многу слабите шумови од 1/6 степен, би требало да бидат информирани родителите. Шум слушнат за време на температура, обично, е физиолошки ежекциски шум, кој, можеби, не би се слушнал во други околности. Поради ова, слушнат шум за време на инфекција нема алармантно значење; доволно е да се договорите со родителите кога и каде ќе се направи преслушување. Исклучок се доенчиња на возраст од еден-два месеца, кај кои секој слушнат шум треба да се земе впредвид сериозно.
- Кога давате информација за шумот, најдобро е да се спомене дека невините шумови се најчести и дека аортната коарктација е исклучена ако детето е со нормален крвен притисок.
- Ако се постави сомнение за срцева мана кај детето треба да се направат дополнителни испитувања.
  - Не треба да се употребува тремин како „дупка во срцето“. Исто така, не треба да се коментира за можна хируршка интервенција.
  - Не треба да се прави ограничување на физичката активност доколку нема јасни причини.
- Ако детето е со добро здравје и е исклучена срцева мана, не се неопходни натамошни испитувања. Тие деца треба да се следат во амбуланти за здрави деца. Како и да е, мнозинството значајни структурни дефекти се откриени во првите месеци од животот, па шумовите слушнати во доенчката возраст би требало да бидат добро испитани.

### ПРОФИЛАКСА НА ЕНДОКРАДИТИС

- Види ги препораките за профилакса на ендокрадитис.
- За превенирање ендокрадитис, во случај на интервенција се дава единечна доза антибиотици, при што е предизвикана лацерација на мукозните мембрани, што резултира

со јатрогена привремена бактериемија. Кај лица со конгенитални срцеви болести основните препораки за антибиотска терапија се исти како и кај другите пациенти.

За евентуална потреба од профилакса на ендокрадитис секогаш решава специјалист. Профилаксата, обично, се дава кај сите пациенти со срцева валвуларна протеза, нетретирана цијаногена срцева мана, или турбуленција на крвта предизвикана од вештачки матерјали или кај пациенти што претходно веќе имале ендокрадитис. Профилаксата за ендокрадитис не е потребна кај пациенти со други срцеви мани. Потребна е многу внимателна стоматолошка заштита кај сите деца и адолесценти со срцеви мани.

Authors: Eero Joinen Ellonen

Article ID: ebm00584 (031.009)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 13.8.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено следно ажурирање во 2015 година.**

531.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ЛАРИНГИТИС КАЈ ДЕЦА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на ларингитис кај деца.

Член 2

Начинот на медицинско згрижување на ларингитис кај деца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување на ларингитис кај деца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6611/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**



Прилог

**ЛАРИНГИТИС КАЈ ДЕЦА**МЗД Упатство  
15.11.2010

- Основни правила
- Историја и клинички наоди
- Третман
- Индикации за болнички прием
- Референци

**ОСНОВНИ ПРАВИЛА**

- Пациенти со благи симптоми се третираат дома.
- Потешки случаи на круп се третираат со гликокортикоиди и кога е неопходно, како прва помош може да се даде рацемски адреналин.
- Треба да се упатат во болница пациентите со:
  - Ретракција при инспириум, силен инспираторен стридор
  - Суспектен бактериски трахеитис или пневмонија како компликација на ларингитис.

**ИСТОРИЈА И КЛИНИЧКИ НАОДИ**

- Симптомите на ларингитис вклучуваат ненадеен почеток на груба, постојана "кучешка" кашлица и инспираторен стридор.
- Пробајте да го опсервирате степенот на тешкотија при дишењето и движењата на градниот кош кога детето не се плаши и не плаче. Најдобриот момент е на почетокот на консултацијата пред да започне детето "да плаче од докторот".
- Анамнезата на пациентот е од помош. Ларинготрахеитис кој бавно се развива, исто така, и бавно се лекува, во споредба со ларингитисот кој има бурен почеток.
- Кај пациенти со рекурентен ларингитис, тежината на претходните епизоди ја предвидува тежината на сегашната епизода.
- Сомневајте се на пневмонија (или бактериски трахеитис) ако дете со ларингитис има перзистентна температура и не реагира на третман; серумскиот С-реактивен протеин (CRP) често е зголемено кај таквите случаи.

**ТРЕТМАН**

- Најчести предизвикувачи се вируси и нема специфичен третман. Параинфлуенца вирусот е причина кај 70% од случаите.
- Ладен, влажен воздух е од корист, ако дозволува времето детето треба да се изнесе надвор.
- Иако дишењето на пареа е етаблиран начин на терапија, не постојат научни докази за ефектите во решавање на диспнеата (ннд-С).
- *Дексаметазон* е ефективен во третман на спастичен круп во доза од 0.6mg/kg p.o. (ннд-В) или i.m. (макс. 10mg) (ннд-А). Подоцна дозата може да се повтори 1 до 2 пати. Ефектот настапува бавно. Инхалаторни стероиди (на пример, будесонид 1mg (ннд-В), орален дексаметазон или орален метилпреднизолон 2mg/kg) се алтернативни лекови.
- Кај тежок инспираторен стридор *рацемски адреналин*<sup>1</sup> (ннд-А) во доза од 0,5–1,0mg/kg или *лево-адреналин* може да се даде со небулајзер во текот на 5 до 10 минути. (види

<sup>1</sup> Рацемски адреналин – недостапно во Македонија

табела бр. 1). Бидејќи стридорот често се повторува за 1 до 2 часа, овие деца треба да се упатат во болница по пружената прва помош или барем да се следат во ординација за тоа време.

**Табела бр. 1. Дозирање на брз адреналин и лево-адреналин (1ml/ml неразреден)**

Телесна тежина на детето	Рацемски адреналин* - раствор за инхалација УСП 2.25% (разреден <sup>1</sup> )	Адреналин 1mg/ml (неразреден)
2-5 kg	0.2 ml	2.25mg=2.3 ml
6-7 kg	0.3 ml	2.25mg=2.3 ml
8-9 kg	0.4 ml	2.25mg=2.3 ml
10-20 kg	0.5 ml	3.4 mg=3.4 ml
>20 kg	0.5 ml	4.5 mg=4.5 ml
<sup>1</sup> доза на лек: 0.05 ml/kg телесна тежина разреден во 3 ml 0.9% физиолошки раствор и инхалиран со небулозер		

### ИНДИКАЦИИ ЗА БОЛНИЧКИ ПРИЕМ

- Тежината на диспнеата и проценката на општата состојба (исцрпеноста) го одредува начинот на третман на детето.
- Тешкото дишење и ларингеалната кашлица може да се третираат во домашни услови.
- Децата со инспираторен стридор, но без ретракција на респираторната мускулатура брзо закрепнуваат. Болеста се влошува кај 1% од пациентите.
- Околу 50% од децата со видлива ретракција на интеркосталните простори и употреба на помошната мускулатура се влошуваат, а мал дел може да имаат потреба од интензивно лекување. Овие деца треба да се следат во болница.
- Болно дете со температура и пролонгиран ларингитис треба да се упати во болница како суспектен случај на бактериски трахеитис.

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Tarja Heiskanen-Kosma

Article ID: ebm00615 (029.032)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EVM Guidelines, , 15.11.2010**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до март 2015 година.**

**ДЕРМАТОЛОГИЈА**

532.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ХЕИЛИТИС ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при хеилитис во дерматологијата.

Член 2

Начинот на згрижување на хеилитис во дерматологијата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување на хеилитис во дерматологијата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-5233/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ХЕИЛИТИС ВО ДЕРМАТОЛОГИЈА**МЗА Упатства  
8.4.2009

- Ангуларен хеилит кај постари лица
- Ангуларен хеилит кај деца
- Други форми на хеилит

**АНГУЛАРЕН ХЕИЛИТ КАЈ ПОВОЗРАСНИ ЛИЦА**

- Често е асоциран со губење на забите, лошо затворање на устата, што води до нагласување на кожните набори на аглите на устата. Константното слевање на плунка во кожните набори создава идеални услови за габични и бактериски инфекции.
- Кај 20% од случаите причинител е *Candida albicans*, кај 60% е комбинација на *Candida albicans* и *Staphylococcus aureus* и во 20% од случаите *Staphylococcus aureus* самостојно.
- Дефицитот на железо или Б-витамини предиспонира за развој на хеилит.

**Третман**

- Третман на предиспонирачките фактори (корекција на лошата дентална оклузија, корекција на дефицитот на железо или Б-витамини).
- Комбинација на масти со hydrocortisone, natamycin и neomycin sulphate, комбинација на hydrocortisone и chlorhexidine, chlorhexidine гел.

**АНГУЛАРЕН ХЕИЛИТ КАЈ ДЕЦА**

- Обично е резултат на атопискиот дерматит, поретко е предизвикан од габична инфекција.
- Хеилитот може да стане перзистентен, доколку кожата, која е инаку склона на алергии, постојано е во контакт со алергени од храна на пример, зеленчуци и овошје. Се препорачува една до две недели да не се даваат слатки.

**ДРУГИ ФОРМИ НА ХЕИЛИТ**

- Актиничен (соларен) хеилит е промена која е со зголемен ризик за појава на канцер на долната усна. Може да биде третиран со криотерапија со течен азот или со ласер<sup>1</sup>
- M.Chron и ХИВ инфекцијата може да бидат асоцирани со хеилит.

Автор:

Tuula Salo, Maria Siponen, Article ID: ebm00154(007.011), c2005 Duodecim Medical Publication Ltd

1. **EBM Guidelines, 8.4.2009, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до април 2013 година.**

<sup>1</sup> Ограничено досапно во Р. Македонија (во приватни дерматолошки ординации), но се работи за алтернативен третман

533.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**КОНТАГИОЗЕН МОЛУСКУМ ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при контагиозен молускум во дерматологијата.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на контагиозен молускум во дерматологијата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на контагиозен молускум во дерматологијата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-5235/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**КОНТАГИОЗЕН МОЛУСКУМ**МЗД Упатства  
17.5.2009

- Основно правило
- Епидемиологија
- Дијагностика
- Терапија
- Компликации
- Индикации за специјалистичка консултација

**ОСНОВНО ПРАВИЛО**

- Лезиите исчезнуваат спонтано без терапија. Ако детето има само неколку папули и соработува, здравувањето може да се забрза по механички пат.

**ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

- Molluscum contagiosum е вообичаен кај деца, посебно кај оние со atopична сува кожа. Очигледно, развојот на специфичниот имунитет го превенира повторното појавување.
- Нема причина да се ограничат контактите со други деца поради еден вообичаен вирус и детето нормално може да посетува градинка или училиште.
- Понекогаш се појавуваат папули кај возрасни. Појавата на многубројни папули може да биде знак за имунодефициенција (на пример, ХИВ инфекција).

**ДИЈАГНОСТИКА**

- Типичните лезии се претставени како мали папули (неколку мм) со вглабнување во центарот кои не предизвикуваат никакви проблеми што се однесува на диференцијалната дијагноза, особено кога се во голем број.
- Во многу раниот стадиум може да отсутуваат типични карактеристики, така што тешко може да се идентифицира солитарна папула. Кај возрасен пациент може да личи на ран базоцелуларен карцином или на хиперплазија на себацеалните жлезди.

**ТЕРАПИЈА**

- Активен третман на првите неколку папули може да го стопира ширењето на болеста. Наједноставен третман е кинење на папулата со специјален форцепс, игла или кирета. Кај исплашени деца, 20-30 минути пред процедурата се аплицира крем lidocaine/prilocaine кој обезбедува адекватна анестезија (ннд-В)<sup>1</sup>. Негова апликација на поголеми површини на кожата не се препорачува.
- Криотерапија со течен азот е ефикасна, но не и безболна.
- Ако механичкиот третман кај дете не може да се спроведе без настојување, подобро да се чека на спонтано оздравување.
- Кај возрасни адекватен е третманот киретажа без анестезија. Треба да се внимава на можноста за ХИВ инфекција.

<sup>1</sup> ннд – ниво на доказ

- Пробани се различни топични или системски третмани за инфекцијата со molluscum, но нивната ефикасност е несигурна (ннд-**D**).
- Терапија на atopична егзема со кортикостероиди и емолиенти со истовремена појава на лезии на molluscum contagiosum не го компромитира здравувањето на лезиите и воедно

### **КОМПЛИКАЦИИ**

- Ако лезиите се иритираат и околу нив се развие егзема, веројатна причина е појавата на имун одговор, а не бактериска инфекција.
- Ако се развие пиодермија треба да се третира со антибиотици. Во практиката ретко се гледа вистинска пиодермија.

### **ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА**

- Не постои реална индикација за специјалистичка консултација. Општиот доктор може да ги третира сите лезии.

### **РЕФЕРЕНЦИ**

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

1. **EBM Guidelines, 17.5.2009, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2013 година.**

534.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ЈАДЕЖ ВО АНАЛНАТА РЕГИЈА ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување при постоење на јадеж во аналната регија во дерматологијата.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на јадеж во аналната регија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на јадеж во аналната регија во дерматологијата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-5236/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**



## Прилог

**ЈАДЕЖ ВО АНАЛНАТА РЕГИЈА - PRURITUS ANI**

МЗД Упатства  
7.12.2009

- Основни правила
- Симптоми
- Терапија

**ОСНОВНИ ПРАВИЛА**

- Исклучи телна причина за која треба третман (проктоскопијата е често индицирана).
- Да не се мешаат површните кожни ексоријации со анални фисури .
- Запамети дека причина за аналниот јадеж може да биде инфекција со *Enterobius vermicularis*.
- Кај најголем број (60%) од пациентите, не може да се идентификува причината за аналниот јадеж. Претерано миење, хемороиди (кои ја влажат перианалната регија) како и локалните реакции од топично применетите медикаменти може да се причина за перианален дерматитис.

**СИМПТОМИ**

- Јадежот е главен симптом, но многу пациенти се жалат и на болка при палпација.
- Може да биде зафатена и околината на заболената перианална кожа.

**ТЕРАПИЈА**

- Кожата која чеша бара воздух и аналната хигиена е задолжителна (туширање или миење после дефекација со нежно сушење на регијата).
- Мастите со цинк може да се користат локално. Кај силен јадеж, како локална терапија се користи 1 % hydrocortison крем или антимиотици (во комбинација со hydrocortison). Избегнувај сензитивизирачки комбинации на топични лекови.
- Кај случаи кога јадежот перзистира, индицирана е кожна биопсија од зафатената кожа.
- Понекогаш може да биде потребна дерматолошка консултација

Автор:  
Matti V. Kairaluoma

Претходен автор:  
Kari-Matti Hiltunen  
Article ID: ebm00204 (008.061)  
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 7.12.2009, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до декември 2013 година.**

535.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТИС ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на третман на себороичен дерматитис во дерматологијата.

Член 2

Начинот на третман на себороичен дерматитис во дерматологијата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на себороичен дерматитис во дерматологијата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-5237/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**СЕБОРОИЧЕН ДЕРМАТИТИС**

МЗД Упатства

16.4.2010

- Основи
- Симптоми и знаци
- Клиничка слика
- Етиологија и патофизиологија
- Дијагноза
- Третман
- Поврзани извори

**ОСНОВИ**

- Вообичаено се јавува кај возрасните (од 18 до 40 години) во региите богати со себацеални жлезди, најчесто на скалпот и на лицето.
- Диференцијално-дијагностичките алтернативи вклучуваат промени на скалпот поврзани со atopичен егзем и псоријаза.

**СИМПТОМИ И ЗНАЦИ**

- Места на предилекција - зафатени кожни ареи по ред на фреквенција:
  - Скалп.
  - Лице, веѓи, назолабијални бразди, истакнати делови.
  - Уши и ушни канали.
  - Средно-горните партии на градите и грбот ("перспиращи делови").
  - Задник, ингвиналната ареа, гениталиите, пазуви.
  - Ретко се генерализира.

**КЛИНИЧКА СЛИКА**

- Масни или суви луспи на скалпот, sometimes a "cradle cap"
- Лесно десквамирачки егзематозни плаки на лицето на типичните локации, често се проследени со чешање и пецкање.
- Чешање и инфламација на ушниот канал.
- Блефаритис.
- Добро демаркирани егзематозни плаки во средината на горниот дел на трупот.
- Интертриго.

**ЕТИОЛОГИЈА И ПАТОФИЗИОЛОГИЈА**

- Зголемениот слој на себум врз кожата, составот на себумот и имунолошкиот одговор на пациентот го фаворизираат развојот на квасницата *Malassezia*.
- Деградацијата на себумот ја иритира кожата и предизвикува егзема.

**ДИЈАГНОЗА**

- Се базира на типичната клиничка презентација и локализацијата на егземата.

- Кај псоријазата лушпите се потенки и региите на предилекција се разликуваат (лакти, колена). Псоријазата често има фамилијарна појава.
- Промените на скалпот кои се асоцирани со атопичен егзем понекогаш се идентични со оние кај сеџбороичен егзем.

### ТРЕТМАН

- Третманот трајно не ја лекува болеста. Мора да се повтори кога и симптомите ќе се повторат, па дури и профилактички да се дејствува (ннд –В).

#### Отстранување на дебелиите сквами и намалување на количината на себум

- Сквамите можат да се размекнат со крема која содржи салицилна киселина и сулфур (но не и вазелин) или со влажнење и миење.
- Себороичната кожа треба да се мие почесто отколку вообичаено

#### Намалување на растот на габички

- Миење на скалпот со кетоназолски шампон (ннд –А) или со шампон со селениум сулфид (ннд-В)
- Топичен третман со кремове кои содржат антифунгални агенси од групата на азоли
- Антимикотици во кожните набори (ретко е неопходно)
- Понекогаш е потребна ултравиолетова светлосна терапија

#### Симптоматски топичен третман

- Кортикостероидни препарати (или слично) за скалпот (од благи до потентни) (ннд –С).
- Кортикостероидни кремове за другите делови на телото (од благи до оние умерено потентни).
- Навлажнувачки емолиенси после миење.
- Кетоназолски шампон и кортикостероидни кремове се комбинираат кај терапевски резистентните случаи

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

Автори :

Editors, Article ID: ebm00282 (013.015)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 16.04.2010, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до април 2014 година.**

536.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ПРОМЕНИ ВО УСТАТА ПРИ КОЖНИ БОЛЕСТИ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на препознавање, дијагностицирање и третман на промени во устата при кожни болести.

Член 2

Начинот на препознавање, дијагноза и третман на промени во устата при кожни болести е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност препознавање, дијагноза и третман на промени во устата при кожни болести по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-5238/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

## Прилог

## ПРОМЕНИ ВО УСТАТА ПРИ КОЖНИ БОЛЕСТИ

МЗД Упатства  
7.4.2009

- Erythema multiforme
- Pemphigus vulgaris
- Pemphigoid
- Lichen planus (lichen ruber planus)
- Лихеноидни реакции
- Дискоиден лупус еритематозус
- Рекурентен афтозен стоматитис (улцери)
- Леукоплакија и еритроплакија
- Пигментации на орална мукоза
- Венска петелка
- Поврзани извори

**Табела 1.** Листи на можните клинички наоди на оралната мукоза и нивните можни причинители

Клиничка слика	Можна причина
<b>Светла пребоеност (белузлави наслаги)</b>	
Може да се отстранат	Candidiasa, фибрински улцери (хемиска /термичка траума), лупење на мукозата предизвикано од паста за заби
Не може да се отстранат	Иритативна хиперплазија, лихеноидни реакции, реакции на лекови, Lichen planus, хиперпластична кандидијаза, леукоплакија, Leukoedema, white sponge nevus, херидитарна бенигна интраепителиална дискератоза, M. Darier, промени предизвикани од тутун за цвакање, никотин стоматитис, соларен хеилит, влакнеста леукоплакиа, влакнест глоситис, географски јазик, субмукозна фиброза, Fordyce-ови папули, ектопично лимфатично ткиво, гингивални цисти, гингивален апсцес, липом.
<b>Еритематозни</b>	Candidiasis atrophica, lichen planus, реакции на лекови, контактна алергија, pemphigoid, дефицит на железо или витамин Б, морбили (Копликови дамки), хемангиом, granuloma pyogenicum, периферен гранулом на гигантски клетки, ромбоиден медијален глосит, erythroplakia, Kaposi-ев сарком, географски јазик, псоријаза, скарлатина, гингивитис на плазма клетки, петехии и модрини (траума и хематолошки заболувања)
<b>Улцерозни</b>	Траума, афти, сифилис гонореа, ТБЦ, лепра, актиномикоза, нома, микотични заболувања, M. Behçet, Reiter-ов синдром, lichen planus, erythema multiforme, lupus erythematosus, реакции на лекови контактна алергија, Wegener –ова грануломатоза, "средишен" гранулом, хронична грануломатозна болест (granulomatosis disciformis chronica et progressiva), циклична неутропенија, епидермоиден карцином, карцином на синус максиларис.
<b>Булозни</b>	Херпес симплекс, варичела, херпес зостер, ентеровирус, херпангина, пемфигоид, пемфигус, дерматитис херпетиформис, epidermolysis bullosa, реакции на лекови, контактна алергија

<b>Верукозни</b>	Палатинална папиломатоза, papilloma squamosa, condylomata accuminata, condylomata lata, verruca vulgaris oris, фокална епителијална хиперплазија, keratoacanthoma, leukoplakia verrucosa, carcinoma verrucosus, pyostomatitis vegetans, xantoma verrucosa
<b>Хипер-пигментации</b>	Амалгамска тетоважа, меланотична макула, физиолошка пигментација, тутун, инфламации, лекови, тешки метали, M. Addison, S. Peutz Jeghers, S. Laugier-Hunziker, невуси, меланом, неуроектодермален тумор на детска возраст
<b>Субмукозни отоци</b>	
<b>Гингиви</b>	Granuloma pyogenicum, периферен гранулом на гигантски клетки, периферен фибром, гингивален апсцес, exostosis, гингивална циста, еруптивна циста, erulis congenitalis на новородени, генерализирана гингивална хиперплазија
<b>Фетор</b>	Ранула, дермоидна циста, лимфоепителијална циста, тумор на саливарни жлезди, мезенхимални тумори
<b>Букална и лабијална мукоза</b>	Тумори на саливарни жлезди, мукокела, fibroma traumatica, мезенхимален тумор
<b>Јазик</b>	Fibroma traumatica, granuloma pyogenicum, тумор на грануларни клетки, неурофибром, мукозен неуром, тумор на саливарни жлезди, лингвален тироид
<b>Непце</b>	Мукокела, тумор на саливарни жлезди, дентален апсцес, лимфом, торус, тумори на горна вилица или максиларен синус

### ERYTHEMA MULTIFORME

- Erythema multiforme е акутно инфламаторно, булозно заболување, кое предизвикува ексудативни лезии на оралната мукоза и усните. Се јавуваат промени на кожата, вообичаено на екстремитетите; тие се еритемни, прилично добро ограничени во концентрични кругови (таргетни лезии).
- Болеста е самоограничувачка, но може да се повтори повеќе пати.
- Етиологијата е непозната, но во 50 % на случаи може да се идентификува провокативниот фактор. Во такви фактори се вклучуваат: инфекции (особено HSV или мусорплазма), лекови, бременост, хемикалии, храна, малигни заболувања, системски болести, стрес или радијација.
- Во генерализираните форми на заболувањето (S. Stevens-Johnson) се јавуваат тешки ексфолијативни лезии и на кожата и на најмалку две мукозни површини. Најтешката форма на болеста е Lyell-ов синдром (токсична епидермална некролиза) каде е зафатена преку 30 % од површината на кожата.

#### Дијагноза

- Вообичаено се базира на клиничката слика и анамнезата со цел да се идентификуваат можните провоцирачки фактори. Таа може да биде верифицирана со провокациони тестови.

#### Терапија

- Се состои од елиминација на причината, доволна хидратација и антихистаминици кога се неопходни. Топичните кортикостероиди обично се ефикасни во намалување на симптомите предизвикани од оралните лезии. Chlorhexidine (2mg/ml) за плакнење на уста 2 до 3 пати на ден обично ги превенира компликациите и е добар за оралната хигиена. Ако болеста е предизвикана од вирусот на *Herpes simplex* (HSV) потребен е ацикловир. Тешките форми на болеста бараат хоспитализација и системски кортикостероиди.

**PEMPHIGUS VULGARIS**

- Ретко, хронично автоимунно булозно заболување.
- Кај околу 75 % од случаите, болеста прво се манифестира со појава на були на оралната мукоза. Булите лесно руптуираат предизвикувајќи болни ерозии. Интактните були ретко се среќаваат во оралната празнина. Типични места за лезиите се палатумот, букалната мукоза и долната усна. Притисокот на неинволвираната мукоза, околу булата, со тап инструмент, после 1 минута, ќе предизвика булозна формација или одлепување на епителот од подолните слоеви (позитивен Nikolsky тест).
- Кожните лезии кои се појавуваат претставуваат були со тенок флакциден покрив и се исполнети со бистра течност. Промените се задржуваат на едно место неколку месеци, а потоа се јавуваат и на други регии од кожата.

**Дијагноза**

- Се базира на клиничката слика, хистопатологијата (интраепидермална була) и тестовите на директна и индиректна имунофлуоресценција (ИФ).
- Примерокот за директната ИФ треба да биде земен од незасегнатата мукозна мембрана или кожа блиску до лезијата.
- Примерокот мора да биде испратен до лабораторијата додека е свеж (или веднаш, завиткан во газа натопена во физиолошки солен раствор или во специјален медиум даден од лабораторијата кој ќе ја одржува свежината на примерокот во рок од три дена.

**Терапија**

- Се состои од системски кортикостероиди, сами или во комбинација со methotrexate, azathioprine, cyclophosphamid или злато. Се користат, исто така, и таканаречените биолошки антители. Во топичната терапија се употребуваат кортикостероидни кремови.

**PEMPHIGOID**

- Хронично, автоимунно булозно заболување. Двете основни форми се pemphigoid bullosus и цикатрициелен пемфигоид на слузокожи. Кај pemphigoid bullosus, оралните симптоми се појавуваат кај 15 до 30 % од случаите. Кај цикатрициелен пемфигоид на слузокожи, секогаш се присутни оралните симптоми и во 95 % од случаите примарните лезии се во оралната празнина.
- Булите во устата се исполнети со бистра течност или крв и руптуираат лесно. Мукозната мембрана околу булите е еритемна. Откако ќе руптуираат булите, површината на раната бавно зараснува и може да остави лузна. Честа клиничка манифестација кај цикатрициелниот пемфигоид во устата е гингивален еритем и улцерации ткн. десквемативен гингивит. Лезиите обично се лоцирани на палатумот, букалната мукоза и јазикот.

**Дијагноза**

- Возраст (обично од 60 до 70 години), клиничка слика, хистопатологија (субепидермална була), ИФ методи, позитивен Nikolsky тест (види кај Pemphigus vulgaris).

**Терапија**

- Терапијата на лезиите на оралната мукоза се топичните кортикостероиди. Потешките случаи се третираат со системски кортикостероиди и/или со други имunosупресивни лекови. Пациентот мора да биде советуван да избегнува каква било траума на кожата и мукозите кои би предизвикале булозни формации (на пример, тврда храна).



**LICHEN PLANUS (LICHEN RUBER PLANUS)**

- Етиологијата е непозната, клеточно-посредуван имун одговор на надворешен или алогеничен антиген.
- Честа појава, кај 2 % од популацијата.
- Околу 2/3 од пациентите се жени, инциденцата е највисока во средната возраст.
- Според клиничките манифестации лихен планусот кој ја зафаќа оралната мукоза е поделен во следните форми: папуларна, ретикуларна, плакарна, атрофична, ерозивна и булозна форма. Ретикуларниот облик, со бели Wickham-ови стрии на мукозната мембрана е најчеста форма на заболувањето. Може да коегзистираат промени од најразлични форми. Лезиите од лихен планус обично се симетрично распоредени на букалната мукоза, јазикот и/или на гингивите.
- Околу 30-40% од пациентите со орален лихен планус манифестираат и кожни лезии. Од друга страна, 70% од пациенти со кожни лезии имаат и коегзистирачки орални промени. Засегањето на гениталната регија е, исто така, прилично често.
- Кожните промени се интермитентни по карактер, додека оралните лезии се перзистентни.
- Болеста е често (во околу 50% од пациентите) придружена со секундарна габична орална инфекција.

**Дијагноза**

- Се базира на клиничката слика и хистопатологијата.

**Терапија**

- Потребна е елиминација на можни агравирачки фактори (забен камен, остар раб на пломби, протеза), добра орална хигиена и третман на габичната инфекција (да се потврди со култура). Секоја симптоматична и/или еритемна лезија да се третира локално со кортикостероидни препарати (triamcinolon acetamid назален спреј, betamethazon 0,1 % маст, clobetazol propionat<sup>1</sup> 0,1 % маст) за лезии лоцирани претежно на гингиви добар метод е употребата на специјални медицински апликатори. Кај тешките случаи може да се инјектира директно кортикостероид во лезијата. Добри прелиминарни резултати се постигнати со употреба на топичен такролимус<sup>2</sup> во третман на лихен планус на орална мукоза; но, постојат регулаторни рестрикции за употреба на мукозни мембрани.

**Забелешка**

- Околу 0.1–3% од лезиите од лихен планус стануваат малигни. Следењето е важно, а потребни се повторувани биопсии.

**ЛИХЕНОИДНИ РЕАКЦИИ**

- Лихеноидните реакции ги немаат сите критериуми на лихен планус, ниту клинички, ниту хистолошки.
- Често е поединечна, локализирана лезија (спореди со лихен планус).
- Лихеноидните реакции може да бидат провоцирани од:
  - Лекови (АСЕ инхибитори, алопуринол, бета блокери, карбамазепин, хлорпромазин, хлороквин, цитостатици, фуросемид, златни соли, кетоконазол, литиум, лево-мепромазин, метилдопа, НСАИЛ, пенициламин, пеницилин, фенотијазини, квинидин, салазопирин, сулфонилуреа, тетрациклини, талидомид, тијазиди, зидовудин).
  - Автоимуни болести (myasthenia gravis, системски лупус еритематозус (СЛЕ) colitis ulcerosa, alopecia areata, витилиго, хепатални дисфункции).

<sup>1</sup> Недостапно во Р. Македонија, но се работи за алтернативен третман

<sup>2</sup> Недостапно во Р. Македонија, но се работи за прелиминарни резултати од студии

- Реакција на графт версус домаќин
- Материјал за полнење на заби
- Етиолошкиот фактор не може секогаш да биде идентификуван.

### LUPUS ERYTHEMATODES DISCOIDES (ДЛЕ)

- Хронична, инфламаторна, фотосензитивна автоимуна болест, се јавува на кожата и оралната мукоза, со непозната етиологија. Системскиот лупус еритематозус (СЛЕ) е системска манифестација на истата состојба.
- Најголем број од пациентите се жени.
- Дискоидниот лупус еритематозус (ДЛЕ) се карактеризира со јасно ограничени еритемни лезии на кожата. Како што лезиите заздравуваат тие стануваат лушпести во центарот, по што настанува атрофија и формирање на лузна како и нарушена пигментација.
- Лезиите во устата се тркалезни, недефинирани, еритемни ареи, ограничени со радијален бел раб и можат да асоцираат на бели точки. Најчесто тие се лоцирани на букалната слезница, палатумот и долната усна.
- Лезиите во устата обично се безболни.

#### Дијагноза

- Се базира на клиничката слика и хистолошкиот наод од биопсијата.
- Ако е суспектен ДЛЕ, треба да се земе биопсија од лезијата и половината од примерокот да се испрати за ИФ иследување (да се одржи свежина на ткивото).
- Системската форма на болеста може да биде дијагностицирана со земање биопсија од неинфицирана кожа.
- Помалку од 5% од пациентите со ДЛЕ ќе развијат СЛЕ.

#### Терапија

- Се применуваат топични кортикостероиди и антиреуматици.
- Се препорачуваат средства со заштитен фактор.
- Се смета дека ДЛЕ лезиите, особено тие на усните, носат зголемен ризик за карцином.

### РЕКУРЕНТЕН STOMATITIS APHTOSA

- Рекурентниот, афтозен стоматит е честа состојба која се јавува кај 20 до 60% од популацијата.
- Етиологијата е непозната; сепак, понекогаш е јасна асоцијација со стрес, механичка иритација, одредена храна, хематолошки абнормалности (дефицит на железо, фолна киселина, витамин Б и цинк) и хормонски нарушувања. Genetic predisposition has been found in a number of patients.
- Според клиничката слика се класифицира како минорен, мајорен и херпетиформен стоматит.
- Улцерациите обично се јавуваат на лабијалната и букалната мукоза, многу ретко на јазикот и на гингивите. Вообичаено, тие се болни и заздравуваат за една до шест недели, што зависи од големината на улцерацијата.

#### Дијагноза

- Се базира на клиничката слика и анамнезата.

#### Терапија

- Ако е потребно, може да се проба со кортикостероидни препарати (оромукални таблети или орална паста) исто како и со испирања со chlorhexidine.
- Рекурентните големи улцери можат да се третираат со испирања со тетрациклини.

- Продукти кои формираат заштитен слој врз афтата може да бидат корисни за намалување на болката.
- Дел од пациентите реферираат подобрување со употреба на растителни и витамински продукти, дури кога научните докази за нивната ефикасност се незадоволителни.
- Се препорачува употреба на паста за заби без натриум лаурил сулфат.

### LEUCOPLAKIA И ERYTHROPLAKIA

- Леукоплакија е клинички израз кој означува бела, добро ограничена дамка или ареа на оралната мукоза која не може да се отстрани со гребчење и не може да биде дијагностицирана како кое било друго специфично заболување.
- Еритроплакијата означува еритемна лезија на мукозна мембрана која не може да се дијагностицира како кое било друго специфично заболување.
- Леукоплакијата може да се класифицира според етиологијата како идиопатска или индуцирана од употреба на тутун или на алкохол.
- Леукоплакијата клинички се презентира како хомогена или нехомогена (нодуларна, верукозна, пролиферативно верукозна леукоплакија или еритроплакија). Главниот ризик од малигнитет е околу 4% кај хомогената леукоплакија, но сигурно е повисок кај нехомогената леукоплакија. Особено пролиферативната верукозна леукоплакија, секогаш прогресира во карцином.
- Статистички најопасна регија е подот на устата и долната страна од јазикот (50% стануваат малигни).
- Еритроплакијата секогаш е асоцирана со дисплазија и во 90% од случаите се развива во карцином, што зависи од локализацијата на промената.

#### Дијагноза

- Се базира на клиничката слика и хистологијата.

#### Терапија

- Терапијата е хируршка екцизија, ако биопсијата покаже умерена, до изразена дисплазија, и потребно е клиничко следење на шест месечни интервали. Забележано е дека отстранувањето или неотстранувањето на леукоплакијата не е во корелација со прогнозата на лезијата. Следењето е многу важно.

### ПИГМЕНТАЦИИ НА ОРАЛНАТА МУКОЗА

- Физиолошката пигментација на гингивите обично е симетрична. Воспалителните заболувања, како лихен планус, можат да предизвикаат пигментации на мукозите.
- Меланозата предизвикана од пушење обично се појавува на гингивите во предниот дел од устата.
- Најчеста пигментна лезија на оралната мукоза е амалгамската. Причинета е од партиклите амалгам, кои навлегуваат во мукозата. Амалгамската тетоважа обично е во облик на темносиви дамки на гингивата блиску до пломбираниот заб.
- Во некои случаи пигментацијата се должи на лекови (на пр. антималярици, цитостатици, зидовудин)
- Многубројни и/или екстензивни пигментации можат да се должат на системски болести како М. Addison, S. Peutz-Jeghers, S. Albright или неурофиброматоза. Ако кај пациентот е присутна дифузна пигментација на оралната мукоза и усните без системска болест, можно е дека се работи за С. Laugier-Hunziker.
- Меланотичните макули се локализираны пигментни лезии. Може да бидат идиопатски или да се должат на горенаведените фактори.
- Невусите и меланомот ретко, но се среќаваат на оралната мукоза.
- Ако постои сомнение, дијагнозата мора да се потврди со биопсија.

**ВЕНСКА ПЕТЕЛКА**

- Венската петелка е задебелено проширување на вена кое може да се третира со течен азот.

**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

16.2.2007

**Кохранови прегледи**

- Витамин А, ретиноиди и бета каротен можат да бидат ефикасни за клиничка резолуција на лезиите од леукоплакија, но чести се релапсите и нема докази за ефикасен конзервативен третман во превенција на малигната трансформација (ннд-**B**).
- Cyclosporin може да ја намали болката и клиничките знаци кај оралниот lichen planus. Нема докази дека стероидите се поефикасни од плацебото или дека еден стероид е поефикасен од друг во редуција на болката кај симптоматскиот оралент lichen planus (ннд-**C**).
- Cyclosporin и azathioprine изгледа сека имаат некаков заштитен ефект во засегањето на очите, а benzathine-penicillin за артритис, но потребни се повеќе рандомизирани студии(ннд-**D**).

**Интернет извори**

1. Pemphigus vulgaris. Orphanet ORPHA704 [1](#)

**Литература**

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00164 (007.023)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Автори:

Tuula Salo and Maria Siponen

Previous authors:

Stina Syrjänen

Article ID: ebm00153 (007.023)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 7.4.2009, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до април 2013 година.**

537.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ЗА ЗАШТИТА НА КОЖАТА**  
**ОД ЗАМРЗНУВАЊЕ, СОНЦЕ И ИСУШУВАЊЕ ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на заштита на кожата од замрзнување, сонце и исушување во дерматологијата.

Член 2

Начинот на заштита на кожата од замрзнување, сонце и исушување во дерматологијата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на заштита на кожата од замрзнување, сонце и исушување во дерматологијата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на пристапот при заштита на кожата од замрзнување, сонце и исушување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-5239/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ЗАМРЗНУВАЊЕ, СОНЦЕ И ИСУШУВАЊЕ**МЗД Упатства  
5.6.2009

- Заштита на кожата од замрзнување:
- Заштита на кожата од сонце:
- Заштита на кожата од исушување
- Поврзани извори

**ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ЗАМРЗНУВАЊЕ**

- Кремови за заштита од студено, вклучувајќи многу масни кремови, го зголемуваат ризикот од замрзнување бидејќи ја намалуваат температурата на кожата.
- Надворешната страна на облеката треба да е непропустлива за ветер, а внатрешната да го задржува воздух и да е волуминозна.
- Да се избегнува потењето со облекување на помалку алишта додека се вежба: неколку тенки облеки се подобри отколку една дебела.
- Да се избегнува изложување на главата и вратот на воздушна струја (ветер).
- Топлинската изолација на стапалата може да биде подобрена со носење на покомотни чевли

**ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД СОНЦЕ**

- Според резултатите на епидемиолошките студии, УВБ зрачењето ја предиспонира кожата за добивање на базалиоми, епидермални карциноми и соларни кератози.
  - УВБ е најважен ризик-фактор за настанување на епидермален карцином, и ризикот од базалиом е директно пропорционален на кумулативната доза на УВА радијација.
  - Повторувачките изгореници се почести отколку високата кумулативна светлина.
- Рефлексијата од песок, вода и особено снег го зголемуваат количеството на ултравиолетово зрачење. Адекватна заштита на кожата е задолжителна во состојби каде има многу рефлектирачко светло.
- Адекватно облекување и избегнување на експозиција на светлина посебно околу пладне помага при заштитата од сонце.
- Кремови за заштита од сонце со фактор 15 и повеќе се од корист (ннд-В), но не ја заменуваат адекватната облека.

**ЗАШТИТА НА КОЖАТА ОД ИСУШУВАЊЕ**

- Заштитни кремови секогаш треба да се користат кога кожата се чувствува сува, рапава или кога има фисури.
- Повторното намокрување и делумното користење на сапуни ја предиспонираат кожата кон сушење. Рацете би требало да се мијат само еднаш на ден, а пациентите со контактна алергија би требало да користат заштитни ракавици.
- Заштитата е мошне важна кај пациенти со атопија и контактен дерматитис.
- Лицата со атопија треба да користат кремови на поголема површина на кожа од онаа која ја чувствуваат сува.
- Кератолитични масти (на пример, салицилна киселина или препарати со карбамид) се потребни кај петици со фисури.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

29.1.2007

### Кохранови прегледи

- Топичен tretinoin краткорочно го подобрува изгледот на блага до умерена фотоповреда на лицето и надлактиците, но предизвикува кожна надразба (ннд-А).

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00132 (013.091)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 5.6.2009, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до февруари 2014 година.**

538.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ЕРИЗИПЕЛОИД ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на третман на еризипелоид во дерматологијата.

Член 2

Начинот на третман на еризипелоид во дерматологијата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на еризипелоид во дерматологијата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-5240/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**



## Прилог

**ЕРИЗИПЕЛОИД**

МЗД Упатства  
4.6.2010

- [Епидемиологија](#)
- [Симптоми](#)
- [Дијагноза](#)
- [Третман](#)
- [Превенција](#)
- [Поврзани извори](#)

**ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

- Бактеријата која го предизвикува еризипелоидот (*Erysipelothrix rhusiopathiae*) може да се најде кај многу животни (свињи, риби, птици).
- Луѓето најчесто се инфицираат преку оштетена кожа.
- Се јавува како ретка професионална инфекција кај сточарите, месарите, рибарите, ветеринарите итн.

**СИМПТОМИ**

- На јчесто се јавува оток и црвенило, и тоа обично на рацете. Нема гноење.
- Проследено е со силна болка, чешање и иритација
- Локалните лимфни јазли често се потечени, но системските симптоми се ретки
- Понекогаш можат да се јават и септикемија и ендокардит.
- Болеста е самоограничувачка за неколку недели. На местото на инфекцијата останува резидуална хиперпигментација.

**ДИЈАГНОЗА**

- Дијагноза може да се постави на база на историјата на болеста или типичната клиничка слика. Може да се засади култура од примерок од биопсија или од аспирирана течност, но тоа ретко кога е индицирано.

**ТРЕТМАН**

- Пеницилин 1.5 милиони единици два пати дневно во тек на 10 денаго скратува траењето на болеста. Исто така, веројатно се ефикасни и цефалоспорините, макролидните антибиотици и флуорокинолоните (ннд-**D**).

**ПРЕВЕНЦИЈА**

- Добра професионална пракса, заштита (покривање) на рацете и раните и повредите на нив.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

2.1.2009

### Други интернет извори

1. Ghorayeb Z, Matta-Muallem M. Erysipeloid. eMedicine 1

### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00612 (001.022)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Автор:

Petteri Carlson

Article ID: ebm00033 (001.022)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 4.6.2010, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2014 година.**

539.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**КЕЛОИД ВО ДЕРМАТОЛОГИЈАТА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на келоид во дерматологијата.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на келоид во дерматологијата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на келоид во дерматологијата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностицирањето и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-5242/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**КЕЛОИД**МЗД Упатства  
17.5.2009

- Цел
- Дефиниција
- Дијагноза
- Типични карактеристики
- Индикации за третман
- Третман

**ЦЕЛ**

- Да се превенира создавање на келоиди (претходна појава на келоиди е ризик за појава на нов)
- Третиран келоид кој предизвикува естетски или механички проблеми или симптоми. Новиот келоид е полесен за третман од стариот.

**ДЕФИНИЦИЈА**

- Келоид е патолошка лузна која наликува на тумор и се јавува на местото на хируршките рани, изгореници, дупки од обетки или како последица од акни на трупот.

**ДИЈАГНОЗА**

- Типичната промена лесно се препознава. Келоидот на почетокот е како гума, црвен - темноцрвен, солиден, обично е мек. Изграден е од нежно сврзно ткиво покриено со тенка кожа.
- Големината може да варира од многу мало до големина на портокал.
- Бенигната хипертрофична лузна во рок од 6 месеци станува мека и се намалува за разлика од келоидот кој ги нема тие својства.
- Може да постои фамилијарна предиспозиција.

**ТИПИЧНИ КАРАКТЕРИСТИКИ**

- Појавата на лузна се детектира во рок од 3 до 4 недели од повредата. Растењето продолжува неколку месеци до години.
- Со најголем ризик од појава на келоид се младите жени (од пубертет до 30 години).
- Инфекциите и напорот го зголемуваат ризикот за појава на келоиди.
- Предилекциони места се: усната шуплина, горниот дел на трупот (посебно над стернумот), рамењата, образите, вратот и лумбалниот дел. Ретко се зафатени дланките, стапалата и лицевата регија

**ИНДИКАЦИИ ЗА ТРЕТМАН**

- Естетски
- Рестрикција во подвижноста на кожата, болна осетливост или силен јадеж.

**ТРЕТМАН**

- Ветувачки резултати има комбинацијата на криотерапија со течен азот и кортикостероидни инјекции (ннд-С). Келоидите се смрзнуваат со спреј со течен азот. После 5 минути во набабрениот келоид се инфилтрира methylprednisolon 40mg/ml. Третманот се повторува 1 до 2 пати во интервал од 6 недели. Третманот треба да го направи дерматолог.
- Терапијата со притисок може, исто така, да биде ефикасна, но третманот е мачен и долготраен.
- Кај тешките случаи треба да се консултира пластичен хирург. И најмала ексцизија без примена на притисок или на прекривка со силиконски гел (ннд-С) обично провоцира појава на нов келоид.

Автори  
Pekka Autio

Претходни автори  
Raimo Suhonen  
Article ID: ebm00263 (013.079)  
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 17.05.2009, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2013 година.**

540.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**АЛЕРГИЈА НА ЛАТЕКС**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање, третман и прогилаксија на алергија на латекс.

Член 2

Начинот на дијагностицирање, третман и прогилаксија на алергија на латекс е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање, третман и прогилаксија на алергија на латекс по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностицирањето, третманот и прогилаксијата, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6452/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**АЛЕРГИЈА НА ЛАТЕКС**

МЗД Упатство

5.10.2009

- Основни правила
- Етиологија и епидемиологија
- Фактори што ја тригерираат алергиската реакција
- Симптоми
- Ризични групи
- Вкрстени реакции со банана и друго овошје
- Дијагноза
- Третман и профилаксија
- Поврзани извори
- Референци

**ОСНОВНИ ПРАВИЛА**

- Посомневај се на алергија на латекс кај индивидуи со симптоми, кои им се јавуваат од гумани ракавици, кондоми, балони, бебешки играчки или од инструменти што содржат латекс.
- Секој пациент што има закажана хируршка интервенција треба да се праша за евентуални симптоми од ракавици, кондоми и од балони.

**ЕТИОЛОГИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

- Алергијата на латекс е брза реакција (тип 1) на протеините од дрвото од кое се вади латексот. Одложена (тип 4) реакција се јавува од хемикалиите што се додаваат во природниот гумен латекс и се нарекуваат алергија на гума.
- Околу 0,1 процент од популацијата и 3-10 проценти од медицинскиот персонал страда од алергија на латекс.

**ТРИГЕРИРАЧКИ ФАКТОРИ ЗА ПОЈАВА НА АЛЕРГИСКА РЕАКЦИЈА**

- Хируршки ракавици, истражувачки или ракавици во домаќинството
- Катетери
- Радиографски балони (на пример бариумска клизма)
- Манометриски балони (одн., при инвестирација на езофагусот)
- Стоматолошки инструменти
- Гумените делови на апаратот за притисок и цревата на стетоскопот, кои можат да ги контаминираат рацете и да се пренесат на лицето.
- Играчки од гума и балон
- Кукли
- Кондоми
- Гумени завон
- Гумени ленти
- Туби за интубација
- Маска за анестезија

## СИМПТОМИ

- Најтешките реакции, обично, се предизвикани од директниот контакт на латексот со слузниците за време на операцијата, породувањето и различните иввестирациски процедури. Контактот со кожата е опасен во случај на егзема.
- Локализирана или генерализирана уртикарија и јадеж.
- Егзема на рацете
- Конјунктивитис
- Ринитис
- Астма
- Анафилактичка реакција

## РИЗИЧНИ ГРУПИ

- Пациенти со атопија или со егзема на рацете
- Чести операции (посебно кај деца) (на пример, спина бифида)
- Медицински персонал, посебно докторите и сестрите од салите за операција, стоматолозите
- Лица што користат ракавици од гума за дома
- Деца што страдаат од алергија на храна

## ВКРСТЕНА РЕАКЦИЈА СО БАНАНИ И СО ДРУГО ОВОШЈЕ

- Вкрстена реакција на овошје и на зеленчук (банана, авокадо, киви, костен, суров компир, тиквички, модар патлиџан, диња, манго, тапиока, репка) е опсервирана кај пациенти со алергија од латекс. Треба да се распрашате за симптомите на пациентите.

## ДИЈАГНОЗА

- Се базира на кожен prick тест
- РАСТ (радиоалергосорбент тест) не е специфичен и сензитивен
- Тестот на експозиција (кожа, пулмо) се прави во специјализирани клиники

## ТРЕТМАН И ПРОФИЛАКСИЈА

- Да се избегнуваат производите што содржат природен латекс
  - Персоналот што работи во иста околина треба да носи нискоалергени ракавици бидејќи алергените од природниот латекс се шират во воздухот со помош на контаминираната пудра од ракавиците
  - Персоналот што е подложен на алергии треба да носи хипоалергени ракавици ако немаат симптоми, во секој друг случај треба да се користат ракавици што не се од природна гума или ракавици од винил.
- Здравствениот персоналот мора да користи ракавици без латекс ако пациентот има алергија на латекс
- Проверете кај снабдувачите каква алтернатива имаат за ракавици што не содржат латекс.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

7.6.2007

### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)



Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00430 (014.005)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Authors:

Kaija Lammintausta

Article ID: ebm00298 (014.005), ©

2012 Duodecim Medical Publications Lt

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

1. **EBM Guidelines, 5.10.2009, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на пет години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до октомври 2014 година.**

541.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**АЛЕРГИСКИ ДЕРМАТИТИС**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на алергиски дерматитис.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на алергиски дерматитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на алергиски дерматитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностицирањето и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6453/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**АЛЕРГИСКИ ДЕРМАТИТИС**

МЗД Упатство  
5.06.2009

- Етиологија
- Симптоми
- Дијагностика
- Терапија
- Поврзани извори

**ЕТИОЛОГИЈА****Одложен клеточнопосредуван имунитет**

- Обично е резултат на експозиција што трае со недели или со месеци
- Најчести етиолошки агенси се никел, гуми и лепаци, хром и кобалт, парфери и други компоненти што се наоѓаат во продуктите за нега на кожата.

**Брз тип алергиска реакција**

- Поретка отколку претходната. Во причинските агенси спаѓаат латексот, влакна од говеда и зеленчуци.

**СИМПТОМИ**

- Симптомите, обично, се јавуваат на местото на контакт, но може да се прошират и на други места.
- Симптомите повторно се јавуваат за еден до два дена од почетокот на новата експозиција и постепено се губат откако експозицијата ќе исчезне.

**ДИЈАГНОСТИКА**

- Треба да постои сомневање за алергиски дерматитис според локализацијата. Типични места на алергиска егзема претставуваат
  - Лице и врат (козметички препарати)
  - Пазуви (облека, дезодоранси)
  - Рачни зглобови и дланки (метали, кожа, алатки, хемикалии)
  - Половина (латекс, метали)
  - Глутеус (масти за хемороиди и супозитории)
  - Бедра и нозе (чорапи, гумени чизми, топични третмани за улкуси на нозе)
  - Стапала (метали, гума, кожа, бои, контактни лепила, хром, антимиотици)

**ТЕРАПИЈА**

- Избегнување на алергенот (заштитни средства, промена на материјалите или на методите, кои се користат на работното место, промена на работното место.
- Топични кортикостероидни препарати.
- Кај хроничните случаи понекогаш може да се употребат имуносупресивни лекови по препорака на дерматолог.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

21.2.2007

### Други интернет извори

1. Hogan D, May J. Contact dermatitis, allergic. eMedicine 1

### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

### Автори

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00174 (013.013)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

### Автори

Heli Majamaa,

Article ID: ebm00280 (013.013), © 2012

Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 5.06.2009, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2013 година.**

542.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ДЕРМАТИТИС НА ДЛАНКА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на дерматитис на дланка.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на дерматитис на дланка е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на дерматитис на дланка по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностицирањето и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6454/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ДЕРМАТИТИС НА ДЛАНКА**

МЗД Упатство  
12.4.2010

- Етиологија
- Испитување на дерматитис на дланка
- Хронична егзема
- Третман
- Поврзани извори

**ЕТИОЛОГИЈА**

- Дерматитисот на дланката може да биде предизвикан од
  - Алергиски контактен дерматитис
  - Иритативен (токсичен) контактен дерматитис
  - Инфективна егзема
  - Атописки дерматитис
  - Тинеја; ретко се јавува на рацете и, обично, се јавува заедно со тинеја на стапалата
  - Скабиес
  - Сифилис: ретка причина на макуларен палмарен егзем
  - Други дерматози, како на пример псороријаза, лихен планус
- Кај помладите пациенти, инфективниот дерматитис на дланките речиси секогаш е поврзан со атопична кожа, а оваа асоцијација се среќава кај 50 проценти од пациентите од средни години. Дерматитисот на дланките кај децата помлади од 10 години е знак дека дерматитис на дланките ќе се појави подоцна во возрасниот период.
- Пушењето и прекумерното конзумирање алкохол се предиспонирачки фактори за дерматитисот на дланките.
- Други предиспонирачки фактори се работа во влажни услови, работа во индустријата за храна, прекумерно потење, како и валкање и триење на рацете.

**ИСПИТУВАЊА КАЈ ДЕРМАТИТИС НА ДЛАНКИТЕ****Основи**

- Целта на третманот е да се отстрани причината за манифестниот пруритичен дерматитис, кој влијае врз работата и врз хобито на пациентите. Поради тоа мора да се идентификува основната причина.
- Прегледувањето треба да се почне со проверка на табаните на стапалата и меѓу прстите на нозете. Тинеја на стапалата може да биде придружена со ид-реакција на дланките, која не е габична инфекција, но најдобро се третира прво со третирање на тинеја на стапалата.

**Анамнеза**

- Дали бананите или авокадото предизвикуваат јадеж на непцето? Пациентот може да биде алергичен на природниот гумен латекс.
- Дали е пациентот градинар и дали екземот ги зафаќа прстите од I-III ? Причината може да се лалиња или крин (Astroemerija).
- Дали има дифузна егзема, тука и таму на вратот и на лицето кај пациентката? Егзема околу нокотот може да биде предизвикана од лак за нокти што содржи сулфонамид формалдехид..

- Дали вашиот пациент бил на боледување поради егзема? Дали егземата се подобрила за време на боледувањето и по колку време? Ако нема подобрување по една недела и ако има егзема и на табаните, не е веројатно дека е поврзана со работното место.
- Причината за иритантен дерматитис често е очигледна. Пациентот често е атопичар.

### Кожни тестови

- Епикутани тестови се основниот истражувачки метод кај дерматит-от на шаки. Причинскиот агенс често тешко се идентифицира без тестови бидејќи симптомите може да се појават неколку дена после експозицијата.
  - Епикутаните тестови не можат и не треба секогаш да се изведуваат како прв чекор. Третман може да се започне со топични кортикостероиди, а пациентот може да се тестира подоцна. Тестирањето во акутната фаза може да предизвика тешкотии во интерпретирањето и да ја егзацерира егземата. Епикутаните тестови би требало да се изведат од едуциран дерматолог.
- Prick тестовите може да откријат IgE-медирана алергија кон природниот латекс од гума, кон животински првут (на пример од крави) или кон животински протеини (касапи), но алергиите може исто така да бидат од одложен тип.

### ХРОНИЧНА ЕГЗЕМА

- Хронична егзема е дијагноза со исклучување. Оваа „дијагноза“ се поставува по внимателна и насочена анамнеза на болеста и по добро планирано тестирање, кое не ја идентификувало причината за егземата.
- Земи ја предвид можната алергија на кортикостероиди ако пациентот има рефракторна егзема.
- Егземата на наборот на накотот може да го наруши растењето на нокотот. Во хроничниот стадиум може да навлезат стафилококи, како и кандиди. Сето ова може да доведе до појава на набраздени нокти.

### ТРЕТМАН

#### Топичен третман

- Иницијалниот третман е симптоматски.
  - Треба да се избегнува миењето на рацете со сапун, а место тоа да се користат специјални средства за миење на рацете.
- Кортикостероидни кремове се користат како тераписки режим, а во периодите меѓу третманите само емолиенти.
  - Слабо потентни стероидни кремове за деца од која било возраст.
  - Средно потентни стероидни кремове за работоспособните пациенти
  - Перзистентната егзема или везикулозната егзема на дланките бара потентни стероиди.
  - Поблагите стероиди може да се употребуваат двапати дневно; најпотентните стероиди се употребуваат само преку ноќ.
- Долготрајната употреба на кортикостероидни кремове или масти е придружена со тахифилаксија, што значи дека ефикасноста на лекот се намалува или се губи. Може да настане и атрофија на кожата.
- Може да се направи и обид за интервален третман со 0,1-процентен крем такролимус<sup>1</sup>.
- Ефективноста на комбинација на топичен антибиотик и на кортикостероид не е добро документирана, а антибиотикот може да предизвика контактна алергија.
- Перзистентна плака на егзема во средината на дланката често може да биде третирана со нанесување потентен или многу кортикостероиден препарат наменет за третман на

<sup>1</sup> Недостапно во Р.Македонија, лекот не е регистриран, но не е третман од прв избор

скалпот, кој се втрива на дланката и се покрива со хидроколиодна преврска, која се остава да стои неколку дена. Третманот може да се повтори неколку пати.

- Покрај кортикостероидните препарати треба да се препишат многу емолиенти. Мрсна емулзија (мрсен крем, маст, липогел), се претпочита за сува десквамирачка егзема. Нанесувањето на емолиентот пред работење на нечиста работа, овозможува полесно миење на рацете. Препаратите означени како „гранични кремови“ може повеќе да наштетат отколку да користат.

#### Антибиотици

- Ако егземата на дланката е јасно инфицирана или ако пациентот има лимфангит и зголемени лимфни жлезди, индициран е орален антибиотик: цефалексин или цефадроксил 500 мг x 2-3 во тек на 7-10 дена се добар избор. Истовремено третирај ја егземата.
- Тетрациклини (1 г/ден) често ја подобруваат везикулозната инфективна егзема на дланките. Третманот треба да се продолжи во тек на 1-2 месеци, а кај случаите што даваат одговор, но се рекурентни во тек на шест месеци или подолго. Имај ги на ум ограничувањата на употребата што се однесуваат на млада возраст, бременост и лактација.

#### Перорални кортикостероиди

- Може да се земат предвид во краток временски период во акутната фаза кај фулминантна егзема (30 таблети од 5 мг преднизолон, понувајќи со 30 мг/ден).

#### Терапија со светлина

Сончевата светлина ја подобрува егземата на дланките за време на летото. За време на зимата може да биде заменета со УВБ или селективна УВ-фототерапија<sup>2</sup> (=СУП =УВА + УВБ зрачење).

- Ултравиолетовата светлина може да биде поефективна кога се третира целото тело.
- Други третмани обично мораат да се комбинираат со светлосна терапија, но не би требало да се нанесуваат кремови или масти за кожа непосредно пред неа.

#### Заштитни ракавици

- Ако пациентот може да користи памучни ракавици, често проблемот е решен. Меѓутоа, обично е потребна заштита од вода и од хемикалии, а проблем е тоа што рацете се влажат од потење во ракавиците. Понекогаш може да помогне честа промена на комбинирани памучни-пластични/гумени ракавици.
- Кај везикулозна ендогена егзема на дланките оклузијата со заштитна ракавица може да ја влоши состојбата.
- Кога се ракува со комплексни смоли, алергените може да навлегуваат низ вообичасни заштитни ракавици за неколку минути.

#### Боледување

- Прво обиди се да ја третираш егземата така што пациентот ќе продолжи со својата работа. На работното место би требало да се направат приспособувања за да се намали на минимум експозицијата на иритантни агенси и физички состојби. Кожата би требало да го толерира нормалниот живот.
- Ако преквалификацијата/доедукацијата се смета за неопходна, новата професија мора да се избере така за евентуалната егзема на дланките да не го спречува работењето.

<sup>2</sup> Недостапно во Р.Македонија, лекот не е регистриран, но не е третман од прв избор



**ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ**

16.1.2009

**Литература**

Види литература во истоименото упатство на веб сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00688 (013.010)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Автори:

Heli Majamaa,

Article ID: ebm00265 (013.010),

2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 12.04.2010, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до април 2014 година.**

543.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ДЕРМАТИТИС НА НОЗЕ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање на дерматитис на нозе на ниво на примарна здравствена заштита.

Член 2

Начинот на дијагностицирање на дерматитис на нозе е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање на дерматитис на нозе по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностицирањето и индикациите за упатување на специјалист, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6455/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ДЕРМАТИТИС НА НОЗЕ**

МЗД Упатство

18.03.2010

- Основни правила
- Најчести типови на дерматитис на ногата
- Други кожни болести на нозете
- Индикации за специјалистички упат

**ОСНОВНИ ПРАВИЛА**

- Препознај и третирај ги честите кожни болести на нозете според дијагнозата
- Земи ја предвид можност на контактна алергија
- Избегнувај ги непотребните антибиотици и антисептични масти, бидејќи пациентите со дерматитис на нозете (посебно пациенти со улцерации) често се алергични на топични медикаменти.

**НАЈЧЕСТИ ТИПОВИ ДЕРМАТИТИС НА НОЗЕТЕ****Нумуларна егзема**

- Типично се јавува на нозете и на горните екстремитети како тркалезни или овални промени или плаки.
- Најчесто се јавува во зима
- Немој да се збуните со дерматофитоза (ретка е на нозете)
- Обично не се доволни благите кортикостероиди. Нумуларната егзема бара потентни кортикостероиди ( на пр. бетаметазон валерат).

**Ставен егзема (венска хипостазна егзема)**

- Знаците за венска инсуфициенција се очигледни
- Типично се јавува како пигментен дерматитис околу улцерацијата на ногата.
- Запомни дека тие пациенти се најчесто алергични на топични лекови, посебно антибактериските препарати.
- Венската инсуфициенција би требало да се третира хируршки пред да настане улцерација.
- Доколку има едем на ногата, би требало да се носат компресивни чорапи или да се спроведе третман со интермитентна пневматска компресија.

**Контактен дерматит (алергиски егзем)**

- Алергиската контактна егзема, обично, настанува по употреба на топични лекови. Еритемот може да се прошири околу првичниот егземот или други делови на кожата што биле во контакт со контаминирани раце од топичниот лек одговорен за сензибилизацијата. Обично, пациентите сами забележуваат дека маста не им одговара. Улцерираната кожа е особено подложна за развој на контактна алергија.
- Гумените чизми понекогаш предизвикуваат алергична егзема на нозете.

### **Невродерматитис ( хроничен лихен симплекс )**

- Невродерматитисот може да се јави без евидентна причина, но најчесто е компликација од егзема проследена со јадеж, на пример атописки дерматитис.
- Типични места на јавување на невродермитотисот се скокалниот зглоб и нозете.
- Состојбата може да трае со години, дури и доживотно поради маѓепсаниот круг на јадеж и на чешање.
- Треба да се ординираат потентни стероиди во вид на масти.
- Може да се примени оклузивна терапија:
  - Нанеси потентен кортикостероид, кој е наменет за третман на скалпот и покриј го со хидроколоидна преврска.
  - Менувај ја оклузивната преврска два до трипати на два до четиридневен интервал.
- Состојбата често рецидивира и покрај примената на соодветен третман.
- Најхроничен и најотпорен облик на невродерматитис е прурито нодуларис.

### **Нодуларен прурито**

- Нодуларен прурито е најчестата хронична форма на невродерматитис отпорна на терапија.
- Нодуларен прурито се манифестира со пруритинозни нодули, најчесто локализирани на нозете, понекогаш на телото. Пациентите најчесто се на возраст помеѓу 20 и 60 години; повеќето се атопичари.
- Појавата на состојбата е предизвикана со убои од инсекти кај секој петти пациент, а кај половина од пациентите се јавува одеднаш без позната причина.
- Елевираны нодули со дијаметар околу 1 см на пруритинозен регион на кожата. Кај повеќето случаи на врвот од нодусите има краста.
- Заболувањето може да трае со години или децении.
- Вообичаено во третманот се користат потентни кортикостероиди во форма на масти, системски кортикостероиди, седирачки антихистаминици, транквилизатори, како и ПУВА (псорален + терапија со ултравиолетово А светло -УВА) и УВБ (ултравиолетово Б светло) третмани.

### **Псоријаза**

- Истите принципи за третман како и на другите региони на кожата.

### **Лихен планус**

- Лихен планус типично се јавува на рачниот зглоб, скокалниот зглоб и на нозете.
- Хроничен хипертрофичен лихен планус на нозете речиси секогаш е локализиран на нозете и многу потсетува на хроничен невродерматитис.

### **Еризипел**

- Се јавува нагло, придружено со висока температура, добро демаркиран, болно чувствителен еритем и едем на едната нога е типично за еризипел и е лесно за дијагностицирање.
- Треба веднаш да се почне со интравенско давање ефикасни антибиотици.

### **Други кожни болести на нозете**

- Присуството на нодуларни промени на нозете вклучува голем број болести како еритема нодозум, ертема индуратум, нодозен полиартерит и нодуларен васкулит. Тешко се дијагностицираат и бара земање биопсија. Дијагностиката е најдобро да се направи во дерматолошките амбуланти.
- Пурпура претставува појава на кутани хемангиоми, кои се во големина на глава од топушка или мали дамки. Бенигни пурпури, кои често се среќаваат кај млади мажи, се пигментна пурпура и златен лихен (лихен ауреус). Пурпурата се должи на состојби што ги зафаќаат

крвните садови или тромбоцитите (тромбоцитопенија, тромбоцитопатија), а е ретка кај коагулопатии.

- Ануларен гранулом е состојба, која најчесто се јавува кај децата од училишна возраст и младите возрасни. Најголем број од пациентите се од женски пол. Предилекциска локализација на долните екстремитети е околу скокалните зглобови и метатразалните региони. На нозете, кожните лезии може да бидат поголеми, до околу 5 см во дијаметар.
- Некробиоза липоидика е често поврзана со дијабетес. Лезијата е жолтеникава, со централна атрофија, улцерација и со назначени рабови.
- Еритема мигранс на нозете може да е знак за лајмска болест.

#### ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД

- Кога е потребно да се направат епикутани тестови на суспектна контактна алергија.
- Суспектна ретка нодуларна болест на нозете.

Автори  
Editors

Претходни автори  
Jaakko Karvonen  
Article ID: ebm00262 (013.012)  
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 18.03.2010, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до март 2014 година.**

544.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ НУМУЛАРНА ЕГЗЕМА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на нумуларна егзема.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на нумуларна егзема е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на нумуларна егзема по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностицирањето и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6457/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**НУМУЛАРНА ЕГЗЕМА**

МЗД Упатство  
7.12.2009

- Етиологија
- Клиничка слика
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Индикација за специјалистичка консултација

**ЕТИОЛОГИЈА**

- Етиологијата е непозната
- Болеста е често наречена инфективна егзема иако инфективна етиологија не е верификувана.
- Стресот може да биде фактор што ја предизвикал.
- Прекумерно консумирање алкохол претставува докажан фактор на ризик.

**КЛИНИЧКА СЛИКА**

- Често почнуваат на нозете од едната страна, а подоцна стануваат симетрични
- Други предилекциски места на јавување се натколениците, екстензорните страни на надлактиците и грбот.
- Често се повторува во различни интервали.
- Најчесто се јавува меѓу 40 и 60 години, кај мажите почесто од жените

**ДИЈАГНОЗА**

- Дијагнозата се базира врз клиничката слика.
- Може да биде индицирана габична култура од единечни лезии.
- Бактериска култура од секретирачки лезии е бескорисна. Обично се открива *Staphylococcus aureus*, но неговото клиничко значење е контроверзно.
- Биопсијата не е корисна.

**ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА**

- Габична инфекција
  - Најчесто се појавува на листот од ногата.
  - Треба да се прегледаат стапалата и ноктите.
  - Да се праша за контакт со домашни миленици и со домашни животни.
- Псоријаза
  - Барајте лезии на типични места за псоријаза.
  - Псоријатична дистрофија на ноктите?
  - Псоријаза во фамилијата?

- Можно е нумуларната егзема да не може да се диференцира од псоријазата. Во тој случај третманот е насочен против нумуларната егзема, а не специфично против псоријаза.
- Суперфицијален базилиома
  - Солитарна плака, која останува мирна долго време (дури и години)

### ТРЕТМАН

- Слабо или средно потентни кортикостероиди не се ефикасни
- Две-тринеделен тераписки режим со потентни кортикостероиди
- Во влажната фаза треба влажни облоги (физиолошки раствор, цинксулфат), кои се користат заедно со кортикостероиди
- СУП<sup>1</sup> или УВБ светлосна терапија кај проширена болест или пациенти отпорни на кортикостероиди.
- Одговорот на третманот е променлив.

### ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

- Доколку егземата одговара слабо на третманот, тогаш е потребно да се провери дијагнозата и да се испита можноста за секундарна алергија (кон препаратите користени во третманот), и потребата од ефективна комбинирана терапија.

Автори:  
Heli Majamaa

Претходни автори  
Eero Lehmuskallio  
Article ID: ebm00284 (013.016)  
© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 7.12.2009, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до декември 2013 година.**

---

<sup>1</sup> Недостапно во Република Македонија, но не е опционален третман



545.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ПРЕЧУВСТВИТЕЛНОСТ НА ЛЕКОВИ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на пречувствителност на лекови.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на пречувствителност на лекови е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на пречувствителност на лекови по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностицирањето и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6458/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ПРЕЧУВСТВИТЕЛНОСТ НА ЛЕКОВИ**

МЗД Упатство  
17.6.2010

- Основни правила
- Општо
- Лекови причинители
- Егзантемски ерупции
- Брзи реакции
- Пурпура
- Фиксна медикментозна ерупција
- Дијагноза
- Третман
- Натамошна употреба на лекови
- Забелешки и пријавување

**ОСНОВНИ ПРАВИЛА**

- Кожните реакции се најчестите манифестации на пречувствителност кон лекови, можна е појава на промени во, на пример, крвната слика и белите дробови. Кај најтешките кожни реакции присутни се треска и други општи симптоми.
- Најчестите причини се антибиотици (особено сулфонамиди и пеницилини), нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) и лекови со дејство на централниот нервен систем (обично фенитоин и карбамазепин).
- Некои вирусни инфекции предизвикуваат слични кожни промени како и лековите (на пр. егзантема субитум или моноклеоза кога истовремено пациентите примаат амоксицилин). Во ваквите случаи, кожната ерупција по грешка се припишува на лекот, кој понатаму се избегнува од страв за нова реакција. Од друга страна, за време на моноклеозата, пациентот може да развие одложена алергија кон амоксицилин која трае со години.

**ОПШТО**

- Хиперсензитивните реакции може да бидат од алергиска или од неалергиска природа.
  - Алергиските реакции секогаш може да се повторат и се јавуваат секој пат кога пациентот ќе го употреби лекот, а новата реакција често е дури и посилен од претходните.
- Само клиничката слика не ја открива причината. Еден лек може да предизвика неколку различни видови кожни промени и, спротивно, структурно слични промени може да се предизвикани од лекови што многу се разликуваат.
- Најчестите типови кожни промени предизвикани од медикаменти се егзантем и уртикарија.
- Медикаментозните ерупции немаат специфични клинички карактеристики. Слични клинички ерупции може да бидат предизвикани од други извори, на пример различни инфекции. Ако реакцијата била лажно припишана на некој лек, натамошната употреба на лекот е спречена непотребно поради страв од нова реакција.
- Често е невозможно да се идентификува одговорниот агенс само врз база на клиничкиот изглед. Еден лек може да предизвика неколку типови ерупции и обратно, структурно слични ерупции може да бидат индуцирани од сосема различни лекови.
- Егзантемски ерупции и уртикарија се најчести типови медикаментозни ерупции. Другите манифестации се еритема фиксум, еритема мултиформе, Стивенс-Џонсон-ов синдром,

токсична епидермална некролиза (S. Lyell), екземски реакции, еритродермија, т.е. ексфолијативен дерматитис, акутна генерализирана егзантематична пустулоза (АГЕП), лихеноидни реакции, реакции од тип на системски лупус еритематозус, еритема нодозум, erythema nodosum и фотоалергиски или фототоксични реакции.

- Кај DRESS синдромот (реакција на лекови со еозинофилија и системски симптоми англ. drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms) Со системски симптоми и лезија на органи, кожните промени се во вид на генерализиран еритем, сквами и/или були.
- За да се јави реакцијата понекогаш е потребен некој надворешен фактор, како што е светлосната енергија.
  - Фотосензитивната реакција е најчесто предизвикана од доксициклин или хлорпромазин (но може и од други тетрациклин, сулфонамид, сулфонилуреа тијазидни диуретици, квинидин и флуорокинолони)
- Топичната кожна апликација доведува до алергија од одложен тип, која клинички се манифестира како алергиски контактен дерматитис. Сензибилизацијата на пример од неомисин или гентамицин крем, подоцна може да доведе до појава на екземска ерупција, таканаречена системски контактен дерматитис по системска администрација на истиот или сличен лек.

### ЛЕКОВИ ШТО ПРЕДИЗВИКУВААТ ПРЕЧУВСТВИТЕЛНОСТ

- Најчестите причини се антибиотици (особено сулфонамиди и пеницилини и антимиотикот тербинафин), нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ) и лекови со дејство на централниот нервен систем (обично фенитоин, карбамазепин и ламотригин).
- Сулфонамидите, триметоприм, антиепилептичните лекови, НСАИЛ и алопуринолот предизвикале најголем број случаи на тешки медикаментозни реакции (токсична епидермална некролиза, Стивенс-Џонсон-ов и DRESS Sy.).
- Реакции од тип на серумска болест се предизвикани особено од пеницилини и од други бета-лактамски антибиотици, ацетилсалицилна киселина (АСА), стрептомицин и сулфонамиди.
- Пеницилините, обично, реагираат вкрстено меѓу себе. Кај проценетите, во 10 проценти од случаите цефалоспорините вкрстено реагираат со пеницилини.

### ЕГЗАНТЕМИ

- Најчестиот тип медикаментозна ерупција.
- Најчесто егзантемите се предизвикани од антибиотици (особено пеницилини и сулфонамиди) и антиепилептични леков ( фенитоин, карбамазепин, оксикарбамазепин и ламотригин).
- Клиничките симптоми значително се менуваат. Егзантемот го сочинуваат еритемни макули или макулопапули, кои може да коалесцираат и да формираат големи еритемни едематозни површини.
- Егзантемите предизвикани од медикаменти може да се должат на одложен тип алергиска реакција.
- Егзантемските ерупции, исто така, можат да бидат тригерирани од инфекции предизвикани од некои вируси и од други микроорганизми.
- Ампицилинот и амоксицилинот ако се ординираат на пациент со акутна мононуклеоза, често може да предизвикаат егзантематична реакција на кожата, за која точниот механизам не е познат. Како да е, за време на мононуклеозата, пациентот што прима амоксицилин, исто така може да развие Т-клеточно посредувана алергија на лекот.

### БРЗИ РЕАКЦИИ

- Брзите алергиски реакции од тип 1 се јавуваат со посредство на IgE антитело. Меѓутоа, најголемиот број случаи од брзиот тип медикаментозни реакции се псевдоалергиски, т.е.

трансмиторите се ослободуваат без имунолошки механизам. Лековите, на пример, можат да ослободат хистамин директно од маст-клетки без претходна имунолошка реакција. Клиничките симптоми се слични, но разликувањето има значење во дијагностицирањето.

- Псевдоалергиските реакции не може да се репродуцираат како вистинските алергиски реакции.
- Псевдоалергиските реакции индуцирани од лекови може да бидат предизвикани, на пример, од нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ), кодеин, опијати, хидралазин, квинин и од радиографски контрастни средства. Ангиоедемите предизвикани од АКЕ инхибиторите, како и анафилактоидните реакции предизвикани од мускулните релаксанти и од други анестетици се примери за овие псевдоалергиски реакции.
- За време на операција, алергиска реакција од брз тип, исто така, може да биде предизвикана од природниот гумен латекс во хируршките ракавици или од хлорхексидин во дезинфициенсите за кожа.
- Пет проценти од брзиот тип реакции предизвикани од радиографскиот контраст се од алергиска природа.
- Брз тип реакција во врска со локална анестезија може да биде индуциран дури и со вазовагален колапс.

### Уртикарија

- Најчестите причини се пеницилини, други бета-лактамски антибиотици, кинолони и многу други антибиотици (и алергиски и псевдоалергиски реакции) како и АСА и сродни супстанции (псевдоалергиски реакции).
- Уртикарија може да биде предизвикана од неколку други фактори (на пример, вирусни инфекции) и со различни патолошки механизми.
- Се карактеризира со благо елевирани уртики, кои се еритемни или бели и често пруритинозни. Тие се појавуваат, исчезнуваат и го менуваат место во тек само на неколку часови.

### Ангиоедем

- Ангиоедем е инфламација што ги зафаќа подлабоките структури на кожата. Може да се појави заедно со уртикарија или посебно. Предилекциски места се усните, очните капаци и прстите на рацете. Кај тешки случаи зафатена е ларингеалната мукоза (т.е. анафилактични реакции).

### Анафилактичен шок

### Пурпура

- Пурупричниот раш составен од петехии понекогаш може да е предизвикан од лекови.
- Пурпура и мали кожни ерозии може да бидат предизвикани од леукоцитокластичен васкулит.

### ФИКСНА МЕДИКАМЕНТОЗНА ЕРУПЦИЈА

- Единствена кожна реакција што е единствено предизвикана од хиперсензитивност на лек.
- Најчести причински агенси се сулфонамиди, триметоприм, тетрациклини, карбамазепин и во минатото, феназон салицилат и барбитуратите.
- Тркалезна, јасно ограничена, обично интензивно црвена плака, која може да се развие во була.
- Едно или неколку жаришта на различни места на телото, исто така, и на мукозните мембрани.
- Промените регредираат со темнокафена пигментација, која може да перзистира со месеци.
- Повторно се јавува на истите места кога причинскиот лек повторно се внесува.
- Ако употребата на лекот продолжи, жариштата се шират на нови места.

## АКУТНА ГЕНЕРАЛИЗИРАНА ЕГЗАНТЕМАТИЧНА ПУСТУЛОЗА (АГЕП)

- Еритем на кожата, кој почнува на лицето и се шири на трупот и на екстремитетите со предилекција за флексорните површини.
- Стерилни пустули < 5 мм дијаметар, се јавуваат на флексорните површини и на други места на еритемна кожа.
- Фебрилност до 39<sup>0</sup>С
- Понекогаш личат на пустулозна псоријаза.
- Спонтано се повлекува (кога е прекинато внесувањето на лекот) за приближно 10 дена.
- Најчести предизвикувачи се аминопеницилини и НСАИЛ, а понекогаш цефтриаксон, блокатори на калциумовите канали, оксихлороквин, клиндамицин, тербинафин.
- Слична клиничка слика може да биде причинета од вирусна инфекција или од внесување на одреден тип храна

## ДИЈАГНОЗА

- Се базира на анамнезата на пациентот и на клиничката слика.
- Кај најголемиот број случаи не се на располагање други методи.

### Анамнеза на пациентот

- Дали ерупцијата е, навистина, индуцирана од лек? Егзантемска ерупција или уртикарија за која се сомнева дека е предизвикана од НСАИЛ или од антибиотик често е предизвикана од самата постојна инфекција.
- Кој од лековите користени од пациентот би можеле да бидат причината? Лековите што се земаат повремено лесно се забораваат. Прашајте, исто така, и за нив.
- Клиничката слика на ерупцијата? Само неколку лекови, на пример, АСА и пеницилини, често се асоцираат со специфичен тип кожна реакција (уртикарија).
- Дали реакцијата повторно се јавува? Често причината се открива со спонтано повторно јавување на реакцијата по спонтано повторно внесување на лекот.
- Време на јавување? Ако немало претходна експозиција, алергиската реакција може да се јави по прикриен период од неколку дена или дури две недели по почнувањето на терапијата. При повторно внесување, реакцијата се јавува побрзо, обично во тек на 24 часа и често е потешка.
- Отстранување? Повлекување на сомнителниот лек помага во препознавање на причината. Ерупцијата, обично, се излекува кога се прекинува земањето на лекот што ја предизвикува.

### Дозен провокациски тест на медикаменти

- Пероралниот дозен провокациски тест е најсигурниот дијагностички метод.
- Земајќи предвид дека дозниот провокациски тест на медикаменти одзема време, скап е и потенцијално опасен, треба внимателно да се постават индикациите за неговото изведување. Овој тест има оправдување ако пациентот, навистина, има потреба од лекот во иднина или ако има неколку сомнителни медикаментни алергии, на пример, ако е тешко да се пронајде соодветниот антибиотик.
- Апсолутни контраиндикации вклучуваат анафилактични реакции, тешки кожни реакции што го загрозуваат животот (токсична епидермална некролиза, Стивенс Џонсонов синдром), кожни промени придружени со промени во крвната слика, системски реакции од типот на системски еритематозен лупус (СЛЕ).
- Може да се изведе ако е потребно да се потврди погодноста на лек што би го заменил оригиналниот лек, кој е обвинет дека ја предизвикал реакцијата, а постои основа за можна вкрстена реакција.
- Се изведува откако реакцијата се излекувала комплетно, најрано по еден - два месеца.

- Тестот би требало да се изведе во контролирани услови, најдобро во болница, орално во доза за тестирање значително пониска отколку терапевската доза. Ако не се појави реакција, тестот може да се повтори со поголема доза сè до нормалната терапевска доза.
- Тестот би требало да се почне наутро, а егзацербацијата на реакцијата, фреквенцијата на пулсот, крвниот притисок и телесната температура би требало да се следат во интервали од еден час сè до вечерта. Препорачаното вкупно време за следење е 24 часа, но кај најголемиот број случаи симптомите се појавуваат во тек на неколку часа. Ако не се појави реакција во текот на 24 часа и пациентот продолжи со земање на лекот во терапевската доза, следењето се продолжува за цело време на земање на лекот, при што пациентот може по потреба контактира со единицата за набљудување.

### Други испитувања

- Рутински лабораториски испитувања не се од корист.
- Брзата алергија, обично, се испитува со кожни тестови и со испитување на специфично серумско IgE антители (РАСТ).
- Испитување на специфично серумско IgE антители може да се направи за пеницилин V и G, амоксицилин, цефаклор, некои големи молекули како АСТН и инсулин и за суксаметониум.
- Кожните prick тестови се изведуваат кај медикаментозна алергија со посредство на IgE
  - во експертски дерматолошки/алерголошки единици поради ризикот од анафилактички реакции.
  - кожните prick тестови за пеницилини се малку подоверливи отколку крвните тестови. Кожните prick тестови понекогаш се користат за да се испитаат брзиот тип на реакции кон локални анестетици и агенси што се користат во општа анестезија.
- Интракутани (интрадермални) тестови, исто така, понекогаш се користат за испитување на медикаментозните реакции (и од брз и од одложен тип алергиски реакции).
- Patch тестови не се користат рутински за да се проучуваат реакции предизвикани од системски лекови. Patch тестирање е метод за откривање одложена, клеточнопосредувана алергија (на пример контактен дерматитис).
  - Кога се испитува егзантематозната реакција предизвикана од системски лекови, patch тестовите се средно сигурни, на пример кај реакциите предизвикани од одредени антибиотици, кои се должат на одложен тип (Т-клеточнопосредувана) алергија.
  - Често се користат за испитување на причината за АГЕП.
  - Се правени средно шест (3-24) месеци по реакцијата
- Ако кожните тестови се негативни, треба да се направи дозно провокациски тест ако инкриминираниот медикамент е неопходен во третманот на пациентот.

### ТРЕТМАН

- Прво, пациентот мора да престане да ги зема лековите во кои се сомнева (најдобро сите лекови што ги користи).
- Престанокот на употребата на лекот, обично, е доволна терапија за благите егзантемски ерупции. Ако е неопходно, може да се употреби кортикостероиден крем.
- Уртикариските реакции се третираат со орални антихистаминици. Не се двоуми да препишеш големи дози. Ако е неопходно, се користат перорални кортикостероиди.
- Анафилактички реакции: види на друго место.
- Одложени и тешки реакции со општи симптоми се третираат со преорални кортикостероиди. Треба да се земе предвид упатување до специјалист.
- Најтешките реакции кај кои ш кожата е одлупена бараат терапија во единица за интензивна нега.

### Нагамошна употреба на лекови

- Ако реакцијата е верификувана (типична клиничка слика, рецидиви, позитивен тест на провокација), пациентот не смее да го употребува лекот повторно.
- Медикаментозните реакции опфаќаат многу лажно позитивни дијагнози и во овие случаи а одреден медикамент. Од друга страна, ризикот од рецидивантни реакции е поголем кај посериозните реакции. Уртикаријата може да се развие во анафилакса, а егзантематозната реакција во серумска болест или во псевдо-лимфоматска реакција.
- За сигнификантноста на несигурните реакции се решава индивидуално, земајќи ги предвид типот и тежината на реакцијата и неопходноста од инкриминираниот медикамент за третманот на пациентот.
- Ако пациентот имал главоболка или други гастроинтестинални тешкотии, лекот може да се препишува подоцна.
- Ако реакцијата била придружена со сериозни кожни промени (токсична епидермална некролиза, Стивенс Џонсонов синдром, АГЕП или тешки генерализирани реакции), инкриминираниот медикамент не би требало повторно да се зема.
- Ако осомничената реакција била егзантемска реакција, лекот може внимателно да се даде повторно. Употребата на така дадениот лек мора да се прекине веднаш ако се појават какви било кожни симптоми или треска.
- Ако реакцијата била од брз тип, повторното давање на истиот лек не е безбедно. Ако се достапни тестови за серумски IgE антитела (пеницилини, до 1-6 месеци по реакцијата), тие би требало да се направат. Позитивен резултат ја потврдува дијагнозата. Ако тестот е негативен, би требало да се земат предвид кожни prick тестови или дозно провокацискиот тест. Ако сомневањето за алергија е големо, доаѓаат предвид кожни prick тестови место провокација со лек кај пеницилинска алергија.
- По тешки хематолошки или пулмонални реакции, лек за кој постои сомневање дека предизвикува реакции не би требало да се користи.

### ЗАБЕЛЕШКИ И ПРИЈАВУВАЊЕ

1. Забелешката за алергија мора да биде напишана на јасно видливо место во документите на пациентот, вклучувајќи го датумот и детален опис на реакцијата. Треба да се забележи и степенот на сигурност на информацијата за алергијата на лекот.
2. Пациентот би требал да напише белешка за алергија на лекот за лична употреба.
3. Зависно од локалната политика, реакцијата мора да биде пријавена на соодветните органи на власта. Може да се пријават и суспектни алергии.

#### Автори

Kaija Lamintausta

Article ID: ebm00296 (014.003)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 17.06.2010, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на три години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2013 година.**

546.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ТОКСИЧНА ЕГЗЕМА (ИРИТАНТЕН ДЕРМАТИТИС)**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на токсична егзема (иритантен дерматитис).

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на токсична егзема (иритантен дерматитис) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на токсична егзема (иритантен дерматитис) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностицирањето и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6459/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**



Прилог

**ТОКСИЧНА ЕГЗЕМА (ИРИТАНТЕН ДЕРМАТИТИС)**

МЗД Упатство

24.06.2010

- Основи
- Симптоми
- Дијагноза
- Терапија
- Поврзани извори

**ОСНОВИ**

- Хемиски (поретко физички) иританс може да ја оштети кожата и да предизвика инфламаторна реакција ако експозицијата е доволно силна и ако трае доволно долго.
- Најчести етиолошки агенси се:
  - Детергенти и вода (хигиеничари, домаќинки)
  - Фактори од околината: сув воздух во затворени простории, промени на температурата, механичка иритација
  - Супстанции со висока рН вредност
  - Растворувачи на масла
- Пеленскиот дерматитис е, исто така, форма на иритантен дерматитис.

**СИМПТОМИ**

- Најподложни се индивидуи со atopична, сува кожа
- Вообичаено егземата на дланките почнува меѓу прстите и на дорзалната страна, а подоцна се шири и на палмарната страна.

**ДИЈАГНОЗА**

- Со анамнезата се открива експозиција на типични иритативни фактори и позитивен ефект од избегнување на експозицијата (на пример во тек на одморите)
- Контактна алергија може често да се исклучи со епикутани тестови
  - Тестовите треба да се направат ако со избегнувањето на експозицијата не се контролира егземата.
- Дијагностицирањето на atopичната егзема не ја отстранува можноста за постоење токсична егзема кај ист пациент.

**ТЕРАПИЈА**

- Строго избегнување на иритирачкиот фактор.
- Треба да се носат заштитни ракавици (пластични подобро од гумени) заедно со подракавици.
- Кортикостероидните кремове, обично, се ефикасни.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

16.1.2009

### Интернет извори

1. Hogan D. Contact Dermatitis, Irritant. eMedicine 1

### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00683 (013.014)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

Автори

Toimitus

Претходни автори

Eero Lehmuskallio

Article ID: ebm00281 (013.014)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 24.06.2010, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на пет години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до јуни 2015 година.**

547.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ УРТИКАРИЈА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на третман на уртикарија.

Член 2

Начинот на третман на уртикарија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на уртикарија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6460/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**УРТИКАРИЈА**МЗД Упатство  
15.8.2011

- Основни правила
- Симптоми и знаци
- Диференцијална дијагноза
- Акутна уртикарија (траење < 3 месеци)
- Рекурентна акутна уртикарија
- Хронична уртикарија (траење > 3 месеци)
- Поврзани докази
- Референци

**ОСНОВНИ ПРАВИЛА**

- Избегнете ги непотребни испитувања и ефикасно третирајте ги симптомите на пациентите.
- Голем процент од акутните уртикарии се придружени со инфекции.

**СИМПТОМИ И ЗНАЦИ**

- Кожните лезии често се бледоцрвени или бели уртики. Може да има еритем на околната кожа.
- Може да има значителен јадеж. Знаци од чешање се ретки.
- Големината на лезиите се менува од 1 мм до големи конфлуентни уртики.
- Уртиките често покриваат големи површини од кожата.
- Поединечните лезии исчезнуваат во тек на 24 часа.
- Еден пациент од тројца има ангиоедедем.

**ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА****Знаци што укажуваат на друга болест**

- Лезиите оставаат знак, на пр. благи екхимози или пурпура.
- Поединечна лезија трае повеќе од 24 часа.
  - На пример, следниве болести би требало да се земат предвид во такви случаи: егзантеми, еритема мултиформе, еритема нодозум, еритема фиксум и уртикарија васкулит

**Болести што би требало да се земат предвид во диференцијалната дијагноза**

- Ангионевротски едем (ангиоедем едем): едем на усните, на очните капаци, на дланките итн. Траењето на лезиите е еден до три дена. Болеста се јавува сама или истовремено со уртикарија.
- Строфулус или уртикарија папулоза често претставуваат хиперсензитивна реакција на убоди или на каснувања, особено од комарци или од болви. Траењето на лезиите е неколку дена, дури и неколку недели. Антихистамините не помагаат.
- Уртикарија васкулит. Траењето на уртиките е еден до три дена. Антихистамините не помагаат.

**АКУТНА УРТИКАРИЈА (ТРАЕЊЕ <3 МЕСЕЦИ)**

- Најголемиот број акутни уртикарии се придружени со инфекции, иако етиолошката поврзаност останува недоказана. Често за тоа се обвинуваат лековите употребени за инфекција иако, обично, не се причински фактор.
- Ако уртикарија почнува за време на лекувањето, повторно разгледај ја потребата за лек. (Дали болеста што барала лекување е веќе излекувана? Дали терапијата бил дадена за нејасна индикација, како што е одолжена кашлица?) Смени го лекот ако е индициран натамошен третман.
- За да се докаже дека лек е причина за уртикарија потребни се провокациски тестови. Провокациски тестови со лекови се изведуваат во болница само откако пациентот заздравил комплетно.
- Кај уртикарија предизвикана од пеницилин, RAST тестот е често позитивен. Позитивната реакција, обично, исчезнува во тек на една година по реакцијата.

**Третман**

- Антихистаминик или комбинација на антихистаминик-вазоконстриктор перорално во нормални дози сè додека трае уртикаријата.
- Адреналин (1:1 000) 0,5 мг супкутано за едем на уста, фаринкс или на дишните патишта, или за потешки системски симптоми.
- Кај исклучително тешка уртикарија може да се даде еднакратна доза 40-60 мг на преднизолон перорално.
- Кај некои пациенти може да биде индицирано боледување.
- Ретко е неопходна хоспитализација, но понекогаш е индицирано неколкучасовно следење.

**Рекурентна акутна уртикарија**

- Рекурентните уртикарии се јавуваат на интервали од години или месеци за време на инфекции или независно од нив. Наоѓањето на причината е исклучително и испитувањата се, обично, без резултат.
- Акутни атаки на уртикарија и на анафилакса понекогаш може да бидат причинети од комбиниран ефект на алергија на жито или на друга алергија на храна и од напор. Тие, исто така, може да бидат причинети од комбиниран ефект на инфекција и на напор (особено кога се придружени со мамурлак).
- Уртикаријата, исто така, може да биде причинета од контакт, на пример, со животинска плунка, латекс или со семена течност.

**Испитувања**

- Не се потребни никакви испитувања кај акутна уртикарија.
- Кај рекурентна акутна уртикарија пациентот може да биде упатен на специјалист.

**ХРОНИЧНА УРТИКАРИЈА (ТРАЕЊЕ >3 МЕСЕЦИ)**

- Хронична уртикарија понекогаш е придружена со инфекции, алергии, лекови или со други болести
  - Идентификувај инфективни фокуси, алергии итн. во зависност од случајот
  - Отстрани го/соочи се со причинскиот фактор
- Идиопатска хронична уртикарија
  - Симптомите често се јавуваат преку ден.
  - Не е најдена јасна причина
  - Кој било антихистаминик може да се користи како третман.
- Автоимуна уртикарија
  - Симптомите се јавуваат дење, како кај идиопатска уртикарија
  - Симптомите се силно изразени и пациентот дава слаб одговор на антихистаминици

- Уртики што траат подолго од 24 часа, потсетуваат на уртикарија васкулит
- Интрадермален тест со сопствениот серум на пациентот предизвикува појава на уртика на местото на инјектирањето
- Терапија со имуноглобулини често е ефикасна
- Упати го пациентот до специјалист
- Дермографизам (уртикарија фактиција)
  - (Вирусна) инфекција е често тригерирачки фактор.
  - Траењето на болеста е обично <1 година кај млади луѓе, две до четири години кај средовечни луѓе.
  - Може да се препише кој било антихистаминик што предизвикува помалку дремливост.
- Локална уртикарија на студено
  - Кога изладена кожа повторно ќе се затопли, локално се појавува црвенило и оток. Феноменот, обично, трае неколку години.
  - Дијагнозата се поставува со поставување парче мраз на дел од кожа каде што, обично, се јавуваат симптоми.
  - Третман: топли алишта. Обично е корисна УВБ светлосна терапија (околу 30 пати). Доксепин 10 (-25) мг x 1-3 е умерено ефективен.
- Соларна уртикарија
  - Претставува фотосензитивна ерупција што е тешка за управување при што се јавува локален кутан едем неколку минути по експозиција на природна или на вештачка светлина што содржи бранови од ултравиолетовиот дел од спектарот.
  - Дијагнозата се поставува со фототестирање
  - Тераписките опции вклучуваат антихистаминици и имуносупресивни агенси, како и комбинација на титаниум диоксид и бизоктризол. Толеранцијата кон ултравиолетовата светлина најдобро се постигнува со повторувано изложување, на пр. терапија на хипосензибилизација.
- Уртикарија од потење
  - Кај млади луѓе силно пруритинозни уртики 1-2 мм во дијаметар се тригерирани од потење (и од возбуда).
  - Траењето на симптомите е <2 часа при секое појавување.
  - Дијагнозата се поставува со „тест на скали“: која било вежба што предизвикува потење.
  - Третман: УВБ светлосна терапија, да се избегнува потење
- Кај ангиоедем едем (најчесто предизвикан од АКЕ инхибитори или од блокатори на ангиотензинските рецептори, понекогаш и од други лекови) не помагаат антихистаминици. Кај најголемиот број случаи причината останува неидентификувана. Ако отокот е силно изразен и вознемирувачки на возрасен може да му се даде перорално 30-60 мг преднизон или преднизолон. Ако е неопходно, исто така, би требало да се даде 0,5 мг адреналин (1:1000). Пациентот, исто така, може да се третира дома ако симптомите се намалат.

## РЕФЕРЕНЦИ

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

1. Authors: Editors, Article ID: ebm00272 (013.074), 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 15.08.2011, <http://www.ebm-guidelines.com>**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на четири години.**
3. **Предвидено следно ажурирање до август 2015 година.**

**ФИЗИКАЛНА МЕДИЦИНА**

548.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ДЕ КУЕРВЕН-ОВО**  
**(DE QUERVAIN) ЗАБОЛУВАЊЕ И ДРУГИ ТЕНДИНИТИСИ НА**  
**РАЧЕН ЗГЛОБ И ПОДЛАКТИЦА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на Де Куервен-ово (De Quervain) заболување и други тендинитиси на рачен зглоб и подлактица преку практикување медицина на заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на Де Куервен-овото (De Quervain) заболување и другите тендинитиси на рачен зглоб и подлактица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на Де Куервен-овото (De Quervain) заболување и другите тендинитиси на рачен зглоб и подлактица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6476/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ДЕ КУЕРВЕН-ОВО (DE QUERVAIN) ЗАБОЛУВАЊЕ И ДРУГИ  
ТЕНДИНИТИСИ НА РАЧЕН ЗГЛОБ И ПОДЛАКТИЦА**

МЗД Упатство  
15.6.2009

- Основни податоци
- Дефиниција и етиологија
- Симптоми
- Дијагноза
- De Quervain-ово заболување
- Други теносиновити на екстензорните мускули
- Теносиновитис на карпалните флексори
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Тендинитите на рачниот зглоб и подклактицата често се предизвикани од истегнување на раката.
- Основниот третман се состои од намалување на истегнувањето. Теносиновитисот поврзан со работата обично се лекува за неколку недели, кога ќе се отстрани истегнувањето.
- Хируршкиот третман може да дојде до парашање кај хроничен теносиновитис.

**ДЕФИНИЦИЈА И ЕТИОЛОГИЈА**

- При теносиновитис има едем, хипертрофија или фиброза на тетивната обвивка или околното сврзно ткиво. Движењата во внатрешната обвивка на тетивата може да бидат отежнати: оваа состојба е наведена како теновагинитис стенозанс.
- Перитендинитисот доведува до воспаление на сврзното ткиво околу тетивата или околу мускулно-тетивниот спој каде што нема тетивна обвивка. Инсерциски тендинитис е воспаление на спојот на тетивата.
- Тендинитисот во пределот на рачниот зглоб се јавува кај професии каде има повторувачки движења во рачниот зглоб. На пример, прехранбената индустрија.
- Ризик-факторите вклучуваат висок ризик на повторувачки движења при работа, употреба на голема сила и позиција на рачниот зглоб која отстапува од неутралната - средна позиција.
- Тендинитисот е многу почест кај жените отколку кај мажите. Луѓе со ревматоиден артритис почесто имаат теносиновитис, ова, исто така, може да биде поврзано со други ревматски заболувања.

**СИМПТОМИ**

- Болка при движење на рачниот зглоб и палецот.
- Симптомите се најтешки во утринските часови, а потоа до дневните активности се намалуваат.
- Раката се чувствува послаба, фаќањето е ослабено поради болка.



## ДИЈАГНОЗА

- Основа се симптомите и клиничко испитување:
  - периодична болка или болка во областа на тетивата на рачниот зглоб или подлактицата,
  - провоцирани симптоми од форсирани движења во таа регија,
  - афицираната тетива е тетива која при палпација чувствува крепитации или има едем на екстензорната страна во областа на рачниот зглоб - подлактицата.

### DE QUERVAIN-ОВО ЗАБОЛУВАЊЕ

- Tendovaginitis stenozans на заедничката тетива на m. abductor pollicis longus и m. extensor pollicis brevis.
- Тест на предизвикана болка:
  - Finkelstein-ов тест е позитивен кога се предизвикува болка околу радијалниот processus styloideus, кога рачниот зглоб е во улнарна девијација и палецот е флектиран со затворена тупаница. Тестот се изведува обострано - на двете раце и се регистрира разликата.
- Присутна осетливост на палпација во пределот на радијалниот processus styloideus (може да е мала).
- Понекогаш (во акутна фаза) може да се забележи едем и крепитации.

### ДРУГИ ТЕНОСИНОВИТИСИ НА ЕКСТЕНЗОРНИТЕ МУСКУЛИ

- Во интерсекцискиот синдром, болката и едемот се локализира повеќе проксимално и дорзално, 4 до 8 cm од радијалниот processus styloideus, во точката каде тетивата на краткиот екстензор и долгиот аддуктор на палецот се вкрстуваат со тетивата на радијалниот екстензор на рачниот зглоб.
- Тендинитис на m. extensor carpi ulnaris е многу редок.

### ТЕНОСИНОВИТИС НА КАРПАЛНИТЕ ФЛЕКСОРИ

- Теносиновитисот на длабоките и површните флексори на прстите, кои се наоѓаат во карпалниот тунел, исто така, може да бидат причина за карпал тунел синдром.
- Исто така, се среќава и теносиновитис на m. flexor carpi radialis и многу поретко на m. flexor carpi ulnaris.

### ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Остеоартритис на карпометакарпалниот зглоб на палецот.

### ТРЕТМАН

- Да се процени истегнувањето на раката и да се намали (ергономија).
- Симптоми - провоцираните движења треба да се избегнуваат; ако е потребно може да се користи имобилизација со шина
- Ако претходните мерки не помогнат, кортикостероидна инјекција може да се аплицира кај tendovaginitis stenozans
- Во некои хронични случаи треба да се смета и на хируршки третман (на тетивната обвивка) (ннд-D).

**Техника на инјектирање инјекции (de Quervain-ово заболување)**

- Да се инјектира кортикостероид со долготрајно дејство разреден со лидокаин или некој друг анестетик.
- Да се вметне иглата (1,5 cm, 25G) под агол од 45° околу 1cm проксимално од стилоидниот радијален процесус сè додека не се допре коската.
- Тетивата може лесно да се почувствува на палпација, ако пациентот дава отпор на екстензијата на палецот изометрично, со показалецот.
- Да се внесе иглата тангенцијално кон тетивната обвивка. Ако се сомневате дека иглата е во тетивата, извадете го шприцот и кажете му на пациентот да го мрда палецот, иглата ќе се ниша ако е во тетивата. Да не се инјектира наспроти отпор (во тетивата).
- Да се избегнува да се допира радијалниот нерв: доколку пациентот почувствува нешто како умерен електричен шок, да се повлече иглата наназад. Инјектирањето во радијалниот нерв може да предизвика проблематична невралгија.
- Инјекцијата може да се повтори, ако треба, после 4 до 6 недели.

Authors: Eira Viikari-Juntura

Previous authors: Kaj Rekola Article ID: ebm00408 (020.021)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 15.6.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2013 година.**

549.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ТИЦЕ-ОВ (TIETZE) СИНДРОМ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на Тице-ов (Tietze) синдром преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на Тице-овиот (Tietze) синдром е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на Тице-овиот (Tietze) синдром по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6479/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ТИЦЕ-ОВ (TITZE) СИНДРОМ**

МЗД Упатство  
15.4.2009

- Основни податоци
- Дијагноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Синдром каде типичните симптоми се болка, изразена осетливост на палпација и оток околу еден или неколку костохондрални споеви.
- Тенденција за хипервентилација, кашлица, вирусни или бактериски инфекции или торакални терапевтски процедури може да му претходат на почетокот на симптомите.
- Во најголем број од случаите етиологијата останува нејасна.

**ДИЈАГНОЗА**

- Приближно 10 % од пациентите кои се жалат на градна болка страдаат од Titze-ов синдром.
- Типичните симптоми често се лоцирани во вториот или третиот костохондрален спој.
  - Длабоко вдишување, кашлање, наведнување или виткање на телото или лежење во положба на стомак ја влошуваат болката.
- Дијагнозата е клиничка.
- Хистолошките испитувања откриваат хронична инфламација, фиброза и осификација.
- Испитувањето со МНР покажува задебелување и зголемување на 'рскавицата (1).
- Диференцијална дијагноза
  - Серонегативен артритис, анкилозантен спондилитис или друго спондилоартритично нарушување кое причинува инфламација во стерноклавикуларниот зглоб. Во овој случај симптомите обично се јавуваат и на други локализации.
  - Костохондритис, или болка во костохондралниот спој без оток
  - Ксифостернален костохондритис, или болка на врвот на стернумот
  - Фибромијалгија
  - Пнеумонија
  - Коронарна болест на срцето
  - Малигна болест

**ТРЕТМАН**

- Titze-овиот синдром може да се реши спонтано за 2 до 3 недели, но кај некои пациенти симптомите перзистираат долго време (од 1 до 2 години).
- Локална терапија со студ и антиинфламаторни лекови може да се пробаат за неколку дена.
- Обично реагира на инјекција со глукокортикоид/локален анестетик на местото на болката.

- Кај пролонгирани состојби, физикалната терапија може да ја зголеми подвижноста на ребрата и горниот дел на грбот.

## РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Marja Mikkelsen

Article ID: ebm00400 (020.083)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd.

1. **EBM Guidelines, 15.4.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до април 2014 година.**

550.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ АХИЛОВА**  
**ТЕНДИНОПАТИЈА И РУПТУРА НА АХИЛОВАТА ТЕТИВА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на Ахилова тендинопатија и руптура на Ахиловата тетива преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на Ахиловата тендинопатија и руптура на Ахиловата тетива е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на Ахиловата тендинопатија и руптурата на Ахиловата тетива по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6480/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**АХИЛОВА ТЕНДИНОПАТИЈА И РУПТУРА НА АХИЛОВАТА ТЕТИВА**

МЗД Упатство  
14.6.2010

- Дефиниција
- Етиологија
- Симптоми и дијагноза
- Третман
- Референци

**ДЕФИНИЦИЈА**

- Воспалението на ткивата околу Ахиловата тетива порано се именуvalo како перитендинитис, а воспалението на тетивата како тендинитис - и двете се исто патолошки дијагнози. Во текот на последните неколку години, овие два термина се заменети во клиничката примена со терминот тендинопатија, кој се карактеризира со болка во пределот на Ахиловата тетива, оток и нарушена функција (1).
- Според времетраењето на симптомите, тендинопатијата може да се класифицира како: акутна (<2 недели), субакутна (2 до 6 недели), супхронична (од 6 недели до 6 месеци) или хронична (>6 месеци).

**ЕТИОЛОГИЈА**

- Ахиловата тендинопатија е стрес повреда (предизвикана, на пример, од трчање на долги патеки, цогирање).
- Инциденцата на руптура на Ахиловата тетива е зголемена во текот на последните неколку декади (5). Руптурата на Ахиловата тетива е типична повреда кај мажи од 30 до 50 години при спортска активност, особено во игри со топка.
- Руптурата може да биде парцијална или комплетна.
- Руптурираната тетива, речиси секогаш покажува дегенеративни промени, иако повеќето од пациентите немале претходни симптоми.
- Употребата на флуорокинолони го зголемува ризикот од руптура на Ахиловата тетива, особено кај пациенти над 60-годишна возраст, а, исто така, ако истовремено се користат кортикостероиди (nnd C).

**СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА****Тендинопатија**

- Болка и оток околу Ахиловата тетива.
- Болка при контракција и истегнување на задната потколенична мускулатура.
- Локална осетливост на палпација од двете страни на Ахиловата тетива.
- Понекогаш се јавува грутка долж средната третина од тетивата.

**Руптура на тетивата**

- Руптурата на тетивата предизвикува акутна болка која брзо се намалува. Пациентот има чувство како некој да го удрил одзади. Некои руптури може да се безболни.

- Пациентот не е во состојба да стои на прсти. Делумна плантарна флексија во скочниот зглоб понекогаш сè уште е можна бидејќи флексорните тетиви на прстите и перонеусните тетиви сè уште функционираат.
- На местото на руптурата може да се почувствува вдлабнување. Колку е подолго времето поминато од руптурата до прегледот, вдлабнатината се чувствува помалку поради оток и хематом.
- За дијагноза може да се користат следните тестови:
  - При Thompson тестот пациентот лежи во рамна положба при што стапалата го надминуваат работ на креветот. Испитувачот ја притиска задната страна од потколеницата. Отсуството на плантарна флексија во скочниот зглоб е знак за руптура на Ахиловата тетива.
  - Кај Copeland тестот пациентот лежи во рамна положба со коленото во флексија од 90 степени. Манжетната за мерење на крвен притисок се поставува околу потколеницата и се напумпува до 100mm Hg притисок. Пасивната дорзална флексија во скочниот зглоб не го зголемува притисокот во повредената нога, додека е забележано зголемување од приближно 40mm Hg кај здравата нога.
- Ултразвук е потребен кај несигурни случаи и кога поминало долго време помеѓу траумата и испитувањето (9). Магнетна резонанција може да се примени доколку е потребно да се добијат повеќе информации кај парцијалните руптури на проксималниот дел од тетивата и кај старите руптури.

### ТРЕТМАН

#### Тендинопатија

- Пациентот треба да апстинира од спортски активности кои доведуваат до појава на симптоми; соодветни алтернативни активности се: пливање, аква џогинг и статички велосипед.
- Екцентрични вежби за комплексот gastrocnemius-soleus (7, 8):
  - Стоејќи на работ од скалата, пациентот се крева на прсти со пренесување на тежината од телото на здравото стапало. Потоа тежината се пренесува на афицираното стапало и пациентот ја спушта петицата на ова стапало под работ од скалата. Вежбата се изведува со екстендирано колено (3x15 повторувања) и со лесно флектирано колено (3x15 повторувања), двапати дневно во текот на 3 месеци.
- Вежби за истегнување на мускулите од задната ложа на потколеницата и Ахиловата тетива. Додаток за петицата може да биде корисен.
- Во случај на акутен перитендинитис со крепитации се користи ниско молекуларен хепарин (на пример, fragmin ) 100 IE./kg супкутано три дена. Пациентот треба да се советува за зголемениот ризик од хематом. Хеморагична дијатеза е контраиндикација за терапија со хепарин. Бидејќи терапијата со хепарин бара повеќе посети на лекар и е придружена со зголемен ризик од хеморагични компликации, треба да се користи само кај атлетичари кои се натпреваруваат и кои треба брзо да закрепнат
- Антиинфламаторни лекови секогаш се препорачуваат ако симптомите се очигледни (nnd- C), меѓутоа не заедно со хепарин (наместо тоа треба да се користи парацетамол).
- Кај хронична тендинопатија може да се дадат 1 до 2 (но најмногу 3) кортикостероидни инјекции во перитендинеумот на интервали од неколку недели меѓу инјекциите (никогаш во самата тетива поради зголемен ризик од руптура). По апликацијата на кортикостероидни инјекции, неопходно е мирување барем две недели пред да се преземат потешки активности, а интензитетот мора да се зголемува постепено.
- Хируршки третман е индициран ако хроничната тендинопатија не реагира на конзервативниот третман (6).



**РУПТУРА НА АХИЛОВА ТЕТИВА**

- Хируршки третман е индициран кај млади пациенти, кај спортисти и кај хронични руптури. Од случаите на руптура третирани хируршки, само кај 1 до 2% ќе се јави повторна руптура. Кај случаите третирали конзервативно овој процент е 10 до 15% (ннд- А) . По хируршкиот зафат 70% од пациентите се способни да се вратат на спортските активности со исто ниво на интензитет како и пред повредата.
- Пациент со руптура на Ахиловата тетива треба да се упати на проценка кај хирург во текот на првите 24 часа од повредата. Хируршкиот зафат треба да се изведе во рок од една недела од настанувањето на повредата. Доколку хирургот се реши за неоперативен третман со гипсена имобилизација, истиот треба да започне во текот на првите 24 часа од настанувањето на повредата, со цел да се превенира коагулираната крв да ја попречи јукстапозицијата на краевите на тетивата.
- Оперативниот метод може да биде во вид на отворен хируршки зафат или, пак, перкутано. Потребни се компаративни студии за да се процени евентуалната предност на една од овие две техники.
- Постоперативното закрепнување на снагата на потколеничната мускулатура е подобро доколку наместо гипсена имобилизација се користи функционална ортоза во текот на 6 недели.
- Конзервативниот третман е добар избор за третирање на акутни руптури кај постари, помалку активни пациенти (ннд- С). Потребни се рандомизирани студии кои ќе ги споредат неоперативниот функционален третман со хируршкиот третман кај помлади активни пациенти.

**РЕФЕРЕНЦИ**

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Juhana Leppilahti Article ID: ebm00430 (020.052) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 14.6.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јуни 2014 година.**

551.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ БОЛКА ВО ПЕТИЦАТА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на болка во петицата преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на болката во петицата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на болката во петицата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6482/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**БОЛКА ВО ПЕТИЦАТА**

МЗД Упатства  
1.3.2011

- Основни податоци
- Плантарен фасцит
- Потфатеност на нервот
- Болка во перничето на петицата
- Стресна фрактура на калканеус
- Калканеус апофизитис
- Болка во инсерацијата на Ахилова тетива кај атлетичари
- Други ретки причини

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Причините за болка во петицата општо може да се диференцираат според местото на болка и клиничките наоди. Понекогаш е потребно рендгенографија.

**ПЛАНТАРЕН ФАСЦИТ**

- Најчеста болна состојба, особено кај лица со поголема телесна тежина и оние кои многу одат. Честа причина е напрегање, понекогаш од ревматоиден артритис.
- При палпација, болката се лоцира централно, антериорно на петицата. Болката најакутно се чувствува при станување од кревет, понекогаш после истегнување.
- Половина од симптоматските пациенти имаат коскен шилец на рендгенографија. Овој остеофит, кој е формиран во ентезата на плантарната фасција, се среќава и кај 15% од лица без симптоми.
- Третманот се состои од парче пластична пена или влошка во облик на U што го олеснува притисокот на болната регија. Пациентот може сам да го направи или да му го направи ортотичар. Можеби најдобар метод е силиконско перниче за петица. Треба да се намали оптоварувањето и да се почне со земање на нестероидни антиинфламаторни лекови (НСАИЛ).
- На интервали од 3 недели може да се дадат кортикостероидни/локални анестетски инјекции (nnd-C) во болната регија. Меѓутоа, како спротивен ефект може да се јави дегенерација на перничето на петицата. Лекот треба да се инјектира доволно длабоко, не во перничето на петицата. Не е сигурна долготрајна корист од третманот со инјекции.
- Двапати дневно се изведуваат вежби на истегнување на плантарната фасција со истовремена екстензија на прстите и дорзифлексија на скочниот зглоб во траење од 5 до 6 секунди и 20 повторувања. Истиот ефект го има носењето на ортотска шина преку ноќ.
- Шилците во петицата видени на рендгенографија се последица, не причина за состојбата и не бараат хируршки третман. Кога сите други третмани не биле успешни треба да се земе предвид операција. Со коректни индикации, резултатите од операцијата се добри.
- Малку од пациентите со плантарен фасцит имаат основно ревматско заболување во кој случај состојбата е манифестација на ентезопатија (Reiter-ова болест, анкилозантен спондилитис). Анамнезата треба да вклучува прашања за утринска вкочанетост, болка во грбот и задникот и осетливост на лигаментарните инсерции во екстремитетите, треба да се испитаат зглобовите и SE.

### **БОЛКА ВО ПЕРНИЧЕТО НА ПЕТИЦАТА**

- Болката е лоцирана повеќе постериорно отколку болката при плантарен фасцит.
- Третманот се состои од времено намалување на телесната тежина, ставање влошка или капа за петицата.
- Болката, исто така, може да биде предизвикана и од бурситис на петицата. Тешко се диференцира од другите причини за болка без ултрасонографија. Глукокортикоидни/локални анестетски инјекции можат да се употребат во третманот.

### **ПОТФАТЕНОСТ НА НЕРВОТ (n. tibialis posterior )**

- Дифузна ирадијациона болка: болката е во медијалниот дел на стапалото и глуждот, потфатеноста е зад медијалниот малеол
- Провоцирана со валгус позиција на калканеусот
- Дијагностиката со ЕНМГ<sup>1</sup> е тешка

### **СТРЕС ФРАКТУРА НА КАЛКАНЕУС**

- Се јавува обично кај воени регрути како последица на стрес на коската како резултат на невообичаено напорно трчање или одење.
- Повремено се среќава и кај бремените жени.
- Калканеусот е осетлив на латерален притисок
- Приближно за 3 недели од почетокот на симптомите на рендгенографија може да се види слаба склеротична кондензација.
- Третманот се состои од времено намалување на телесната тежина.

### **АПОФИЗИТИС НА КАЛКАНЕУС**

- Вообичаено кај адолесценти (од 8 до 12 години)
- Болната точка се лоцира во инсерцијата на Ахиловата тетива каде што често се палпира грутка. Обично не е потребно рендгенографија.
- Види основни правила.

### **БОЛКА ВО ИНСЕРЦИЈАТА НА АХИЛОВАТА ТЕТИВА КАЈ АТЛЕТИЧАРИ**

- Перитендинитис
- Тендиноза
- Парцијална руптура (*Забелешка: не кортикостероиди!*)
- Ретрокалканеален бурситис
- Haglund-ов деформитет: аголно задебелување на калканеусот кај инсерцијата на Ахиловата тетива, иритирајќи го околното ткиво и причини на калканеален бурситис

---

<sup>1</sup> Електроневромиографија

## ДРУГИ РЕТКИ ПРИЧИНИ

- Циста
- Остеоид остеом и остеосарком
- Остеомиелитис
- Фрактура на остеопоротична коска
- Талокалканеална артроза (често секундарна)

Authors: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team

Article ID: rel00587 (020.051)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 1.3.2011, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до февруари 2015 година.**

552.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ БОЛКА ВО ПОТКОЛЕНИЦАТА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува клиничката дијагностика на болка во потколеницата преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на клиничка дијагностика на болката во потколеницата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на клиничка дијагностика на болката во потколеницата по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на клиничката дијагностика, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6483/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

## Прилог

**БОЛКА ВО ПОТКОЛЕНИЦАТА**

МЗД Упатство

9.12.2009

- Основни податоци
- Симптоми, знаци и дијагностички клучеви
- Клинички испитувања

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Веднаш да се дијагностицира акутна артериска оклузија, длабока венска тромбоза и еризипел.
- Да се препознае критична исхемија и пациентот итно да се упати.
- Да се препознае компартмент синдром и стрес фрактура (кои се вообичаени кај воени регрути и атлети)

**СИМПТОМИ, ЗНАЦИ И ДИЈАГНОСТИЧКИ КЛУЧЕВИ**

- Види табела бр. 1.

Табела бр. 1. Симптоми, знаци и дијагностички клучеви кај болка во потколеницата.

Симптом или знак	Дијагностички клуч
Едем на потколеницата или глуждот	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Длабока венска тромбоза</li> <li>• Инсуфициентни валвули во длабоките вени (stasis eczema)</li> <li>• Руптурирана Baker-ова циста (анамнеза за маса во поплитеалната јама)</li> </ul>
Еритема на кожата	Еризипел
Локална болка на кожата	Суперфицијален тромбофлебитис
Интермитентна клаудикација	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Исхемија на долен екстремитет 4 (слаби или отсутни пулсеви, низок глужд- брахијален индекс на доплер ултрасонографија)</li> <li>• Спинална стеноза</li> </ul>
Болка во грбот влошена при вткање напред 6	Радикуларен синдром како резултат на дискус хернија
Болка блиску до петицата	Повреда на Ахиловата тетива
Воени регрути и атлети	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стрес фрактура (локална осетливост на тибиа)</li> <li>• Компартмент синдром</li> </ul>
Нагол почеток	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мускулна повреда</li> <li>• Руптурирана Baker-ова циста</li> <li>• Артериска емболија (студенило, отсуство на пулс, бледило)</li> </ul>

### КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

- Да се локализира болката со анамнеза, палпација и тест на подигање на исправена нога.
- Да се препознае едем на глуждот со притискање со прст доволно долго .
- Да се палпираат периферните пулсеви (само јак пулс е дефинитивно нормален)
- Да се испитаат артериите (и вените) со доплер стетоскоп ако е на располагање .
- Длабоката венска тромбоза може да биде исклучена кај пациенти со низок ризик со д-димер тест во примарната здравствена нега .

Authors: Editors

Article ID: ebm00100 (005.011)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

**1. EBM Guidelines, 9.12.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**

**2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**

**3. Предвидено е следно ажурирање до декември 2013 година.**



553.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ БОЛКА ВО ПРЕПОНИТЕ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува диференцијалната дијагностика на болка во препоните преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на дијагностика на болката во препоните е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на диференцијална дијагностика на болката во препоните по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на диференцијалната дијагностика, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6484/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров**, с.р.

**БОЛКА ВО ПРЕПОНИТЕ**

МЗД Упатство  
19.2.2009

- Цели
- Деца и млади пациенти
- Возрасни и постари пациенти
- Тестирање

**ЦЕЛИ**

- Треба да се идентификуваат септични инфекции кои бараат итен третман.
- Треба да се има на ум можна фрактура на вратот на фемурот (вклучувајќи стрес фрактура) за да се одбегне дополнително оштетување како резултат на оптоварувањето пред рендгенографија.

**МЛАДИ ПАЦИЕНТИ**

- Стрес-индуцирана лезија на лигаментот или мускулот.
  - Лезија или стресна состојба на мускулите аддуктори на бедрото, како резултат на болна или слабо форсирана аддукција на бедрото во клиничкото испитување. Лезијата прво се сретнува кај атлетичари (исто така, и возрасни), или во мускулот, во аддукторната тетива (тендинитис) или во мускулната инсерција (enthesis).
- Акутен синовитис на зглобот на колкот.
  - Често после респираторна инфекција.
  - Јасна ограниченост на внатрешната ротација на зглобот на колкот.
- Стресна фрактура на вратот на фемурот или пубичната коска кај воени регрути.
  - Како резултат на крајно напрегање.
- Епифизиолиза на главата на фемурот.
  - Машки тинејџери со преголема телесна тежина.
- Тумори на коската.
  - Најчест е остеоид остеома
  - Ноќна болка
- Реактивен артритис, ревматоиден артритис
  - Обично има симптоми и во други зглобови
- Септичен артритис.
  - Треска.
- Болен лимфен јазол во препоните.
  - Еризипел, туларемија, генитална инфекција или инфекција на долен екстремитет.
- Феморална хернија.
- Бурзитис во регијата на колкот.
  - Ганглион во регијата на колкот.
  - Обично асоцира со солзи на ' рскавичното устие.
  - Пренесена болка.
    - При уретерна колика болката се шири на страна над препоните.
    - Пренесена болка од простатата, исто така, се чувствува во долниот дел од абдоменот.

## ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ

- Во прилог на претходно изнесеното:
  - Остеоартритис на колкот.
    - Ограничен е обемот на движење во колкот, особено внатрешна ротација.
    - Рендгенографијата покажува остеоартритични промени.
    - Воспаление или повреда на сакроилиакалниот зглоб.
    - Провоцирачките тестови на СИ зглоб може да се позитивни.
  - Одењето и физичкиот напор ја влошуваат болката (да се забележи одењето, често ја ублажува болката која е предизвикана од грбот).
  - Потфатеност на нерви.
  - Кај meralgia paresthetica (потфатеност на n. cutaneus femoris lateralis) болката се локализира антеролатерално на бедрото. Болката е комбинирана со вкочанетост и трпнење. Пациентите се често со голема телесна тежина.
  - N. ilioinguinalis, n.obturatorius, n.genitofemoralis: болка внатре во бедрото.
  - Во иритација на горните лумбални (L1-L2) нервни корени болката, исто така, може да се префрли во препоните.
  - Фрактура на вратот на фемурот.
  - Можна е фрактура од удар и покрај способноста да се оди по падот.

## ТЕСТИРАЊЕ

- Рендгенографијата секогаш е неопходна кога се работи за суспектна болка што произлегува од зглобот на колкот или фемурот.
  - Индикации за рендгенографија на зглоб на колк кај деца.
- Освен при суспектност на фрактура, рендгенографија не е неопходно, но се забранува оптоварување пред да се исклучи фрактура.
- Ултразвукот покажува течност во зглобот на колкот и можен бурзитис или ганглиитис.
- Скен на коскатата е индициран при пролонгирана болка ако рендгенографијата е нормална (стрес фрактура на вратот на фемурот, тумор).

Authors: Jaro Karppinen; Article ID: ebm00416 (020.034) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

**1.EBM Guidelines, 19.2.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**

**2.Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**

**3.Предвидено е следно ажурирање до февруари 2013 година.**

554.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ БОЛНИ СОСТОЈБИ НА**  
**ГЛУЖДОТ И СТАПАЛОТО КАЈ ВОЗРАСНИ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на болни состојби на глуждот и стапалото кај возрасни преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на болните состојби на глуждот и стапалото кај возрасни е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на болните состојби на глуждот и стапалото кај возрасни по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6485/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**БОЛНИ СОСТОЈБИ НА ГЛУЖДОТ И СТАПАЛОТО КАЈ ВОЗРАСНИ**МЗД Упатство  
24.8.2009

- Болно стапало (Антериорна метатарзалгија)
- Стресна фрактура на метатарзални коски
- Morton-ово заболување
- Облитерантна артериосклероза
- Плантарен фасцитис
- Референци
- Следните нарушувања обично се детектираат лесно на база на возраста, локацијата на симптомите и рендгенографијата:
  - Freiberg-ова болест
  - Прекумерна навикларна коска (os tibiale externum)
  - Рамно стапало (pes planovalgus).
- Hallux valgus

**БОЛЕН ПРЕДЕН ДЕЛ НА СТАПАЛОТО (АНТЕРИОРНА МЕТАТАРЗАЛГИЈА)**

- Болна состојба на втората и третата метатарзална глава предизвикана од колапс на трансверзалниот свод, ревматоидни артритис или остеоартритис на метатарзофалангеалните зглобови.
- Типично се јавува кај средовечни и постари лица, особено кај жени кои носат чевли со високи потпетици.
- Колапс на трансверзалниот свод предиспонира hallux valgus, прст како чекан и Morton-ова болест.
- Товарот може да се намали со метатарзална пречка. Јаки и пролонгирани симптоми, особено оние предизвикани од ревматоиден артритис може да се третираат со отстранување на метатарзалните глави (Hybinette-ова процедура)

**СТРЕС ФРАКТУРА НА МЕТАТАРЗАЛНИ КОСКИ**

- Предизвикана од пролонгиран невообичаен стрес и е типична за воени регрути.
- Фрактурата во почетокот не може да се види на рендгенографска снимка, но се покажува на магнетна резонанција (MRI). Радиографски, калус се појавува три недели после појавата на симптомите. Третманот се состои од времено намалување на стресот врз афектираното стапало.

**MORTON-ОВА БОЛЕСТ**

- Неурома на интердигиталната гранка, најчесто помеѓу третата и четвртата метатарзална глава.
- Болката се зголемува при тесни чевли и мануелна странична компресија на предниот дел на стапалото.

- Состојбата е најчеста кај средовечни жени .
- Третманот се состои од носење чевли со инсерирано метатарзално перниче за да го поткрепи трансверзалниот свод. Ако симптомите сè уште перзистираат, се прави обид со локални стероидни анестетички инјекции. Чевлите треба да се доволно комотни и да имаат ниска потпетица. Може да се земе предвид хируршка ексцизија на неуромот (nnd-**D**). Неизбежен несакан ефект на хируршкиот зафат е хипоестезија на интердигиталната регија.

### ОБЛИТЕРАНТНА АРТЕРИОСКЛЕРОЗА

- Дистална артериска опструкција може да предизвика трпнење на табанот или болка при одење.

### ПЛАНТАРЕН ФАСЦИТИС

- Види „Болка во петицата“.

Pentti Kallio Article ID: ebm00996 (020.050) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 24.8.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до август 2013 година.

555.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ БУРЗИТИС**  
**(ПАТЕЛА И ЛАКОТ)**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на бурзитис (патела и лакот) преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на бурзитисот (патела и лакот) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на бурзитисот (патела и лакот) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6486/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**БУРЗИТИС (ПАТЕЛА И ЛАКТ)**

МЗД Упатство

16.12.2009

- Основни податоци
- Септичен бурзитис

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Препателарниот и бурзитисот на олекранот кои се локализирани поткожно лесно се повредуваат со контузија на тие регии. Бурзитисите можат да се класифицираат во акутни, хронични, асептични и септични.
- Септичен бурзитис треба да се дијагностицира и веднаш да се третира со антибиотик.

**СЕПТИЧЕН БУРЗИТИС**

- Суспектен е септичен бурзитис ако регијата на бурзата брзо станува болна и црвена, или ако пациентот има треска. Фактори на предиспозиција често се соседни повреди, на пример, лезија на кожата или повреда од директен притисок или триење (на пример, клечење при работа).
- Ако е суспектен септичен бурзитис, бурзата треба да се пунктира и да се земе култура на крв во шише (nnd-C) (едно шише аеробна култура е доволно) или, ако не е достапно вакво шише за култура на крв, може да се употреби туба за тест на бактериска култура.
  - при септичен бурзитис, примерокот е секогаш нешто крвав и црвен.
  - ќелиите во течноста на бурзата најчесто се гранулоцитни со број на леукоцити над  $2000 \times 10^6/l$  (nnd-C), но апсолутниот број на ќелии не е сигурен за разликување на септичен и асептичен бурзитис (кај појава на септичен бурзитис може да се најдат малку ќелии).
- Концентрацијата на серумски CRP се зголемува кај септичен бурзитис, обично за 12 часа од првите симптоми. СЕ се зголемува многу побавно и не е од полза при детектирање на бактериска инфекција за 1 до 2 дена.
- Во практика, самата суспектност на бактериски бурзитис претставува индикација за антибактериска терапија, откако ќе се земе бактериска култура.
- Септичен бурзитис: антибиотик против стафилококи (цефалоспорински дериват, флуксацилин итн.). Третманот би требало да започне парентерално (цефуросин 750 mg и. в. или и. м. 3 пати дневно или цефтриаксон 1g и. м. еднаш дневно, во текот на неколку дена. Инјекциите може да се дадат и амбулантски. Третманот продолжува со цефалексин или цефалексил 500mg 3 x дневно.

**АКУТЕН АСЕПТИЧЕН И ХРОНИЧЕН БУРЗИТИС**

- Акутен асептичен бурзитис: обично настанува со ненадејна повреда со нагмечување. Бурзата е полна со крв, има оток над зглобот и активните движења во зглобот се болни. Третманот се состои од мирување, крио терапија и аналгетици.
- Ако бурзата е со преголем оток, неопходно е пункција и аспирација на крвта за да се намали болката.
- Хроничниот бурзитис е последица од повторни повреди. Бурзата е полна со течност, нејзините сидови се дебели и нејзината шуплина често е мутилилокуларна.



- Третманот се состои од дренажа на бурзата и треба да се ињектира со метилпреднизолон или тријамцинолон со подолго дејство. Инјекцијата може да се повтори после 2 до 4 недели, ако резултатот од првата инјекција не задоволува.
- Трохантеричен бурзитис види „Трохантерична болка“.

Autors: JerkerSandelin; Article ID: ebm00394 (020.046)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 16.12.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до декември 2013 година.**

556.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ЛУМБАЛНА СПИНАЛНА СТЕНОЗА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на лумбална спинална стеноза.

Член 2

Начинот на згрижување на лумбалната спинална стеноза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на лумбалната спинална стеноза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6487/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ЛУМБАЛНА СПИНАЛНА СТЕНОЗА**

МЗД Упатство  
18.5.2010

- Основни податоци
- Дефиниција и епидемиологија
- Симптоми и историја на болеста
- Клинички наоди
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Карактеристичен симптом на лумбална спинална стеноза е неврогена клаудикација (спинална клаудикација). Во текот на одењето пациентот чувствува болка (која обично почнува во грбот и се шири надолу по нозете), трпнење или слабост.
- Доколку симптомите може да се толерираат и функционалниот капацитет на пациентот е интактен, како прва линија на третман се применува конзервативен третман, аналгезија и физикална терапија.
- Индикации за хируршки третман се: неподнослива болка која не може да се намали со конзервативниот третман, постепено намалување на дистанцата на одење (<200-300м), прогресивен невролошки дефицит или синдром на кауда еквина.

**ДЕФИНИЦИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

- Лумбална спинална стеноза (ЛСС) означува стриктура (стеноза) во лумбалниот спинален предел, која може да биде:
  1. Централна стеноза (компресија на кауда еквина во спиналниот канал) или
  2. Латерална стеноза (компресија на коренот на нервот во каналот или во интервертебралниот форамен)
- Дегенеративните промени се најчестата причина за стеноза (формирање на остеофити или хипертрофија на лигаментите). Протрузија или пролапс на дискусот, исто така, може да биде присутна.
- Поделбата на централна и латерална форма е радиолошка диференцијација; мешаната форма на лумбална спинална стеноза е најчестиот тип.
- Преваленцата и инциденцата се зголемуваат со возраста.
- Лумбалната спинална стеноза е најчестата причина за спинална хирургија кај пациенти над 65-годишна возраст (1).
- Зголемената употреба на КТ и МНР скенови отколку во минатото, придонесува поголем број пациенти да се дијагностицираат со лумбална спинална стеноза.
- Стенозата настанува најчесто на нивото L3-L4, а веднаш потоа следи нивото L4-L5.

**СИМПТОМИ И ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТА**

- Најчестиот симптом е неврогена (спинална) клаудикација; при одењето пациентот чувствува болка (која обично започнува во грбот и се шири надолу кон нозете), трпнење

или слабост. Болката обично се намалува со седење или наведнување напред, а се влошува со екстензија.

- Болката којашто е причинета од хронична компресија на нервниот корен ("хронична ишијалгија") е постојана или се манифестира како трпнење и парестезии; симптомите можат да бидат локализирани на афицираниот дерматом, но вообичаено се раширени на поголема област.
- Симптомите на ЛСС можат да бидат унилатерални или билатерални. Интензитетот на болката често покажува варијации, како од ден во ден така и во текот на подолг временски период.
- Пациентите може да ги опишат симптомите на повеќе различни начини и важно е да се праша внимателно за локацијата и природата на симптомите кои се јавуваат при вежбање или одење.
- Колкава дистанца може пациентот да изоди без престан? Дали тој/таа го сопира одењето заради појава на клаудикација или заради некоја друга причина?
- Во некои случаи, наведнувањето напред во текот на подолг период, вежбите или дури и седењето може да ги влошат симптомите на ЛСС, особено болката во грбот. Како и во случајот на сите останати дегенеративни промени во половината, треба да се земе внимателна анамнеза за да се идентификува евентуалното постоење на намалена толеранција на вежби, особено кога симптомите би можеле да го намалат работниот капацитет на пациентот, со оглед на тоа дека физикалниот преглед на пациент со ЛСС ни дава малку податоци.

### КЛИНИЧКИ НАОДИ

- Пациентите со ЛСС-индуцирана неврогена клаудикација можат да бидат релативно асимптоматски доколку се прегледуваат во состојба на мирување и наодите од невролошкиот преглед можат да бидат сосема нормални. Затоа, треба да се обрне посебно внимание на анамнестичките податоци.
- Доколку ЛСС се карактеризира со хронична компресија на нервниот корен, пациентот може да има болки при движења во половината и тестот на SLR (кревање на испружена нога) и тестот на Laseque може да бидат позитивни.
  - Кај тестот на SLR, ногата на пациентот е екстендирана во коленото и колкот и испитувачот ја крева нагоре со тоа што ја придржува под скочниот зглоб и на тој начин скочниот зглоб останува слободен. Кај тестот на Laseque, испитувачот го држи стапалото на пациентот во дорзална флексија од 90 степени додека ја крева ногата нагоре. И во двата теста, другата рака на испитувачот лежи на антериорната површина од натколеницата на пациентот за да се одржи коленото во екстендирана положба.
- Тестот на екстензија: додека стои со екстендирани колена, пациентот треба да ја екстендира половината колку што е можно. Овој став треба да го задржи 30 до 60 секунди. Појавата на болка во половината/трпнењето предизвикано од овој став оди во прилог на дијагнозата на ЛСС. Специфичноста на тестот не е позната (2).
- Околу половина од пациентите со ЛСС имаат сензорни нарушувања или нарушувања на рефлексите.
- Треба да се палпира пулсот на a.dorsalis pedis и a.tibialis anterior. Доколку е присутен нормален пулс, може да се исклучи постоењето на значајна васкуларна оклузија, со што ќе се засили сомнението дека проблемите во грбот се причина за појава на клаудикацијата.
- Може да дојде предвид и изведување на ректално туше (компресија на cauda equina, карцином на простата како причина за болката во половината).

### ДИЈАГНОЗА

- Дијагнозата на ЛСС се заснова на анамнестичките податоци и клиничкиот наод кои мора да бидат надополнети со радиолошки абнормалности (3); одлуките во однос на радиолошките испитувања треба да им се препуштат на лекарите специјалисти.

- Дијагностички критериуми:
  - Постојењето на едниот или двата од наведените симптоми: неврогена клаудикација или симптоми кои укажуваат на хронична компресија на нервниот корен, и
  - Радиолошки потврдено постоење на компресија на cauda equina и/или компресија на коренот на нервот (компјутеризирана томографија, магнетна резонанција или миелографија).

### ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Болка во грбот: диференцијална дијагноза како и за вообичаената болка во грбот (1). Симптоми од долните екстремитети; диференцијалната дијагноза треба да ги земе предвид и можноста од локална етиологија и други фактори.
- Васкуларна клаудикација (2).
  - Болката е вообичаено во потколеницата и се намалува со одмор (наведнувањето напред не ја намалува болката); возењето велосипед е предизвикувачки фактор за појава на клаудикацијата.
- Пропалс на дискус во лумбалниот дел од 'рбетниот столб.
  - Позитивниот знак на Laseque сугерира постоење на пропалс, но не го исклучува постоењето на ЛСС.
- Остеоартритис на колелото и колкот (3), (трохантеричен) бурзитис.
- Миелопатија како причина за потешкотии при одењето.
  - Позитивен знак на Бабински, спастичност на долните екстремитети и/или засилени тетивни рефлекси треба да предизвикаат сомнение.
- Компресија на нерв во долниот екстремитет (4).
  - Meralgia paresthetica (компресија на n.cutaneus femoris lateralis).
  - Инволвирање на n.peroneus communis или на n.tibialis posterior.
  - Мортонова невралгија кај болки во стапалото.
- Невролошки и други причини.
  - На пример, полиневропатија (7), мултипна склероза (8), спинални тумори.
- Мускулни предизвикувачки точки во лумбалниот дел од 'рбетниот столб/задникот/долните екстремитети може да предизвикаат локална болка. Понекогаш тие би предизвикале само неспецифични абнормалности во рефлексните одговори (отсутни).
  - Предизвикувачката точка може да се анестезира како дијагностички и терапевтски тест.

### ТРЕТМАН

- Исходот кај пациентите со ЛСС е умерено добар без примена на хируршки третман (4, 5, 6), и затоа, најпрвин, треба да се направи обид со конзервативен третман.
- Хируршкиот третман има повеќе предности во однос на конзервативниот за време на првите неколку постоперативни години кај ЛСС со умерени или изразени симптоми. Бенефитот се редуцира за време на 8 до 10 години од следење на пациентите (7, 16, 17).
- Во една финска студија, хируршкиот третман ја подобрил онеспособеноста и довел до намалување на болката во долните екстремитети и грбот за време на двегодишното постоперативно следење на пациентите, споредено со конзервативниот третман (аналгезија, физикална терапија). Но, значително намалување на симптомите е забележано и во групата на пациенти со неоперативен третман (7).

#### Конзервативен третман

- Индикации за конзервативен третман се:
  - Пациентот е способен да ги толерира симптомите.
  - Пациентот може да функционира адекватно во однос на секојдневните животни активности.
  - Пациентот е способен да изоди неколку стотини метри.

- Форми на третман.
  - Аналгезија (paracetamol, NSAID, опиоиди со умерено дејство доколку е потребно); дозирањето треба да биде според интензитетот и појавата на симптомите.
  - Долготрајната употреба на опиоиди може да дојде предвид откако дијагнозата е потврдена (одговорот на терапијата да се следи!) ако хируршкиот третман не дал резултат.
    - Долготрајната употреба на опиоиди со силно дејство може да ја препише само лекар специјалист (физијатар, лекар во клиника или хирург).
    - Третманот треба да се мониторира во согласност со локалните протоколи.
- Физикална терапија (7)
  - Пациентот се охрабрува да ги извршува нормалните дневни активности.
  - Заземање на положби при кои се намалува болката, ергономски совети.
  - Индивидуални вежби, со цел да се активираат и истегнат мускулите на трупот, особено абдоминалните мускули.
  - Терапевтски ултразвук, транскутана електрична нервна стимулација.
- Целта на физикалната терапија е да се намали болката и затегнатоста во мускулите и нивните фасции во лумбалниот дел од 'рбетниот столб.
- Третманот, исто така, вклучува и флексивни вежби за лумбалниот дел од 'рбетниот столб, вежби за истегнување, со цел да се намали затегнатоста во мускулите на натколеницата и m.psoas, како и носење на спинална ортоза (која го држи 'рбетниот столб во положба на лесна флексија).
- Епидурален блок со анестетик (8)
- Ефектот на calcitonin не се разликува од оној на плацебо (9).

### Хируршки третман

- Индикации за хируршки третман:
  - неподнослива болка која не се намалува со конзервативниот третман.
  - постепено намалување на дистанцата на одење (<200-300m).
  - прогресивен невролошки дефицит.
  - Синдром на cauda equina е индикација за ургентен хируршки зафат. Развојот на дегенеративната ЛСС, вообичаено, е бавен.
- Во просек, 64 % од пациентите третирани хируршки имаат добар или одличен исход (10). Направен е систематски преглед на предоперативните предиктивни фактори (11). Кај ЛСС, предоперативните фактори кои предвидуваат подобар постоперативен исход вклучуваат:
  - изразено стеснување на спиналниот канал (12, 13),
  - подобра способност за одење по проценката на самиот пациент,
  - подобра општа здравствена состојба по проценката на самиот пациент.
- Фактори кои придонесуваат за полош постоперативен исход вклучуваат:
  - предоперативна депресија (14, 1),
  - предоперативна лумбална сколиоза (15),
  - кардиоваскуларно заболување (14),
  - истовремено постоење на друго заболување кое влијае на способноста за одење.
- Не можеме да се потпреме исклучително на предиктивните фактори при донесувањето на одлука за хируршки зафат.

## РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Timo Aalto Previous authors: Arto Herno and Antero Heikkinen Article ID: ebm00436  
(020.033) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 18.5.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до мај 2014 година.**

557.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ЛУНАТОМАЛАЦИЈА –**  
**КИНБЕК-ОВА (KIENBÖCK) БОЛЕСТ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на лунатомалација - Кинбек-ова (Kienböck) болест.

Член 2

Начинот на згрижување на лунатомалација - Кинбек-ова (Kienböck) болест е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на згрижување на лунатомалација - Кинбек-ова (Kienböck) болест по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6488/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров**, с.р.



Прилог

**ЛУНАТОМАЛАЦИЈА КИНБЕК-ОВА (KIENVÖSK) БОЛЕСТ**МЗД Упатство  
2.8.2010

- Основни податоци
- Дијагноза
- Третман
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Ретка состојба која обично се појавува во доминатната шепа кај млади (20-35- годишни) мажи, мануелни работници.
- Третманот, најпрвин, се состои од избегнување на оптоварување на зафатената шепа. Хируршкиот зафат може да дојде предвид доколку симптомите не се намалуваат по 2 месеца одмор.

**ДИЈАГНОЗА**

- Хиперекстензивни повреди, фрактури или микрофрактури, веројатно, се причина кај некои пациенти.
- Симптомите се периодични и често се повлекуваат со текот на годините. Во раната фаза може да има и синовитис во рачниот зглоб, што предизвикува оток и болка.
- Се јавува болка во рачниот зглоб, повремено и оток дорзално. Максималната болка се чувствува над os lunatum.
- Дорзалната флексија во рачниот зглоб е ограничена и болна.
- Јачината на фаќање е намалена.
- Рендгенографијата обично покажува знаци на болеста само во поодминатите стадиуми.
  - Првично, се гледа редуција во содржината на калциум во os lunatum, а подоцна фрагментација и колапс.
  - Коскениот скен или магнетната резонанција покажуваат абнормален резултат уште во иницијалниот стадиум на оваа состојба. Како што состојбата прогресира така ќе се јават промени и во рендгенографскиот наод.

**ТРЕТМАН**

- Да се одбегнува напрегање и оптоварување на рачниот зглоб и се препорачува потпора на зглобот, на пример, со ортоза врзана со Velcro лента.
- Доколку симптомите комплетно не се повлечат по 2 месеца одмор, пациентот треба да се упати на хирург специјализиран за шепа, со цел соодветен третман.
- Методот на третман се одбира според тежината на болеста. Воспоставување на нормална циркулација во пределот на os lunatum може да се постигне со помош на васкуларен коскен графт доколку оперативниот зафат се изведе навреме.

Authors: Jouni Havulinna

Article ID: ebm00413 (020.023) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 2.8.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до август 2014 година.**

558.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ НАРУШУВАЊА**  
**НА РОТАТОРНАТА МАНЖЕТНА НА РАМОТО**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на нарушувања на ротаторната манжетна на рамото.

Член 2

Начинот на згрижување на нарушувањата на ротаторната манжетна на рамото е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на нарушувањата на ротаторната манжетна на рамото по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6489/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**НАРУШУВАЊА НА РОТАТОРНАТА МАНЖЕТНА НА РАМОТО**

МЗД Упатство  
14.2.2009

- Основни податоци
- Епидемиологија
- Синдром на ротаторна манжетна и вкleshтување
- Руптура на ротаторна манжетна
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Инструкции за мирување на пациентот и нестероидни антиинфламаторни лекови се доволни во третманот на повеќето случаи на болни состојби на ротаторната манжетна.
- Пролонгирани воспалителни состојби се третираат со глукокортикоидни инјекции.
- Треба да се идентификува руптура на ротаторна манжета. Поголемите руптури треба да се оперираат за неколку месеци од траумата заради добар резултат.

**ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

- Најчесто нарушување кое ја афектира ротаторната манжетна на рамото е синдром на ротаторната манжетна, т.е. тендинитис на ротаторната манжетна, во 90% од случаите, при што е иритирана тетивата на супраспинатус (супраспинатус тендинитис).
- Нарущувањето е многу често кај 40-50-годишници.
- Повеќето проблеми со рамениот зглоб кај активно работни луѓе ја афектираат ротаторната манжетна.
  - Синдромот на ротаторната манжетна е индуциран со истегнување. За човек кој вообичаено го оптоварува рамениот зглоб со мали истегнувања, на пример, големи физички напори како, чистење во домаќинството може да предизвикаат долготрајни проблеми со рамото.
- проблемот, исто така, може да резултира од повторувани истегнувања.
- Причината за хроничен тендинитис во многу случаи е дегенератива и циркулаторна промена во тетивата, како и вкleshтување на тетивата под акромионот и коракоакромиалниот лигамент.
- Кога рамото станува болно без анамнеза на очигледна траума, возраста на пациентот е сигнификантна во проценката на нарушувањето:
  - Под 30-годишна возраст, хроничните проблеми на рамото често произлегуваат од преголема нестабилност на зглобот.
  - Кај средовечни лица причината, често е синдром на ротаторната манжетна, во кој, исто така, тетивата често е притисната под акромионот (импингемнт синдром).
  - После 50-55-годишна возраст, болката најчесто резултира од руптура на ротаторна манжетна.
- За преглед на рамен зглоб, видете „Преглед на рамен зглоб“.

## СИНДРОМ НА РОТАТОРНА МАНЖЕТНА И ВКЛЕШТУВАЊЕ

- Синдромот на ротаторната манжетна најчесто е нарушување на рамото кај 35-50-годишници. Тој е предизвикан од иритација на ткивата на рамениот зглоб, главно, ротаторната манжетна и околната бурза.
- Ткивата се воспалуваат и отекуваат и како последица веќе можно натиснатиот зглоб станува уште покомпримиран и има малку простор за меките ткива помеѓу коските и лигаментите, особено кога раката е во абдукција.
- Абдукцијата на раката е отежната и се јавува ноќна болка, а пациентот се буди особено кога спие на засегнатата рака .
- Синдромот на ротаторната манжетна се влошува со истегање и може да следи *circulus vitiosus* при што нема реакција на ниеден вид терапија.

### Третман

- Почетното згрижување се состои од мирување и нестероидни антиинфламаторни лекови.
- Криотерапијата обично ги намалува болките, додека топлината иритира, особено во раните фази, како и терапија со вежби. Затоа, физикалната терапија често ја влошува болката во рамото.
- Кај поблаги случаи често е доволно пациентот да се информира за потеклото на нарушувањето. Вреди да се објасни механизмот со помош на анатомски модел и да се види како дигањето на раката предизвикува иритираната супраспинатус тетива да се собира наспроти работ на акромионот.
- На пациентот му се даваат инструкции да одбегнува движења кои создаваат болка и се вели дека состојбата обично спонтано се повлекува за неколку недели или месеци.
- При наредната посета, под акромионот (nnd B) може да се аплицира инјекција која содржи 1ml гликокортикоиди со долготрајно дејство и 4 ml локален анестетик. Инјекцијата може да се повтори 1 до 3 пати.
- Болката може да бара долготрајно боледување, особено ако работата бара држење на раката во исправена состојба.
- При пролонгирани состојби, исто така, може да биде корисна и терапијата со вежби (ннд - C) и терапијата на истегнување спроведувани под супервизија од физиотерапевт. Во третманот треба да биде вклучен и тренинг на хумероскапуларниот ритам.
- Ако нема реакција за 6 до 12 месеци, кај потешки случаи треба да се земе предвид и хируршки третман.

### Техника на инјектирање на супраспинатус тендинитис

- За инјекција се користи 1ml кортикостероид со долготрајно дејство и 4 ml локален анестетик во субакромијалната бурза, со помош на тенка игла, со должина околу 6 до 8 cm.
- Постериорниот латерален раб на акромионот лесно се палпира и служи како знак за местото на инјектирање што е неколку сантиметри антериорно. Одбележи го местото за инјекција со притисок на нокотот и добро исчисти ја кожата. Се насочува тангенцијално на долната површина на акромионот кон субакромијалната бурза и кон инсерцијата на ротаторната манжетна. Оваа регија се инфилтрира нашироко, но не се инјектира интраартикуларно бидејќи нарушувањето ги афектира екстраартикуларните ткива
- Неколку минути после инјекцијата пациентот забележува дека е олеснета абдукцијата на раката. Информирај го пациентот дека ефектот на локална анестезија трае само неколку часа и дека ефектот на кортикостероид, ако се даде, започнува после неколку дена.
- Ако има потреба, инјекцијата може да се повтори после 2 до 4 недели.

### Калцификантен тендинитис

- Понекогаш синдромот на ротаторната манжетна инволвира депозит на калциум во тетивата и состојбата се вика калцификатен тендинитис.
- Калциумот обично се депонира на тетивите на ротаторната манжетна, обично на тетивата на супраспинатус како резултат на функцијата на специфични клетки. Оваа акумулација на калциум не е дегенеративен процес како таков. Во фазата на акумулација калциумот е тврд и јасно видлив на рендгенска снимка. После еден месец или неколку години тој станува помек и се гледа како дифузна форма на рендгенографија кога се ресорбира спонтано.
- Симптомите на калцификатен тендинитис личат на оние на инпицментот. Во фазата на ресорпција болката може да биде значителна.
- Ако калцифицираната област е голема, може да биде индицирана пункција на калцифицираната регија со дебела игла и сукција на депозитите на калциум, што не е етаблиран (основан) третман. Од корист е и локално инјектирање на глюкокортикоид.
- Ако калциумот одеднаш се излеа во зглобот или бурзата, може да се развие силна болка наречена калциумартритис или бурзитис која ќе трае 2 до 3 дена.
  - Пациентите ја држат афектираната рака цврсто до телото и имаат потреба од високи дози на аналгетици.
  - При акутната болка во рамото најдобро помага криотерапијата со мраз или гел пакување. Како прва помош може да се примени и субакромиијална инјекција на глюкокортикоиди + локален анестетик.

### **Акромиопластика**

- Може да се земе предвид ако симптомите траат подолго од 6 месеци, конзервативниот третман не е ефикасен и пациентот не може да работи.
- Ако работната способност е сочувана, состојбата треба да се следи до една година, бидејќи нарушувањето има тенденција за спонтано закрепнување.
- При акромиопластика се создава поголем простор во рамениот зглоб со отстранување на коскениот и мекото ткиво.
- Може да се изведе како отворен хируршки или артроскопски зафат.
- После завршената процедура раката се имобилизира со бандажирање на раката покрај телото во текот на една недела.
- Пендуларните вежби започнуваат првиот постоперативен ден, пасивно подигање на раката напред и на страна после 1 до 2 недели, а активни вежби после 2 до 3 недели.

### **РУПТУРА НА РОТАТОРНА МАНЖЕТНА**

- Вообичаено секвела од траума: паѓање на рамото или на премногу истегнатата шепа.
- Кај повозрасни од 45 години, дислокацијата на рамото често опфаќа и руптура на ротаторната манжетна.
- Руптурата речиси секогаш е во регијата на тетивата на супраспинатус и се протега постериорно на регијата на *m. infraspinatus* и поретко антериорно на регијата на супскапуларис или во двата правца.

### **Симптоми**

- Симптомите се болка и ограниченост во движењето и снагата на горниот екстремитет. Абдукцијата на раката и надворешната ротација немаат снага.
- Кај типична трауматска руптура на ротаторната манжетна пациентот чувствува изненадна болка, а може да слушне и звук на кршење при пад, дигање тежина или примање удар во рамениот дел.
- Движењата на горниот дел на раката се ограничени и дигањето на раката над нивото на рамото станува невозможно. Пациентот може да продолжи со работа, но за 24 часа болката станува многу интензивна така што пациентот бара помош.
- Ноќната болка е вознемирувачка. Лесно движење на зглобот може да ја олесни болката.
- Болката може да ирадира до врвовите на прстите и нагоре до вратот.

### Дијагноза

- Активниот опсег на движење на рамото е ограничен при клинички преглед. Често пациентот не е во состојба да ја дигне раката над рамото, додека пасивниот опсег на движење е обично нормален.
- Пациентот се обидува да одбегне болно движење со дигање на раката со помош на скапуларно движење и со тоа го одбегнува рамениот зглоб т.е. се нарушува скапулохумерусниот ритам.
- Понекогаш опсегот на движење во зглобот е нормален и руптурата е мала.
- Испитувањето на абдукцијата и ротацијата на горниот дел од раката спореди ја со здравата рака; руптурата секогаш предизвикува слабост.
- Ако постои сомневање за руптура, дијагнозата треба да се потврди со ултрасонографија (nnd- B) или МР<sup>1</sup>, пред операцијата.

### Третман

- Во почетокот се применува конзервативна терапија, која е често доволна кај мали руптури.
- Обемна руптура треба да се препознае навремено и пациентот да се упати на оперативен третман. Нормална абдукција исклучува обемна руптура.
- Најважни форми на третман вклучува криотерапија за намалување на болката и отокот, вежби и инјекции на гликокортикоиди.
- Ако болката, ограничувањето на движењето и слабоста сè уште доведуваат до онеспособеност после 1 до 2 месеца од конзервативната терапија, треба да се земе предвид и хируршки третман.
- Доцнење од 6 месеци доведува до послаби резултати.
- После хируршкиот зафат пациентот носи абдукциска шина или абдукциска перница, која се користи да превенира истегнување на корегираната ротаторна манжетна и ре-руптура при имобилизацијата.
- Пациентот треба да започне пасивна мобилизација дома 2 до 4 недели од хируршкиот зафат додека уште ја носи шината.
- Мобилизацијата започнува после 4 до 6 недели од имобилизацијата најпрво со подигање на раката од перницата.
- Крајниот резултат обично се добива 6 месеци после хируршкиот третман.
- Хируршкиот третман резултира во потполно здраво, безболно, неограничено рамо со нормална јачина само кај некои пациенти. Исходот од оперативниот третман, исто така, може да биде успешен и кај постари пациенти.

### Критериуми за хируршки третман

- Пациенти под 50-годишна возраст
  - При доволно тешка траума, големо ограничување, под нивото на рамото, очигледна слабост, колку е можно побрзо да се изврши операција, по можност за еден месец.
- Пациенти од 50 до 60-годишна возраст
  - Прво, се пристапува кон физикална терапија, аналгетици, кортикостероидни инјекции, ако треба и мирување, во зависност од професијата, и ако симптомите продолжат со интензитет после 2 до 3 месеци, по операцијата.
  - Доволно силна траума, ограничени движења и јачина, болка, нема знаци на закрепнување после 1 до 2 месеца, после ова време се преминува на операција.
- Пациенти на возраст над 60 години
  - Нарушена снага и обем на движење, конзервативен третман не помага после 3 до 4 месеци.

---

<sup>1</sup> Магнетна резонанца

- Силната болка, нема реакција на конзервативен третман, после 6 месеци потребно е операција дури и ако обемот на движење и јачината се добри, причината обично е мала руптура која лесно се репарира.
- Пациенти на возраст над 70 години
  - Да се изврши операција само ако пациентот е активен, траумата е доволно тешка и пациентот нема атрофија на спинатус, или ако болката е јака и не реагира на конзервативна терапија, јачината и движењата се слаби, а атрофијата на спинатус е голема; исто така, може да е палијативен хируршки зафат .

Authors: Martti Vastamäki Article ID: ebm00405 (020.005) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 14.2.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање до февруари 2013 година.**

559.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ НАРУШУВАЊА**  
**НА ТЕТИВАТА НА БИЦЕПС**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на нарушувања на тетивата на бицепс преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на нарушувањата на тетивата на бицепс е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на нарушувањата на тетивата на бицепс по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6490/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**



**НАРУШУВАЊА НА ТЕТИВАТА НА БИЦЕПС**

МЗД Упатство  
14.2.2009

- Основни податоци
- Преваленца
- Нарушувања на долгата глава на бицепсот
- Повреди на дисталниот крај на m. biceps brachii
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Карактеристичен симптом на бицепс тендинитис (биципитален тендинитис) е болка индуцирана од вежбање од предната страна на рамото или зглобот на лакотот, која обично се намалува со одмор и аналгезија.
- Руптура на тетивата на бицепсот може да биде предизвикана од траума или може да е резултат на нормалниот процес на стареење.
- Руптура на тетивата на долгата глава на бицепсот ("бицепс на Попај") ретко бара хируршка интервенција додека при руптура на дисталната тетива на бицепсот секогаш е потребна хируршка репарација.

**ПРЕВАЛЕНЦА**

- Повторувани напорни движења ја predisponираат индивидуата на бицепс тендинитис.
- Кај спортисти, долгата глава на бицепсот често е под големо напрегање од прекумерно истегнување, особено во спортови кои вклучуваат движења преку главата, на пример, фрлање или пливање.
- Пушењето го зголемува ризикот за руптура на тетивата на бицепсот (1).

**НАРУШУВАЊА НА ДОЛГАТА ГЛАВА НА БИЦЕПСОТ****Тендинитис**

- Болката од предната страна на рамото е сугестивна за тендинитис. Болката може да ирадира кон мускулот biceps brachii и да се влоши со движења во рамото. Клиничките наоди вклучуваат локализирана болка на палпација од предната страна на рамото и болка при движење, особено за време на ротаторни движења.
- Провокативните тестови за бицепсот се неспецифични и други нарушувања на рамото може да предизвикаат позитивен резултат на тестот.
  - **Yergason-ов тест:** Пациентот се обидува да го супинира подлакотот, со флектиран лакот, наспроти отпор аплициран од испитувачот. Тестот е позитивен ако пациентот чувствува болка од предната страна на рамото.
  - **Speed-ов тест:** Испитувачот аплицира отпор додека пациентот се обидува да го флектира надлакотот од хоризонталната рамнина со лакотот потполно екстендиран, подлакотот супиниран и надлакотот надворешно ротирани. Пациентот може да почувствува болка од предната страна на рамото. Кога тестот ќе се повтори со прониран подлакот и внатрешно ротирани надлакотот, нема да се предизвика болка. Зафатената тетива станува симптоматска кога се применува истегање на m. biceps brachii.
- Испитувањето со ултразвук може да покаже ефузија и едем во тетивната обвивка (2).

**Дислокација**

- Делумна или потполна дислокација на тетивата на бицепсот (сублуксација или луксација) во биципиталниот жлеб е придружена со траматска повреда на рамото на кинење.
- Болката и осетливоста на палпација се слични како оние што се гледаат кај бицепс тендинитис. Уште повеќе, пациентот може да опише болно крцнување од предната страна на рамото. Испитувачот понекогаш може да го почувствува крцнувањето додека го испитува рамото. Ултразвучно испитување ќе ја потврди дислокацијата на тетивата.

**SLAP лезија**

- SLAP лезија (superior-labrum-anterior-posterior) го погодува местото на спојот на долгата глава на бицепсот во делот на врвот од лежиштето на рамото.
- SLAP лезија може да резултира од нагла, силна повреда на кинење, како што е употреба на шепата при обид да се спречи пад од висина или паѓање на испружена шепа. Повторувана траума, исто така, може да предизвика SLAP лезија, на пример, кај спортист кој фрла.
- Симптомите на SLAP лезија вклучуваат неодредена болка во зглобот на рамото поврзана со употреба на раката преку глава и намалена способност за вежбање. Пациентот може да опише и осет на зграпчување во рамото.

**Руптура**

- Руптура на тетивата на долгата глава на бицепсот се случува често кај постари мажи по нагло напрегање кое предизвикува истегање на тетивата.
- Пациентот обично чувствува болка во рамото на напрегање и забележува собирање на бицепсот на зафатениот екстремитет со невообичаено дистално напупчување на мускулот ("бицепс на Попај"). Може да се јави модрица во надлактиот. Исто така, пациентот може да се сети на чујно крцнување кога тетивата се кине при прекумерното истегање.

**ТРЕТМАН****Тендинитис**

- Третманот на тендинитис опфаќа одмор, антиинфламаторни лекови, инјекција на кортикостероид во болната ареа и физикална терапија
- Хируршка интервенција може да биде индицирана во тешки, хронични случаи. Процедура која обично се применува е тенодеза при што тетивата се отсекува од лежиштето на рамото и повторно се прицврстува на биципиталниот жлеб во горниот дел на хумерусот.

**Дислокација**

- Симптомите може да ги ублажи следново: намалување на количеството на прекумерно истегање во рамото, медикаментозна терапија која вклучува инјекција на кортизон и физикална терапија.
- Хируршката интервенција е единствениот начин да се третира симптоматска тетива која е комплетно дислоцирана. Која било придружна повреда како што е кинење на ротаторната манжетна, може да се поправи за време на истата хируршка процедура.

**Руптура**

- Руптурата на долгата глава на бицепсот не предизвикува трајна штета и лезијата обично не бара хируршки третман. Меѓутоа, ресторацијата на нормалната контура и снага на мускулот може да се забрза со релативно мала хируршка интервенција.

**ПОВРЕДИ НА ДИСТАЛНИОТ КРАЈ НА M. BICEPS BRACHII****Тендинитис**

- Дисталната тетива на бицепс се припојува на радиусот. Тетивата може да се воспали како одговор на повторувано истегање, особено кога подлактиот е подложен на силно вртење со

свиткување на лакотот. Во ваков случај може да се развие инсерционен тендинитис на спојот на местото со спојот на тетивата.

- Симптомите вклучуваат неодредена болка во антекубиталната фоса и намалена способност да се вежба екстремитетот.
- Руптура на долгата глава на бицепсот не предизвикува трајна штета и лезијата обично не бара хируршки третман. Меѓутоа, ресторацијата на нормалната контура и снага на мускулот може да се забрза со релативно мала хируршка интервенција.

### **Руптура**

1. Авулзија на дисталната тетива на бицепс е проблематична, но, за среќа, ретка повреда, таа е одговорна за само 3% од сите повреди на бицепсот.
2. Авулзијата е причинета од нагла, насилна, исправувачка сила која е применета врз зглобот на лакотот со подлакот во супинација. Механизмот на повредата може да инволвира, на пример, користење на шепата за да се прекине падот од висина или една шепа која попушта при подигање на тежок предмет.
3. Клиничкиот преглед типично ќе обелодени отсуство на дисталната тетива на бицепсот или тетивата е помалку проминентна на палпација од контролатералната рака.
4. Присутна ќе биде проксимална ретракција на мускулната маса, а снагата на супинација на подлакотот со флектиран лакот ќе биде намалена.
5. За време на акутната фаза лакотот ќе биде болен со мал очигледен оток. По неколку дена ќе се развие хематом.
6. Ултразвучно испитување и снимање со магнетна резонанција може да ја потпомогнат дијагнозата.

### **Третман**

- Третманот на тендинитисот на дисталната тетива на бицепсот опфаќа одмор, антиинфламаторни лекови, инјекција на кортикостероид на местото на болната ареа и физикална терапија
- Авулзијата на дисталната тетива на бицепсот секогаш бара хируршка репарација (3, 4). Тетивата повторно се прицврстува, ако е неопходно, со употреба на слободен тетивен графт. Оперативниот зафат може да се изврши дури и по задоцнување од неколку години.

## **РЕФЕРЕНЦИ**

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Martti Vastamäki

Article ID: ebm00406 (020.006)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 14.2.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до февруари 2014 година.**

**560.**

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ПРЕГЛЕД НА РАМЕНИОТ ЗГЛОБ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува преглед на рамениот зглоб преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на преглед на рамениот зглоб е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на преглед на рамениот зглоб по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на прегледот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6491/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ПРЕГЛЕД НА РАМЕНИОТ ЗГЛОБ**

МЗД Упатство  
4.8.2009

- Општо
- Статус
- Дијагностички критериуми
- Диференцијална дијагноза

**ОПШТО**

- Клиничкиот преглед ќе даде важна информација за точната локација на болката во ротаторната манжетна на рамото и функционалниот статус на рамото. Клиничките тестови се прилично сигурни во исклучување на расцеп на ротаторната манжетна (ннд -В).
- Ако клиничката слика е таква што е неопходна хируршка интервенција, ултрасонографијата треба да го потврди расцепот на ротаторната манжетна (ннд- В). Ултрасонографијата го детектира расцепот на ротаторната манжетна исто толку веродостојно како МРИ скенирањето, но е малку поевтино.
- Ако болката перзистира подолго време, рендгенографијата на рамото е најважна втора линија на испитување.

**СТАТУС**

- Инспекција на вратот и рамената регија: мускулна атрофија (можна повреда на нерв или тетива).
  - Најчести се во регијата на m. supraspinatus и infraspinatus.
- Активни движења: абдукција, флексија, ротации (болка, ограничени движења).
  - Ако опсегот на активните движења е намален, потребно е да се испитаат пасивните движења (т.е. дали, на пример, се невозможни активните движења во рамото или постои вкочанетост на зглобот - смрзнато рамо)
- "Болен лак" при 60° до 120° абдукција (тетива на супраспинатус, субакромијална бурза)
  - Да се набљудуваат, исто така, и поврзани движења со скапулата. При синдромот на смрзнато рамо скапулата се подига порано отколку на здравата страна.
- Изометрички тестови со отпор абдукција (супраспинатус тест), надворешна ротација (инфраспинатус тест), флаксија во лакотот со супинирана подлактица (бицепс тест)
- Палпација на тетиви
- Компресија на субакромијалниот простор (бурза тест) со едната рака на рамото, а со другата рака под лакотот, хумерусот се притиска наспроти бурзата
- Провокативен тест на акромиоклавикуларен зглоб (тестови на хиперабдукција и на вкрстени раце)

**ДИЈАГНОСТИЧКИ КРИТЕРИУМИ****Атхезивен капсулитис на рамото (смрзнато рамо) ( М 75.0)**

- Опсегот на активните и пасивните движења во рамото е сигнификантно намален и
- Болката во текот на ноќта и
- Болката при движења (особено при ненадејни движења и екстремни позиции)

**Синдром на ротаторна манжетна ( M 75.1)**

- Анамнестички соодветна болка (болката иридира до средината на надлактицата, околу спојот на делтоидниот мускул ) и
- Најмалку еден позитивен изометрички тест со отпор или
- „Болен лак“ синдром

**Синдром на вклетување на рамо (Impingement syndrome)( M 75,4)**

- Анамнестички соодветна болка и
- Позитивен изометрички тест со отпор (внатрешна ротација) и клинички тестови кои укажуваат на субакромијална вклетување на рамото:
  - Neer-ov тест: испитувачот пасивно го флектира нанапред рамото над главата, и болката која ќе се почувствува при полна флексија укажува на вкочанетост на тетивата на m. supraspinatus во пределот на предниот дел на акромионот.
  - Болка предизвикана од Hawkins-овиот тест (внатрешна ротација во рамо при абдукција од 90°, и флексија на лакот при 90°)

**ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА**

- Тестот на аксијална компресија се врши со притискање на врвот на главата кога пациентот седи (компресија на нервен корен)
- Тестови за „синдром на торакален отвор“
- Тестови за епикондилитис
- Тестови за карпал тунел синдром

Authors: Editors

Previous authors: Sinikka Levoska

Article ID: ebm00404 (020.002)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 4.8.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до август 2014 година.**

561.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ПРОБЛЕМИ**  
**СО ГРБОТ КАЈ ДЕЦА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на проблеми со грбот кај деца преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на проблемите со грбот кај деца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на проблемите со грбот кај деца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6492/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ПРОБЛЕМИ СО ГРБОТ КАЈ ДЕЦА**

МЗД Упатство  
27.3.2009

- Основни податоци
- Истегнување- поврзано со вертебрална остеопатија
- Спондилолиза
- Спондилолистеза
- Salve-ово заболување (вертебра плана)
- Дисцитис
- Јувенилен интервертебрален пролапс на дискот

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Пролонгираната болка кај деца вообичаено е предизвикана од структурен дефект.
- Изразената болка во грбот кај деца помали од 10 години често е предизвикана од тумор (на пример, остеоид остеом), инфекција или системска болест (леукемија).
- Дополнителни испитувања се оправдани кај пролонгирана болка во грбот кај деца, кога болката предизвикува абнормално одење или попречува физички активности.
- Кај деца над 10 години, потребно е внимателно клиничко испитување и обична рендгенска слика на лумбалниот дел од грботот, во повеќе случаи значајно е да се исклучи "непријатна" болест во грбот и може да бараат хируршки третман, на пример, изразена спондилолистеза и коскени тумори.

**ИСТЕГНУВАЊЕ - ПОВРЗАНО СО ВЕРТЕБРАЛНА ОСТЕОПАТИЈА**

- Заедничко за децата и адолесцентите од сите возрасни групи се физичките вежби.
- Најчесто се влијае на L5 пршленот.
- Поврзано со спортови кои вклучуваат повторувачки движења на грботот наназад, слично на гимнастика на партер, уметничко лизгање и балет.
- Симптоми
  - Болка во грбот која се јавува при истегнување и ги отежнува движењата.
- Наоди
  - Израмнување на лумбалната лордоза се должи на болка.
  - Виткањето на грбот е многу болно, особено наназад
  - Нежна палпација на processus spinosus
  - Често мускулите на задната страна на натколеницата се затегнати.
  - Кога е нормално, профилна (латерална) рендгенска слика на лумбален дел од грботот кога пациентот е во исправена положба, доволно е радиолошко испитување.
    - МРИ испитување може да открие едем во спонгиозната коска кај интерартикуларниот дел на рбетниот лак - може да биде унилатерално или билатерално.
- Третман
  - Ограничување на предизвикувачот, физичките вежби за дефиниран период (3 месеци) - на пример, може да се заменат со пливање.
    - Ако болеста напредува до стрес фрактура: потребен е третман со корсет.
- Прогноза
  - Повеќе деца може да се вратат на нивниот поранешен спорт.



- Во повеќе случаи веројатно ќе се развие спондилолиза, а кај дел од овие пациенти ќе се развие спондилолистеза.

### СПОНДИЛОЛИЗА

- Веројатно, настанува како последица на поранешно истегнување поврзано со вертебрална остеопатија
- Рендгенографијата покажува пукнатина помеѓу предниот и задниот дел од прешленот (pars interarticularis)
- Нема поместување на прешлен
- Третман
  - Симптоми (случаен наод): нема третман
  - Болка: третман како и при истегање поврзано со вертебрална остеопатија
- Прогнозата е добра. Како возрастни, пациентите немаат некои поголеми проблеми со грбот, во однос на другата популација.

### СПОНДИЛОЛИСТЕЗА

- Случајно застапена кај 6% од воените обврзници кои немаат симптоми.
- Болка во грбот која може да се протега кон натколениците, и се влошува со вежбање
- Клиничките знаци вклучуваат:
  - претерана лумбална лордоза,
  - понекогаш сколиоза,
  - палпативен "праг" помеѓу processus spinosus,
  - мускулна затегнатост во задниот дел на натколеницата (затегнатост на хамстринзите),
  - во потешки случаи, невролошки симптоми на радикуларен дефицит.
- Рендгенографијата покажува промена во профилен (латерален) правец.
- Третман: максимално истегнување (кревање тежина, гимнастика) треба да се избегнува.
- Хирушки зафат за фузија на коската се индицира ако:
  - пациентот има рецидивни симптоми,
  - листезата надминува 1/3 од сагиталниот дијаметар на прешленот.

### CALVE-ОВО ЗАБОЛУВАЊЕ (ВЕРТЕБРА ПЛАНА)

- Ретко заболување кај децата на возраст од 2 до 10 години со тотален колапс на прешлените.
- Еозинофилен гранулом на прешлен е најчестата етиологија
- Симптомите вклучуваат општо повлекување од секојдневието заради болка, беспомошен изглед на одењето, или целосно одбивање за одење.
- Нодите вклучуваат локална осетливост и проминентен processus spinosus.
- Може да биде, зголемена СЕ и понекогаш леукоцитоза.
- Диференцијална дијагноза: туберкулоза, дисцитис.
- Потребно е пациентите со суспектно Kalve-ово заболување да бидат испратени во болница за понатамошно испитување (МРИ и биопсија)
- Можно е спонтано повлекување на болеста

### ДИСЦИТИС

- Обично асептичен, но може да биде предизвикан и од бактерија.

- Потешкотии во одењето и седењето се типична клиничка слика за дете во предучилишна возраст.
- Дијагнозата се базира на локална осетливост на прешлените и болни движења на 'рбетот.
- Детето треба да се хоспитализира за понатамошно испитување ( МРИ, биопсија).
- При бактериска спондилолистеза потребно е лекување со интравенозна антибиотска терапија.

### **ЈУВЕНИЛЕН ИНТЕРВЕРТЕБРАЛЕН ПРОЛАПС НА ДИСКОТ**

- Дегенерацијата на интервертебралните дискуси може да започне многу рано, уште пред 10-тата година.
- Вообичаена локација на пролапсот е пресакрално.
- Симптоми и наоди:
  - Абнормално одење и болна принудна положба( сколиоза),
  - Ласек знакот е позитивен,
  - Невролошки симптоми на радикуларен дефицит, вообичаено не се присутни.
- Третман
- Кај деца, хируршкиот третман почесто е потребен, отколку кај возрасни.

Authors:

Ilkka Helenius

Article ID: ebm00660 (030.021)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 27.3.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до март 2013 година.**

562.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**СИНДРОМ НА КАРПАЛЕН ТУНЕЛ (СКТ)**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на синдром на карпален тунел (СКТ) преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на синдромот на карпален тунел (СКТ) е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на синдромот на карпален тунел (СКТ) по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6493/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**СИНДРОМ НА КАРПАЛЕН ТУНЕЛ (СКТ)**

МЗД Упатство  
27.7.2009

- Основни податоци
- Преваленца
- Симптоми
- Дијагноза
- Диференцијална дијагноза
- Третман
- Упатување
- Поврзани докази
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Симптоми кои ги афектираат горните екстремитети, особено ноќна болка и трпнење, треба да се идентификуваат како манифестации на синдромот на карпален тунел.
- Намалување на физичкото оптоварување, заедно со конзервативниот третман, (ноќна шина) се основни стратегии на лекување за благи симптоми и наоди.
- Неспецифичен третман (на пример, неопходна физикална терапија) треба да се одбегнува.
- Ако сензорните нарушувања се пролонгираат и на ENMG<sup>1</sup> се утврди тешко нарушување на нервите или се развие мускулна слабост, треба да се разгледа можноста за хируршка интервенција.

**ПРЕВАЛЕНЦА**

- Најчесто се јавува кај средовечни жени, исто така, и кај постари лица.
- Кај околу 1/3 од случаите, состојбата е билатерална.
- Предиспонирачките фактори вклучуваат прекумерна тежина, ревматоиден артритис, дијабетес, бубрежни заболувања и хипотироидизам. СКТ поврзани со бременост обично се решаваат спонтано после породувањето (1). СКТ може да се развие и после фрактура на рачниот зглоб.
- СКТ може да биде и професионална болест. Повторувачки и присилни работни движења, вибрации и зглобни позиции кои отстапуваат од неутралната положба се предиспозиција за СКТ Б4.

**СИМПТОМИ**

- Вкочанетост и сетилни нарушувања во регијата на n. medianus (прсти I-III), најчесто во средниот прст.
- Симптоми на горен екстремитет, особено ноќна болка и трпнење: тресење на рацете често дава олеснување.
- Болката може да е дифузна и се чувствува речиси во цела рака, не само шепата.
- Пречки во мускулната функција, на пример, слабост на палецот
- Фаќање на мали предмети, на пример, копчиња, може да е отежнато.

<sup>1</sup> Електроневромиографија

- Тенарните мускули може да се атрофирани (m.abductor pollicis brevis)
- Симптомите може да траат со години без објективни клинички наоди.
- Нетретиран далеку напреднат синдром на карпален тунел може да доведе до перманентна мускулна атрофија и парестезија во регијата на n.medianus.

### ДИЈАГНОЗА

- Ноќната болка и трпнењето се важни дијагностички показатели.
- Дијагнозата се базира на симптомите и клиничкото испитување (2, 3).
- Оштетеното чувство на болка и ослабена абдукција на палецот се најсензитивни дијагностички тестови (nnd -B)
- Пациентот исцртува локализација на симптомите во т.н. Кац рачен дијаграм
- Чувството за болка може да биде почувствителен показател за повреда на нерв од сензацијата за допир. Чувството за болка може да се тестира со помош на инјекциска игла или со лесно стискање. Споредување на наодот на раката со поблагите симптоми. Исто така, може да се спореди и наодот на петтиот прст од истата рака, па во прстот до малиот прст, може да се спореди и радијална и улнарна девијација.
- Tetrov n. medianus тест на компресија: кај пациентот во регијата на карпалниот тунел да се притисне со палецот 30 секунди додека пациентот ја држи шепата во флексија од 60 степени во рачниот зглоб. Ако има трпнење во пределот на n.medianus се смета за позитивен наод.
- Tinel-ов знак (позитивен кај 45 до 60% од случаите) се добива со лесно тапкање по n.medianus, со прстите или со рефлексно чеканче, проксимално на карпалниот тунел. При позитивен тест пациентот чувствува парестезии во регијата на n.medianus.
- Phalen-ов тест (позитивен кај 80% од случаите) .
  - Рачните зглобови се држат во максимална флексија во текот на една минута, ако се провоцира трпнење или парестезии во регијата на n.medianus (обично средниот прст), тестот е позитивен; може да постои и трпнење и чувство на замор во подлактицата.
- Се тестираат двете раце и се споредуваат евентуалните разлики.
- Атрофија на тенарните мускули и слабост на палмарна абдукција на палецот се знаци за напредната состојба.
- Дијагнозата се потврдува со електронеуромиографија.
- Уреди за брза дијагноза може да се користат за СКТ во општа практика, но овие во сите случаи не можат да ја заменат конвенционалната електронеурографија.

### ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Важно е да се вклучи вратот и целиот горен екстремитет при прегледот.
  - Цервикален радикуларен синдром (C 6-7) може да даде слични симптоми. Оваа состојба е ретка кај пациенти под 40 години. По прегледот, трпнењето долж рацете може да биде само симптом на цервикалниот радикуларен синдром. Предходни епизоди на ирадирачка болка може да се открие во историјата на пациентот.
- Диференцијалната дијагноза треба да вклучи и други синдроми на нервна компресија на горниот екстремитет, болки во рамото, епикондилитис, полиневропатија и тумори.
- Понекогаш n.medianus може да биде потфатен на кубитално ниво (синдром на pronator teres) или во подлактицата (предна интересеална гранка). Вакви случаи треба да се проследат на специјалист.

### ТРЕТМАН

- Конзервативен третман (nnd-C) (на пример, ноќна шина) треба да се претпочита.
- Проценка на фактори на оптоварување на работа, со цел намалување на оптоварувањето со технички решенија и повторен распоред на работните задачи.

- Симптомите често исчезнуваат ако се корегира основната состојба, на пример, бременоста завршила или се отстрани оптоварувањето на работа (nnd- C).
- Во лесни случаи ноќната шина (nnd- D) може да се користи за да се избегне флексија на зглобот додека спие.
- Инјекционата терапија (nnd- A) може да се проба пред хируршкиот третман. Таа може да биде одговорна за сериозни симптоми во текот на бременоста. Треба да се совлада техниката на инјектирање. Инјекција во нерв може да доведе до трајно оштетување на нервите.
- Местото на инјектирање е проксимално на воларниот трансверзален превој на спојот на подлактицата и дланката, непосредно улнарно до тетивата на *m. palmaris longus*.
- Забелешка: понекогаш тетивата може да е отсутна. Иглата се насочува под агол од 45 степени дистално и радијално на длабочина од 5 до 9mm и се инјектира 0.5-1ml мешавина од стероиди и локален анестетик (метилпреднизолон и 0.5-10% лидокаин).
- Трпнењето или парестезиите кои се јавуваат во регијата на *p. medianus* се нормални реакции и наскоро ќе ги снеса. Да не се инјектира наспроти отпор (нерв или тетива).

## УПАТУВАЊЕ

### Физијатар, хирург за шена, или ортопед

- Клиничка дијагностика-диференцијална дијагностика
- Понатамошно испитување (ENMG)
  - Секогаш треба да се направи електроневромиографија пред да се донесе одлука за хируршки зафат, особено ако клиничката дијагноза не е сигурна (диференцирање од други, поретки, состојби на заробеност на нерв).
- Проценка од потреба за хируршки третман.
- Пациенти со суспектна невропатија треба да се испратат на невролог.

### Ортопед или хирург за шена

- Неопходна консултација кога дијагнозата е веројатна, а конзервативниот третман не помогнал.

### Хируршки третман

- Ако конзервативниот третман не успее, постои позитивен наод на ЕНМГ, особено ако се развиваат симптоми на моторен дефицит, индициран е хируршки зафат (nnd -B). Во амбулантска процедура, карпалниот лигамент се пресекува под локална анестезија и после обескравување. Кај напреднати случаи, враќањето во функција на сензорниот и моторниот дефицит може да трае и една година или тие се иреверзибилни.

## РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Eira Viikari-Juntura Previous authors: Veikko Avikainen and Kaj Rekola  
Article ID: ebm00411 (020.061) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 27.7.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до јули 2013 година.**

563.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**СИНДРОМ НА ТОРАКАЛЕН ОТВОР**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на синдром на торакален отвор преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на синдромот на торакален отвор е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на синдромот на торакален отвор по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6494/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**СИНДРОМ НА ТОРАКАЛЕН ОТВОР**

МЗД Упатство  
30.3.2009

- Дефиниција
- Симптоми
- Дијагностичко тестирање
- Лабораториски испитувања и диференцијална дијагноза
- Третман

**ДЕФИНИЦИЈА**

- Синдромот на торакален отвор (ТОС) се однесува на компресија на нервен плексус и/или на крвните садови во областа на горниот торакален отвор предизвикан од тесните анатомски односи, а и со функционалото потекло во повеќето случаи.

**СИМПТОМИ**

- Болка и трпнење во прстите, шепата, антебрахиумот и рамото во Ц7-Тх1 дерматомите.
- Болката може да ирадира кон градите.
- Симптомите ги предизвикува работа со рацете кренати на ниво на рамото или повисоко. Вообичаена е нокна болка после напор.
- Симптомите се јавуваат почесто кај жените во споредба со мажите. Статична работа која бара, главно, употреба на горните екстремитети ги предиспонира симптомите. Синдромот е редок кај лица над 50-годишна возраст.

**ДИЈАГНОСТИЧКО ТЕСТИРАЊЕ**

- **Roos-ов тест** (AEP тест): Горниот дел од рацете се абдуцираат и ротираат нанадвор и во таа позиција се одржуваат 1 до 3 минути, кога тупаницата се отвора и затвора. Ако симптомите се провоцирани, тестот е позитивен.
- **Adson-ов тест** : Пациентот ја врти главата кон страната на болката, длабоко вдишува и го задржува здивот. Палпирај заради можно исчезнување на радијалниот пулс.
- Со главата поставена во разни позиции, послушнувај ја супраклавикуларната фоса за звуци кои укажуваат на компресија на брахијална артерија.
- **Тестови на одделни провокации** често се позитивни и кај асимптоматски лица. Затоа, дијагнозата треба да се базира на неколку фактори во анамнезата и клиничкиот статус. Функцијата на целиот супериорен торакален отвор треба да се евалуира.
- **CRLF тест** (тест на цервикална ротација и латерална флексија) се користи за евалуација на функцијата на супериорниот торакален отвор. Со цервикалниот 'рбет во неутрална позиција, главата, прво, се врти максимално подалеку од страната која треба да се испита. Во оваа позиција, цервикалниот 'рбет се флектира (увото кон градите). Нормален обем на движење е околу 70 степени. Ако ова движење е ограничено, тестот се смета за позитивен и укажува на малфункција на горниот отвор. Се споредуваат двете страни.



**ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА И ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА**

- Да се исклучи можноста од Pancoast тумор со торакална рендгенографија.
- Се користи рендгенографија на цервикален 'рбет за откривање на можна спондилоза или цервикално ребро, МРИ испитување на цервикалниот дел на 'рбетот за да се исклучи пролапс на интервертебрален дискус, синингомиелија или мултипна склероза.
- Електронеуромиографија се користи примарно за исклучување на карпал тунел синдром.
- Употреба на снимање со контраст не е рутинско испитување, освен ако нема причина за суспектна венозна тромбоза или сериозно артериско заболување.

**ТРЕТМАН**

- Конзервативен третман е примарна опција: вклучува корекција на кифотичното држење, подобрување на мобилноста на горниот дел на вратот и активирање на скалените за подобра мобилност на горниот торакален отвор. Конзервативниот третман треба да трае долго и инструкциите за пациентот треба да се модифицираат според постигнатиот одговор.
- Треба да се има предвид операција само ако има одредени невролошки и васкуларни симптоми и знаци (се отстранува влакното од сврзното ткиво, се дисецира m.scalenus antikus или првото ребро се ресецира).

Authors: Karl-August Lindgren

Article ID: ebm00401 (020.060)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.3.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до март 2014 година.**

564.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ТРОХАНТЕРИЧНА БОЛКА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување на трохантерична болка преку практикување на медицина заснована на докази.

Член 2

Начинот на згрижување на трохантеричната болка е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на трохантеричната болка по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на медицинското згрижување, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6495/2  
7 ноември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ТРОХАНТЕРИЧНА БОЛКА**

МЗД Упатство  
18.5.2010

- Основни податоци
- Етиологија и симптоми
- Дијагноза
- Третман
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Трохантерична болка може да биде причинета од тендинопатија на m. gluteus medius или од трохантеричен бурзитис.
- Трохантеричната болка често се ублажува со инјекција на кортикостероид (ннд -С).

**ЕТИОЛОГИЈА И СИМПТОМИ**

- Типичниот пациент е средовечен маж или постара жена. Предиспонирачки фактор е прекумерната телесна тежина.
- Прекумерното напрегање на колкот како и микротраумата имаат етиолошка сигнификантост. Болката, исто така, може да биде предизвикана од повреда при директен удар (пад) или пролонгиран напор, на пример, трчање.
- Болка која ирадира проксимално и дистално од трохантеричната регија во регијата на колкот и латералната страна на бутот.
- Болка при одење и на физичко истегање, на пример, при качување на скали.
- Болка при спиење на болната страна.

**ДИЈАГНОЗА**

- Палпација на големиот трохантер го покажува местото на осетливост.
- Екстремната абдукција на колкот обично е болна, а, исто така, и пасивната екстремна абдукција и надворешна ротација против отпор.
- Ентезитис на m. gluteus medius може да е почеста причина за трохантерична болка од бурзитисот (1,2).
- Во диференцијалната дијагностика треба да се земат предвид пренесена болка од половината, иритација на феморалниот нерв и фибромијалгија.

**ТРЕТМАН**

- Третман на избор е инјекција на кортикостероид и локален анестетик во најболното место (употреби игла 4-8 cm во зависност од длабочината и дебелината на бутот).
  - Кортикостероид 1ml + 1% лидокаин 1-2ml.

- Да се внесе иглата до контакт со коската, потоа да се подигне врвот на иглата наназад за околу 5mm.
- Да се инјектира половина од растворот на местото на болката, а остатокот во различни насоки и длабочини.
- Ако првата инјекција не ја олесни болката, третманот може да се повтори по неколку

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Authors: Tuomo Pienimäki

Article ID: ebm00414 (020.036)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 18.5.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до мај 2014 година.**

**ГЕРИЈАТРИЈА**

565.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ДЕЛИРИУМ КАЈ ПОСТАРИ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на делириум кај постари.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на делириум кај постари е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на делириум кај постари по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6499/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ДЕЛИРИУМ КАЈ ПОСТАРИ**

МЗД Упатство  
9.9.2010

- Дефиниција и симптоми
- Предиспонирачки фактори
- Тригерски фактори
- Испитувања
- Диференцијална дијагноза
- Преваленција и прогноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

**ДЕФИНИЦИЈА И СИМПТОМИ**

- Делириум или акутна состојба на конфузија е екстензивно со нагол почеток на нарушување на мозочната функција, што се должи на органска причина.
- Делириумот тешко се препознава (повеќе од половина од случаите остануваат непрепознаени) (ннд<sup>1</sup>-С) и прогнозата е скромна (ннд-С).
- Делириумот се манифестира со нарушување на вниманието и со аперцепција (недостиг на внимание) и со дезорганизирано логичко размислување. Свесноста е заматена и когнитивните функции нагло се влошуваат. Состојбата е често придружена со халуцинации и на страни мисли, нарушување на циклусот спиење - будност, промена на психомоторната активност, дезориентација, нарушување на меморијата и промени во расположението.
- Клиничката слика се развива за краток временски период и има тенденција да се менува во текот на денот

**ПРЕДИСПОНИРАЧКИ ФАКТОРИ**

- Напредната возраст, оштетена функција
- Дегенеративни болести на меморијата (деменција)
- Тешки соматски болести (канцер)
- Полифармација (посебно антихолинергиски лекови)
- Нарушување на видот и на слухот, несоница, непозната средина, физички ограничувања (имобилизација)
- Хируршки операции

**ПРИЧИНИ**

- Различни придружни состојби можат на предизвикаат делириум (ннд-С).
- Лекови
  - Лекови со антихолинергиски својства (трициклични антидепресиви, фенотијазини, хидроксизин, бипериден), леводопативи, седативи, литиум, бромокриптин, опиоиди, стероиди, голем број антибиотици (на пр. хинолони и клиндамицин) ( 5 ).

<sup>1</sup> ннд = ниво на доказ

- Нагол прекин при регуларна употреба на анксиолитици или употреба на алкохол (делириум тременс)
- Инфекции
  - Уринарни инфекции, пневмонија, која е често без треска кај постарите, септикемија, еризипел, менингит, енцефалит.
- Кардиоваскуларни болести
  - Миокарден инфаркт, аритмии, белодробен емболизам, хипотензија и др.
- Цереброваскуларни болести
  - Мозочен инфаркт, ТИА, церебрални хеморагии, субарахноидални хеморагии
- Нарушувања на метаболизмот
  - Нарушувања на ацидо-базната рамнотежа, нарушувања на рамнотежата на течности и на електролити, хипоалбуминемија, хипофосфатемија, црнодробна, бубрежна или белодробна инсуфициенција, хипогликемија или хипергликемија, хипотиреоидизам или хипертиреоидизам, нарушувања на рамнотежата на калциум, недостиг од витамини од групата Б, анемија, други ендокринолошки нарушувања итн.
- Друго
  - Трауми (повреда на главата, субдурални хематоми, изгореници, скршен колк, итн)
  - Епилепсија, состојба по мозочен удар
  - Тумори (интрацеребрални, белодробни), миелом
  - Труења (интоксикација со дигиталис)
  - Долготраен животен стрес (посебно кај пациенти со деменција)

### ИСПИТУВАЊА

- Анамнеза: Кога последен пат пациентот бил добро? Тек на симптомите? Сознајните функции пред болеста? Употреба на лекови? Употреба на алкохол?
- Внимателен физикален преглед.
- ЦРП, седиментација, крвна слика, натриум, калиум, креатинин, гликемија, ТпТ, урина, ЕКГ.
- Глутамил трансфераза, алкална фосфатаза, ТСХ, слободен Т<sub>4</sub>, серумски јонизиран калциум, витамин Б<sub>12</sub>, еритроцитни фолати и гасни анализи на артериската крв по потреба.
- Рендгенографија на бели дробови.
- Анализа на ликвор, скенирање на мозокот со ЦТ, ЕЕГ по потреба.
- Натомошно испитување по потреба. Со внимателно испитување се наоѓа некое придружно основно заболување како причинител. Делириумот кај постари пациенти е често повеќепричински.

### ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Деменција
  - Незабележителен почеток и бавен тек на симптомите, вообичаено без дневни промени во интензитетот на симптомите
  - Нивото на свест е нормално, а вниманието интактно сè до напреднатите фази
- Психотични нарушувања
  - Нивото на свест е нормално, сознајните функции, глобално, не се нарушени. Говорот не е комплетно дезорганизиран. Исто така, анамнезата кај психијатриски пациент е различна.
  - Акустичните халуцинации се чести кај психозите, додека кај делириум се почести визуелните халуцинации.
- Кај ист пациент вообичаено е да постои и деменција и делириум.

## ПРЕВАЛЕНЦИЈА И ПРОГНОЗА

- Преваленцијата и инциденцијата на делириумот кај хоспитализирани постари лица се заедно 25-40 проценти (ннд-С). Лекарите препознаваат само 30-50 проценти од нив (ннд-С).
- Пациентите може да заздрават и кога делириумот траел неколку недели.
- Смртноста во просек е 25-40 проценти. Околу 40 проценти се институционализираат во текот на првата година (ннд-С).
- Одлуката што се однесува на можно долготрајно институционализирање треба да одложи додека не се открие и третира причината за делириум и додека не се стабилизира состојбата на пациентот.

## ТРЕТМАН

- Третман на придружниот фактор што предизвикал делириум.
- Третирање на општата состојба: рамнотежа на кислород и на течности, превенција на уринарна опструкција, одржување на перисталтиката, прекинување на употребата на непотребните лекови, превенција на декубитуси и повреди, рехабилитација, соодветно осветлување, познати предмети.
- Контрола на вознемиреноста:
  - Доколку е неопходно, може да се користат атипични антипсихотични лекови за да се контролира немирот; на пр. рисперидон 0,25-0,5 mg еднаш до двапати дневно или (главно, ако пациентот има екстрапирамидни симптоми) кветиапин 12,5-25 mg. Дополнително, лоразепам 1-2 mg орално (или 1 mg интрамускулно) или алтернативно оксазепам 7,5-15 mg еднаш до двапати дневно орално може да се користат привремено за да ја намалат анксиозноста на пациентот.
  - Халоперидол кај тешка агитација 2,5-5 mg и.м. Ова може да се повтори на секои 30 минути до задоволителна седација. Кај пациентите со деменција, халоперидолот треба да се дава внимателно бидејќи често предизвикува екстрапирамидални несакани ефекти (ннд-С) ( 1 ).
  - Фенотиазински антипсихотици (на пр. Левомерпромазин) не смее да се употребуваат (ннд-Д).
  - Доколку во историјата на пациентот има јасни знаци за развој на деменција, холиномиметици (ривастигмин, галантамин, донепезил) може да се пробаат во дози што се користат за деменција, посебно ако делириумот е отпорен на други третмани.
  - Лекови за заспивање се често потребни (зопиклон 3,75-7,5 mg навечер)
  - Тивка, добро осветлена просторија; на пациентите треба да им се пристапува без брзање и со информативен разговор.

## ПРЕВЕНЦИЈА

- Ефикасна терапија со течности, третирање на болката, оксигенација, исхрана, оптимална медикаментозната терапија, нормализирањето на ритмот на спиење и на одржувањето на ориентацијата ја намалува инциденцијата на делириум за 40 проценти кај пациенти во општи болници ( 2 ) и кај пациенти што подлежат на операција по фрактура на колкот ( 4 ).
- Предоперативно халоперидол (1,5 mg / дневно) ја намалува тежината и го скратува времетраењето на делириумот кај пациенти со операција на колкот ( 4 ).
- Третман на постарите пациенти од страна на мултидисциплинарен тим, исто така, може да биде ефикасен во намалување на инциденцијата на делириум (nnd-С).



## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Кохранови прегледи
- Други кратки прегледи на докази
- Литература

### Кохранови прегледи

- Донепезил може да не е ефикасен во третман на делириум (ннд-С).
- Валпроатот се чини дека нема ефект во третманот на агитацијата меѓу дементните пациенти, но се чини ги зголемува несаканите ефекти. Како и да е, доказот е недоволен (ннд-Д).

### Други кратки прегледи на докази

- Се чини дека широкиот спектар на интервенции имаат потенцијал да го спречат делириумот кај оперираните пациенти, но не и кај постарите пациенти што примаат терапија. Фармаколошките интервенции (халоперидол), исто така, може да бидат корисни за симптомите на делириум (ннд-Д).

### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00402 (022.002)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

## РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори: Jouko Laurila Претходни автори: Kaisu Pitkälä Article ID: ebm00473 (022.002)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 09.09.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до септември 2014 година.**

566.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ДЕПРЕСИЈА ВО СТАРАТА ВОЗРАСТ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање, третман и советување при депресијата во старата возраст.

Член 2

Начинот на дијагностицирање, третман и советување при депресија во старата возраст е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање, третман и советување при депресија во старата возраст по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек дијагностичкиот процес и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6500/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ДЕПРЕСИЈА ВО СТАРАТА ВОЗРАСТ**

МЗД Упатство

16.8.2010

- Основни податоци
- Претходни податоци и епидемиологија
- Симптоми
- Диференцијална дијагноза
- Дијагноза
- Третман
- Консултација и советување за работа
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Да се препознае депресијата кај постарите лица. Ова е често субдијагностицирана и суптретирана болест.
- Да се третира акутната депресија со цел да се ублажат сите симптоми.
- На пациентите да им се подобри квалитетот на живот, преку понуда на поддршка и обезбедување лекови на таков начин што ќе се намалат на минимум несаканите дејства.

**ПРЕТХОДНИ ПОДАТОЦИ И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

- Инциденцијата на тешка депресија се намалува со возраста. Преваленцијата на тешка депресија е 2-3 проценти кај мажите и 3-5 проценти кај жените постари од 64 години.
- Инциденцијата на депресија од умерен степен е 12-13 проценти. Депресијата е честа меѓу постарите лица, кои доаѓаат на медицинска консултација (17-30 проценти) како и кај хоспитализираните или кај постарите лица на долготрајна нега.
- Депресивното заболување во анамнезата, соматска болест или нарушување на функционалната способност се значителни предиспонирачки фактори.
- Стареењето е поврзано со намалени можности, загуби и кривокост. Тешкотиите при приспособувањето на ваквите промени се предиспозиција за депресија. Акутните случувања во животот, како жалењето (загуба на сопругникот или на друг член од семејството) се, исто така, вообичаени преципитирачки фактори.

**СИМПТОМИ**

- Симптомите се различни, делумно се совпаѓаат со знаците и со симптомите при некоја соматска болест и често тешко се препознаваат како депресија.
- Главните симптоми што упатуваат на депресија вклучуваат слабо расположение барем две недели, намален интерес или задоволство за вообичаените секојдневни активности, замореност и намалено енергетско ниво.
- Симптомите како апатија и слаба мотивираност може да личат на деменција.
- Пациентите често отежнато излегуваат на крај со секојдневните активности и се чувствуваат немотивирано, особено наутро.

- Другите симптоми вклучуваат: раздрозливост, плачливост, анксиозност, песимизам, чувство на бескорисност, самообвинување, самоубиствени мисли, осаменост, плашливост и зависност од други луѓе.
- Соматските симптоми често ја маскираат депресијата: разновидни болки и мака, хипохондрија, нарушено спиење, недостиг од апетит, загуба на тежина и малаксаност.

### ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Тагување како нормална реакција на тага.
- Деменција (тестирање, или обид со антидепресиви). Забелешка: и пациентите со нарушување на меморијата може да имаат депресија.
- Хронична болка.
- Хипотиреоидизам, хиперпаратиреоидизам.
- Паркинсонова болест.
- Недостиг од витамин Б<sub>12</sub>.
- Несакани дејства од лекови (бета-блокатори, диуретици, Л-допа, дигоксин, стероиди, невролептици, лекови што предизвикуваат хипогликемија).
- Алкохолизам.

### ДИЈАГНОЗА

- Да се поразговара со пациентот за симптомите и за моментната животна ситуација. Важно е да се добие увид како пациентот ја гледа својата ситуација. Доколку е достапен некој близок, може да послужи како добар извор на вредни информации.
- Анамнеза: претходна психијатриска болест, моментна фармакотерапија.
- Физикален и психијатриски преглед
- Тест за скенирање депресија
- Лабораториски тестови (за исклучување): TSH (тиротропин), слободен тироксин, крвна слика, диференцијална крвна слика, витамин Б<sub>12</sub>, калциум, хепатални ензими, електролити и креатинин.
- ЕКГ

### ТРЕТМАН

- Да се обезбедат информации за природата, текот и за третманот на депресијата за пациентите и за нивните семејства и за негувателите во форма што е соодветна за ситуацијата и разбирлива за сите. Треба да се потенцира дека депресијата може да се лекува. Во иницијалната фаза пациентот најчесто е заинтересиран кога ќе почне да се чувствува подобро.
- Да се третираат придружните соматски болести и да се направи обид за намалување или надоместување на ефектите од онеспособеноста; добриот третман на соматската болест воедно придонесува и во третманот на депресијата.
- Да се испланира психосоцијалниот статус на пациентот и системот на поддршка.
- Да се следи внимателно одговорот на терапијата за да не се прекине прерано. Истовремената анксиозност може да го забави заздравувањето од депресија, но не може да го запре.
- Напредната возраст не е пречка за заздравување.
- Кај постарите депримираны лица, односот лекар - пациент треба да биде активен, охрабрувачки и поддржувачки.

- Постојат докази за ефикасноста на психолошките интервенции, посебно когнитивна психотерапија (ннд<sup>1</sup>-В), со мотивирани постари депримираны пациенти.
- Да се остави пациентот нормално да тагува по некоја тага, но да се има превид можноста за депресија кога симптомите се повторуваат или се интензивираат.
- Физикалната терапија пациентот може да ја доживее како поддржувачка и позитивна интервенција. Постојат позитивни искуства од групно вежбање кај постари лица.
- Лекови:
  - При изборот на антидепресиви, да се процени симптоматологијата (апатичност-ексцитираност) и да се осигури дека лекот е соодветен во однос на придружните болести на пациентот и на другите лекови што ги зема.
  - Не постојат разлики во ефикасноста на различните лекови (ннд-А).
  - Селективните инхибитори на повторното преземање серотонин ги активираат пациентите. Тука спаѓаат циталопрам, есциталопрам, сертралин, пароксетин и флувоксамин. Инхибиторот на МАО-А, моклобемид, исто така, често се употребува за депресија кај постарите лица.
  - Трицикличните антидепресиви се контраиндицирани доколку пациентот има нарушувања во срцевата спроводливост, глауком, ортостатска хипотензија, предиспозиции за уринарна ретенција или склоност кон падови.
  - Трицикличните антидепресиви, амитриптилин и доксерпин не се препорачуваат кај постари пациенти поради нивните антихолинергиски несакани ефекти. Нортриптилинот може да биде добар избор кај апатична депресија. Трицикличните антидепресиви не се препорачуваат кај пациенти повозрасни од 75 години, но нивната примена може да се земе предвид кај пациенти што се третираат во психијатриски установи.
  - Миртазапин, со почетна доза од 15-30 mg/ден е добар избор кај депресиите комбинирани со анксиозност или со нарушувања на спиењето.
  - Венлафаксин (37,5-150 mg/ден) може да биде ефикасен кај депресиите што се отпорни на други лекови.
  - Доколку депресијата е поврзана со параноидни/ психотични појави, да се направи обид со некој антипсихотик (првично со некој атипичен антипсихотик како рисперидон или кветиапин). Да се консултира психијатар.
  - Дејствата на лековите, обично, стануваат очигледни за четири до осум недели. Доколку изостане дејството, или дејството е само незначително, да се зголеми дозата, а доколку дозирањето било оптимално, да се направи обид со лек од некоја друга група на антидепресиви.
  - Терапијата да продолжи половина до една година по закрепнувањето на пациентот. Доколку повторно настапи депресија, постарите лица треба да се третираат со лекови неколку години.
- Самоубиствените склоности кај постари пациент се индикација за хоспитализација.

### КОНСУЛТАЦИЈА И СОВЕТУВАЊЕ ЗА РАБОТА

- Грижата за постарите депресивни пациенти може да биде тешка и да претставува предизвик како за медицинските сестри така и за негувателите. Пациентот може да загубил надеж, да биде огорчен, да обвинува, да биде зависен и емотивно нестабилен.
- Може да помогнат групите за поддршка на персоналот и за советување на членовите од поблиското семејство и на негувателите.
- Да се консултира психијатар при дијагностички проблеми или кога пациентот останува депресивен и покрај третманот. Кај тешките случаи може да се комбинираат неколку антидепресиви. Електроконвулзивната терапија е ефикасна и безбедна кај тешките случаи.

<sup>1</sup> ннд = ниво на доказ

- Тешкодепресивните пациенти што имаат самоубиствени идеи треба да се третираат во психијатриски болници.

Автори: Tuula Saarela Prethodni avtori: Kaisu Pitkälä Article ID: ebm00472 (022.004)© 2012  
Duodecim Medical Publications Ltd

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Клинички водачи
- Литература

#### Клинички упатства

- Depression (amended) – Management of depression in primary and secondary care. NICE Clinical guideline 23 (amended), April 2007 1

#### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00297 (022.004)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd.

1. **EBM Guidelines, 16.08.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до август 2014 година.**

567.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ИНФЕКЦИИ**  
**ВО ПОСТАРАТА ВОЗРАСТ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на пристап кон инфекциите во постарата возраст и нивниот третман.

Член 2

Начинот на пристап кон инфекциите во постарата возраст и нивниот третман е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на пристап и третман на инфекции во постарата возраст по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6501/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ИНФЕКЦИИ ВО ПОСТАРАТА ВОЗРАСТ**

МЗД Упатство  
4.8.2009

- Основни податоци
- Пневмонија
- Инфекции на уринарниот тракт и пиелонефрит
- Гастроинтестинални и интраабдоменални инфекции
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Клеточниот имунитет и дел од хуморалниот имунитет се нарушени во постарата возраст.
- Мажните долготрајни болести и психолошките промени поврзани со возраста, како и имуносупресивните лекови ги намалуваат одбранбените механизми и ја прават дијагнозата потешка.
- Симптомите на инфекциите често се атипични (на пр. тешкотии со одењето, конфузија) и дури и умерени инфекции може да предизвикаат декомпензација на различни органи.
- Треската, обично, е отсутна. ЦРП е корисен маркер за присутна инфекција.

**ПНЕВМОНИЈА**

- Предиспонирачки фактори за пневмонија во постара возраст (ннд<sup>1</sup>-С) се:
  - нарушен рефлекс за кашлање
  - можни невролошки заболувања, кои предизвикуваат нарушување во функционирањето на фарингсот и подложност за аспирација
  - опструктивни белодробни заболувања
  - имобилизација
  - срцева слабост
- Температурата кај пациентот со пневмонија може да биде нормална, а кашлањето целосно отсутно. Пневмонијата може да се манифестира со симптоми на влошена општа состојба и функционирање, конфузија, дури и болка во градите предизвикана од иритација на белите дробови или од влошување на коронарна срцева болест.
- Најчест предизвикувач на пневмонија во вонболнички услови е streptococcus pneumoniae (пневмококи), и антибиотик од прва линија за третман е пеницилин G.
- За време на епидемија од грип, чести се второстепените бактериски пневмонии, кои се најчесто предизвикани од staphylococcus aureus. Во тој случај лек на избор е цефуроксим.
- Должината за лекувањето на пневмонијата е 10 дена.
- Превенирањето на пневмококната пневмонија со рана вакцинација против грип е корисно (ннд-С). Истото се однесува и за пневмококната вакцина, чијашто ефикасност е, исто така, докажана кај постарата популација (ннд-А). Амантадин може да се употребува како заштитен лек за инфлуенца кај пациентите што не се вакцинирани, но мора да се имаат на ум несаканите ефекти. Кај одолжените белодробни инфекции веројатноста за туберкулоза е голема (кожен тест, култура од спутум).

<sup>1</sup> ннд = ниво на доказ



## ИНФЕКЦИИ НА УРИНАРНИОТ ТРАКТ И ПИЕЛОНЕФРИТ

- Жените се предиспонирани кон инфекции на уринарниниот тракт поради атрофијата на вагиналната мукоза поради возраста или поради пролапс на вагина или на утерус. Мажите се предиспонирани кон уринарни инфекции поради хиперплазија на простатата. Најважен надворешен предиспонирачки фактор за инфекции на уринарниниот тракт е катетеризацијата. Катетерот треба да се отстрани колку што е можно побрзо.
- Кај постарите еднодозен антибиотски третман е помалку ефикасен отколку циклуси што траат повеќе од три дена (ннд-С). Доказите за тоа колку е доволната должина на антибиотската терапија се несоодветни, но голем број специјалисти препорачуваат циклуси што траат од седум до дена.
- Причината за рекурентна инфекција треба да се утврди и третира. Ако причината не се открие, тогаш се препорачува профилактички третман со триметоприм - еднократно навечер. Често е ефикасно засилувањето на мукозната мембрана со локални естрогени (ннд-С).
- Асимптоматска бактериурија кај постарите лица не треба да се третира со антибиотици сè додека не се појават специфични (дизурија, инконтиненција) или неспецифични (конфузија, падови) симптоми. Асимптоматска бактериурија не треба да се прифати како причина за ослабената општа состојба на пациентот.
- При институционалната грижа, понекогаш се пристапува кон третман поради миризбата за која се претпоставува дека е предизвикана од инфекција. Оваа практика не се препорачува. Третманот не го намалува мокрењето в кревет.
- Сефироксим интравенски е лек од прв избор за третман на пиелонефрит. Кога општата состојба ќе се подобри или кога ќе се нормализира телесната температура, тогаш од интравенска се преминува на перорална терапија. Должината на третманот е најмалку 10 дена.
- Кај пациентите со катетер не треба да се дава профилактички лек. Не се препорачува земање примероци од катетерот за следење. Хронични бактериурии (на пр. псевдомонас) се чести меѓу постарите лица што имаат катетер и овие не треба да се третираат доколку нема генерални симптоми.

## ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНИ И ИНТРААБДОМЕНАЛНИ ИНФЕКЦИИ

- Бидејќи чувството за висцерална болка опаѓа со возраста, акутниот апендицит и инфекциите на билијарниот тракт може да е тешко да се дијагностицираат. Тие може тивко да доведат до перфорација или до акутна абдоменална катастрофа.
- Дивертикулоза и дивертикулит се болести што се јавуваат поради возраста
- Серумскиот ЦРП и леукоцитите, повторувани клинички испитувања и исклучување инфекции од други органи помагаат да се дојде до вистинската дијагноза.

Автори:

Jouko Laurila Article ID: ebm00474 (022.007) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00403 (022.007)©  
2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 04.08.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до август 2013 година.**

568.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ НА ПОСТАРИТЕ ЛИЦА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на спроведување на контролни прегледи на постарите лица.

Член 2

Начинот на спроведување на контролни прегледи на постарите лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на спроведување на контролни прегледи на постарите лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на контролирањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6502/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**КОНТРОЛНИ ПРЕГЛЕДИ НА ПОСТАРИТЕ ЛИЦА**

МЗД Упатство  
27.3.2009

- Основни податоци
- Основни правила
- Следење на сопствените пациенти
- Содржина на следење во првичната здравствена заштита
- За кого и колку често е потребно следење?
- Поврзани извори
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Функционалната способност и здравјето се одржуваат и промовираат колку што е можно подолго.
- Живеењето дома се продолжува и се одложува институционалната грижа.
- Се обезбедува квалитет на животот и се зголемува безбедноста.
- Се засилуваат социјалните/друштвените врски.
- На постарите лица им се даваат информации за здравствените услуги и за нормалното стареење.
- Се намалува смртноста.

**ОСНОВНИ ПРАВИЛА**

- Најубедливите докази што се однесуваат на превентивните домашни посети, вклучувајќи и проверки на здравствената состојба, кои се спроведуваат кај физички сè уште релативно држечки постари лица (возраст 72-78 години) се добиени повеќедимензионално, со геријатриска експертиза, и вклучуваат неколку (> 4) посети едноподруго.
- Постои доказ за ефикасноста на превентивните мерки кај постари лица за следниве интервенции: следење за рак на дојка, престанување со пушење, третирање на хипертензијата, зголемување на обемот на физичките вежби, вакцинација и превенција на падовите.
- Следењето што го изведуваат здравствените работници (медицински сестри, матичен лекар) за време на посетата на пациентот во некој здравствен центар би можело да биде пополезно со извесна резерва. Ова е многу соодветно за првичната здравствена заштита заснована врз населението. Следењето може да го изведува секој стручен здравствен работник, по потреба и со потемелен контролен преглед од страна на лекар. Доказите за користа од ненаменското следење кај постарата популација се контрадикторни и покрај фактот дека често може да се откријат различни недијагностицирани заболувања.
- Треба да се бараат само тие болести или инвалидност за кои постои делотворен третман и кои доаѓаат предвид кај постарите лица.

**СЛЕДЕЊЕ НА СОПСТВЕНИТЕ ПАЦИЕНТИ**

- Треба да се определат кои поединци имаат потреба од подетална процена.

- Главен акцент треба да се стави на функционалните способности (способноста за движење, сознајните способности, излегувањето на крај со секојдневните активности) и знаците на синдром на слабост (загуба на тежина, саркопенија, намалена подвижност), а не само на болеста.
- Почетно губење на функционалноста е индикација за детална процена, бидејќи тоа често е знак за соматска болест.

### СОДРЖИНА НА СЛЕДЕЊЕТО ВО ПРВИЧНАТА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

- Не постои консензус за содржината на една изводлива програма за следење.
- Постојат научни докази за ефикасноста на следниве мерки за следење:
  - Мерење на крвниот притисок
  - Мамографија
  - Ректално туше, крв во изметот и сигмоидоскопија (за откривање рак на дебелото црево).
- Исто така, се препорачуваат и следниве мерки:
  - Физички вежби и нивни промени
  - Статус на исхранетост испитан со прашалник на MNA (Mini nutritional Assessment); да се регистрираат можните промени
  - Излегување на крај со секојдневните активности, ADL (Activities of Daily Living) и IADL (Instrumental Activities of Daily Living), пазарење, финансии, подготвување храна, користење телефон.
  - Слух: анамнеза или шепотење на 20 cm од увото.
  - Расположение (испитано, на пример, со некој од тестовите за депресија: Zung, GDS, DEPS).
  - Тест за сознајните функции (MMSE или цртање на часовникот:
  - Острина на вид, интраокуларен притисок.
  - Лабораториски тестови: гликемија, холестерол, тироидна функција.
  - ЕКГ.
  - Густина на коските измерена со дензитометрија.
  - Способност за седнување и за станување од стол и способност за одење (пациенти со зголемен ризик за паѓање или со претходни паѓања во анамнезата).
- Меѓутоа, се покажало дека:
  - Следењето за острина на видот кај асимптоматските постари пациенти не го подобрува видот (ннд<sup>1</sup> - C).
  - Следењето спроведено од здравствените работници ретко води до откривање нови проблеми и не го подобрува општиот здравствен статус кај постарите лица; основно е лицето што го спроведува следењето да има геријатриско искуство и способност да ги препознае основните проблеми меѓу факторите на ризик кај постарите.
  - Рутинската употреба на прашалниците за откривање на психијатриските заболувања (депресија, анксиозност) не ја зголемува стапката на откривање ниту ја подобрува прогнозата на емоционалните нарушувања.
  - Интервенциите што имаат за цел да го намалат ризикот од паѓање треба да се насочат кон пациентите за кои постои најголема веројатност дека ќе имаат корист од тоа 1.
- Нема формиран став за значењето на опишување на простата и/или на ПСА при скенирањето за рак на простатата.

<sup>1</sup> ннд = ниво на доказ

## ЗА КОГО И КОЛКУ ЧЕСТО Е ПОТРЕБЕН СЛЕДЕЊЕ?

- Мерките за следење, кои се напишани погоре или некои од нив, може да бидат препорачани да се спроведуваат во интервал на секои една до пет години доколку резултатите од испитувањата влијаат врз активностите што ги презема лекарот. Кога наодите од следењето водат до терапевтски мерки, треба да бидат засновани на докази и нивниот успех мора да се следи. Постои доказ за ефикасноста од студиите што вклучиле неколку превентивни домашни посети.
- Тешко е да се постави горна старосна граница за следење, но, сепак е спорна смислата за следење за некое заболување на асимптоматски лица постари од 85 години. Здравствените проверки се најкорисни кога се спроведуваат кај постари лица на возраст од 65-72 до 78 години, кои, можеби, имаат поединечен фактор на ризик кај кој може да се интервенира со третман, Исто така, може да биде корисно да се препознае почетна слабост, но сега засега тоа е широко неистражено прашање.
- Кај постарите лица што се институционализирани, фокусот треба да се постави на превенцијата на декубитусите, уринарната инконтиненција, паѓањата и на одржувањето на способноста за движење. Годишните лабораториски испитувања кај овие пациенти не се сметаат за оправдани.
- Проценувањето на можната корист е посебно проблематично кога:
  - Не постои лек за болеста
  - Претходните испитувања биле негативни
  - Пациентот има тешкоограничена функционална способност или има деменција
  - Очекуваниот квалитет или траење на животот е ограничен од некоја друга причина.
- Иако староста од 85 години се смета за горна граница за следење, мора да се земат предвид индивидуалните разлики на секоја личност и различните потреби за неа.

## ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

## РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори: Timo Strandberg Претходни автори: Kaisu Pitkälä and Jaakko Valvanne Article ID: ebm00469 (022.020)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 27.03.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до март 2013 година.

569.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**НУТРИТИВНИ НАРУШУВАЊА КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на нутритивните нарушувања кај постарите лица.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на нутритивни нарушувања кај постарите лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на нутритивни нарушувања кај постарите лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6503/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров**, с.р.

**НУТРИТИВНИ НАРУШУВАЊА КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА**

МЗД Упатство  
3.8.2010

- Принципиелно
- Предиспонирачки фактори
- Последици од малнутриција
- Дијагноза на малнутриција
- Третман на малнутриција
- Други чести нарушувања на нутрицијата
- Поврзани извори
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Потребно е да се препознае нарушувањето на нутритивниот статус кај постари лица. Клиничките наоди сами по себе не се чувствителни показатели за малнутриција.
- Треба да биде загарантирано доволно внесување енергија и протеини преку исхраната.
- Лицата со прекумерна тежина на возраст под 75 години може да ослабат внимателно во случај на постојна болест. Пациенти повозрасни од 75 години ретко имаат корист од програмите за слабеење.
- Со цел да се осигури доволно внесување витамин Д, се препорачува додаток на 20µg (800 ИЕ) дневно во текот на годините кај лица што се повозрасни од 60 години.

**ПРИНЦИПИЕЛНО**

- Постар пациент со лош нутритивен статус и малнутриција, најверојатно, страда од хронична болест. Лицата што даваат здравствена заштита треба поенергично да го апострофираат лошиот нутритивен статус кај постари пациенти, отколку што е моментната практика.
- Состојбата на исхранетост на постари лица треба да биде проценета и следена преку промените на телесната тежина. Тестот МНА (Mini Nutritional Assessment) е корисен при институционална и при домашна нега ( 1 ).
  - Постари лица со прекумерна тежина, исто така, може да имаат малнутриција (слабост на мастите)
- Режим на исхрана може да се примени за одржување добар нутритивен статус и соодветна телесна тежина за да се спречи загубата на тежина и да се унапреди функционалниот капацитет и квалитетот на живот.
  - Нискиот индекс на телесна маса (BMI) и ненамерното губење на тежината ги зголемуваат заболувањето и смртноста.
  - Доволното внесување енергија и протеини треба да биде загарантиран. Важно е да се одржи добра мускулна сила и да се превенира прогресијата на саркопенија.
  - Кај пациенти на возраст помала од 75 години и со BMI преку 30, внимателното намалување на тежината, дополнето со физичка активност, е остварливо при третман на дијабетес, срцева инсуфициенција, хипертензија и на остеоартрит. Инаку, умерена прекумерна телесна тежина е ретко индикација за третман кај постари пациенти.
  - Пациенти повозрасни од 75 години ретко имаат корист од програмите за слабеење.
- Во земјите со ограничена количина годишни сончеви денови, додавање витамин Д од 800 ИЕ (20µg) дневно се препорачува за лица повозрасни од 60 години. За превенција на



фрактури предизвикани од паѓање минималната доза на витаминот Д е 700-800 IЕ (17,5-20µg). За превенција на остеопороза, соодветно внесување калциум е 800-1.500 mg/ден првично преку храна.

- Ако постарото лице има недостиг од витамин В12 или недостиг од железо, тоа е суспектно за гастроинтестинална болест.
- Рутинска употреба на витамини или олигоелементи не е докажана како ефикасна (ннд<sup>1</sup>-С).

### Преваленција на малнутриција

- Во западниот свет, преваленцијата на малнутрицијата кај постарите е 5-10 проценти.
  - Кај пациенти повозрасни од 80 години преваленцијата е 10-20 проценти.
  - Кај хоспитализирани пациенти преваленцијата е 27- 65 проценти
  - Кај пациенти на институционална нега преваленцијата е 30-80 проценти

### ПРЕДИСПОНИРАЧКИ ФАКТОРИ

- Проблеми во обезбедување на исхраната
  - Економски (ниски пензии, скржавост)
  - Проблеми со подвижност, намален функционален капацитет, недостиг од помош од друго лице
  - Придржување до старите навики, алкохолизам
- Тешкотии со цваќање и со голтање
  - Мозочен удар, паркинсонизам, испаднати заби, болки во устата
- Зголемени нутритивни потреби
  - Инфекции, декубитуси
  - Траума, операција, посебно пациенти со фрактури на екстремитети
- Болести што предизвикуваат кахексија
  - Канцер, хронични инфекции (ТБЦ)
  - Алцхајмерова болест, деменција
- Влошено искористување на хранливите материи
  - Малапсорпција (интестинални болести, целијакија)
- Други причини
  - Психолошки причини (депресија, параноја, манија)
  - Медикаменти (намален апетит, сува уста, промени во вкусот или во мирисот)
  - Намален осет за вкус или за мирис
- Психолошки промени предизвикани од возраста
  - Намалувањето на основниот метаболизам и намалувањето на физичката активност ја намалува потребата за енергија и дневното внесување калории, кое кај постарите жени, обично, е под 1.500 kcal. Се смета дека ова е ризично ниво за инсуфициентно внесување нутриенти.
  - Одложено гастрично празнење, продуктите богатите со енергија (гликоза, слободни масни киселини) ќе останат подолго време во циркулацијата продолжувајќи го чувството на ситост.
  - Со стареење, мускулното ткиво се намалува, а пропорционално расте масното ткиво.
  - Намалување на толеранцијата на гликоза.
  - Можност за нарушување на рамнотежата на течности.

### ПОСЛЕДИЦИ ОД МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Малнутрицијата и ненамерната загуба на тежина се поврзани со пораст на заболувањата и на смртноста
- Одложено здравување од болеста

<sup>1</sup> ннд = ниво на доказ

- Одолжена хоспитализација, зголемени потреби за здравствени услуги
- Нарушување на имунитетот, бавно зараснување рани, зголемен ризик од инфекции
- Забрзано мускулно опаѓање, нарушување на функцијата и на силата на мускулите, пораст на ризикот за падови и за фрактури.

#### ДИЈАГНОЗА НА МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Клиничките наоди не се чувствителни показатели за малнутрицијата
- Најчестоупотребувани показатели се: ненамерна загуба на тежина, намалена телесна тежина или BMI, бавно зараснување рани, слабост на трицепсите и на рамениот појас, намалени серумски албумини, хемоглобин и лимфоцити, детално испитување на исхраната, способноста за обезбедување и за приготвување храна, внесување витамини, клинички испитувања.
- (MNA) Mini Nutritional Assessment (1) се смета за најдобра мерка за малнутрицијата. Таа е потврдена во неколку држави.
- Нарушувањето на нутритивниот статус, генерално, слабо се препознава.

#### ТЕРАПИЈА НА МАЛНУТРИЦИЈАТА

- Целта на диеталниот третман кај постарите лица е да се обезбеди соодветно внесување калории, протеини и нутриенти, како и да се одржи соодветен нутритивен статус.
- Постарите и болните се посебно погодени со протеинската малнутриција и таа треба да се третира поактивно отколку што се практикува денес
- Нутритивната суплементација, се чини, ја намалува смртноста (ннд-С), и ги намалува компликациите (2).
- Диета што се состои од чести висококалорични ужини обезбедува соодветно калориско внесување за недоволно исхранетите постари пациенти, подобро отколку конвенционална диета.
- Распоредот на оброци во семеен стил кај институционализираните постари лица го подобрува квалитетот на живот и го зголемува внесувањето калории и нутриенти.
- Треба да се проверат навиките на исхрана кај постари лица што живеат дома; треба да се разгледа можноста за ангажирање сервиси за доставување храна, посебно по отпуштање од болница.
- Постарите лица треба да примаат протеини во количина од 1-1,2 g/kg од телесната тежина дневно. Барањата се зголемуваат за време на болест
- Со возраста треба да расте пропорцијата на протеините и густината на нутриентите во диетата.

#### ДРУГИ ЧЕСТИ НУТРИТИВНИ НАРУШУВАЊА

- Последици на дефицит на некои хранливи состојки
  - Анемии (железо, витамин B12); треба да се земе предвид гастроинтестинална болест
  - Остеопороза и остеомапација.
    - Дефицитот на витамин Д е честа состојба кај институционализираните постари лица и кај тие што ретко излегуваат од дома. Оправдана е рутинска суплементација на витамин Д. Дневна доза од 700 до 800 ИЕ (17,5-20µg) витамин Д се покажа како ефикасна во превенција на фрактури (ннд-А). Во земји со ограничен извор на годишни сончеви денови за пациенти повозрасни од 60 години се препорачува рутинско дневно дополнително внесување витамин Д од 800 ИЕ (20µg).
  - Нокно слепило
  - Невропатија (витамини Б)
- Чест е недостигот од фолати
- Дебелина
  - Здравствени ризици и несакани ефекти оддебелината
    - нарушувања на метаболизмот (дијабетес)

- физички ограничувања во движењата
- инфекции на кожата (интертриго)
- кардиоваскуларни болести
- Настојувањето за губење телесна тежина треба да е внимателно. Губењето на тежината лесно доведува до губење на мускулното ткиво и до релативен пораст на масното ткиво.

#### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

##### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

#### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори: Merja Suominen Претходни Автори: Kaisu Pitkälä and Reijo Tilvis Article ID: ebm00467 (022.005) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 03.08.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до август 2014 година.**

570.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ПАДОВИ КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на медицинското згрижување при падови кај постарите лица.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при падови кај постарите лица е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при падови кај постарите лица по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6504/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ПАДОВИ КАЈ ПОСТАРИТЕ ЛИЦА**

МЗД Упатство  
9.9.2010

- Основни податоци
- Фактори на ризик за паѓање
- Физикален преглед
- Третман
- Намалување на факторите за ризик
- Поврзани извори

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Во 10 проценти од случаите, падот кај постарите води до сериозни повреди, на пр. фрактура на колк.
- Треба однапред да се намалат факторите на ризик за пад и внатрешните (поврзани со пациентот) и надворешните (поврзани со околината)
- Треба да се земе предвид превенција и третман на остеопороза.

**ЕПИДЕМИОЛОГИЈА**

- 30-40 проценти од лицата на возраст од 65 години и повозрасни и секое второ лице на возраст од 80 години и повозрасно или лицата што живеат со институционална грижа паѓаат најмалку еднаш годишно.
- Секое седмо постаро лице паѓа неколкупати годишно.
- 24-45 проценти од лицата што паѓаат здобиваат некаков тип повреда.
- 10 проценти од паѓањата водат до сериозни повреди, на пр. фрактура на колк.

**РИЗИЧНИ ГРУПИ**

- Најстарите од старите лица
- Постари лица со историја на паѓање
- Постари лица со нарушување на подвижноста или кои вообичаено се движат малку
- Постари лица со тешкотии во изведување на секојдневните животни активности

**ФАКТОРИ НА РИЗИК ЗА ПАЃАЊЕ****Внатрешни**

- Лекови, алкохол
  - Полифармација
  - Хипнотици и седативи (ннд<sup>1</sup>-С).
  - Аналгетици со централно дејство
  - Антипсихотици (ннд-С).
  - Антидепресиви, посебно, трициклични антидепресиви (ннд-С).

<sup>1</sup> ннд = ниво на доказ

- Лекови што го намалуваат крвниот притисок, нитроглицерин или други лекови што содржат нитросоединенија
- Антипаркинсонски и антиепилептици
- Алкохолизам
- Акутни нарушувања
  - Инфекции
  - Нарушувања на рамнотежата на течности и на натриум (диуретици)
  - Срцева слабост
  - Аритмии
  - Акутен миокарден инфаркт
  - Преносни исхемични напади и други цереброваскуларни заболувања
  - Други акутни заболувања
- Хронични заболувања и симптоми
  - Болести на деменција
  - Последици од мозочен удар
  - Паркинсонизам
  - Депресија
  - Диабетес
  - Остеоартроза на колкот и на коленото
  - Периферна невропатија во долните екстремитети
  - Вертиго
  - Ортостатска хипотензија
  - Уринарна инконтиненција
- Инвалидност
  - Мускулна слабост и тромавост
  - Слаба рамнотежа
  - Слаба мускулна сила во долните екстремитети
  - Слаб вид
  - Нарушен слух
  - Неисхранетост
  - Деформираност на стапалата
- Заборавање на редовната терапија или погрешно дозирање
- Страв од паѓање

### Надворешни

- Лизгава површина, слабо осветлување, нерамна површина, пречки, потреба за посегнување по некои предмети, скалила
- Лоши обувки, несоодветни помагала

## ПРЕГЛЕД НА ПАЦИЕНТ ШТО ПАДНАЛ

### АНАМНЕЗА

- Анамнезата укажува на причината за падот. Треба да се испрашаат пациентот, негувателите, сведоците. Често во заднина се неколку причини и фактори на ризик.
  - Во какви околности паднал пациентот?
    - При станување од кревет, одејќи, во тоалет, пресегнувајќи се, при мирување или при напор?
    - Во кое време од денот?
    - Каде се случило паѓањето?
  - Кои други симптоми биле поврзани со паѓањето?

- Вртоглавица, загуба на контрола врз мочниот меур, градна болка (хипотензивен колапс предизвикан од нитроглицерин), аритмија, онесвестување пред или по падот?
- Конвулзии?
- Дали пациентот станал без помош, за колку време и каква била состојбата со свеста?
- Имало ли промени во здравствената состојба во последно време?
- Користи ли постарото лице лекови (посебно психоактивни или антихипертензивни лекови)?
- Колку јаде и пие?

### **ФИЗИКАЛЕН НАОД**

- Општ статус
- Кардијален статус
- Крвен притисок во лежечка и во стоечка позиција
- Срцеви тонови, ЕКГ и набљудување со холтер
- Наслушување на каротидите
- Вид
- Слух (говор)
- Ориентациски невролошки статус (од; слабост или вкочанетост / здрвеност на екстремитетите, телото или на лицето; Ромбергов тест, стоење на една нога, станување од стол / сила на мускулите на бедрото, невролошки статус на долните екстремитети)
- Расположение (GDS 15/30)
- Сознајно ниво (MMSE, CERAD)
- Исхранетост (тежина, BMI, MNA)

### **ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА**

- Се испитува по потреба: основен хематолошки статус, серумски калиум, натриум, калциум, креатинин, албумин, гликемија, серумски ЦРП, анализа на урина, ЕКГ (да се земе предвид и набљудување со холтер)

### **РАДИОЛОШКИ ЛАБОРАТОРИСКИ ИСПИТУВАЊА**

- Рендгенографија на бели дробови и скенирање со КТ на глава кога е потребно

### **ТРЕТМАН**

- Да се направи план за соочување со причините и со факторите на ризик за паѓање.
- Да се проверат лековите, вклучително и тие без рецепт. Да се отстранат непотребните лекови.
- Да се третираат акутните болести.
- Да се провери како се третираат хроничните болести.
- Да се консултира офталмолог по потреба.
- Да се консултира отолог по потреба.
- Лекови за вртоглавица не се корисни за паѓања.
- Доколку не може да се најде причината за падот и да се отстрани, треба да се препознаат, оценат и да се намалат на минимум факторите на ризик (ннд-А).
- Процената на факторите на ризик заедно со поединечните интервенции, како и регуларните вежби, има улога во превенција на паѓањата.
  - Проверка/планирање за употреба на медицински помагала или шини-држачи

- Надворешни штитници за колковите може да превенираат и до 60 проценти од фрактурите на колк кај високоризични лица (ннд-С).
- Редовни физички вежби превенираат паѓање (ннд-В), ја зголемуваат мускулната сила и ја подобруваат рамнотежата (ннд-Д).
- Превенција на остеопороза.
- Високи дози на витамин Д комбиниран со калциум (ннд-А) ја намалуваат инциденцијата на фрактури (калциум 500-1.000 mg, витамин Д 400-800 ИЕ/ден).
- Третман на остеопороза.

### НАМАЛУВАЊЕ НА ФАКТОРИТЕ НА РИЗИК

Табела 1. Падови кај постарите - Намалување на факторите на ризик

Фактори на ризик	Интервенција
Оштетен вид	Проверка на очилата, коригирање на рефрактерната грешка, третман на катаракта, подобрување на осветлувањето
Оштетен слух	Слушни апаратчиња или други помагала
Оштетување на сетилото за рамнотежа	Прекинување на лековите што влијаат врз рамнотежата, вежби за рамнотежа, одење
Ослабена мускулна сила	Вежби за зацврстување на мускулите, одење
Лекови	Отстранување полифармација, ако е возможно. Да се избегнува кој било поединечен силен антихолинергичен лек или комбинација на неколку умерени антихолинергици, да се избегнуваат трициклични антидепресиви и лекови што предизвикуваат ортостатизам. Да се избегнуваат бензодиазепини, опиоиди, антипсихотици, да се намалат дозите и да се провери должината на третманот.
Малнутриција	Да се препознае депресија, нарушувања на меморијата, малигни заболувања. Да се испитаат и третираат другите состојби што водат до малнутриција.
Депресија	Да се препознае депресија. Нефармаколошки третман и лекарства по потреба ( <u>не трициклични антидепресиви</u> )
Деменција	Прекинување на непотребните лекови, избегнување на антихолинергични лекови и бензодиазепини, оптимално третирање на хроничните заболувања, подобрување на домашната безбедност, вежби за одење
Проблеми со стапалата	Третман на плускавците и на hallux valgus, соодветни обувки
Паркинсонова болест	Ревизија на лековите, третман на ортостатизмот, физичка активност и вежби за одење, рехабилитација
Ортостатска хипотензија	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ревизија на лековите, доволно внесување течности, одмор по јадење, поткревање на заглавјето на креветот, бавно исправање до стоечка положба</li> <li>• Мозни лекови флудрокортизон (0,1 mg ½ дневно со титрирање до 0,1 mg еднаш до двапати дневно)</li> </ul>
Дегенерација на вратниот 'рбет	Личните предмети да бидат лесно дофатливи, физиотерапија
Мускулно-скелетни заболувања	Третман на основните болести, помагала за одење, шилци против лизгање на гоновите и на бастунот, подобрување на домашната безбедност



### Подобрување на домашната безбедност

- Често е потребна домашна посета: пациентот и негувателот треба да се консултираат со докторот, физиотерапевтот или со медицинската сестра какво уредување на домот е потребно.
- Осветлување: соодветно општо осветлување, светилка на скалите и ноќно осветлување во спалната и во тоалетот.
- Слободен пристап: во станот, на скалите, во дворот, отстранување на снегот и на мразот во зима.
- Парапети на скалите
- Килими со ниски рабови, материјал против лизгање под нив, отстранување на праговите и на килимите по потреба.
- Тоалет и бања: рачки, нелизгави подови и дно на кадата, висока шолја. Бравата на вратата од тоалетот да може да се отклучи и од надвор.
- Стабилни и доволно високи столови и кревет.
- Кујна: предметите треба да бидат на дофат и да нема потреба од пресегнување.
- Соодветни обувки (ниска, нелизгава потпетица).
- Ако безбедноста на пациентот (и на негувателот) се незадоволителни, да се разгледа можноста за ангажирање домашна медицинска сестра или домашна помош за следење на пациентот и да се обезбеди безбедносен телефон во случај на следни паѓања.

### ПЛАНИРАЊЕ НА ЗАЕДНИЦАТА

- Доволно песочење на улиците во зима, клупи покрај улиците и во продавниците, возила со низок под во јавниот транспорт, безбедни премини на улиците.

Автори: Maritta Salonoja Article ID: ebm00478 (022.001)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

#### Кохранови прегледи

- Повеќекфакторски интервенции и вежби во субакутни болнички околности и додаток на витамин Д и повеќекфакторски интервенции обезбедени од повеќедисциплинарен тим во објекти за нега, може да бидат ефикасни во намалување на паѓањата кај постари лица (ннд-С).
- Популациски базирани интервенции во форма на повеќестратегиски, повеќефокусирани програми може да ги намалат повредите од паѓање кај постарите лица (ннд-С).
- Високи дози на витамин Д го намалуваат ризикот од паѓање меѓу старите лица за 20 проценти (ннд-А).

#### Други кратки прегледи на докази

- Постојат малку докази за да се препорача каква било интервенција за намалување на паѓањата во акутни болнички околности. (ннд-С).

#### Литература

Види литература во истоименото упатство на веб сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00269 (022.001)©  
2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 09.09.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до септември 2014 година.**

571.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ПРЕГЛЕД**  
**НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ КАЈ ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на преглед на употребата на лекови кај постари пациенти.

Член 2

Начинот на преглед на употребата на лекови кај постари пациенти е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на преглед на употребата на лекови кај постари пациенти по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на употребата на лекови, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6506/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**ПРЕГЛЕД НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ КАЈ ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ**

МЗД Упатство  
9.9.2010

- Основни податоци
- Процена на моментната употреба на лекови
- Како да се намали полифармацијата
- Како да се промовира безбедна употреба на лекови
- Лекови што се несоодветни или неефикасни кај постари лица
- Помала употреба на лекови
- Поврзани извори
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Постарите пациенти почитуваат јасна дијагноза и пристап каде што лекарот ги сослушува и дискутира за состојбата пред да почне со намалување на употребата на лекови - ова, исто така, ќе ја подобри согласноста на пациентот.
- Проблемите на кои се наидува вклучуваат и помала употреба на лекови, која е често поврзана со нецелосно поставена дијагноза (на пр. деменција, срцеви болести, профилакса на болести, болка) и несоодветна примена на лекови (терапија без јасна индикација, или лек за кој ризикот од несакани ефекти ја надвладува клиничката корист).
- Мора да се има на ум дека некои од симптомите на пациентот може да не се должат на болест туку се несакани ефекти од лекот.
- Некои лекови може често да предизвикуваат несакани ефекти кај постари пациенти (на пр. со долго дејство бензодиазепини, антипсихотични лекови, антихолинергични лекови, орални антидијабетици и антиинфламаторни аналгетици).
- Треба да се запомни можноста за дехидратација и недоволна исхранетост, независно дали пациентот живее дома или во центри за нега.

**ПРОЦЕНА НА УПОТРЕБАТА НА ЛЕКОВИ**

- Да се праша пациентот за секој лек на рецепт или без рецепт што го зема (вклучително нестероидни антиинфламаторни лекови - НСАИД, дерматолошки производи, витамини, природни лекови и капки за очи). Доколку е неопходно, информацијата може да се обезбеди од член на семејството или од негувател.
- Да се праша пациентот дали е способен да го зема лекот или да запомни да го зема секој поединечен лек.
- Домашна посета, вклучувајќи проценка на лековите што пациентот ги чува дома, може да ја разјасни ситуацијата.
- Слабата усогласеност во земањето лекови може да се должи на полифармација, несакани ефекти, сложеност на лекот (неколку дози дневно, различни методи на земање), слаб вид, нарушување на меморијата или недостиг од вештина потребна за да се отворат кутиите за лекови.

### Како да се процени кој лек е потребен

- Постар пациент ќе има корист од точна дијагноза доколку болеста за која постои сомнение е таква што е достапен третман со лекови или третман што го подобрува животот на пациентот. Во најголемиот број случаи симптомите не се должат на староста. Како и да е, пациентот разбира дека е невозможно да се лекуваат сите состојби на кои се жалат.
- Мора да се процени значењето (забележливоста) на симптомите, на пр. дали лекот и неговите можни несакани ефекти предизвикуваат повеќе непријатност отколку самите симптоми?
- Треба да се земат предвид сите аспекти поврзани со примената на лекови, вклучително меморија, усогласеност, зависност од лекови, навики на исхрана, внесување течности, малапсорпција, функцијата на црниот дроб и на бубрезите.
- Дозата за возрасни пациенти е вообичаено половина од таа за средновеќни лица, особено што се однесува на психијатриското лекување.
- Лекувањето треба секогаш да почне со најниската можна доза и пациентот мора да се следи и за дејството на лекот и за кој било несакан резултат. Сите покачувања на дозите мора да бидат скалести. Новите знаци и симптоми треба да сметаат на можни несакани ефекти, додека не се покаже спротивното.
- Примената на лекови кај пациентот треба да се води вкупно и да се имаат на ум врските меѓу различните лекови.
- Второстепената превенција има голема важност кај постарите пациенти. Постои доказ од истражување за користа од првичната превенција во однос на најмалку витамин Д, фармакотерапија за хипертензија, вакцинација и физичка активност.
  - Кога се проценуваат прогностичките студии треба да се има на ум дека како резултат на методолошки причини често е многу тешко да се направи истражување меѓу постарите лица со повеќе заболувања. Отсуство на докази од истражување не значи неопходно отсуство на корист.

### КАКО ДА СЕ НАМАЛИ ПОЛИФАРМАЦИЈАТА

- Пациентот и/или член на семејството или негувателот треба да биде информиран за сите можни несакани ефекти.
- Да се праша пациентот дали има чувство дека повлекувањето на некој лек може да направи проблем. Да се дискутира колку (физички или психолошки) пациентот е зависен од лекот.
- Доколку се договори намалување, треба да се закаже визита (телефонски) за следење со цел да се засили чувството на сигурност кај пациентот.
- Доколку пациентот има сериозни симптоми или случајот и така не е јасен, намалувањето на полифармацијата треба да се спроведе в болница.
- Како и да е, во практика е тешко да се намали постојната терапија и доказите за ефикасно намалување на терапијата се сиромашни (nnd-C).

### КАКО ДА СЕ ПРОМОВИРА БЕЗБЕДНА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ

- Доколку пациентот живее сам дома треба да се спроведе годишна ревизија на терапијата. Во објектите за нега, листите на лекови треба да се ревидираат на секои три месеци. Има склоност, посебно за антипсихотици, аналгетици, гастропроективни лекови и хипнотици, да останат на листата на лекови за пациентот долго време откако состојбата се разрешила.
- Причината за честите падови може да бидат лекови што го зголемуваат ризикот од паѓање (антипсихотици, бензодиазепини, вазодилататори што предизвикуваат постурална хипотензија), а не некоја болест (на пр. Паркинсонова болест, деменција, нарушувања на сонот). Пациентите треба да се охрабрат да користат кутии за лекови и интервалот на

дозирање треба да биде колку што е можно подолг, дури и ако при тоа мора да се компромитира ефикасноста.

- Пишана листа на лекови е корисна не само за пациентот, туку и за членовите на семејството и за здравствените работници.
- Ако е потребно, може да се побара ставот на локалните сестри, негувателите или на членовите на семејствата, во однос на моментната употреба на лекови и нивните можни несакани дејства.
- Во некои случаи може да е целисходно локалните сестри да ги чуваат лековите кај себе. Како и да е, важно е да не се нарушува независноста на пациентот.

## **ЛЕКОВИ ШТО СЕ НЕСООДВЕТНИ ИЛИ НЕЕФИКАСНИ КАЈ ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ**

- Во 1997 година и во 2003 година, панел на специјалисти од САД осмислија листа на лекови што се потенцијално несоодветни кај постари пациенти. Исто така, е објавена соодветна европска листа што ги зема предвид разликите во здравствените системи и во пазарите на лекови во САД и во Европа (3, 4).
- Трициклични антидепресиви (амитриптилин, доксепин): значителни антихолинергични својства, може да предизвикаат конфузија, нарушување на меморијата, уринарна ретенција, констипација и влошување на глаукомот.
- Флуоксетин: несоодветен ССРИ (селективен инхибитор на повторно преземање серотонин) поради ризикот од поврзување.
- Бензодиазепини со долго дејство (дијазепам, нитразепам): се насобираат во масното ткиво на постарите лица и може да предизвикаат седација или паѓања.
- Бензодиазепини со кратко дејство: дозата треба да биде помалку од половина од нормалната доза.
  - Препорачаната максимална дневна доза на темазепам е 15 mg, на лоразепам 3 mg, оксазепам 60 mg, алпразолам 3 mg, тријазолам 0,25 mg и на золдипем 5 mg (алпразолам, тријазолам и золдипем може да бидат заменети со побезбедна алтернатива, на пр. оксазепам, лоразепам или зопиклон).
- Конвенционалните антипсихотици (левомепромазин, перфеназин) имаат повеќе забележителни антихолинергични и екстрапирамидални ефекти отколку атипичните антипсихотици. Како и да е, обете групи ја зголемуваат вкупната смртност, како и ризикот од пневмонија, цереброваскуларни случувања и кардиоваскуларната смртност.
- Декстропропоксифен: тесен терапевтски опсег
- Индометацин: повисок ризик од несакани ефекти на ЦНС и на гастроинтестиналниот тракт отколку другите НСАИД (нестероидни антиинфламаторни лекови)
- Мепробамат: предизвикува седација и е поврзан со ризик за зависност од лекот
- Дисопирамид: забележливи антихолинергични својства
- Дигоксин: нужноста треба да се процени повторно. Неговата доза не треба да биде повисока од 0,125 mg.
- Хидрозин, гастроинтестинални спазмодици: забележливи антихолинергични својства и често предизвикуваат седација.
- Деривати на ерготамин: ефикасноста не е утврдена.
- Лековите неопходни за постарите пациенти некогаш може да бидат заменети со друг лек со помалку несакани ефекти, на пример:
  - Бензодиазепините со долго дејство да се заменат со тие со кратко дејство
  - НСАИД со парацетамол
  - Антихолинергични трициклични антидепресиви со нови типови антидепресиви
  - Невролептици во ниски дози, кои предизвикуваат крутост, со нови типови антипсихотични лекови
- Несаканиот ефект на еден лек не треба да се третира со друг лек, на пр. крутост и тремор предизвикани со антипсихотични лекови не треба да се третираат со антипаркинсонци.

- Да не се користи симптоматска терапија за вртоглавица кај постари пациенти

### ПОМАЛА УПОТРЕБА НА ЛЕКОВИ

- Самата напредната возраст никогаш не треба да биде контраиндикација за потенцијално корисна терапија - често спротивното е точно!
- Примери за потенцијални подрачја за подобрување:
  - Третманот на коронарна срцева болест и третманот по миокарден инфаркт треба да вклучуваат профилактични лекови засновани на докази, како на пр. статини. Премногу често коронарната срцева болест кај постари пациенти се третира само со симптоматска терапија (нитрати).
  - Болката често е потценета и според тоа хроничната болка и болката кај пациентите со канцер често се несоодветно третирани (nnd-C).
  - Депресијата кај постарите лица е често суптретирана како во однос на лековите така и во однос на снабдувањето на терапијата и на групите за поддршка.
  - Витаминот Д ја зголемува мускулната сила и ја подобрува рамнотежата и коскената сила, но често не се администрира.
  - Остеопорозата мора да биде дијагностицирана и третирана.
  - Дијагнозата на деменција се подобрува секојдневно, но постои суптретман со лекови против деменција.

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

16.4.2007

#### Литература

##### Сумирани прегледи од клиничка практика

- Milton JC, Hill-Smith I, Jackson SH. Prescribing for older people. *BMJ* 2008 Mar 15;336(7644):606-9. [PubMed](#)

##### Друга литература

- Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003 Dec 8-22;163(22):2716-24. [PubMed](#)
- Löppönen, Minna. Elderly patients with dementia in primary health care. A Study of Diagnostic Work-Up, Co-Morbidity and Medication Use. Academic dissertation. University of Turku. 2006
- Raivio MM, Laurila JV, Strandberg TE, Tilvis RS, Pitkälä KH. Use of inappropriate medications and their prognostic significance among in-hospital and nursing home patients with and without dementia in Finland. *Drugs Aging* 2006;23(4):333-43. [PubMed](#)
- Hosia-Randell H, Pitkälä K. Use of psychotropic drugs in elderly nursing home residents with and without dementia in Helsinki, Finland. *Drugs Aging* 2005;22(9):793-800. [PubMed](#)
- Suominen M, Laine T, Routasalo P, Pitkälä KH, Räsänen L. Nutrient content of served food, nutrient intake and nutritional status of residents with dementia in a Finnish nursing home. *J Nutr Health Aging* 2004;8(4):234-8. [PubMed](#)
- Avidan AY, Fries BE, James ML, Szafara KL, Wright GT, Chervin RD. Insomnia and hypnotic use, recorded in the minimum data set, as predictors of falls and hip fractures in Michigan nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2005 Jun;53(6):955-62. [PubMed](#)
- Noro A, Finne-Soveri H, Björkgren M, et al. Quality and productivity in institutional care for elderly residents - benchmarking with the RAI. (In Finnish) National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). Helsinki 2005

- Sink KM, Holden KF, Yaffe K. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms of dementia: a review of the evidence. JAMA 2005 Feb 2;293(5):596-608. [PubMed](#)
- Rasmussen JN, Chong A, Alter DA. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. JAMA 2007 Jan 10;297(2):177-86. [PubMed](#)

Автори: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00277 (022.008)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори: Minna Raivio Претходни автори: Kaisu Pitkälä and Kari Eskola Article ID: ebm00468 (022.008)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 09.09.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до септември 2014 година.**



572.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ПРОЦЕНА**  
**НА ФИЗИЧКАТА И НА МЕНТАЛНАТА ФУНКЦИЈА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на процена на физичката и на менталната функција.

Член 2

Начинот на процена на физичката и на менталната функција е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на процена на физичката и на менталната функција по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на процената, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6507/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ПРОЦЕНА НА ФИЗИЧКАТА И НА МЕНТАЛНАТА ФУНКЦИЈА**МЗД Упатство  
15.6.2009

- Процена на функционалната способност и на потребата за неа
- Скали за функционалност
- Тест за деменција
- Скенирање за депресија
- Евалуација на симптомите од начинот на однесување кај пациенти со деменција
- Поврзани извори
- Референци

**ПРОЦЕНА НА ФУНКЦИОНАЛНАТА СПОСОБНОСТ И НА ПОТРЕБАТА ЗА НЕГА**

- За процена на физичката, сознајната и на психолошката функција кај возрасни се применуваат повеќе различни тестови. Изборот на тестови зависи од групата луѓе на кои се применува (стари луѓе што живеат сами дома или со помош на домашни сервиси или лица со институционална нега) како и од променливите што со тестовите треба да се квантифицираат (скенирање функционален дефицит, процена на потребите за нега, процена на резултатите од терапијата или од рехабилитацијата).
- Скалите можат да се употребуваат за:
  - процена на потребите за институционална грижа
  - скенирање функционална неспособност и болести (на пр. физичко функционирање: Barthel, Lawton, Brody; сознајно функционирање: CERAD, MMSE; за депресија: GDS, CERAD; види подолу)
  - поставување цели за рехабилитација и за соочување и следење на нивните ефекти (Barthel, Lawton, Brody)
  - лонгитудинални следења на физикалното функционирање кај возрасни пациенти во услови на долготрајна грижа и споредба на различни центри за грижа
  - епидемиолошки истражувања.
- Различните скали одговараат на овие различни функции

**СКАЛИ НА ФУНКЦИОНИРАЊЕ**

- **Barthel index (табела 1)**, кој широко се применува кај стари пациенти што живеат дома.
  - Оваа скала може лесно и брзо да се примени и е со добра валидност. Таа е сигурна и умерено чувствителна на промени во физичкото функционирање.
  - Може да се примени кај стари пациенти што се на домашна нега за да се процени нивната функционална способност и потребата за институционална грижа и до одреден степен да се процени ефективностата на рехабилитацијата. Оваа скала е препорачана од скандинавските професори по геријатрија.
- Тестови за мерење на функционирањето IADL (инструментални активности на дневно живеење) ја надополнуваат сликата на функционално нарушување на постари пациенти што живеат дома. Во продолжение се претставени тестовите на **Lawton i Brody IADL (табела 2)**

**Табела 1. Barthel Index** – скала за мерење на физичките функционални способности.

1.Хранење	Неможност за самостојно хранење	0
	Има потреба од помош при сечење, мачкање путер итн. или има потреба од модификувана диета	5
	Самостојно хранење	10
2.Пренесување од кревет до количка и назад	Неможно, нема рамнотежа за седење	0
	Потребна е поголема помош (еден или двајца, физичка помош), можност за седење	5
	Потребна е помала помош (вербална или физичка)	10
	Независен	15
3.Надворешен изглед	Има потреба од помош	0
	Самостојно ( лице/коса/заби/бричење)	5
4.Користење тоалет	Зависно	0
	Има потреба од помош, но некои работи ги врши сам	5
	Независно (сам седнува, станува, се облекува, се брише)	10
5. Капење	Зависно	0
	Самостојно (или со туш)	5
6. Ниво на подвижност	Неподвижен или се движи < 50 м	0
	Самостојно со количка, вклучувајќи агли >50 м	5
	Се движи со помош на еден човек (вербална или физичка) > 50 м	10
	Се движи самостојно 50 м, може да користи каква било помош, на пример стап	15
7.Качување-симнување по скали	Не може да оди нагоре/надолу по скали	0
	Има потреба од помош (вербална , физичка или помагало за носење )	5
	Самостојно	10
8.Облекување и соблекување	Зависно	0
	Има потреба од помош, но половина се облекува сам	5
	Самостојно (вклучувајќи копчиња, патенти, врвци итн.)	10
9.Црева	Инконтиненција (или со потреба за клизма)	0
	Повремени инциденти	5
	Континентен	10
10.Мочен меур	Инконтинентен, или со катетер и несамостоен	0
	Повремени инциденти	5
	Континентен	10
Макс 100 поени		

**Табела 2. IADL скала (Instrumental Activity of daily living), Lawton**

1. Способност да користи телефон	1-Се служи со телефон со сопствена иницијатива, ги гледа и врти броевите итн. 1-Врти неколку добро познати броеви 1-Одговара на телефон, но не го користи за да повикува од него 0-Воопшто не се служи со телефон
2. Пазарење	1-Самостојно се грижи за пазарењето 0-Купува независно само мала количина 0-Има потреба од придружба за какво било пазарење 0-Целосно неспособен да пазари
3. Подготовка на храна	1-Планира, подготвува, сервира оброци независно 0-Подготвува оброци ако му се достават потребните намирници 0-Ги загрева и сервира подготвените оброци или подготвува оброци, но не одржува соодветна исхрана 0-Има потреба да му се подготват и сервираат оброците
4. Домаќинство	1-Ја одржува сам куќата или со повремена помош (тешки работи домашна помош) 1-Изведува лесни домашни задачи како миење садови и мesteње кревет 1-Извршува дневни задачи, но не може да одржи прифатливо ниво на чистота 1-Има потреба од помош за одржување на домот 0-Не учествува во никакви задачи за одржување на домот
5. Перење алишта	1- Сам ги пере алиштата 1-Пере мали парчиња (чорапи) 0-Целото перење мора да го изврши друг
6. Начин на превезување	1-Самостојно патува со јавен превоз или вози автомобил 1-Сам си повикува такси, но не користи јавен транспорт 1-Патува со јавен транспорт со помош или во придружба 0-Патува ограничено со такси или со автомобил со придружба 0-Не патува воопшто
7. Одговорност во земање лекови	1-Одговорен е за земање лекови во точни дози и време 0-Одговорен е ако лекот му е претходно подготвен во поделени дози 0-Не е способен да земе сопствен лек
8. Способност да води финансии	1-Самостојно ги води финансии (буџет, пишува чекови, плаќа кирија и сметки, оди во банка), собира и чува потврди за приход 1-Самостоен во дневните купувања, но има потреба од помош за во банка и при поголеми трошоци итн 0 - Не е способен да води финансии

### ТЕСТ ЗА ДЕМЕНЦИЈА

- Сознајното функционирање може да се процени со MMSE (Mini-Mental State Examination) (ннд-С) . Тестот не е специфичен за деменција: на пример, акутниот делириум може да влијае на резултатот. Тестот не е соодветен за пациенти со дисфазија.
- Со напредокот во третманот на деменцијата, се користат почувствителни методи. Еден од нив е тестот CERAD, кој може да се искористи за скенирање на умерено сознајно оштетување
- Ниту еден од овие тестови не е соодветен за процена на ефективност на третманот. За оваа цел се потребни почувствителни мерења, на пр. ADAS-Cog.

### СКЕНИРАЊЕ ЗА ДЕПРЕСИЈА

- Многу тестови се користат за скенирање за депресија. Еден од најчестоупотребуваните е Geriatric Depression Screening Scale (GDS), види табела 3
- Овој тест не е дизајниран за следење на ефектите на третманот кај депресијата. За оваа цел може да се употреби Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).
- GDS тестот не е соодветен за пациенти со деменција. Кај нив може да се спроведе скенирање со тест на Cornell.

Табела 3. Геријатриска скала за депресија (GDS)

<b>Насоки за пациентот: Има прашања што се однесуваат на секојдневното расположение, ставовите и чувствата . Ве молиме, изберете го најдобриот одговор за тоа како сте се чувствувале минатите неколку недели. Јас ќе ги прочитам прашањата и би сакал да одговорите со „да“ или со „не“</b>		
	<b>ДА</b>	<b>НЕ</b>
1. Дали сте, генерално, задоволни со вашиот живот?	0	1
2. Дали сте напуштиле многу од вашите активности и интереси?	1	0
3. Дали имате чувство дека вашиот живот е празен?	1	0
4. Дали често ви е здодевно?	1	0
5. Дали имате надежи за вашата иднина?	0	1
6. Дали ве вознемируваат мисли што не може да ги тргнете од глава?	1	0
7. Дали сте добро расположени најголем дел од времето?	0	1
8. Дали се плашите дека нешто лошо ќе ви се случи?	1	0
9. Дали се чувствувате среќни најголем дел од времето?	0	1
10. Дали често се чувствувате беспомошно?	1	0
11. Дали често се чувствувате вознемирени?	1	0
12. Дали претпочитате да останете дома отколку да излезете надвор и да работите нешто?	1	0
13. Дали често се грижите за иднината?	1	0
14. Дали имате чувство дека имате повеќе проблем со меморијата во однос на другите?	1	0
15. Дали мислите дека е прекрасно да се биде жив сега?	0	1
16. Дали често се чувствувате нерасположено и тажно?	1	0
17. Дали се чувствувате безвредно во моментната состојба?	1	0
18. Дали многу се грижите за минатото?	1	0
19. Дали го доживувате животот како возбудлив?	0	1
20. Дали ви е тешко да почнете нови проекти?	1	0
21. Дали се чувствувате полни со енергија?	0	1
22. Дали имате чувство дека вашата ситуацијата е базнадежна?	1	0
23. Дали мислите дека повеќето луѓе се подобри од вас?	1	0
24. Дали често се вознемирувате од мали нешта?	1	0
25. Дали често ви се плаче?	1	0
26. Дали имате проблем да се концентрирате?	1	0
27. Дали уживате да се будите наутро?	0	1
28. Дали претпочитате да избегнете социјални случувања?	1	0
29. Дали ви е лесно да донесете одлука?	0	1
30. Дали вашиот ум е бистар како што бил порано?	0	1
<b>ВКУПНО</b>	<b>0-10</b>	<b>Нормално</b>
	<b>11-20</b>	<b>Умерена депресија</b>
	<b>21-30</b>	<b>Тешка депресија</b>

## ЕВАЛУАЦИЈА НА СИМПТОМИ ОД НАЧИНОТ НА ОДНЕСУВАЊЕ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ДЕМЕНЦИЈА

- Симптомите од начинот на однесување кај пациенти со деменција се најголем фактор на ризик за институционалната грижа
- Појавата на симптомите од начинот на однесување треба да биде проценета при следењето на фармаколошката или на другата терапија за деменција.
- Невропсихијатриски попис (NPI) е корисен тест во овој контекст.

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Кохранови прегледи
- Други кратки прегледи на докази
- Литература

#### Кохранови прегледи

- Сеопфатна геријатриска процена - Comprehensive geriatric assessment (CGA) во одделенијата за CGA се чини дека ја зголемува веројатноста пациентот да живее и во својот сопствен дом до 12 месеци (ннд<sup>1</sup>-В).

#### Краток преглед на докази

- Повеќедимензионалните превентивни програми за домашна посета, вклучувајќи првично клиничко испитување, се чини го намалуваат функционалното опаѓање меѓу постарите. Програмите за домашна посета, генерално, се чини дека немаат забележлив ефект на приемот на домашната нега, функционалниот статус или на смртноста (ннд-В).

#### Литература

Види литература во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори: This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00020 (022.021) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори: Kaisu Pitkälä Article ID: ebm00470 (022.021) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 15.06.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до јуни 2013 година.

---

<sup>1</sup> ннд = ниво на доказ

573.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ХИПЕРТЕНЗИЈА ВО ПОСТАРАТА ВОЗРАСТ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на хипертензијата во постарата возраст.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на хипертензија во постарата возраст е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на хипертензија во постарата возраст по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6508/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров**, с.р.

**ХИПЕРТЕНЗИЈА ВО ПОСТАРАТА ВОЗРАСТ**

МЗД Упатство  
20.1.2009

- Основни правила
- Постарите лица и крвниот притисок
- Дијагноза
- Третман
- Референци

**ОСНОВНИ ПРАВИЛА**

- Третманот на хипертензијата кај постарите пациенти е корисен дури и во случаи кога ќе се почне на возраст од повеќе од 80 години (ннд<sup>1</sup>-А).
- Со третманот треба да се почне внимателно за да се избегне опасноста од нарушување на мозочниот крвоток проследено со паѓање.
- Цел на третманот би требало да биде нормотензија (крвен притисок под 150/90), освен кога пречка за тоа се ортостатски проблеми или нарушување на бубрежната функција.

**ПОСТАРИТЕ ЛИЦА И КРВНИОТ ПРИТИСОК**

- Просечно, систолниот крвен притисок се покачува со годините, додека дијастолниот почнува да опаѓа по навршувањето на 60. година.
- Изолирана систолна хипертензија (ИСХ) често се јавува кај постарата популација. Придружните заболувања не само што го отежнуваат третманот, туку и ја спречуваат споредбата на соодветните студии за третман на хипертензијата ( 4, 5, 6 ).
- Третманот ја намалува особено инциденцијата на мозочен удар и на срцева слабост. Ефектите врз коронарната срцева болест се мали. Почнувањето со третман уште пред да дојде староста може да ја спречи појавата на болести на меморијата ( 6 ). Оваа корист би можела да е во зависност од избраниот лек.
- Следниве фактори би требало да се имаат предвид при третман на хипертензија:
  - НСАИЛ (нестероидни антиинфламаторни лекови) ја намалуваат ефикасноста на антихипертензивните лекови и може дополнително да ги оштетат бубрезите при бубрежно заболување.
  - Реноваскуларната хипертензија тешко се нормализира без компромитирање на реналната функција.
- Многу широк пулсен притисок може да упатува на аортна регургитација. Целта би требало да биде нормализирање како на систолниот така и на дијастолниот притисок ( 2 ).
- Фармаколошкиот антихипертензивен третман (со диуретици во комбинација со АКЕ инхибитори по потреба), дури и кога почнува кај пациенти на возраст од повеќе од 80 години е корисен, барем ако крвниот притисок е повеќе од 160/90 mmHg (и систолниот крвен притисок при стоење е најмалку 140 mmHg) и систолниот крвен притисок се намалува под 150 mmHg. Појавата на мозочен удар и кардиоваскуларната смртност, како и смртноста од други причини е намалена со антихипертензивни лекови во голема рандомизирана студија и плацебо контролирана студија ( 7 )(ннд-А). Одлуката дали да се

<sup>1</sup> ннд = ниво на доказ



почне со третман или не, и кој лек да се употребува, треба да се донесе во согласност со која било коегзистирачка болест и со општото здравје на пациентот.

### ДИЈАГНОЗА

- Мал дел од постарите лица имаат псевдохипертензија, кога атеросклеротичните артерии не се компримираат под манжетната и се добиваат лажно високи резултати. Може да претставува тешкотија да се препознае оваа состојба.
- Хипертензијата од „бел мантил“ е, исто така, вообичаена појава кај постарите лица. Оправдани се домашни или 24-часовни мерења.
- За да се дијагностицира ортостатска хипотензија, крвниот притисок мора секогаш да се мери и кога пациентот стои исправен; асимптоматското паѓање на систолниот притисок за 20 mmHg е вообичаено и прифатливо.
- Во придружни болести и лекови што можат да го намалат крвниот притисок спаѓаат:
  - Паркинсонизмот и лековите што се користат за негова терапија
  - Психијатриските лекови, особено антипсихотиците
  - Дијабетската невропатија
  - Нитратите.

### ТРЕТМАН

- Менувањето на стилот на живот, обично, не дава ефекти кога се работи за третман на хипертензија кај постарите пациенти; тие меѓу постарите лица што развиле болест поврзана за стилот на живот се веќе починати и големите артерии ја имаат загубено еластичноста со стареењето.
- Третманот треба да се почне внимателно, со мала доза, која постепено се зголемува. Треба да се има предвид можен ортостатизам. Целта не се постигнува секогаш, но дури и мало намалување на крвниот притисок е од корист.
- Пациентот треба да се посветува пополека да станува од кревет и би требало да му се објаснат симптомите на пресинкопа.
- Изборот на лекот треба да се направи земајќи ги предвид сите придружни болести.
- Диуретиците се често лекови од прва линија 3, освен кога некоја придружна болест не бара употреба на некој АКЕ-инхибитор или антагонист на рецепторите за ангиотензин (особено ако пациентот страда од кашлица како несакано дејство на некој АКЕ-инхибитор). Комбинираната терапија се почнува соодветно на одговорот.
- Мала доза на некој тијазиден диуретик е доволна за намалување на крвниот притисок.
  - Преголема доза на некој диуретик може лесно да предизвика ортостатска хипотензија кај постарите пациенти со ситен раст.
- Ако некој постар пациент има и дијабетес, коронарна срцева болест или срцева слабост, давање само диуретик нема да биде доволно.
  - Комбинирањето на некој АКЕ-инхибитор или антагонист на рецепторите за ангиотензин со диуретик е ефективно за намалување на крвниот притисок, но може да предизвика ортостатски проблеми и покачување на серумските концентрации на креатинин.
  - АКЕ-инхибиторите или антагонистите на рецепторите за ангиотензин не би требало да се комбинираат со диуретици што штедат калиум (опасност од хиперкалиемија). Место тоа би требало да се припише комбиниран производ. Можен исклучок е комбинирањето на некој АКЕ-инхибитор со спиронолактон за третман на срцева слабост.
  - Треба да се претпочитаат комбинации со ниски дози.
- Може да се употребуваат блокатори на калциумовите канали. Истовремена употреба со диуретици е можна, но може да предизвика хиповолемија.

- Бета-блокаторите не нудат некаква особена корист.
  - Нивната ефикасност може да се подобри со додавање на некој вазодилататор од групата на блокатори на калциумовите канали, меѓутоа ваквата комбинација може да доведе до ортостатски проблеми затоа што бета-блокаторите го оневозможуваат потребното забрзување на срцевиот ритам.
  - Бета-блокаторите се индицирани кај коронарна срцева болест и кај хронична срцева слабост.
- АКЕ-инхибиторите или антагонистите на рецепторите за ангиотензин, обично, се индицирани кај пациентите што имаат и хронична срцева слабост, миокарден инфаркт во анамнезата или дијабетес тип 2 (3, 6).
  - Важно е следењето на бубрежната функција (креатинин, калиум, натриум) особено ако пациентот истовремено користи и некој НСАИЛ.
  - Мало зголемување на серумските концентрации на креатинин, обично, не е пречка за употреба на некој АКЕ-инхибитор или антагонист на рецепторите за ангиотензин (освен ако серумските концентрации на креатинин не се зголемат за 30 проценти над почетното ниво во рок од два месеца или се развие хиперкалемија) (4).

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори: Timo Strandberg Article ID: ebm00946 (022.010) © 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 20.01.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com)
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање до јануари 2013 година.

574.

**ПУЛМОЛОГИЈА**

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ АКУТЕН БРОНХИТИС**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на акутен бронхитис.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на акутен бронхитис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на акутен бронхитис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6634/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**АКУТЕН БРОНХИТИС**МЗД Упатства  
30.5.2010

- Основни податоци
- Етиологија и клиничка слика
- Индикации за рендгенографија на градниот кош
- Други испитувања и диференцијлни дијагнози
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Акутен бронхитис е болест која трае помалку од 2 до 3 недели, а есенцијални симптоми се кашлањето и експекторацијата на спутум.
- Акутниот бронхитис, вообичаено е поврзан со инфекција на горниот респираторен тракт и затоа пациентот во исто време има ринитис, болно грло и зарипнатост.
- Најважната алтернатива која треба да се земе при диференцијалната дијагноза е пневмонијата.
  - Акутниот бронхитис и пневмонијата не можат да се диференцираат врз база на клинички симптоми и наоди. Пневмонијата е значително поретка од бронхитисот.
  - Кај генерално здрава личност без значителни општи симптоми (пулс <100/мин, респирации < 24/мин, температура на телото < 38 степени) и во отсуство на пневмонични кркори на аускултација и тап перкуторен тон, можноста за пневмонија е многу мала и може да биде исклучена.
- Бронхитисот, обично, е вирусна инфекција и не бара антимикробна терапија (ннд- А).
  - Антимикробната трапија изгледа дека не дејствува на лечењето на акутен бронхитис, дури и кога има знаци за бактериолошка етиологија.
  - Антимикробна терапија се препишува на пациенти кои имаат јасни знаци на пневмонија.
- Бидејќи текот на болеста не може да се предвиди од клиничката слика или лабораториските наоди, треба да се организираат нови закажувања за пациент со акутен бронхитис без оглед на можна антимикробна терапија, ако пациентот не закрепне или му станува полошо.

**ЕТИОЛОГИЈА И КЛИНИЧКА СЛИКА**

- Кај повеќето пациенти кашлањето трае околу две недели.
- Бронхитисот и пневмонијата често се предизвикани од истите микроби - овие две дијагнози содржат разлики во јачината на изразеноста на истата болест.
  - Кај бронхитисот инфекцијата е лимитирана на мукозните мембрани на бронхијалниот тракт. Кај пневмонијата инфекцијата се шири во белодробниот паренхим.
- Во табелата бр. 6 се прикажани вредни наоди.

Табела бр. 1. Етиологија на акутен бронхитис.

Причинител	Карактеристики
Influenza A вирус	Епидемија која ги напаѓа сите старосни групи
Influenza B вирус <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parainfluenza 1-3</li> <li>• Adenovirus</li> </ul>	Чести ендемии кои ги напаѓаат сите старосни групи Изолирани случаи на ретки епидемии
Pneumococcus 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кај средновечни или постари луѓе</li> <li>• Нагло појавување</li> <li>• Горни респираторни симптоми</li> </ul>
Mycoplasma 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Епидемии кај старосни групи под 30 години</li> <li>• Горни респираторни симптоми во почетниот стадиум</li> <li>• Суво кашлање</li> </ul>
Bordetella pertussis	Продолжено кашлање
Haemophilus influenzae	Пушачи и индивидуи со хроничен бронхитис
Moraxella catarrhalis	Хроничен бронхитис, имунодефициенција

#### ИНДИКАЦИИ ЗА РЕНДГЕНОГРАФИЈА НА ГРАДЕН КОШ

- Пациентот кашла, има температура и CRP (C-реактивен протеин) најмалку 50mg/L, но без горни респираторни симптоми.
- Влошена општа состојба.
- Пациентот има прележена болест со предиспозиција кон пневмонија: ХОББ, бронхиектазии, дијабетес, или хронична срцева слабост, болест на бубрезите и црниот дроб.
- Неодамнешна (до 1 година) прележана пневмонија.
- Пролонгиран или необичен тек на болеста.

#### ДРУГИ ИСТРАЖУВАЊА И ДИФЕРЕНЦИЈАЛНИ ДИЈАГНОЗИ

- Бронхитисот може тешко да се разликува од пневмонијата.
  - Аускултаторниот наод на белите дробови како што се везикуларните кркори, ослабеното везикуларно дишење и плиткото и забрзано дишење сугерираат пневмонија.
  - Ако пациентот е сериозно болен или симптомите опстојуваат, треба да се направи РТГ на градниот кош.
- Серумското CRP е ниско (помалку од 50mg/L) кај значаен дел пациенти со вирусен бронхитис или пневмонија (ннд-В).
- Можноста за синуситис треба да се исклучи со ултразвучно испитување или со рендгенографија на синуси кај пациенти со постојни симптоми или локални знаци на синуситис.
- Треба да се мисли на следните состојби кои понекогаш личат на бронхитис:
  - Фармерски бели дробови,
  - Белодробна токсичност на нитрофурантион,
  - Други медикаментозно поврзани (метотрексат, толфенаминска киселина, парентерално злато) белодробни болести.
- Рекурентни и продолжени епизоди на „бронхитис“ може да бидат знак на почетна астма или ХОББ.

## ТРЕТМАН

- Супоративна нега
- Ако е потребно се пристапува со примена на антитусивни лекови.
  - Лекови за кашлање може да се употребат ако кашлањето пречи на нормалниот живот (на пример, спиење). Тие може да му помогнат на пациентот да се справи со симптомите и да се спречи непотребна употреба на антибиотици.
  - Инхалирачки бетасимпатикомиметици може да бидат многу поефективни, отколку лековите за кашлање, во контролирање на пискавите бронхитични кркори и сувата кашлица кај пациенти со бронхијална опструкција (ннд-С)<sup>1</sup>.
- **Антимикробни лекови не треба да се употребуваат за акутен бронхитис кај пациенти кои инаку се здрави и во општа добра состојба.**
  - Ако пациентот е во добра општа состојба и покрај симптомите кои траеле неколку денови, може да се употреби одредување на CRP, со цел да се поткрепи одлуката да не се употребуваат антибиотици (ннд-В). Сепак, ниската вредност на CRP не ја исклучува можноста на сериозна бактериска болест кај пациенти со изразени симптоми.
- Пневмококната пневмонија е најважната сериозна инфекција на долниот респираторен тракт и е оправдано истата да се третира соодветно. Сепак, ако се има сомнеж за микоплазма или кламидија, тогаш, доксицилинот или макролидите се лекови на избор. Пациентите со ХОББ треба да се третираат со доксицилин, амоксицилин или котримазол, бидејќи *Neisseria influenzae* е најчест причинител. Се препорачува траење на третманот од 5 до 7 дена (табела бр. 7).
- Антимикробна терапија треба да се земе предвид ако:
  - серумското CRP е најмалку 50mg/L,
  - профузна и пурулентна експекторација,
  - општата состојба на пациентот е ослабена или влошена,
  - нивото на свесност е намалено или пациентот е конфузен,
  - прободувачка болка во градите,
  - респираторна фреквенција > 20/min,
  - температура > 37.8°C продолжува повеќе од една недела; дури и хипотермијата е значаен наод,
  - пациентот повторно има температура по период без температура или намалената температура повторно почнува да расте,
  - се утврди микоплазма, кламидија или пертусис врз база на епидемиолошка ситуација,
  - пациентот има некој фактор што го зголемува ризикот од пневмонија т.е. имунодефициенција, алкохолизам, хронично заболување на белите дробови или срцето.

Табела бр. 2. Антимикробна терапија кај акутен бронхитис.

Лек	Доза
Penicillin V <sup>1</sup>	1-1.5 милион единици x 3
Amoxicillin	500 mg X 3
Cephalexin	500 mg X 3
Doxycycline <sup>2</sup>	100-150 mg X 1
Telithromycin	400 mg X 3

<sup>1</sup> За пациенти алергични на пеницилин, да се употреби првата генерација цефалоспорини т.е. цефалексин или цефадроксил.  
<sup>2</sup> лек на избор ако има сомнеж за микоплазма или кламидија

<sup>1</sup> Ннд-ниво на доказ

### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Рендгенографија на белите дробови не го подобрува исходот кај амбулантските пациенти со акутна долнореспираторна инфекција(ннд-В).

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

Pekka Honkanen

Article ID: ebm00129 (006.010)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 30.5.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 5 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во мај 2015 година.**

575.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ БРОНХИЕКТАЗИИ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на бронхиектазии.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на бронхиектазии е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и на третман на бронхиектазии по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6636/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**



**БРОНХИЕКТАЗИИ**

МЗД Упатства  
2.2.2010

- Основни податоци
- Етиологија
- Симптоми и знаци
- Дијагноза
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Да се препознаат бронхиектазиите како причина за пролонгирани или повторувани респираторни инфекции.

**ЕТИОЛОГИЈА**

- Белодробни инфекции во детството (пневмонија, пертусис),
- Тешка пневмонија дури и во подоцнежната возраст,
- Неколку други состојби како, на пример, цилијарна дисфункција и имуноглобулински дефицит.

**СИМПТОМИ И ЗНАЦИ**

- Симптоми:
  - Симптоми на хроничен бронхитис (особено ако пациентот не е или никогаш не бил пушач) кашлица, диспнеа, хемоптизии,
  - Епизоди на бронхитис,
  - Повторувачки пневмонии.
- Знаци:
  - Крупни влажни кркори, или нормален аускултаторен наод,
  - Понекогаш експираторен визинг.

**ДИЈАГНОЗА**

- Рендгенографија на бели дробови
  - Перибронхијални лентовидни сенки
  - Сакести шари
  - Понекогаш нормален наод
- Компјутеризирана томографија со висока резолуција
  - Ја потврдува дијагнозата
- Лабораториски наоди
- Во фаза на егзацербација леукоцитоза, забрзана седиментација на еритроцити и CRP

**ТРЕТМАН****Конзервативен**

- Физикална терапија (ннд -С)
  - Според клиничките искуства постуралната дренажа во домашни услови и активното вежбање (ннд -С) до задишување (најефективниот начин на отстранување на мукусот) би можело да биде од корист.

- Примена на експираторен отпор во расчистување на спутумот. Бронхопулмонална хигиено-физикална терапија го прочистува спутумот кај бронхиектазиите но нема значајни ефекти врз белодробната функција. (ннд -D).
- Антимикробниот третман се применува ако пациентот има треска или обилна продукција на мукозен спутум: амоксицилин, доксициклин, триметоприм сулфат, цефалоспорини, ципрофлоксацин. Хинолоните се ефективни, но не би требало да се употребат без земање на бактериолошки примероци за да се исклучат можните проблеми во врска со резистенција.
  - Нема доволно податоци за рутинска примена на муколитици кај бронхиектазиите. (ннд -D)
- Инхалаторни бронходилатори ако постои секундарна бронхоопструкција.

#### Хируршки третман

- Лобектомија/пулмектомија
- Индикации
  - и покрај конзервативниот третман симптомите кај пациентот сè уште перзистираат
  - промените се ограничени на еден лобус
- Дури и во тие случаи хируршкиот третман е ретко индициран (ннд -D)

#### ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Не постојат доволно докази за употреба на кортикостероиди кај бронхиектазии (ннд -D)
- Постојат ограничени податоци дека инхалираните хиперосмоларни средства би можеле да бидат од корист кај бронхиектазии (ннд -C)
- Пролонгираната употреба на антибиотици, веројатно, влијае на редукцијата на волуменот на спутумот и пурулентноста, но нема докази за други клинички валидни придобивки (ннд -B).

#### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

Olli Säynäjäkangas Article ID: ebm00124 (006.024)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 2.2.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање во февруари 2014 година.

576.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ НА ТУБЕРКУЛОЗА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање на туберкулоза.

Член 2

Начинот на дијагностицирање на туберкулоза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање на туберкулоза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6637/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ДИЈАГНОСТИЦИРАЊЕ НА ТУБЕРКУЛОЗА**

МЗД Упатства  
9.6.2009

- Ризични групи за туберкулоза
- Бактериолошки испитувања
- Наоди во примероци на ткиво
- Белодробна туберкулоза
- Екстрапулмонална вицерална туберкулоза
- Милијарна туберкулоза
- Причинители за погрешна дијагноза
- Инфективност
- Референци

**РИЗИЧНИ ГРУПИ НА ТУБЕРКУЛОЗА**

- Невакцинирани деца
- Луѓе чија туберкулоза во минатото е третирана неадекватно
- Пациенти со имunosупресивни лекови
- Корисници на алкохол
- Затвореници
- Луѓе со ХИВ инфекција
- Бегалци, емигранти
- Персонал за здравствена заштита

**БАКТЕРИОЛОШКИ ИСПИТУВАЊА**

- Боење и култура од повторени, последователни примероци, обично во три последователни денови.
- Примероците вклучуваат:
  - Телесни екстракции и течности: спутум, урина, крв, цереброспинална ликворна течност, плеврална течност, коскена срж, изливи од рана
  - Игла и примероци од аспирација
  - Примероци на ткиво (во чиста туба без формалдехид)
- За културата е потребно 4 до 6 недели
- Рутинската употреба на PCR(Polymerase chain reaction) техники е зголемена (ннд -В)

**НАОДИ ВО ПРИМЕРОЦИ НА ТКИВО**

- Епителоидни клетки
- Лангхансови цитовски клетки
- Казеозна некроза

**БЕЛОДРОБНА ТУБЕРКУЛОЗА****Симптоми**

- Асимптоматични
- Генерални симптоми
  - Замор
  - Слаб апетит
  - Губење на тежина
  - Треска
- Белодробни симптоми
  - Кашлање
  - Исфрлање на плунка
  - Крвава плунка
  - Плеврална болка
  - Диспнеја

**Испитувања**

- Сите случаи суспектни за туберкулоза треба да се упатат кај специјалист
- Боење и примероци на култура треба да се земат во примарната заштита
- Историја на болеста
- Туберкулински тестови
- Рендгентски снимки на белите дробови
- Бактериолошки примероци ( за културата е потребно 4 до 6 недели )
- Не постои инстант тест (PCR) за рутинска употреба

**Диференцијална дијагноза**

- Неспецифична пневмонија (да се земе предвид туберкулоза ако резултатот од третманот е слаб)
- Примарни и секундарни тумори на белите дробови
- Саркоидоза
- Еозонофлини белодробни инфилтрати
- Пневмококиоза
- Фунгални болести
- Атипична микобактерија

**ЕКСТРАПУЛМОНАЛНА ВИСЦЕРАЛНА ТУБЕРКУЛОЗА**

- Најчести места на појава на екстрапулмоналната висцерална туберкулоза
- Лимфен јазол
- Урогенитален регион
- Централен нервен систем (третманот со лекови се разликува од стандардниот третман и треба да започне веднаш !)
- Коски и зглобови
- Плеура
- Перикардиум

**МИЛИЈАРНА ТУБЕРКУЛОЗА**

- Раширена хематогена форма на туберкулоза.
- Рендгентските снимки на белите дробови може да бидат нормални во почетната фаза. Во вакви случаи може да се дијагностицира компјутерска аксијална томографија.
- Негативниот туберкулин тест може да биде знак за јака туберкулоза.

- Да се земе предвид милијарна туберкулоза кај постари институцијализирани пациенти со продолжена треска и покачена концентрација на серумски алкален фосфат.
- Кај пациенти со СИДА микобактеријална инфекција може да има специјални карактеристики. Туберкулозата може да биде првата манифестација на ХИВ инфекцијата.

### **ПРИЧИНИТЕЛИ НА ПОГРЕШНА ДИЈАГНОЗА**

- Дијагнозата не се зема предвид
- Туберкулозата се третира како друга болест
- За симптомите на туберкулозата се мисли дека е влошување на прележана болест

### **ИНФЕКТИВНОСТ**

- Аеросол кој содржи микобактерија.
- Во практиката само белодробната туберкулоза е инфективна.
- Болеста никогаш не се пренесува со контаминирани предмети.
- Инфекцијата зависи од количината на микобактеријата во плунката. Ако бактериите се детектираат со боење, ризикот на пренесување е значителен. Ако бактериите се детектираат со култура, ризикот на пренесување е незабележителен, и не се наведуваат посебни мерки (со исклучок кај трансплантација на органи, негувателки на деца и др.

### **РЕФЕРЕНЦИ**

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

Paula Maasilta

Article ID: ebm00126 (006.021)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 9.6.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во јуни 2013 година.**

577.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ЕОЗИНОФИЛНА ПНЕВМОНИЈА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање и третман на еозинофилна пневмонија.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на еозинофилна пневмонија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и третман на еозинофилна пневмонија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек дијагностицирањето и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6638/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ЕОЗИНОФИЛНА ПНЕВМОНИЈА**МЗД Упатства  
27.5.2009

- Основни податоци
- Етиологија
- Симптоми и знаци
- Дијагностика
- Третман
- Прогноза
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Размисли за дијагноза на еозинофилна пневмонија ако:
  - Пневмонијата не реагира на третман
  - Пневмонијата е поврзана со еозинофилија
  - Пациентот има системски симптоми

**ЕТИОЛОГИЈА**

- Лекови (nitrofurantoin, penicillin, sulfonamide, tetraciklini, acidi tolfenamici, aspirin, naproksen, инјектабилно злато итн.)
- Инфекции предизвикани од *Aspergillus fumigatus* (bronhopulmonalna aspergiloza, обично кај пациенти со астма)
- Цревни паразити
- Инхалација на испарувачки наркотици
- Во повеќе случаи не е најдена специфична етиологија

**СИМПТОМИ И ЗНАЦИ**

- Симптоми
  - Анамнеза за алергиски дерматитис, ринитис, астма кај 60% од пациентите.
  - Кашлица, плевритис, диспнеа(астма)
  - Грозница
    - Знаци
  - Експираторни свирежи (визинг)
  - Фини инспираторни кркори (ретко)

**ДИЈАГНОСТИКА**

- Лабораториски наоди:
  - Леукоцитоза, еозинофилија во крвта (кај 2/3 од пациентите)
  - Зголемена седиментација и CRP
  - Еозинофилија во бронхоалвеоларен лават
- Рендгенографија на граден кош
  - Дифузна инфилтрација кај 1/3 од пациентите
  - Една или повеќе плочести инфилтрати кои ја менуваат позицијата (1/3 од пациенти)
- Белодробни функционални тестови



- Бронхоконстрикција (астма)
- Рестрикција и намален дифузионен капацитет (широко распространета зафатеност на белите дробови)
- Брз одговор на стероиди

### ТРЕТМАН

- Третман со стероиди со намалување на дозата, на пример, преднизолон 30mg, 20mg, 15mg, 10mg, и 5mg, секоја доза за една недела.

### ПРОГНОЗА

- Повеќе од 1/3 од пациентите имаат само една епизода на болеста
- 1/3 од пациентите имаат еден или повеќе релапси по прекинување на третманот.
- Помалку од 1/3 од пациентите имаат потреба од континуиран стероиден третман бидејќи болеста рецидивира повторно по прекинување на третманот.

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори: Olli Säynäjäkangas

Article ID: ebm00138 (006.042)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 27.5.2009, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање во мај 2014 година.

578.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ ЕХИНОКОКОЗА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагностицирање, третман и превенција на ехинококоза.

Член 2

Начинот на дијагностицирање, третман и превенција на ехинококоза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање, третман и превенција на ехинококоза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностицирањето, третманот и превенцијата, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6639/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ЕХИНОКОКОЗА**

МЗД Упатства  
16.3.2011

- Основни податоци
- Тек на болеста
- Симптоми
- Дијагноза
- Тераписки опции
- Превенција
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Цистичната форма на ехинококоза е предизвикана од *Echinococcus granulosus*, паразит од групата на хелминти кој живее кај кучињата.
- Алвеоларната ехинококоза која е поретка е предизвикана од *Echinococcus multilocularis*.

**ТЕК НА БОЛЕСТА**

- Ехинококите *Echinococcus granulosus* и *Echinococcus multilocularis* се плоснати црви. Возрасниот црв е долг од 3 до 9 mm. Кучињата и другите канини се крајни домаќини и јајцата се излачуваат преку нивниот фецес. Посредни домаќини се човекот, овцата и други домашни животни.
- Инфестацијата на луѓето настанува со внесување на јајцата преку уста, најчесто преку немиена храна. Во стадиумот на ларва паразитот се пренесува преку сидот на цревата и се пренесува во црниот дроб или белите дробови каде формира хидатидна циста.

**СИМПТОМИ**

- Цистите долго време не даваат симптоми и најчесто се пронаоѓаат случајно
- Цистите може да дадат симптоми на компресија кои се разликуваат во зависност од локацијата (најчесто во црниот дроб и белите дробови, но се среќаваат и во централен нервен систем, коски и др).
- Цистите можат да руптурираат и да дадат анафилактичка реакција или хемоптизии (кај белодробните цисти).

**ДИЈАГНОЗА**

- Дијагнозата најчесто е со радиолошки методи (ултразвук, рендгенографија на белите дробови, КТ или МРИ) кај пациенти со анамнеза за можна експозиција.
- Серолошките тестови преку кои се откриваат антитела на ехинокок ја потврдуваат дијагнозата, но не ја исклучуваат.
- Ако суспектната циста хируршки се отстрани, ехинококозата може да се дијагностицира во паразитолошка лабораторија. Дури и пункцијата со albendazole протекција (да се превенира раширување) е можна, но ретко употребувана процедура.
- Инспекцијата на примерок од фецес за присуство на паразити нема дијагностичка вредност.

### ТЕРАПИЈА

- Следството на растот на цистата е доволно кај мали инактивни и асимптоматски цисти.
- Дрснажа со PAIR метода (ннд- D): Пункција и аспирација на цистите, инјектирање на цистата со albendazole.
- Хируршка екцизија на интактни цисти со заштита со albendazole.
- Хемотерапија со albendazole 10mg/kg /ден во текот на 28 дена. Дозата се повторува со интервал од две недели. Излекувањето е 30 % а намалување на цистите се гледа кај 30 до 50 % од случаите.

### ПРЕВЕНЦИЈА

- Кучињата мора да бидат исчистени од црви со празиквантел

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

Heli Siikamäki and Kirsi Skogberg

Article ID: ebm00024 (001.091)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 16.3.2011, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање во март 2015 година.

579.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ**  
**ЗАБОЛУВАЊА ПОВРЗАНИ СО АЗБЕСТ**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на следење и дијагностицирање на заболувања поврзани со азбест.

Член 2

Начинот на следење и дијагностицирање на заболувања поврзани со азбест е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на следење и дијагностицирање на заболувања поврзани со азбест по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на следењето и дијагностицирањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6640/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

## Прилог

**ЗАБОЛУВАЊА ПОВРЗАНИ СО АЗБЕСТ**

МЗД Упатства  
1.6.2010

- Основни податоци
- Експозиција на азбестна прашина
- Заболувања предизвикани од азбест
- Следење и дијагностика на лица изложени на азбест
- Процедури кои следат во случај на професионални заболувања
- Директиви
- Референци

**ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ**

- Примарна цел е да се превенира експозицијата на луѓето на азбестна прашина.
- Примена на нови методи на визуелизација употребувани во дијагноза на заболувања предизвикани од азбест, особено компјутеризираната томографија со висока резолуција се покажа далеку посупериорна од конвенционалната рендгенографија на белите дробови.
- Раната дијагноза на професионални заболувања и непосредното мониторирање на пациенти кои имаат развиено таква болест има за цел да ја подобри прогнозата на професионалните заболувања и во исто време ќе ги заштити пациентите со бенифиции понудени од системот на осигурување.
- Заболувањата поврзани со азбест имаат латентен период од многу години и поради тоа следењето мора да биде продолжено дури и кога експозицијата ќе биде елиминирана.

**ЕКСПОЗИЦИЈА НА АЗБЕСТНА ПРАШИНА**

- Азбест е генеричкото име кое се употребува за групата на природно настанати фиброзни силикатни минерали (кроцидолит, актинолит, амозит, антофилит, тремолит и хризотил), и во многу држави употребата на азбест е забранета.
- Експозицијата на азбест може да биде особено голема при реновирањето на зградите кога старите структури се демолираат, особено ако директивите за заштита и препорачаната техника не биле следени.
- Пред воведување на актуелното законодавство, експозицијата на азбест била можна кога било работено под следниве околности: азбестни запрашувања, азбестни рудници, работа со азбестни производи, работа на сервис и одржување, бродоградилшата, инсталација на бојлери, поставување или расклопување на печки, задржување во цевки и други изолациски работи, продукција на градежен материјал, градење на згради и одржување на имот.

**ЗАБОЛУВАЊА ПРЕДИЗВИКАНИ ОД АЗБЕСТ**

- Азбестот може да предизвика карцином на белите дробови, мезотелиом, (малигнитети на плевра и перитонеум), фиброза на белодробниот паренхим (азбестоза), како и плеврални промени како фиброза на париетална плевра (плаки), дифузна фиброза на висцеларна плевра, ексудативен плеврит и ретроперитонеална фиброза. Азбестот, исто така, го зголемува ризикот на ларингијалниот карцином.

- Прагот под кој не е зголемен ризикот за заболувања од азбест сè уште не е утврден.
- Колку е поголема експозицијата на азбест толку е зголемен ризикот од карциноми предизвикани од азбест.
- Латентната фаза од експозиција до појавување на болеста обично трае повеќе од десет години, во случај на карциноми предизвикани од експозиција на азбест, фазата често може да трае десет до четириесет години или дури и повеќе.
- Карциномите предизвикани од азбест кои можат да се припишат на пораната експозиција на азбест ќе го достигнат максимумот во 2010 - 2015 година.

### **Карцином на бели дробови**

- Комбинацијата од пушење и азбест носи висок ризик од карцином.
- Карциномите на белите дробови кои се индуцирани од азбест не можат да се разликуваат од вообичаените белодробни карциноми во локацијата или хистологијата, но тие имаат тенденција да се појават во помладата возраст.
- Раната дијагноза на почетна мала и операбилна лезија е можна со нискодозна спирална компјутеризирана томографија.
- Работната историја на секој пациент со белодробен карцином мора да биде утврдена и мора да се земе предвид можноста од професионална етиологија.
- При нејасни случаи би можело да биде консултиран специјалист за пневмокониози.

### **Мезотелиом (неоплазма на плевра и перитонеум)**

- Единствено утврдена причина за мезотелиом е азбестот и природно настанатите ерионитни нишки.
- Сомнежот за професионална етиологија на мезотелиомот би можел да се постави во сите случаи, така што сосема е доволна работна историја.
- Поради потешкотиите со коишто се сретнуваме во дијагнозата, мезотелиомот, особено перитонеалниот мезотелиом помалку се дијагностицираат.

### **Азбестоза (пнеумокониотична болест)**

- Акумулацијата на азбестна прашина во белите дробови може да причини белодробна фиброза.
- Поради долгиот латентен период (од 20 до 40 години), тие кои денес развиваат азбестоза обично биле експонирани на азбест во седумдесетите години на XX век (1970).
- Дијагнозата на азбестоза се базира на докажување на значајна професионална експозиција на азбест и радиолошките наоди, особено на компјутеризираната томографија со висока резолуција
- Интерпретацијата на рендгенографија на граден кош за почетната дифузна белодробна фиброза бара многу вешт радиолог. Компјутеризираната томографија со висока резолуција ќе ги детектира промените во белодробното ткиво порано од рендгенографијата, особено каде плевралните промени ги маскираат паренхимските лезии.
- Дијагнозата на азбестоза, исто така, е поддржана со клинички знаци и симптоми како и со наодите на белодробните функционални тестови. Типичните наоди на овие тестови укажуваат на рестриктивна белодробна функција или влошена размена на гасови. Понекогаш е потребна биопсија на белите дробови за диференцијална дијагноза.

### **Плеврални промени**

- Компјутеризираната томографија со висока резолуција е јасно посупериорна во индицирање на плевралните заболувања во споредба со рендгенографијата.
- Плеврални плаки
  - Плевралните плаки обично се појавуваат на париенталната плевра меѓу петтото и десетото ребро на постеролатералниот аспект, тие, исто така, можат да бидат најдени

- преку средиштето на дијафрагмата и на медијастиналната плевра. Плаките се јасно дефинирани, подигнати нодули кои со текот на времето стануваат калцифицирани,
- Ако плевралните плаки се јавуваат без други нарушувања индуцирани со азбест, пациентите обично се без симптоми. Понекогаш, може да биде нотирана лесна рестрикција на белодробната функција
  - Билатералното здебелување на надворешната плевра е сигурен знак за експозиција на азбест. Често, здебелувањето, прво, се детектира унилатерално, но со континуирано следење, плаките се појавуваат на двете страни.
  - Лезии на висцеларна плевра.
  - Висцеларната плевра се здебелува поради фиброза и станува залепена за париенталниот слој. Барем кај некои пациенти тоа се должи на ексудативен плевретитис. Раните стадиуми на болеста се без симптоми, но во повеќе напреднати случаи пациентите имаат симптоми кои сугерираат на азбестоза. Диференцијално дијагностички акумулацијата на маснотии во плевралниот простор би можела да се земе предвид кај обезни лица.
  - Во отсуство на експозиција на азбест, дифузната плеврална фиброза може да биде присутна во корелација со ткивните нарушувања или како не сакан ефект на фармакотерапија.
  - Кружни ателектази.
  - Можат да се појават во кој било дел од белодробното. Ателектатичното белодробно ткиво под фиброзната плевра се извртува и продуцира тркалезни сенки. Спиралната структура на тркалезните ателектази станува видлива на томографија.
  - Освен ако испитувањата откријат недвосмислени структури типични за спирална ателектаза, немалигната природа на наодите треба да се верифицира, на пример, со иглена биопсија.
  - Ексудативен плеврит
    - Азбестната експозиција може да води кон ексудативен плеврит за помалку од десет години од првата експозиција. Нема специфичен знак индикативен за оваа состојба. Поврзаноста со азбестната експозиција често е несигурна и може да се потврди со последователни следења.
  - Висцералните плеврални лезии обично индицираат потешка експозиција на азбест отколку самите плаки, и се индикативни за зголемен ризик од белодробен карцином.

#### **Ретроперитонеална фиброза (РПФ)**

- РПФ е ретка болест. Патогномоничните наоди се фиброзни маси кои ги покриваат абдоминалната аорта и уретерите. Професионалната експозиција на азбест може да биде важен фатор за РПФ. За пациенти со професионална експозиција на азбест, РПФ може да се смета за професионално заболување.

#### **НАДЗОР И ДИЈАГНОЗА НА ЛИЦА ЕКСПОНИРАНИ НА АЗБЕСТ**

- Здравствената состојба на индивидуите кои подлежат на професионална експозиција на азбест треба да се следи во редовни интервали.
- Ако знаците или симптомите се во прилог или сугерираат на појава на болест поврзана со азбест, се препорачува да се направат какви било клинички дијагностички интервенции, било во пулмолошки болници или во единици кои се занимаваат со медицина на трудот.

#### **ПРОЦЕДУРИ ШТО ТРЕБА ДА СЕ СЛЕДАТ КАЈ СЛУЧАИТЕ СО ПРОФЕСИОНАЛНА БОЛЕСТ**

- Мезотелиоми, белодробни карциноми и плеврални и паренхимални фибрози кај индивидуи кои се изложени на азбест се испитуваат и сите такви дијагнози се пријавуваат во соодветни осигурителни компании.



- Со ова се осигурува дека заболените лица ќе добијат надомест за нивното професионално заболување. Исплатата на надоместот на заболената индивидуа и семејната пензија исплатена на блиските роднини може да биде значителна, особено во случај на професионални карциноми.
- Кога и да постои причина да се сомневаме дека болестите кои се резултат на професионална експозиција се причина или ја забрзале смртта на пациентот, треба да се спроведе медицинска аутопсија. Ова, исто така, се применува и во случаи кога сомнежот искрснал во текот на медицинската аутопсија.
- Надзорот над пациентите со болест поврзана со азбестоза мора да биде усогласен и добро организиран.

### ДИРЕКТИВИ

- Според законите во многу држави присуството на азбест во воздухот е недоволно.
- Ако концентрацијата на азбестните влакна кои се (поголеми од 5 микрометри во должина) во надворешниот воздух надминува 0.01 влакна/сантиметар кубен, властите би требало да преземат мерки за расчистување на азбестот од воздухот. Употреба и ракување со материјали кои содржат азбест во станбени згради мора да се избегне во сите околности.

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

Matti S. Huuskonen, Antti Jahkola and Panu Oksa

Article ID: ebm00139 (006.081)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 1.6.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање во јуни 2014 година.**

580.

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ ПЛЕВРАЛНИ**  
**ИЗЛИВИ - ТОРАКОЦЕНТЕЗА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагноза и третман на плеврални изливи и индикациите и изведувањето на торакоцентеза.

Член 2

Начинот на дијагноза и третман на плеврални изливи и индикациите и изведувањето на торакоцентеза е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагноза и третман на плеврални изливи и индицираат и изведуваат торакоцентеза, по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6641/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

Прилог

**ПЛЕВРАЛНИ ИЗЛИВИ - ТОРАКОЦЕНТЕЗА**МЗД Упатства  
2.12.2011

- Етиологија
- Симптоми и знаци
- Испитувања кај пациенти со плеврален излив
- Диференцијална дијагноза
- Индикации за торакоцентеза
- Изведување на торакоцентезата
- Примероци кои се земаат од плевралната течност
- Интерпретација на резултатите
- Поврзани докази
- Референци

**ЕТИОЛОГИЈА****Трансудати**

- Срцева слабост
- Констриктивен перикардитис
- Цироза на црн дроб
- Нефротски синдром

**Ексудати**

- Инфекции
  - Туберкулоза
  - Вирусни инфекции
  - Фунгални инфекции
- Карцином
  - Белодробен карцином
  - Лимфом
  - Мезотелиом
  - Метастатски карцином
- Болести на сврзното ткиво
  - СЛЕ (Системски лупус еритематосус)
  - Ревматски артритис
- Други причини
  - Белодробна тромбоемболија (инфаркт)
  - Микседем
  - Панкреатит
  - Супфреничен апсцес
  - Азбестоза
  - Траума
  - Лекови (бромокриптин)
  - Состојба после торакотомија
  - Состојба после миокарден инфаркт

## СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

- Диспнеа
- Болки во градниот кош
- Кашлица и покачена температура
- Перкуторна тапост
- Аускултаторен наод на плеврален триеж

## ИСПИТУВАЊА КАЈ ПАЦИЕНТИ СО ПЛЕВРАЛЕН ИЗЛИВ

- Детален физикален преглед:
  - се обрнува внимание, особено на причините на белодробниот емболизам (преткоморна фибрилација, длабока венска тромбоза на нозе)
- Индикатори на воспаление:
  - седиментација, CRP, крвна слика
- Торакоцентеза - плеврална пункција, (не е неопходна ако причината за плеврален излив е очигледен (трансудат)

## ДИФЕРЕНЦИЈАЛНА ДИЈАГНОЗА

- Во практиката испитувањата треба да одговорат на три прашања за причината за плеврален излив:
  - Дали изливот е трансудат или ексудат,
  - Во случај на ексудат, дали се работи за малигнен или немалигнен плеврален излив
  - Кога ќе се исклучи малигната причина за плеврален излив, се бараат причинителите за пневмонија, туберкулоза и болести на сврзното ткиво.
- Во дијагностиката на плевралниот излив од малигна или специфична етиологија често е потребна плеврална биопсија.

## ИНДИКАЦИИ ЗА ТОРАКОЦЕНТЕЗА

- Дијагностичката торакоцентеза е неопходна ако не е позната етиологијата на плевралниот излив.
- Тераписка торакоцентеза - евакуација се врши ако постои голема количина на течност која дава диспнеа.
- Торакоцентезата не е неопходна ако причината за плеврален излив е очигледна; ако постојат знаци за срцева слабост.

## ИЗВЕДУВАЊЕ НА ТОРАКОЦЕНТЕЗАТА

- Пред самата интервенција мора да се потврди присуството на течност во латералниот или задниот костодијафрагмален рецесус. Изливот треба да се потврди со ултрасонографско иследување на градниот кош при што се одредува и најсоодветното место за пункција.
- Пациентот треба да седи лесно навален напред и со рацете да се потпира на потпирачот од столот.
- Местото на пункција треба да биде два интеркостални простора под горниот раб на границата на тапост на задната аксиларна линија или местото треба да се одреди со ултразвук. Местото може да се анестезира со 1% лидокаин и се изведува со интрамускуларна игла за една употреба и шприц од 20ml или со подебела игла (1,2mm) и систем за евакуација ако е неопходно да се извлече поголема количина течност. Се пунктира на горниот раб на долното ребро од интеркосталниот простор.
- Кога се врши тераписка торакоцентеза (евакуација) не се препорачува вадење на повеќе од 1500 до 2000 ml излив, за да се избегне појавата на белодробен едем.
- Треба да се обрне внимание на бојата и изгледот на плевралната течност. Хеморагичниот излив најчесто е предизвикан од траума, малигна болест или тромбоемболија. Емпиемот има путритиден мирис и жолто-зелена боја. Млечниот излив (хилоторакс) е поврзан со малигна неоплазма или траума на градниот кош.

### ПРИМЕРОЦИ КОИ СЕ ЗЕМААТ ОД ПЛЕВРАЛНАТА ТЕЧНОСТ

- Се испитува квантитативното присуство на протеини (албумин) во плевралната течност и се споредува со количината на протеини (албумин) во крвта, и доколку соодносот е помал 0,5 се работи за трансудат а ако соодносот е поголем од 0,5 се работи за ексудат.
- За диференцијално броење на крвни елементи се зема примерок од 10ml во епрувета со EDTA (ethylenediaminetetraacetic acid)
- Се зема материјал за бактериска култура ако течноста е пурулентна.
- Материјал за култура за *Mycobacterium tuberculosis* се зема ако постои суспекција за специфичен плеврален излив.
- Примерок за цитологија.

### ИНТЕРПРЕТАЦИЈА НА РЕЗУЛТАТИТЕ

- Ако концентрацијата на протеини е помала од 30 g/L примерокот е трансудат.
- Ако преобладаваат неутрофили (преку 50%) се работи за бактериска пневмонија.
- Сензитивноста на цитологијата во случај на малигнен плеврален излив е од 30 до 50%.
- Културата за микобактериум е позитивна кај 30% од пациентите со туберкулозен плеврален излив.

### ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Талкот е најефикасно средство за хемиска плеуродезија (ннд-С), но има негативна страна во потребата од торакоскопија која е инвазивен метод. Останатите агенсии кои се користат за плевродезија не се покажаа како ефикасни.
- Нема доволно докази од ползата од употреба на кортикостероиди кај туберкулозниот плеврален излив (ннд-Д).

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

Tom Pettersson and Henrik Riska

Article ID: ebm00130 (006.080)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 2.12.2011, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање во декември 2015 година

**581.**

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство, донесе

**У П А Т С Т В О**  
**ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ**  
**ПРИ СИЛИКОЗА**

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на дијагноза и следење на силикоза.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и следење на силикозата е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на дијагностицирање и следење на силикоза по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на дијагностичкиот процес и на следењето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6642/2  
3 декември 2012 година  
Скопје

Министер,  
**Никола Тодоров, с.р.**

**СИЛИКОЗА**

МЗД Упатства  
19.4.2010

- [Експозиција](#)
- [Патогенеза](#)
- [Клиничка слика](#)
- [Дијагноза](#)
- [Надгледување](#)

**ЕКСПОЗИЦИЈА**

- Експозицијата на кристалите на силициум (силициумдиоксид) и прашиката (кварц, кристобалатид или тридимит) може да предизвика силикоза. Силикозата е предизвикана и од експозиција речиси на чиста кристална силициумова прашина. Симултана експозиција на мешавина на минерални прашина може да предизвика поголема ирегуларна пулмонална фиброза (мешана пнеумокониоза од прашина).
- Експозицијата на кристална силициумова прашина и заболување од силикоза ги предиспонира индивидуите кон пулмонална туберкулоза. Пулмоналната туберкулоза кај пациенти со силикоза може да се сфати како секундарно заболување. Пациентите со силикоза, вообичаено даваат податоци од историја на континуирана експозиција на силициумова прашина во целиот период, во времетраење од околу 10 години. Латентниот период на силикозата кој, исто така, е долг, надминува 20 години.
- Експозицијата на кристали од силициумова прашина го зголемува ризикот од карцином на белите дробови.
- IARC (Internacional Agency for Research on Cancer/ WHO) ја класифицира кристалната силициумова прашина како супстанција од 1 група (канцерогена за луѓето)
- Експозиција може да се случи кај следниве дејности:
  - Рударство, каменолом, работа со камен, конструкции, леарница
  - Производство на чаши, порцелан, емајл, глинени и камени производи
  - Песочни експлозии, мелнење, дробење на камен
  - Продукција и разделување на необработлив материјал
  - Во индустријата на конструкции: демолирање на стари структури при реновирање, дробење, мелење и чистење при додавање на силикозна земја, азбестот се употребувал во производство на цевки за нафтовод (експозиција на мешана прашина).

**ПАТОГЕНЕЗА**

- Честички под 5 микрометри во дијаметар предизвикуваат алвеоларна и бронхиоларна реакција, постепено резултирајќи со фиброза.

**КЛИНИЧКА СЛИКА**

- Силикозата се презентира како нодуларна фиброза во белодробното ткиво, особено во горните белодробни сегменти, додека при експозиција на мешана прашина како широка распространета ирегуларна фиброза.
- Дури и кога радиолошките наоди се видливи со HRCT (High Resolution Computed Tomography) на белите дробови или на рендгенографија на белите дробови, пациентот може да остане асимптоматски
- Симптомите може да вклучат иритативна кашлица и диспнеа. Симптомите не се во корелација со наодот на рендгенографија на белите дробови.
- Фини шумови во средината и на крајот на инспирацијата може да се слушнат на аскултација

- Белодробните функционални тестови во почетокот покажуваат намалување на виталниот капацитет. Како напредува болеста, така често се забележува рестриктивна пулмонална функција со мало влошување на гасната размена. Дури и во напреднати случаи, абнормалноста во гасната размена никогаш не е силно изразена.
- Познато е дека силикозата ја предиспонира белодробната туберкулоза.
- Силикозата, исто така, е придружена со зголемен ризик на белодробен карцином.
- Пациентите со белодробен карцином со историја на значајно експонирање на кристална силициумова прашина при нивната работа секогаш треба да се сметаат како случаи на заболувања на работна средина.

### ДИЈАГНОЗА

- Значајно експонирање на силициумова прашина.
- Дури и кога на радиолошките наоди се визуелизираат абнормалности, пациентот може да остане асимптоматски.
- Понекогаш е потребно да се направи биопсија на белите дробови.
- Белодробните функционални тестови помагаат да се одреди степенот на неспособноста.

### СЛЕДЕЊЕ

- Здравјето на индивидуите кои биле експонирани на кристална силициумова или мешана прашина, треба да се следи во регуларни интервали.
- Надзорот на здравјето кај пациентите со придружни болести треба да биде конзистентно и добро организирано.

### РЕФЕРЕНЦИ

Види референци во истоименото упатство на web сајтот на Министерството за здравство на Република Македонија [www.moh.gov.mk](http://www.moh.gov.mk)

Автори:

Matti S. Huuskonen and Panu Oksa

Article ID: ebm00140 (006.082)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. EBM Guidelines, 19.4.2010, [www.ebm-guidelines.com](http://www.ebm-guidelines.com).
2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.
3. Предвидено е следно ажурирање во април 2014 година



Службен весник  
на Република Македонија



[www.slvesnik.com.mk](http://www.slvesnik.com.mk)

[contact@slvesnik.com.mk](mailto:contact@slvesnik.com.mk)

Издавач: ЈП СЛУЖБЕН ВЕСНИК НА РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА, ц.о.-Скопје  
бул. „Партизански одреди“ бр. 29. Поштенски фах 51.  
Директор и одговорен уредник – м-р Тони Трајанов.  
Телефон: +389-2-55 12 400.  
Телефакс: +389-2-55 12 401.

Претплатата за 2013 година изнесува 10.100,00 денари.  
„Службен весник на Република Македонија“ излегува по потреба.  
Рок за рекламации: 15 дена.  
Жиро-сметка: 300000000188798.  
Депонент на Комерцијална банка, АД - Скопје.  
Печат: ГРАФИЧКИ ЦЕНТАР ДООЕЛ, Скопје.  
Цената на овој број е 380 денари.

ISSN 0354-1622



2013014