

FIFTH INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS

Challenges & Priorities in Medicine
Calamity & First Aid Medicine

10- 14 September 2014
Ohrid, North Macedonia

Sofia, Bulgaria
2019





**SOUTHEAST EUROPEAN MEDICAL FORUM
(SEEMF)**



MACEDONIAN MEDICAL ASSOCIATION

FIFTH INTERNATIONAL MEDICAL CONGRESS

**Challenges & Priorities in Medicine
Calamity & First Aid Medicine**

**10- 14 September 2014
Ohrid, North Macedonia**

**Sofia, Bulgaria
2019**

SOUTHEAST EUROPEAN MEDICAL FORUM

e-mail: seemf.congress@gmail.com

Website: www.seemfcongress.com

Tel./fax.: +359 2 854 87 82

© Издателство: Сдружение "Югоизточно-европейски медицински форум", 2019г.

© Publisher: Southeast European Medical Forum, 2019

ISBN 978-619-7544-09-1



EACCME
European Accreditation Council for Continuing Medical Education

Certificate

Fifth International Medical Congress of the Southeast European Medical Forum
Ohrid Lake, Macedonia, the former yugoslav republic of (10.-13.09.2014)

has been accredited by the European Accreditation Council for Continuing Medical Education (EACCME)
to provide the following CME activity for medical specialists.

Fifth International Medical Congress of the Southeast European Medical Forum
is designated for a maximum of, or up to 15 European CME credits (ECMEC).

Dr

(country)

Each medical specialist should claim only those credits that he/she actually spent in the educational activity.

The EACCME is an institution of the European Union of Medical Specialists (UEMS), www.uems.net.

Through an agreement between the European Union of Medical Specialists and the American Medical Association, physicians may convert EACCME credits to an equivalent number of AMA PRA Category 1 Credits™. Information on the process to convert EACCME credit to AMA credit can be found at www.ama-assn.org/go/internationalcme.

Live educational activities, occurring outside of Canada, recognized by the UEMS-EACCME for ECMEC credits are deemed to be Accredited Group Learning Activities (Section 1) as defined by the Maintenance of Certification Program of The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.



Dear Colleagues,

Five years ago we organized the first SEEMF Congress and although we did it with great enthusiasm we could not be sure about its success. Everything was new for us and needed enormous efforts. We managed to complete some of our tasks at the very last minute! But we did it. We did it also in the next year, and in the next ...

Now that we are marking the fifth anniversary of the event, we are much more experienced and confident. In these five years we witnessed constantly growing number of participants and also growing number of member-organizations in the Southeast European Medical Forum.

It brings satisfaction to see that the work done was not in vein, and to hear people saying that the combination of scientific and organizational topics covered by our congresses provide valuable knowledge both related to the everyday medical practice of our colleagues and to the state of health systems in our countries.

We have always tried to ensure high-quality of the scientific lectures and have selected topics related to branches of medicine covering the most common health conditions and have combined that with public health issues that hopefully could assist health managers in the difficult task of healthcare system improvement.

We have also tried to pay tribute to those colleagues who have significantly contributed to medical science, medical practice and/or the development of medical professional organizations.

And last, but not least we try to enable interpersonal communication at our congresses, which sometimes provides more valuable information and helps find better solutions to topical issues than any scientific presentation could do.

Welcome to the Fifth SEEMF Congress!

I wish you a very pleasant stay at the beautiful Ohrid Lake!

***Dr. Andrey Kehayov, MD, PhD
SEEMF President***



Dear colleagues,

It is a great pleasure to greet you all: members of SEEMF, participants of our congress and all the colleagues interested in our activities.

South-East European Medical Forum is one of the most outstanding professional societies bringing together clinicians and scientists from different branches of medicine. Multidisciplinary constitution of our Forum enables communication and coordination of activities between major medical disciplines. It enables more comprehensive and effective management of our patients.

One of the most important missions of this society is also to join the knowledge, to exchange experiences and to homogenize the level of health care in east and south European countries, which were isolated for decades, with very low level of communication and exchanges of experiences. East European Countries were also isolated from West Europe. Therefore, SEEMF has very important mission and represents also the bridge between East and West, North and South Europe, which enables faster development of medical science and profession.

Membership of SEEMF is growing very fast, which is the merit of SEEMF president Dr. Andrey Kehayov and his right hand Prof. Dr. Jovan Tofoski.

Also congresses of SEEMF have an important role in development of medical science in this part of Europe. The number of participants at SEEMF congresses is growing and each year more and more countries are involved in this event.

The 5th SEEMF congress organized by Prof. Dr. Tofoski in Ohrid will be one of the most outstanding medical events in this part of Europe. Proposed topics cover most important medical problems, including organization and standards, and I believe that in this historical and fantastic surrounding of Ohrid, organizers will also provide an outstanding social program. Therefore, everybody is very welcome and don't miss this special event!

***Prof. Dr. Pavel Poredoš, MD, Ph.D.
Vice President of SEEMF***



Dear Colleagues,

I welcome the participants in the Fifth Congress of the Southeast European Medical Forum, to be held on 10 - 14 September 2014 in Ohrid, Macedonia.

The main topics of the congress oncology, cardiology, diabetes mellitus, immunization – challenges and priorities, calamity medicine, will be discussed by doctors from 14 countries, including Ukraine.

These topics are important for physicians of all countries, but the Ukrainian doctors, in the light of recent events and the objectives of the reform of the national health system undoubtedly will be particularly interested in the discussion, which will be held at the ROUND TABLE: REALITIES, PROBLEMS AND FINANCING OF HEALTHSYSTEMS IN SE EUROPE. I believe that for our colleagues it will be interesting to get acquainted with the New concept of health care in Ukraine, developed by us. An important element in this concept is self-government of physicians.

Ukraine is going through a very difficult period, but we believe in our better future and we hope that next year we will be hosting in Odessa the Sixth SEEMF Congress.

I believe that the upcoming congress will be successful and rewarding for all participants. It undoubtedly will benefit our doctors and their patients.

***Dr. Oleg Musii,
Minister of Health care of Ukraine
SEEMF Vice President***



Dear colleagues, dear friends, Ladies and Gentlemen,

It is our great pleasure that you are today with us here, on the Fifth International Medical Congress, organized by Southeast European Medical Forum (SEEMF), in Ohrid, on the very spot where the idea of SEEMF was born.

Following series of very successful congresses, previous years, the general conclusion is that they were much more than just excellent professional events. SEEMF congresses became also extraordinary cultural phenomena which showed that we have to take the very advantage to live and communicate in the world without political boundaries. The SEEMF Board, as well as Macedonian Medical Association are making as always, all efforts in a spirit of peace, friendship and collaboration continuously, to strengthen the Forum and moreover to maintain it as reputable partner to other European and international associations.

Most of our countries had similar political systems, health care systems, pathology and underwent similar transitional processes. Therefore, SEEMF congresses, besides acquainting with the best medical knowledge and practice, represent also an excellent opportunity to share our experience in the field of health financing, quality of care, patient safety, role of professional organizations, migration of health professionals, etc.

Macedonian Medical Association is making all efforts the Fifth Congress to be a high quality one as the previous ones, even more. So we invite you to join us in the wonderful environment of Ohrid lake, which will also be an excellent opportunity to promote personal and institutional cooperation and friendship for the benefit of physicians and their patients.

Our magnificent country Macedonia and especially Ohrid with its natural beauty and very rich cultural and historical heritage will give you also opportunity to enjoy your stay and to enhance desire to come again.

The friendly, hospitable and attentive people in Macedonia will contribute to your pleasant stay.

We wish you very successful scientific and professional work, but also very nice enjoyable stay in Ohrid and Macedonia.

Prof. Dr. Jovan Tofoski, M.D., Ph.D
President of Macedonian Medical Association
SEEMF Secretary General



Dear colleagues,

We must consider the influence of congresses of SEMF on medicine in the countries of Southeast Europe, as the exchange of ideas about the medical practice and science in our region, as well as public health.

We do recognize the need of exchange of knowledge between the participants of our congresses.

We extend our appreciation to the organizing committee of congress in Ohrid, whose professional efforts make possible the meeting of physicians, medical scientists and public health specialists from Southeast Europe and other countries from Europe and Asia.

We are pleased to be able to obtain and publish the summaries submitted by congress participants before they are lost to time. They are important for the medicine in this part of Europe. I hope the Ohrid congress will gain wide recognition.

Acad. Prof. Vladimir Ovcharov
Chair of the Scientific Committee of the Congress

ORGANISING COMMITTEE

Chair

Dr. Andrey Kehayov, MD, President, Southeast European Medical Forum, Sofia, Bulgaria
Prof. Jovan Tofoski, President, Macedonian Medical Association, Skopje, Macedonia

Members

Prof. Pavel Poredoš, MD, PhD, Department of Vascular Disease, University Medical Centre, President, Slovenian Medical Association Ljubljana, Slovenia
Dr. Aizhan Sadykova, President of the National Medical Association of Kazakhstan, Almaty, Kazakhstan
Dr. Stylianos Antypas, Panhellenic Medical Association, Greece
Prof. Veselin Borisov, Faculty of Public Health, Sofia Medical University, Bulgaria
Dr. Oleg Musii, Minister of Health of Ukraine, Kiev, Ukraine
Dr. Mykola Tyshchuk, Ukrainian Medical Association, Odessa, Ukraine
Bartko Mykhaylo, OOSPK, Odessa, Ukraine
Prof. Tzekomir Vodenicharov, Dean, Faculty of Public Health, Sofia Medical University, Bulgaria
Prof. Gia Lobzhanidze MD, PhD, Head of Department of General Surgery, Head of Department of Scientific Research and Development, Faculty of Medicine, Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, President of Georgian Medical Association, Georgia
Prof. Sinisa MilijkoVIC, President of the Medical Association of Republic of Srpska
Prof. Dusko Vasic, Medical Association of Republic of Srpska
Prof. Slobodan Tomic, President of the Medical Association of Montenegro
Dr. Din Abazaj, President, Order of Physicians of Albania
Zokhid Abdurakhimov, PhD, MD - Executive Director, Medical Association of Uzbekistan

SCIENTIFIC COMMITTEE

Chair

Acad. Prof. Vladimir Ovcharov, Medical University of Sofia, Sofia, Bulgaria

Secretary

Prof. Goce Spasovski, Society of Nephrology, Dialysis, Transplantation and Artificial Organs, Skopje, Macedonia

Members

Dr. Katrin Fjeldsted, Presidmnt of the Standing Committee of European Doctors, Iceland
Prof. Pavel Poredoš, MD, PhD, Department of Vascular Disease, University Medical Centre, President, Slovenian Medical Association Ljubljana, Slovenia
Prof. Vesselin Borissov, Faculty of Public Health, Sofia, Bulgaria
Dr. Peteris Apinis, President of Latvian Medical Association, Latvia
Assoc. Prof. George Tsaryanski, St. Ekaterina Hospital, Sofia, Bulgaria
Dr. Stefan Konstantinov, University Hospital Maichin Dom, Sofia , Bulgaria
Prof. Dimitri Kordzaia, MD, PhD, ScD, Head of Department of Clinical Anatomy and Operative Surgery, Vice-Dean, Faculty of Medicine, Iv. Javakhishvili Tbilisi State University President, Georgian National Association for Palliative Care, Georgia
Prof. Milena Papić-Obradović, Gynecology and Obstetrics Hospital “Narodni Front”, University of Belgrade, Serbia
Prof. Tzekomir Vodenicharov, Dean, Faculty of Public Health, Sofia Medical University, Bulgaria
Assoc. Prof. Dr. Mateja Kaja Ježovnik, MD, PhD, Department of Vascular Disease, University Medical Centre Ljubljana, Ljubljana, Slovenia
Prof. Roumen Balanski, MD, Head of Laboratory of Chemical Mutagenesis and Carcinogenesis, National Specialized Hospital for Active Treatment of Cancer, Sofia, Bulgaria
Goran Dimitrov, MD, MSc Teaching Assistant, specialist in gynecology and obstetrics, subspecialist in oncogynaecology, Skopje, Republic of Macedonia
Prof Oliver Karanfilski, University Clinic of Hematology, Skopje, Macedonia
Andreja Arsovski, Medical Director of Private General Hospital –Remedika , Skopje, Macedonia
Prof Latchezar Traykov, MD, PhD, DSc, Head of Department of Neurology, Medical University Sofia, University Hospital Alexandrovska, Sofia, Bulgaria
Prof. Diko Boshnakov, UMBAL “Sv. Anna”, Varna, Bulgaria
Assoc. Prof. Stayko Spiridonov, Higia Hospital, Pazardjik, Bulgaria
Assoc. Prof. Aleksandra Grozdanova, Faculty of Pharmacy, UKIM, Macedonia
Dr. Aizhan Sadykova, President of the National Medical Association of Kazakhstan
Daniela Miladinova, PhD, Institute of Pathophysiology and Nuclear Medicine, Medical Faculty, Skopje, Republic of Macedonia
Assoc. Prof. Goran Petrovski, University Clinic of Endocrinology – Skopje, Republic of Macedonia
Zoran S. Gucev, MD, Ph.D., Medical School, Pediatric Clinic, University Kiril and Metodij, Skopje, Republic of Macedonia
Dr Katarina Stavrik, Department of Family medicine, Medical Faculty, Skopje, Macedonia
Prof Dr Sonja Genadieva-Stavric, University Hematology Department, Medical faculty- Skopje, Macedonia
Prof. Dr. Elizabeta Srbinovska, University Clinic, Medical Faculty, Skopje, Macedonia
Salis Tager MD, Head of the Cardio-Thoracic and Vascular surgery Dept. , Head of the Cardiology and Internal Medicine Division, Sistina Clinical Center, Skopje, Macedonia
Prof. Milan Milanov, Pirogov University Emergency Hospital, Sofia, Bulgaria
Georgi Georgiev, MD, PhD, Pirogov University Emergency Hospital, Sofia, Bulgaria
Radosveta Cherneva, MD, Pirogov University Emergency Hospital, Sofia, Bulgaria
Prof. Stoyan Milanov, Pirogov University Emergency Hospital, Sofia, Bulgaria
Prof. Oleg Cholakov, Pirogov University Emergency Hospital, Sofia, Bulgaria
Dr. Dimitar Kiuchukov, University Hospital “Saint Ekaterina” Sofia, Bulgaria
Dr. Svetoslav Kurtev, University Hospital “Saint Ekaterina” Sofia, Bulgaria

Dr. Peyo Simeonov, University Hospital “Saint Ekaterina” Sofia, Bulgaria

Maja Parnargieva-Zmejкова MA, General director of Health Insurance Fund, R. Macedonia

Prof. Gia Lobzhanidze MD, PhD, Head of Department of General Surgery, Head of Department of Scientific Research and Development, Faculty of Medicine, Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, President of Georgian Medical Association, Georgia

Olexandr O. Zelinsky, Odessa National Medical University, Professor, Chief of the Department of Obstetrics and Gynecology №2, Odesa, Ukraine

Zinaida V. Chumak, Odessa City Centre of Climacterical Problems, MD, Obstetrician-Gynecologist, Odesa, Ukraine

Dr. Vassil Traikov, MD - Head of Electrophysiology Department, Cardiology Clinic, Tokuda Hospital Sofia

Irina Galina, Prof. MD, PhD, President of Yanush Korchac Rehabilitation Institute, Ukraine

Prof. Yaroslav Blahos, President of the Czech Medical Association, Czech Republic

Asoc. Prof. J. Staikova, MD, PhD; National Center of Public Health and Analysis, Sofia, Bulgaria

Assoc. Prof. Atanas Shterev, Manager of Shterev Hospital, MP in the period 2002 – 2005, Sofia, Bulgaria

ABSTRACTS

CARDIOLOGY

CARDIOVASCULAR DISORDERS IN PATIENTS WITH MINERAL AND BONE DISORDERS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE - MODERN VIEW ON PATHOGENESIS AND TREATMENT

Goce Spasovski

University Department of Nephrology, Medical Faculty, University of Skopje, R. Macedonia

Mineral and bone disorders in chronic kidney disease (CKD) patients along with the use of calcium-based phosphate binders may result in vascular calcification (VC) development and associated increase in cardiovascular diseases (CVD) morbidity and mortality. In CKD patients, VC occurs more frequently and progresses more rapidly than in the general population. In addition to the traditional CVD factors, in CKD, bone health should be viewed as a prerequisite for successful prevention/treatment of VC along with the control of parathyroid hormone (PTH) secretion that is associated with various type of bone disease and consequent mineral disorders.

Many treatment modalities to control hyperphosphatemia, VC and CVD over the years have failed. Namely, a number of therapies aimed at reducing PTH concentration are associated with an increase of calcaemia and Ca x P product, e.g. calcium-containing phosphate binders or active vitamin D. However, the introduction of calcium-free phosphate binders has reduced calcium load, attenuating VC and improving trabecular bone content. In addition, a major breakthrough has been achieved through the use of calcimimetics, as first agents which lower PTH without increasing the concentrations of serum calcium and phosphate. Nowadays, there is already evidence that calcium-aluminum free phosphate binders (sevelamer hydrochloride and lanthanum carbonate) have reduced hypercalcemic adverse events compared to calcium-based binders, with beneficial effects on CVD outcome justifying further widespread utilization of these agents in CKD patients. In contrast and despite the effectiveness in reduction of PTH and Ca x P product, there is no solid data on the cost-effectiveness of the cinacalcet treatment in absence of CVD outcome evidence.

Hence, adoption of these new therapeutical strategies might be reserved for adamantine cases when there is no economical constraint for this long-term treatment. At present, it becomes apparent that prevention, with judicious use of calcium-based binders, vitamin D and a low calcium dialysate without adverse effects on Ca x P or oversuppression of PTH, provides the best management of VC and mineral and bone disorder in CKD patients.

TRANEXAMIC ACID REDUCES POSTOPERATIVE BLEEDING AFTER CARDIAC SURGERY

G Tsaryanski, Natzev I, Dimitrova A, Dimitrova V, Peicheva S, Natchev G

UH "Saint Ekaterina" Sofia, Bulgaria

Objective: tranexamic acid, TA is widely used in cardiac surgery settings although no strict recommendations concerning correct dose still exist. The purpose of this study is to evaluate the effectiveness and safety of low dose tranexamic acid on postoperative bleeding after primary pump CABG.

Methods: prospective, cohort study of CABG patients operated on from July to December 2012. TA was given in 86 patients 6mg/kg as a bolus after induction of anesthesia followed by infusion of 1.5mg/kg/h till the end of operation. The control group consists of 61 CABG patients operated on in the same period. The postoperative bleeding, transfused blood products were assessed as well as hematological and hemostatic values on the second and the third days. Mortality and postoperative morbidity: length of mechanical ventilation, MV, rate of neurological dysfunction and creatinine level and length of hospital and ICU stay was evaluated.

Results: the groups of patients are comparable in preoperative medications and ES. We found difference in postoperative bleeding from the end of operation till the second day: 354ml in TA group vs. 457ml in control $p < 0.001$. We did not found any difference between groups concerning bleeding from the second till the third day, transfused blood products and hematological values on the second and third days, length of hospital and ICU stay and mortality. In addition we found a difference between groups in neurological dysfunction on the third postoperative day: 10.5% in TA group vs. 1.6% in control $p = 0.0034$.

Conclusion: TA reduces bleeding after pump CABG, but the influence on the postoperative neurological morbidity could not be excluded.

CATHETER ABLATION OF ATRIAL FIBRILLATION: STATE OF THE ART

Vassil Traykov, MD

*Department of Invasive Electrophysiology and Pacing, Clinic of Cardiology,
Tokuda Hospital, Sofia, Bulgaria*

Atrial fibrillation (AF) is the most common arrhythmia. AF is associated with increased morbidity and mortality that is now routinely treated with catheter ablation. Since the first introduction of catheter ablation for focal ablation of triggers in the late 1990s the techniques have evolved significantly. Pulmonary vein (PV) isolation is currently a routine technique used to treat AF (mainly in its paroxysmal form) with a considerable long term success rate. However, the increasing knowledge of AF pathophysiology has lead to the introduction of new techniques to aid in the ablation of persistent and longstanding persistent AF. The current presentation will review some of these techniques. Emphasis will be put on the recent development in the techniques for substrate modification and ganglionated plexi ablation. Mapping and ablation of rotors as structures maintaining the fibrillatory process will also be covered. In addition the current presentation will review some of the newest technological advancements used to shorten procedural time and provide a more reliable isolation of the PVs. Among them contact force sensing catheters and the so-called 'single shot devices' will be covered in detail.

HOW AORTIC STIFFNESS IN POSTMENOPAUSAL WOMEN IS RELATED TO HYPERTENSION

M. Avramovska MD, P. Avramovski MD, PhD, A. Sikole MD, PhD.

*University clinic of Obstetrics and Gynecology, Medical faculty "Ss. Cyril and Methodius University"
Skopje, Republic of Macedonia.*

*JZU Clinical Hospital "D-r Trifun Panovski", department of Internal medicine, Bitola, Republic of
Macedonia.*

*University clinic of Nephrology, Medical faculty "Ss. Cyril and Methodius University"
Skopje, Republic of Macedonia.*

Background: Aging and the loss of endogenous estrogen production after menopause are accompanied by increases in blood pressure in older women. The high prevalence of obesity, the lack of regular physical exercise, and dietary salt are important factors contributing to postmenopausal hypertension. Arterial stiffness is increasingly recognized as an important prognostic index in patients with hypertension. Aortic stiffness and arterial pulse wave reflections are key determinants of elevated central systolic pressure. Pulse wave velocity (PWV), the speed of propagation of arterial pressure waves through the arterial tree is related to arterial stiffness. The aim of this study was to find a correlation between aortic stiffness and elevated blood pressure in postmenopausal women.

Methods: We estimate 237 postmenopausal women with mean age of 56.2 ± 12.8 years. Women were categorized as hypertensive (H) and non-hypertensive (NH). Exclusion criteria for the final estimated group were: diabetes, renal disease with $GFR < 60 \text{ mL/min/1.73m}^2$ (estimated by the modification of diet in renal disease formula), malignancy, liver disease or any chronic disease that might affect the arterial system. PWV was measured by doppler ultrasound. The electrocardiography was used as a timing reference to determine the time delay (transit time) between upstroke of carotid and femoral pulse waveforms. The blood pressure was determined by auscultatoric measurements devices based of Korotkoff sounds monitoring.

Results: The threshold value for high blood pressure was consider 140/90 mmHg. Seventy-four (31.22%) patients were H and 163 (68.78%) were NH. The mean systolic blood pressure in H was $162.3 \pm 18.5 \text{ mmHg}$ vs. $131.5 \pm 5.6 \text{ mmHg}$ in NH patients ($p < 0.0001$). The mean diastolic blood pressure in H was $98.3 \pm 10.4 \text{ mmHg}$ vs. $78.5 \pm 10.4 \text{ mmHg}$ in NH patients ($p < 0.0001$). All participants mean PWV was $8.3 \pm 1.9 \text{ m/s}$; mean PWV in H was $8.9 \pm 2.1 \text{ m/s}$ and mean PWV in NH was $7.6 \pm 1.6 \text{ m/s}$ ($p < 0.0001$). The difference in blood pressure and PWV between two groups was calculated by t test for unpaired data ($p < 0.0001$). Two-tailed probability values of Pearson correlation coefficients in normotensive ($r = 0.148$, $p = 0.059$) and hypertensive ($r = 0.354$, $p = 0.0019$) participants with PWV showed strong positive correlation in hypertensive, but not in normotensive participants.

Conclusions: Postmenopausal women with hypertension have significantly higher PWV compared with normotensive postmenopausal women. Hypertension is the major determinant for PWV.

ASOCIATION BETWEEN AORTIC ARTERIAL STIFFNESS AND FEMORAL ARTERY PLAQUES IN GENERAL POPULATION PATIENTS

P. Avramovski MD, PhD, M. Avramovska MD, A. Sikole MD. PhD.

JZU Clinical Hospital "D-r Trifun Panovski", department of Internal medicine, Bitola, Republic of Macedonia.

University clinic of Obstetrics and Gynecology, Medical faculty "Ss. Cyril and Methodius University" Skopje, Republic of Macedonia.

University clinic of Nephrology, Medical faculty "Ss. Cyril and Methodius University" Skopje, Republic of Macedonia.

Background: Arterial stiffness is an emerging major risk factor for cardiovascular morbidity and mortality. The aim of this study was to assess if femoral artery plaque load correlates with non-invasive measures of arterial stiffness by doppler ultrasonography. Aortic stiffness is a strong predictor of coronary heart disease and stroke in a large population-based study.

Methods: We examined 84 patients (43 male and 41 female, mean aged 56.3 ± 14.8 years) by B-mode ultrasonography examination of the left and right femoral arteries for plaques; they were scored from 0 (no plaques) to 4 (plaques at all 4 sites) regardless of the number and size of the plaques in each site. Plaque occurrence in each site scored one point. Pulse wave velocity (PWV) as measure of arterial stiffness was determined from time diversity propagation of the common carotid artery and femoral artery by Doppler ultrasound. For statistical analysis, descriptive data were expressed as Mean \pm SD. For correlations we used Spearman's Rho test.

Results: A plaque score (PS) of zero was found in 27 (32.14%), PS of 1 in 23 (27.38%), PS of 2 in 19 (22.61%), PS of 3 in 10 (11.91%) and PS of 4 we found in 5 (5.96%) participants. A significant positive correlation was found between participants with PS 3 and 4 and patient age ($r = 0.31$, $p = 0.004$). The mean PWV was 9.71 ± 2.31 m/s (6.78 ± 1.42 m/s in group with PS of zero; 7.32 ± 1.84 m/s in PS of 1; 8.54 ± 2.03 m/s in PS of 2; 10.13 ± 2.21 m/s in PS of 3 and 11.07 ± 2.37 m/s in participants with PS of 4). The mean PS was 1.32 ± 1.21 , median was 1.0 and 95% CI for the median was 1.0 to 2.0. Chi-squared test for normal distribution was 205.687 (reject normality $P < 0.0001$). Subjects with peripheral arterial disease (PS = 2, 3 and 4) had significantly increased aortic stiffness ($r = 0.338$, $P = 0.0016$, PS = 3 and 4; $r = 0.275$, $P = 0.011$, PS = 2) and borderline significantly increased aortic stiffness ($r = 0.207$, $P = 0.058$, PS = 1) compared with subject without peripheral arterial disease ($r = 0.144$, $P = 0.191$, PS = 0).

Conclusions: Abdominal aortic stiffness is independently associated with femoral stiffness expressed by femoral plaques. The strength of this association with peripheral arterial disease may differ per PS parameter.

INVESTIGATION OF EFFICIENCY AND SAFETY OF PHYTOSYNTHETIC COMBINATION BASED ON CANDESARTAN

A.V. Beliayeva, researcher, V.Yu. Afonin, PhD in biology, M.V. Anisovich, junior researcher

The Institute of Bioorganic chemistry NAS of Belarus, Republic of Belarus, Minsk

Introduction. Cardiovascular diseases (CVD) have become the leading mortality reason in many countries. So it's important to study and develop new methods of prevention, diagnosis and treatment of CVD, create more effective and safe drugs and combinations thereof. Candesartan cilexetil is a long-term antihypertensive agent, which stimulates the function of heart, nervous system, increases resistance to stress and physical endurance in people suffering from hypertension. However, candesartan has a number of side effects.

Purpose. To conduct analysis of cytogenetic effects of candesartan and extract of *Polygonum sp.* *in vivo* and *in vitro*.

Methods. We investigated the influence of candesartan and extract of *Polygonum sp.* in different dosages and combinations on the mobilization of stem cells CD117 from bone marrow to blood, distribution of cells at different stages of cell cycle, the number of apoptotic cells and cells with micronuclei using bone marrow of male mice lines *in vitro* and *in vivo*. We studied cytostatic and cytotoxic properties of this combination on the model of human embryonic fibroblast (HEF) and on the cancer cell line HCT116. Flow cytometry method was applied for the analysis.

Results. It is known that PPAR-regulators stimulate endothelial progenitor cells mobilization, which can explain the additional cardioprotective mechanism of angiotensin II receptor blockers. The capacity of candesartan and extract of *Polygonum sp.* to influence mobilization of CD117 was investigated in the bone marrow *in vitro* and *in vivo*. It was originally demonstrated that the combination of candesartan in lower doses and extract of *Polygonum sp.* leads to mobilization of CD117 from bone marrow to peripheral blood in mice in comparison with introduction candesartan only at maximal therapeutic dose.

Cytotoxic effect of candesartan at therapeutic doses was studied in normal state and physical activities *in vivo*. It was established that candesartan caused significant changes of molecular-biological parameters (distribution of cells at the stages of the cell cycle, increase in the number of cells with micronuclei and signs of apoptosis). Extract of *Polygonum sp.* shows cytoprotective properties manifested as decrease of cytotoxic effects of candesartan on the bone marrow cells.

It was shown in bone marrow *in vitro* that the tested combination of substances reduces quantity of apoptotic cells in comparison with monodrug candesartan and effects cell cycle. It was found on the model of HEF and on the cancer cell line HCT116 that candesartan and extract of *Polygonum sp.* increase the number of apoptotic cells and cells with micronuclei. It was established that tested substances are equally cytotoxic towards cancer and normal cells. Cytoprotective effect of extract of *Polygonum sp.* observed in the combination with candesartan *in vivo* was not confirmed *in vitro*.

Conclusion. The combination of candesartan and extract of *Polygonum sp.* is promising for development of complex drug displaying neoangiogenesis capacity for treatment of CVD.

PERIPHERAL ENDOTHELIAL DYSFUNCTION AND PROGNOSIS OF CORONARY ARTERY DISEASE IN PTS WITH TYPE 2 DIABETES

M Bosevski, *University Cardiology Clinic, Skopje, Macedonia*

Background and aims. Endothelial dysfunction, per se, in coronary arteries can stratify a risk in coronary artery disease (CAD) patients. However, studies on peripheral endothelial dysfunction and prognosis of coronary artery in type 2 diabetes (T2D) pts are lacking.

Materials and methods. We hypothesized that peripheral flow-mediated vasodilation (measured at brachial artery) could predict prognosis of T2D patients who presented CAD. 82 randomized pts with T2D and CAD (age 59.59±7.51 years, with mean diabetes duration of 8.98±6.39 years) were included in a cohort prospective study for a period of 1 year.

Results. During follow-up 46 events were registered. Our data presented peripheral endothelial dysfunction as prognostic marker of cardiovascular events in T2D with manifested CAD, according regression analysis.

INTRAVENOUS LIPID ADMINISTRATION FOR MEDICATIONS INDUCED CARDIAC TOXICITY: A REVIEW OF THE EXISTING DATA

Daniela Chaparoska, *Profesor on Medical faculty, UKIM, Skopje, Macedonia*

Objective: Following the discovery that administration of intravenous lipid emulsion (ILE) may reverse the cardiac toxicity of certain local anesthetic agents, ILE's potential role has recently been explored in the setting of toxicity attributed to a variety of different medications like calcium channel blocker toxicity.

Calcium channel blockers are commonly prescribed for hypertension and rate control of atrial fibrillation, but can be highly toxic in large quantities. Overdosage of the non-dihydropyridine calcium channel blocker verapamil causes a variety of symptoms including cardiogenic shock, arrhythmias, conductance disturbances, vasodilatation, central nervous system depression, pulmonary oedema and

paralytic ileus. Treatment of intoxication with calcium channel blockers is controversial, typically supportive, with variable rates of success. Generally, accepted treatment options are prevention of absorption by giving active charcoal, and supportive care including calcium supplementation, glucagon and insulin infusion. Recently, high-dose lipid solutions have been advocated in these intoxications.

The potential mechanisms, safety and efficacy of this approach are considered in this review. Data are reviewed from 60 published reports involving ILE administration for severe verapamil toxicity. ILE was reported to exert a positive therapeutic effect in only a proportion of the reported cases, with greatest evidence of efficacy concerning local anesthetic agents. Administration has typically involved bolus administration followed by continuous maintenance infusion, and a number of different mechanisms are proposed, from preferential partitioning of the drug from cardiac tissue to the circulating lipid fraction and direct inotropic effects related to carnitine pathways and fatty acid oxidative metabolism.

Conclusion: Intravenous lipid therapy is a plausible and effective therapy for massive calcium channel blocker overdose, and could be considered early in patients presenting with hemodynamic compromise.

ВЛИЈАНИЕ НА ГЛИКОРЕГУЛАЦИЈА ВРЗ РАНИОТ КЛИНИЧКИ ИСХОД КАЈ ПАЦИЕНТИ СО АКУТЕН КОРОНАРЕН СИНДРОМ

Камчева Г., Петрова М, Димитровска-Иванова М, Караколевска-Илова М, Серафимов А, Јовева Е, Петровски С.

Факултет за Медицински науки, Универзитет “Гоце Делчев” – Штип

Цел: Цел на нашето истражување беше да се анализира влијанието на гликорегулацијата пред и во тек на болничкото лекување кај пациенти со акутен коронарен синдром (ACSy) врз раниот болнички клинички исход.

Методи: Во анализата вклучивме пациенти со ACSy и ги поделивме во три групи (STEMI, NSTEMI, APNs), кај кои ги анализиравме: демографските податоци, профилот на ризичност, липидниот профил (ТГ, ХДЛ, ЛДЛ), нивото на глукоза на прием и нивото на глукоза во тек на хоспитализација, HgbA1C на прием. Пациентите ги поделивме на дијабетичари и не-дијабетичари. Врз основа на нивото на HgbA1C на денот на прием, групата на дијабетичари ја поделивме на две подгрупи: на добро (<6,5%), и лошо контролирани (>6,5%) пациенти со ДМ, а групата на пациенти без претходно познат дијабетес ги поделивме во три подгрупи: не дијабетичари (<5,6%), пред-дијабетичари (5,6-6,5), и дијабетичари без претходно познат дијабетес (>6,5). Врз основа на нивото на глукоза, пациентите ги поделивме во групи: добра регулирани (5-10mmol/L), лошо регулирани со епизоди на глукоза од >10mmol/L и/или епизоди од <5mmol/L. Го анализиравме влијанието на гликорегулацијата врз раниот болнички клинички исход (срцева слабост, шок, дисритмии, ГИТ крварење, CVI и срцева смрт). Статистички анализа: дескриптивна и компаративна статистика со примена на соодветни параметарски и непараметарски тестови. Значајноста беше дефинирана на ниво $p < 0,05$.

Резултати: Од вкупно 60 пациенти, 10(16,7%) беа со APNS, 35(58,3%) со STEMI и 15(25%) со NSTEMI. Од нив беа 30% жени и 70% мажи, со просечна возраст од $62,6 \pm 7,4$ години. Профил на ризичност: 62% имале НТА, 12% ХЛП, 28,5% позитивна фамилијарна историја за КАБ, 40% биле дијабетичари, 70,6% биле пушачи. Нема статистички значајни разлики во однос на присутноста на испитуваните ризик-фактори. Нема статистички значајна разлика на липидниот профил помеѓу испитуваните групи. Од групата на недијабетичари и ACS, ние идентификувавме 4(5%) пациенти со дијабетес без претходно познат дијабетес (>6,5) и 18(22,5%) со пред-дијабетес (5,6-6,5%). Единствениот независен индикатор во многуваријантната анализа (вклучени вредност на HgbA1C, ниво на глукоза на прием и во тек на хоспитализацијата и дијабетична група) врз раниот клинички исход беше глукозата на прием (бета-0,327, $p < 0,003$). 17 пациенти од вкупниот број беа со појава на срцеви настани и идентификувавме два независни индикатори врз раниот клинички исход: нивото на глукоза на прием (бета 0,386, $p < 0,007$) и HgbA1C (бета 0,254, $p < 0,070$).

Заклучок: Стрес гликемијата (нивото на глукоза на прием) заедно со HgbA1C на прием, се значајни индикатори врз раниот клинички болнички исход кај пациенти со ACSy.

SURGICAL TREATMENT OF END-STAGE HEART FAILURE

D. Kiuchukov MD, V. Papanchev MD PhD, D. Petkov MD PhD, R. Iliev MD PhD,
Prof. G. Nachev, MD, PhD, FETCS
University Hospital "Saint Ekaterina" Sofia, Bulgaria

Въпреки голямото разнообразие на медицински терапии и електрофизиологични интервенции, много пациенти с терминална сърдечна недостатъчност все още имат лошо качество на живот и лоша прогноза. Сърдечна трансплантация е основното хирургично лечение на терминална сърдечна недостатъчност, но риска от отхвърляне, имunosупресивната терапия, и най-вече липсата на донори ограничава нейното приложение и наложи развитието на различни системи за механична циркулаторна поддръжка. Прилагани като мост към трансплантация, мост към възстановяване или като „окончателна терапия“.

Споделяме опита на нашата институция в използването на три вида системи за механична циркулаторна поддръжка- Berlin Heart EXCOR, Berlin Heart INCOR и Thoratec. От 2001 год. сме имплантирали тридесет пациента с терминална сърдечна недостатъчност. Berlin Heart EXCOR- 12 пациента, шестима починали, един трансплантиран и пълно възстановяване при петима. Berlin Heart INCOR- 17 пациента, тринадесет починали, трима трансплантирани и пълно възстановяване с експлантация на системата при един. Thoratec- един пациент имплантиран през 2010 год. като окончателна терапия, без сериозни компликации до момента. Основните усложнения са кървене, инфекции и тромбоемболични инциденти.

Нашият опит показва, че пациенти в краен стадий на сърдечна недостатъчност, могат успешно да бъдат лекувани чрез имплантация на устойства за механична поддръжка на циркулацията. И трите системи са безопасни и могат да бъдат използвани за дългосрочна подкрепа, мост към трансплантация или възстановяване. Те могат да бъдат изписани от болницата, с възстановено качество на живот и висока степен на независимост.

НАЈЧЕСТИ РИЗИК ФАКТОРИ ЗА СРЦЕВА БОЛЕСТ

Д. Коларовска, дипл.фармацевт, Прим., *Ж. Војновска, др. **

Болница Плодност, Битола, Р. Македонија, Клиничка болница Битола, Р. Македонија*

Срцевата болест по својата присутност и смртен исход е на прво место и кај мажи и кај жени. Се манифестира со многу срцеви нарушувања проследени со висок крвен притисок, коронарна срцева слабост, нееластични и фракилни крвни садови. Бројните испитувања покажале дека нездравиот и сиромашен начин на живот почнувајќи уште во детска возраст се главни причини за кардиоваскуларните заболувања.

Во испитувањето се опфатени некои од најчестите ризик фактори за срцевата болест, како висок холестерол со акцент на ЛДЛ холестеролот, триглицеридите, гликемија и ЦРП кај пациенти со висок крвен притисок. Испитани се 110 пациенти со систолен притисок од 150-185 и дијастолен притисок од 100-125, напоредно со контролна група од 30 здрави испитаници. Кај сите испитаници се одредени вкупен холестерол, ЛДЛ холестерол, триглицериди, гликемија и ЦРП во крв земена нагладно и одредени со соодветни колор ензимски и нефелометриски биохемиски методи (за ЦРП). Кај пациентите со висок крвен притисок добиени се следните резултати: за вкупен холестерол- $7,2 \pm 1,3$ ммол/л, ЛДЛ холестерол $4,1 \pm 1,2$ ммол/л, триглицериди $3,0 \pm 0,9$ ммол/л, за ЦРП $19,4 \pm 4,1$ мг/л и гликемија $6,2 \pm 1,7$ ммол/л. Кај испитаниците од контролната група добиените резултати се: за вкупен холестерол $3,8 \pm 1,4$ ммол/л, ЛДЛ холестерол $2,1 \pm 0,7$ ммол/л, триглицериди $1,1 \pm 0,5$ ммол/л, ЦРП $7,4 \pm 2,0$ мг/л и гликемија $4,7 \pm 1,1$ ммол/л. Испитувањето покажа дека кај сите испитани ризик фактори има значително повисоки вредности кај пациентите со висок притисок споредени соодветно со истите кај контролната група при што има статистички значајна разлика $p < 0,05$. Споменатите ризик фактори водат кон зголемен ризик за појава на срцеви заболувања. Имплементирање на соодветни диететски режими во исхраната како и промена во начинот на живеење се основен предуслов за редуцирање на овие ризик фактори, но исто така и за отстранување на веќе направените оштетувања од срцевата болест.

COTEMPORARY DEVICE TREATMENT FOR CHRONIC HEART FAILURE

Kurtev Svetoslav*, Nachev Gencho*

**Ekaterina Hospital, Sofia Bulgaria*

Heart failure is an important health care issue. Developed countries spend 1% to 2% of their health care budget on patients with this condition. Three types of devices have been shown to reduce morbidity and mortality in selected heart failure patients. They include cardiac resynchronization therapy devices, implantable cardioverter defibrillators, and left ventricular assist devices. Several new devices for the treatment of heart failure patients have been introduced and are increasingly used in clinical practice or are under clinical evaluation in either observational and/or randomized clinical trials. The presentation will review the latest and the newest devices for treatment of heart failure.

Key words: heart failure, device therapy.

ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛЕСТИ НА АОРТАТА: 10 ГОДИШЕН ОПИТ НА УСБАЛССЗ “Света Екатерина” ЕАД – София

П. Симеонов, Д. Трендафилова д.м., И. Димитрова, Ю. Джоргова д.м.н., В. Стойнова д.м., Г.

Царянский д.м. Д. Петков д.м., Г. Начев д.м.н.

Клиника по кардиология, Клиника по кардиохирургия УСБАЛССЗ „Св. Екатерина” ЕАД – София

Увод: Ендоваскуларното лечение на болестите на торакалната и абдоминалната аорта е адекватна алтернатива на отворената хирургична интервенция. Характеризира се с по-ниска честота на усложнения и смъртност.

Цел: Целта на настоящото изследване е да се представи опита и резултатите на УНСБАЛ “Света Екатерина” – София за период от 10 години, при пациенти след ендоваскуларно лечение по повод на аортни дисекции, торакални и абдоминални аневризми.

Материал и методи : За периода 2003–2014 г. при 87 пациента (мъже - 66 ; жени - 21) в УНСБАЛ “Св. Екатерина” е проведено ендоваскуларно лечение на дисекции и аневризми на торакалната, торако-абдоминална и абдоминална аорта. Средната възраст на пациентите е 52г. Средният срок на проследяване е 24+ 5 месеца. Патологията включва –аортна дисекция тип В при 60 пациента, аортна дисекция тип А при 1 пациент (комбинация от хирургично с ендоваскуларно лечение), аневризма на десцендентна торакална аорта при 15 пациента и абдоминална аневризма при 9 пациента. Стент-графт имплантация по спешност бе извършена при 41 пациента и планово при 46 пациента. При 8 пациента ендоваскуларното лечение, бе извършено като част от хибридна процедура –байпас от асцендентна аорта към съдовете на аортната дъга с последващо едноетапно или на втори етап ендопротезиране на аортна дъга, аортно клапно протезиране с протезиране на асцендентна аорта с едноетапно ендопротезиране на десцендентна торакална аорта, ендопротезиране на десцендентна торакална аорта с последващ каротидно-субклавиален байпас и др. Процедурата е извършена в катетеризационната лаборатория и при един пациент в хирургична операционна в условията на обща анестезия с ендотрахеална интубация. Използван е трансфеморален, трансилачен или трансаортен съдово-хирургичен достъп.

При всички пациенти аортната патология е оценена предпроцедурно и следпроцедурно с помоща на ЕхоКГ и СТ multislice ангиография. Като индикации за ендопротезиране на аортата са използвани препоръките за хирургично лечение на аортни дисекции и аневризми. Постпроцедурно пациентите са проследени на 1, 6 и 12 месеца с multislice СТ аортография

Резултати: Процедурен успех, дефиниран като успешна имплантация на ендопротезата, изолиране на ентрита при аортни дисекции и съответно ефективно изолиране на аортните аневризми се наблюдава при 98,8 % от пациентите. При 9,2% от пациентите настъпи летален изход до 30-ти ден. Средната продължителност на механична вентилация е 4ч. Като перипроцедурни усложнения се наблюдаваха-остра бъбречна недостатъчност -7,8% ,остра дихателна недостатъчност - 6,5%, неврологични усложнения- 2,3% . При 3,4 % (3) от пациентите се наблюдаваха първични (до 30 ден) ендолейка и при 2,3% (2)- вторични (след 30 ден) ендолейка. Установи се значително подобрение на функционалния клас. Преживяемостта на 1 година от проследяването е 96,6%.

Изводи: Ендоваскуларното лечение на болестите на аортата се представя, като процедура с добър средносрочен резултат и сравнително нисък риск и метод на избор при лечението на тази патология. Представява екипна дейност и често се налага да бъде извършено при пациенти с много висок риск, нерядко налагщо хибридна процедура и може да се осъществи в кардиохирургичен център с опит в лечението на тази патология.

INFLUENCE OF RISK FACTORS IN REGULATION OF HYPERTENSION IN THE ELDERLY

Katica G. Zafirovska, Professor, Dr. Sci

Skopje, R. Macedonia

Background: The prevalence of hypertension increases markedly with age, such that approximately two thirds of those over 60 yrs of age have hypertension. The risk of cardiovascular disease increases progressively with increases in systolic or diastolic blood pressure (BP) independently of other risk factors. Despite the well-recognized benefits of BP reduction only 30-50% of patients being treated had BP levels below 140/90 mm Hg. Data on hypertension control in Central and Eastern Europe report significantly lower level of control of hypertension than in other European countries (3,9-17% versus expected 25-33%).

Aim: To analyse the risk factors of hypertension in the studied group of elderly patients and to determine their influence on the level of control of blood pressure.

Material and methods: A questionnaire with data on the patient's age, sex, BMI, family history, smoking, alcohol consumption, consumption of salty food, exercise, target organ damage, comorbidities, measurements of office systolic and diastolic blood pressure and information about medication was prepared and distributed to doctors in primary health care throughout the country. Each separate parameter was clearly defined in the instructions for medical doctors. Eighty four medical doctors responded and a total of 2578 entries of different ages were obtained. In the first analysis, 1233 elderly patients (age 65 years or older) were selected and risk factors and the level of regulation of BP were analysed. In the second analysis, all 2578 patients were divided in a group with controlled hypertension (BP \leq 140/90 mmHg) and uncontrolled hypertension, and risk factors analysed.

Results: In the group selected by the age (65 years or older), there were 501 males and 722 females. In those aged 65-75, average BP was 159 \pm 19/ 92 \pm 13 mm Hg and in the very elderly group (age 75+) average BP was 162 \pm 22/89 \pm 22 mm Hg. Correction of BP for smoking, alcohol consumption, time with hypertension, physical activity and consumption of salty food did not show any difference between the groups. Blood pressure was worse regulated in obese patients: 162/93 vs 159/91 mm Hg with normal BMI, but the difference was not statistically significant. In our study, average systolic/ average diastolic BP was 133,3 \pm 9,4 / 82,5 \pm 6,96 mm Hg in the group with controlled hypertension, and 165 \pm 14,6 / 94 \pm 9,7 mm Hg in the group with uncontrolled hypertension. There were no significant difference in age and BMI (61,2 \pm 11,3 vs 63,8 \pm 10,5), although the studied population consisted mainly of elderly and overweight persons. The group with uncontrolled hypertension had significantly more women (63,2% vs. 52%, $p=0,012$); more non-drinkers (71,5% vs 55,4%, $p=0,02$); lack of regular exercise (54,8% vs 41,2%, $p=0,000$), more comorbidities (64,4% vs. 49,1%, $p=0,000$) and more target organ damage (68,6% vs 54,54%, $p=0,000$). Comorbidities and target organ damage appear to be a risk factor which, although maybe not the only reason for uncontrolled hypertension, are a contributing factor that may early be sought by the attending doctor (RR comorbidities=1,11 ; CI 95% 1,05-1,18 and RR target organ damage=1,19; CI 95% 1,12-1,27) .

Conclusions: 1) High level of uncontrolled hypertension was found (25%), but the figure is comparable to experiences in the region. 2) Manageable risk factors (smoking, physical activity, overweight) did not influence the level of control of blood pressure in elderly and very elderly patients. 3) Defining risk groups for uncontrolled hypertension by determining comorbidities and target organ damage, especially among the elderly and among the women, may be a helpful intervention in the provision of sustained control of blood pressure.

VALVULAR DISEASE AS A LATE COMPLICATION IN A LONG TERM SURVIVOR WITH HODGKIN DISEASE- CASE REPORT

G. Kostova

Clinic for hematology, Medical faculty, University "St. Cyril&Methodious" –Skopje, Macedonia

Hodgkin disease is nowadays highly curable: approximately 95% of patients with early stage disease and 75% of those with advanced disease achieve long term remissions. On the other hand, improved survival rates are accompanied with increased risk of late therapy associated complications as secondary malignancies and cardiovascular diseases. Late effects are more common with combined modality therapy (chemo- and radiotherapy) and are a particular treatment challenge because of the significant delay of more than 10 years in many patients. Two to seven fold increased risk of coronary artery disease, congestive heart failure and valvular disorders has been reported in long term Hodgkin disease survivors treated with mediastinal radiotherapy and/or anthracyclines. The cumulative incidence of valvular disease at 15 years after initial treatment is estimated to be 5%.

Here, we report a 69-year old female patient with Hodgkin disease who developed combined aorto-mitral valvular disease seven years after treatment for the disease relapse. The patient was diagnosed to have Hodgkin disease (stadium IIB, lymphocyte depletion) in 1984 during the evaluation for an inguinal lymphadenopathy. She received four cycles MOPP chemotherapy and abdominal radiotherapy. Unfortunately, in 2004 she relapsed after being in complete remission for twenty years. At relapse she had axillar, cervical and mediastinal lymphadenopathy, as well as splenomegaly. She was treated with ABVD chemotherapy and mediastinal radiotherapy. A second complete remission, which is still sustained, has been achieved. Three years ago, the patient has been referred to the cardiology department because of weakness and dyspnea. The cardiological examination revealed aortal, as well mitral disorder. The patient has no history of rheumatic fever or endocarditis. Her cardiological condition insidiously got worse and in march 2014 she had to be referred for surgical treatment.

In conclusion, patients with Hodgkin disease are at an increased risk of various cardiovascular disorders. New therapy approaches, particularly modern radiotherapy techniques are expected to decrease this long term toxicity. Routine cardiac surveillance should be recommended for carefully selected patients with Hodgkin disease after initial treatment. The appropriate cardiological screening and the time when to start and how often to do it are still open questions.

ТЪКАНЕН ДОПЛЕР ПРИ СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ СЪС ЗАПАЗЕНА ЛЕВОКАМЕРНА СИСТОЛНА ФУНКЦИЯ И КОРОНАРНА БОЛЕСТ

Д-р Д. Петрова^{1,2}, проф. д-р М. Цекова¹, д.м.н., доц. д-р С. Марчев², д.м.

1. УМБАЛ „Георги Странски” гр. Плевен, България

2. СБАЛ по Кардиология, гр. Плевен, България

Увод: Въпреки, че през последното десетилетие беше постигнато намаляване на сърдечно-съдовата смъртност все още една от водещите причини за сърдечна недостатъчност е коронарната болест. Това прави наложително откриването и в по-ранни етапи, което би довело до превенция на сърдечната недостатъчност и съответно смъртността, свързана с нея.

Известно, е че половината от пациентите с остра или хронична сърдечна недостатъчност имат запазена фракция на изтласкване. Често при тях се установява и коронарна болест. Коронарната болест и диастолната дисфункция са взаимосвързани. Ишемията повлиява първоначално диастолната функция, едва след което систолната. Съществуват не инвазивни методи за диагностика, които откриват нарушенията в диастолната и систолната функции в исхемичния миокард, като може да се предположи, че използването им ще бъде от полза в ранното откриване на пациентите с хронична коронарна болест

Методи: За периода април 2011г - януари 2013г бяха включени 168 пациента с прояви на сърдечна недостатъчност, които имаха запазена фракция на изтласкване (над 50%) и симптоми на стабилна ангина пекторис (2ри или над 2ри функционален клас по Канадската класификация). Изключени бяха пациенти с фракция на изтласкване под 50%, с анамнеза за реализиран остър

коронарен синдром, със значима клапна болест, с аритмии, анемичен синдром, ХОББ и бронхиална астма.

С Доплер ехокардиография бяха измерени показателите за левокамерна релаксация и пълнене (пикова ранна диастолна скорост на митралния анулус и съотношението между ранния диастолен митрален кръвоток и пиковата ануларна диастолна скорост). При всички пациенти беше проведена селективна коронарна ангиография, като за обструктивна коронарна болест беше прието наличието на над 70% стеноза на поне една голяма епикардна коронарна артерия. Пациентите, при които не беше установена коронарна болест бяха използвани като контролна група.

Резултатите бяха онагледени като честоти и средна стойност \pm едно стандартно отклонение. Сравнението между двете групи се извърши чрез t-тест на Стьудент и χ^2 -квадрат теста. $P < 0.05$ беше прието за статистически значимо.

Резултати: При провеждане на селективна коронарна ангиография обструктивна коронарна болест беше открита при 72ма пациенти, като останалите 96 бяха използвани като контролна група. В сравнение с контролната група пациентите с коронарна болест имат тенденция да са по-възрастни и от мъжки пол, като при повече от 60% от тях се наблюдава придружаващ захарен диабет. Пиковата ранна диастолна скорост e' е сигнификантно понижена при пациентите с коронарна болест $4,8 \pm 1,2$ в сравнение с контролната група $6,1 \pm 1,4$, докато съотношението E/e' е статистически значимо повишено $17,6 \pm 1,9$ срещу контролата $15,1 \pm 1,6$.

Изводи: Сърдечната недостатъчност все още остава една от най-честите причини за повтарящи се хоспитализации. При около половината от случаите се наблюдава запазена левокамерна систолна функция (фракция на изтласкване над 50%). За разлика от артериалната хипертония и предсърдното мъждене, коронарната болест се среща по-рядко при тези пациенти, но е свързана с по-лоша прогноза. Според препоръките на Европейското кардиологично дружество за поставяне на диагнозата сърдечна недостатъчност със запазена фракция на изтласкване се използват показателите от тъканния доплер $e' (< 8)$ и $E/e' (> 15)$, които показват нарушена левокамерна релаксация и повишено налягане на левокамерно пълнене. Нашето изследване установява, че хроничната исхемия допълнително влошава левокамерната релаксация и повишава налягането на левокамерно пълнене, което се отразява със сигнификантно намаление на стойностите на e' и повишаване стойностите на съотношението E/e' в сравнение с контролите. При пациенти със сърдечна недостатъчност при запазена левокамерна систолна функция употребата на тъканен доплер е полезен метод за откриването на обструктивна коронарна болест.

ONCOLOGY

КАРЦИНОСАРКОМ НА ЯЙЧНИКА-ИЗКЛЮЧИТЕЛНО РЯДКО И ЗЛОКАЧЕСТВЕНО ПРОТИЧАЩО ЗАБОЛЯВАНЕ

Ангел Йорданов; Надежда Хинкова, д.м., доцент, Павел Добрев; Диана Стратева; Камелия Цветанова

УМБАЛ „Д-р Георги Странски“, България

Увод: Карциносаркомът на яйчника е изключително рядко и злокачествено протичащо заболяване. Чистотата му е 1% от всички злокачествени овариални тумори. За стадирането и хирургичното лечение се прилагат класификацията на FIGO от 2009г. за овариален карцином и протокола за лечението на злокачествените овариални тумори. Поради изключителната рядкост на този хистологичен вариант на овариален тумор все още няма оптимална схема за провеждане на следоперативна химиотерапия.

Методи: За период от една година от 01.05.2013 до 01.05.2014г. в клиника по Онкогинекология към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ гр. Плевен са приети и оперирани 3 пациентки с туморни формации в малкия таз, оказали се овариални карциносаркоми. На всички пациентки е извършен пълен обем оперативна интервенция за овариален рак включваща: тотална хистеректомия, двустранна аднексектомия, инфраколична оментектомия, лимфна биопсия и максимална циторедукция. При трите пациентки след оперативната интервенция не са регистрирани макроскопски остатъчни тумори в коремната кухина и малкия таз.

Резултати: Нашите резултати показват, че въпреки радикалното хирургично лечение, пациентките имат много ниска преживяемост: една пациентка е провела 2 курса следоперативна химиотерапия и загива 4 месеца след това, останалите две пациентки не запачват химиотерапия поради силно агресивното протичане на заболяването и леталния изход 2 и 1 месеца след оперативната интервенция.

Изводи: Карциносаркомът на яйчника е изключително рядък хистологичен вариант на овариална неоплазия и като такъв създава затруднения при определяне на оптимален лечебен план за тези пациенти. Поради единични съобщенията в научната литература за тази нозологична единица е необходимо обединяване на наличната информация и определяне на по-ефективен лечебен план, който да бъде прилаган при този хистологичен вариант на тумора.

THE ROLE OF SURGERY IN TREATMENT OF BREAST CANCER

Authors: Prof. d-r A. Arsovski, d-r. L. Stojanovska
R.Macedonia

The Surgery in the treatment of breast cancer was starting to develop since the end of 19 century (Halsted). Since then, there is many new technique approaches in surgical treatment of breast cancer, and certainly constant development of medicine in the future will bring same new kind. On the other hand, today still are persisting a few dilemmas around the some aspects of surgical treatment.

Worldwide, breast cancer is the most common invasive cancer in women. Breast cancer comprises 22.9% of invasive cancers in women. In 2008, breast cancer caused 458,503 deaths worldwide. About 1 in 8 women or 12% will develop invasive breast cancer during lifetime.. The number of cases worldwide has significantly increased since the 1970s, a phenomenon partly attributed to the modern lifestyles. Risk factors for developing breast cancer include, hormone replacement therapy during menopause, jonizing radiation, early age at first menstruation, having children late or not at all, drinking alcohol obesity. About 5-10% of cases are due to inherited genes, including BRCA1 and BRCA2. The first symptom of breast cancer for many women is lump in their breast But many lumps 9 of 10 or 90% are benign. Changes that could be due to breast cancer are palpable lump, change in the size or shape of a breast or nipple, blood discharge from the nipple, rash, swelling or lump under the armpit. Early diagnose is very important for best treatment and prognosis. Diagnosis includes physical examination , echotomography with core biopsy, and mammography. In some cases MRI is needed but that is not standard procedure. The treatment is complex and includes surgery, chemotherapy, radiotherapy, hormonal, immunological and psychological therapy.

The surgical therapy is one of the most important step in successful treatment in breast cancer. The basic aim of operation is loco regional control of the disease followed by oncological treatment for systematic

effect. The age of patients is not a contraindication for surgery. In the past, they were different kinds of surgical treatments in which a surgeon would take out the breast with the muscles underneath, and sometimes few ribs from the thoracic ribcage. Interventions were very mutilating, so the patients were left with great deformities of the ribcage.

Today the type of surgery depends on the type and size of cancer in the breast, size of the breast, if it has spread to other organs and personal choice of the patient. The most frequently used operations are: lumpectomy, quadrantectomy with lymphadenectomy and radical mastectomy. Lumpectomy or wide local excision is a breast-conserving operation in which a surgeon removes just the cancer and a border of healthy tissue all around it, so as much as possible is left healthy breast tissue. The pathologist checks for cancer cells in the border around the lump. This type of operation is very rare except in patients with carcinoma in situ or malignant phyllodes tumor. Another type of breast-conserving operation is quadrantectomy with axillary lymphadenectomy. Here, a surgeon takes away about a quarter of the breast tissue around the cancer, completed with axillary lymphadenectomy. Indication for this kind of surgery is when the lump is less than 5 cm, localized peripherally from the areola. After any of these breast-conserving surgeries, patients will always need to have radiotherapy to destroy any breast cancer cell that may have been left behind in the rest of the breast tissue. The most common used operation is radical mastectomy. That is the most suitable treatment if the patient has a large lump, particularly in a small breast, lump behind the nipple and areola, multiple tumors in the breast etc.

Material and methods: In the time period from 01.08.2009 to 1.08.2014 we have operated 526 patients with diagnosed breast cancer. In 388 we have performed radical mastectomy, in 3 cases lumpectomy and 135 quadrantectomy with lymphadenectomy. After the operation, they all had chemo-radiotherapy, depending on the pathohistological and immunohistochemical result. In the time period of 5 years follow-up, we had only one patient with local relapse after quadrantectomy. As surgeons, wherever possible, we follow the patients' wishes about the type of surgery they want. Some women want to keep their breast at all costs. Others want to have a mastectomy, because it makes them feel sure that the cancer has gone. Or they want to avoid radiotherapy, if possible. A great deal of research has proved that breast-conserving surgery in patients with radiotherapy works as well as mastectomy at treating early breast cancer. So, some women with early stage breast cancer are able to choose between a mastectomy and conservative surgery with radiotherapy.

Conclusion: Studies have shown that breast-conserving surgery followed by radiotherapy is as successful as total mastectomy at treating early-stage breast cancer. For good results on both sides, it is very important to make an objective evaluation of the patient's condition, stage of disease, patient's psychological state and wishes. The approach in any case is individual, according to all medical and oncological aspects of the disease, also including the psychological, aesthetic and social/economical status of patients.

GENOTOXIC AND CARCINOGENIC EFFECTS OF CIGARETTE SMOKE AND THEIR CHEMOPREVENTION IN ANIMAL MODELS

¹Balansky R., ²Izzotti A., ¹Ganchev G., ¹Iltcheva M., ³Steele V., ²De Flora S

¹- National Centre of Oncology, Sofia, Bulgaria, ²- University of Genoa, Genoa, Italy, ³- National Cancer Institute, Rockville, USA.

Epidemiological and experimental data suggest that an average of 35%-40% of human tumors are linked to tobacco smoking, and another 35% of overall tumor burden in humans is associated with nutritional factors. On the other hand, nutritional factors might be regarded as factors increasing the risk of tumor induction (for example the presence in the diet of carcinogenic agents), and factors preventing the induction and development of tumors in human beings. The latter are of special interests from the point of view of chemoprevention of cancer as a possible approach for decreasing the risk of tumor development by blocking and/or inhibiting the mechanisms of carcinogenesis by dietary and/or pharmacological agents. Thus the chemoprevention of cigarette smoke (CS) genotoxicity has emerged as a perspective field for investigation aimed at clarifying the mechanisms of CS-induced mutagenesis and carcinogenesis, and, finally, at the effective control of tumor frequency in humans. During the last two decades we have demonstrated that mainstream cigarette smoke (MCS) and environmental cigarette smoke (ECS) induce a broad variety of alterations of intermediate biomarkers in animal models, including adducts to nuclear DNA and mtDNA,

oxidatively generated DNA damage, proliferation, apoptosis, alteration of oncogenes and tumor suppressor genes, alterations of gene expression, microRNA profiles and proteome as well as cytogenetic damage in the respiratory tract, bone marrow and peripheral blood of rodents. CS-altered end-points were variously modulated by chemopreventive agents of natural or pharmacological origin, such as N-acetyl-L-cysteine (NAC), 1,2-dithiole-3-thione, oltipraz, 5,6-benzoflavone, phenylethyl isothiocyanate (PEITC), indole-3-carbinole, curcumin, lycopene, anthocyanin-rich Aronia juice, sulindac, budesonide, licofelone, metformin and lapatinib. In addition, a model for CS-induced lung carcinogenesis, in which the treatment of mice with CS started immediately after their birth, has been proposed and used to study the putative protective effects of a variety of pharmacological and/or naturally occurring agents on CS-carcinogenicity. It has been demonstrated that NAC, PEITC, myo-inositol, celecoxib, budesonide, licofelone and lapatinib might suppress the CS-induced lung carcinogenesis according to protocols mimicking the situation either in current smokers or in ex-smokers. NAC and vitamin C have also been demonstrated to decrease the frequency of CS-induced lung tumors after applying the antioxidants during the prenatal life of mice. The data obtained indicated that a great variety of chemical compounds might affect via different mechanism the CS-induced carcinogenesis, and could be regarded as potential chemopreventive agents in smokers.

ПРОБЛЕМЫ СООТНОШЕНИЙ АПОПТОЗА И ПРОЛИФЕРАЦИИ В ЭНДОМЕТРИИ ПРИ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССАХ И АДЕНОКАРЦИНОМЕ

А.А. Зелинский- д.мед.н., профессор.

З.В. Чумак - к.мед.н.

А.А. Зелинский- заведующий кафедрой акушерства и гинекологии №2 Одесского национального медицинского университета, г. Одесса, Украина.

З.В. Чумак - акушер-гинеколог "Городского центра по проблемам климактерия" г. Одесса, Украина

Вопросы этиологии и патогенеза гиперпластических процессов эндометрия (ГПЭ), а также перспективы их малигнизации остаются в центре внимания многих исследователей, несмотря на наличие значительного числа работ по этой проблеме. Особые свойства эндометриальной ткани, обладающей памятью, пластичностью и выраженными регенеративными свойствами предоставляют широкий спектр для изучения.

Продолжается изучение роли и процессов развития пролиферативных и опухолевых заболеваний в направлении изменений баланса между процессами пролиферации и апоптоза, являющихся ключевыми факторами в регуляции жизнедеятельности клеточной популяции здорового организма.

Констатировано, что исследование маркеров пролиферации и апоптоза в экспериментальных и клинических исследованиях наиболее широко применимо в диагностике различных предопухолевых процессов, степени инвазии опухоли, а также стадии агрессивности опухолевого процесса. Пристальное внимание к исследованию данных маркеров, в последние годы, возобновилось применительно к ГПЭ в направлении прогноза, эффективности терапии и перспективы неоплазии ткани.

Из маркеров пролиферации широко изучается роль антигена Ki67, который экспрессируется практически во всех фазах митотического цикла, и по его уровню можно судить о величине пролиферативного пула. Известно, что белок p53 - является маркером апоптоза, обеспечивающим генетическую однородность клеток за счет предотвращения селекции клеток, имеющих ростовые или другие преимущества. Из факторов ингибирующих апоптоз большое внимание уделяется гену Bcl-2 и его белку bcl-2, вовлеченных в процессы запрограммированной клеточной гибели на относительно ранних этапах.

Цель исследования - изучение экспрессии маркеров пролиферации Ki67 и апоптоза p53, bcl-2 в эндометриальной ткани при пролиферативных процессах.

Материалы и методы: Исследование проведено на материале соскобов эндометрия 60 женщины в возрасте от 36 до 57 лет ($47,3 \pm 4,5$ лет) с патогистологически верифицированным диагнозом гиперплазия эндометрия и 14 образцов эндометрия пациенток с двухфазным менструальным циклом. В результате дифференциации пролиферативных процессов были сформированы следующие группы: I группа - простая гиперплазия без атипии- 11; II группа - комплексная гиперплазия без атипии - 18;

III группа - простая гиперплазия с атипией - 10; IV группа комплексная гиперплазия с атипией - 13; V группа - аденокарцинома -8; VI группа контрольная - морфологически неизмененный эндометрий - 14.

Иммуногистохимические реакции ставили на серийных парафиновых срезах. В качестве первичных специфичных антител использовали антитела к Ki67, bcl-2, p53 (DAKO - Германия). Результаты иммуногистохимических реакций оценивались для bcl-2 в плюсах по интенсивности окраски, для Ki67 и p53 путем подсчета процента окрашенных ядер на 100 клеток.

Результаты исследования: В результате проведенных исследований нами было установлено, что экспрессия протеина Ki67 увеличивалась по мере прогрессирования степени гиперпластического процесса: относительно низкая пролиферативная активность была выявлена у пациенток I группы, как в клетках эпителия так, и в стромальных клетках ($6,34 \pm 1,31\%$ и $1,05 \pm 0,43\%$ соответственно). При комплексной гиперплазии без атипии, простой и комплексной с атипией наблюдалось нарастание пролиферативной активности, и самая высокая обнаружена у пациенток V группы $45,81 \pm 3,01\%$ в опухолевых клетках. Экспрессия Ki67 в гиперплазированном эндометрии отмечалась выраженной очаговостью.

Оценка экспрессии белка p53 отсутствовала в эндометрии пациенток I и VI групп, была обнаружена при комплексной гиперплазии без атипии $8,35 \pm 1,34\%$ и $2,34 \pm 1,09\%$ в эпителиальных и стромальных клетках соответственно, с появлением атипии клеток наблюдался рост данного показателя, самый высокий был обнаружен при наличии комплексной гиперплазии с атипией - $56,6 \pm 4,08\%$ в эпителиальных клетках и $27,94 \pm 2,31\%$ в стромальных, интерес представили данные о снижении данного маркера у пациенток V группы, что составило $43,8 \pm 4,35\%$ в клетках опухоли.

Изучение распределения и интенсивности окраски маркера bcl-2 свидетельствовало о изменении его экспрессии как в зависимости, так и от степени прогрессирования патологического процесса, существенные изменения начинают проследиваться уже при комплексной гиперплазии без атипии, что составило у 5,6 % образцов эндометрия сильное окрашивание (+++), в 16,7% - умеренное (++) в 50,0% - слабое (+) и отсутствие окраски в 27,7% - (0). Самые значительные показатели обнаружены при атипической комплексной гиперплазии - у 26,7% - сильное (+++), у 40,0% - умеренное (++) , у 13,3% - слабое (+), у 20,0% -отсутствие (0). Снижение экспрессии маркера bcl-2 нами было выявлено аденокарциноме с прогрессированием увеличения интенсивности окрашивания.

Выводы: При гиперплазии и неоплазии эндометриальной ткани наблюдается ряд морфологических изменений и иммуногистохимических маркеров. Повышение митотической активности, что проследивается по росту маркера пролиферации Ki67, сопровождается активацией апоптоза, а нарушение процессов запрограммированной клеточной гибели (изменение экспрессии маркеров p53 и bcl-2) расценивается нами как предиктор онкологического прогноза при гиперпластических процессах эндометрия.

ХЕМОДИНАМИЧНИ ПРОМЕНИ В ХОДА НА ОБЩАТА АНЕСТЕЗИЯ ПРИ РОБОТИЗИРАНИ ОНКОГИНЕКОЛОГИЧНИ ОПЕРАЦИИ

Д-р Камелия Цветанова, Доц.д-р Надежда Хинкова д.м., Д-р Ангел Йорданов, Д-р Тодор Димитров,

Д-р Павел Добрев

*Институция и държава: УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ ЕАД, гр. Плевен,
КАИЛ III-то ОАИЛ*

Въведение: Единно е мнението, че миниинвазивните операции имат редица преимущества: малка травматичност, добър поглед на оперативното поле, минимална болка в следоперативния период, добър козметичен ефект, икономични са и са с кратки срокове за възстановяване на болния. Въпреки предимствата на миниинвазивните техники, доказани са редица усложнения в интраоперативния период, свързани преди всичко с промени от страна на сърдечно – съдовата система по време на пневмоперитонеума (интраабдоминално налягане до 20 mm Hg) и позиция на оперативната маса в положение Тренделенбург при ъгъл на операционната маса от 45°.

Цел: Да се представят хемодинамичните промени, настъпващи в хода на анестезията при онкогинекологичните операции извършени с робота „Da Vinci S”.

Материали и методи: Изследвани бяха интраоперативно някои хемодинамични показатели (артериално налягане, пулс, пулсово налягане, средно артериално налягане, ударен обем, минутен сърдечен обем и тъканна перфузия) при двадесет пациентки с онкогинекологични заболявания (10 пациентки със социално – значими за България заболявания и 10 здрави пациентки), ASA I – IV, на които беше приложена обща интубационна инхалационна анестезия.

Използваните медикаменти за премедикация, увод в анестезията, поддържане на анестезията и инхалационния анестетик бяха еднакви за всички изследвани болни.

Сърдечно – съдовите показатели се изследваха с помощта на монитор „Nihon - Kohden”.

Резултати: Наблюдаваха се интраоперативни промени в изследваните хемодинамични показатели и тъканната перфузия преди премедикацията, в хода на увода в анестезия, след инсуфлирането на CO₂, в позиция Тренделенбург (Head – Up) и в края на операцията, десуфлацията на CO₂ и връщането на пациентката в хоризонтална позиция на тялото.

Заключение: При пациентки със социално – значими заболявания за България се наблюдават значителни промени в изследваните хемодинамични параметри, в сравнение със здравите пациентки, което налага строго прецизиране на избора на болни за този вид оперативно вмешателство.

STRATEGIES FOR CANCER PREVENTION IN BALKAN COUNTRIES

Doncho Donev, MD, PhD, Professor

Institute of Social Medicine, Faculty of Medicine

Ss Cyril and Methodius University in Skopje, R. Macedonia

Background and Aim: Prevention aims to reduce the burden by decreasing morbidity and mortality of cancer. The aim is to present two basic strategies for prevention of cancer, suitable for Balkan countries.

Methods: Starting from the WHO European Strategy and Action Plan for prevention and control of NCDs, including cancer, in the period of 2011-2015, an analysis of the relevant literature on strategies for cancer prevention and control was done.

Results: There are two basic strategies for prevention of cancer: population strategy and strategy for high-risk individuals. *Population strategy* is aimed at reducing the level of risk factors and exposure of all individuals in the general population to cancer risk factors by awareness rising, elimination of risk factors, supplementation, vaccination, legislation, taxation and financial incentives from the government, especially tobacco control measures. *Strategy for high-risk individuals* is aimed at early detection and treatment of potentially malignant precancerous lesions at high-risk individuals through screening (systematic, routine application of a suitable early detection test at specified intervals in a systematically invited asymptomatic population) and early clinical diagnosis (searching for precancerous or early invasive cancer in symptomatic or asymptomatic individuals in opportunistic settings). Improved awareness and access to health services promote early clinical diagnosis. Early detection is associated with benefits/harms and costs to individual and the Health Services. It is important to establish that benefits of screening and early detection outweigh harms and it is cost-effective in reducing incidence and/or mortality of cancer. Basic screening requirements are: suitable disease/ localization (cancer to be detected in preclinical stage and by available effective treatment end result to be improved by early diagnosis), suitable test (adequate validity, sensitivity and specificity, as well as acceptability and low cost) and suitable screening settings (adequate infrastructure for diagnosis and treatment in health services, trained manpower and financial resources). Evaluation of the screening programs is by process measures and outcome measures (reduction of incidence and mortality). The most suitable cancers for early detection in low and middle income countries are oral, cervical and breast cancer, and not-suitable are liver and digestive tract cancer, lung, prostate and ovarian cancer.

Conclusion: The population strategy has several advantages, but in practice it is necessary to use combined approach for prevention, early detection and treatment of high-risk individuals, too. The objective of screening is to reduce incidence and/or mortality from cancer among persons screened at reasonable cost. Each Balkan country, applicant for joining EU, should develop cancer prevention, screening and early detection programs in their own agenda for to be implemented at the frontline of primary health care level.

Key words: Cancer incidence, mortality; risk factors, population-wide strategy, screening, early detection

EFFECT OF LAPAROSCOPIC TREATMENT OF OVARIAN ENDOMETRIOMA ON OVARIAN RESERVE

¹Jadranka Georgievska, specialist of gynecology and obstetrics,

¹Slavejko Sapunov, ¹Ivana Pashovska, ²Goran Georgievski

¹*Clinic for gynecology and obstetrics, Medical faculty Skopje, Macedonia*

Background: Ovarian endometrioma present cystic manifestation of ovarian endometriosis. Laparoscopy is the best solution for treatment of these ovarian cysts. One of the best using methods is stripping of the capsule, and haemostasis with bipolar coagulation.

The aim of the study: Evaluation of effect of laparoscopic treatment of ovarian endometrioma on ovarian reserve (ovarian volume, residual ovarian volume, antral follicle count-AFC).

Materials and methods: In prospective study we evaluated 31 patient of reproductive age (20-40) operated laparoscopically because of ovarian endometrioma with stripping in University Clinic for Gynaecology and Obstetrics Skopje, R. Macedonia in period from 01.01.2012 to 31.12.2013. We investigated ultrasonographic indicators of ovarian reserve before laparoscopic treatment and three months after laparoscopic treatment.

Results: Comparisons of ultrasonographic finding before and three months after operation show reduction of ovarian volume and residual ovarian volume postoperative. The AFC of the operated ovary was increased significantly three months after operation.

Conclusion: Our results show that laparoscopic treatment of ovarian endometrioma with stripping technique is associated with small reduction of ovarian reserve. Our findings demonstrated a significant improvement of folliculogenesis three months following operation.

SURGICAL TREATMENT OF CERVICAL CARCINOMA - MODERN PROTOCOLS AND GUIDELINES

Goran Dimitrov, MD, MSc Teaching Assistant, specialist in ob/gyn, subspecialist in oncogynaecology
University Clinic of Obstetrics & Gynaecology, Skopje, Republic of Macedonia

Although the incidence of cancer of the uterine cervix is declining in industrial countries since the implementation of national screening programs in the 1960s and 1970s, it is still ranked second to breast cancer in disability-adjusted life-years (DALYs) in a global survey of all malignancies among women in the year 2008 [Soerjomataram et al, 2012]. Without intensified preventive programs the global number of 530,000 new cases of cervical cancer per year in 2008 is estimated to increase by 80 % until the year 2020 [Arbyn et al, 2011].

The Wertheim-Meigs operation (named after Ernst Wertheim and Joe Vincent Meigs) is a surgical procedure for the treatment of cervical cancer performed by way of an abdominal incision. The Wertheim-Meigs operation is used to treat stage IA2, IB1, IB2 and IIA cervical cancers, stage II adenocarcinomas of the endometrium, upper vaginal carcinomas, uterine or cervical sarcomas, and other rare malignancies confined to the area of the cervix, uterus, and/or upper vagina.

In 1898, Wertheim, a Viennese physician, developed the radical total hysterectomy with removal of the pelvic lymph nodes and the parametrium. Wertheim gained world fame for systematically developing – to the point where it became standard practice – a radical abdominal operation for cervical cancer. In 1901, Schauta described the radical vaginal hysterectomy and reported a lower operative mortality rate than the abdominal approach.

In the late 20th century, radiation therapy became the favored approach because of the high mortality and morbidity of the surgical approach.

In 1944, Meigs repopularized the surgical approach when he developed a modified Wertheim operation with removal of all pelvic nodes. Throughout the remainder of the 20th century, various modifications have been made for this radical procedure, especially in light of improvements in the areas of anesthesia, intensive care, antibiotics, and blood product transfusion science.[O'Dowd & Philipp, 1994]

In 1974, Piver et al. published a classification of the radical hysterectomy, ranking extended hysterectomies in five classes of increasing radicality. The need for better standardization and a more objective classification has been recognized and led to proposals of a revised classification developed by the

EORTC-GCG and by Querleu and Morrow (2008). Both classifications attempt to better standardize the procedure and make the classification more clinically relevant and are based on well-defined anatomic landmarks.

The aim of this paper is to compare different guidelines (protocols) from different countries or organizations for surgical treatment of cervical carcinoma. Three guidelines have been reviewed and analyzed: 1. ESGO (European Society of Gynaecological Oncology) Algorithms for management of cervical cancer (2010) 2. NCCN (National Comprehensive Cancer Network) Clinical Practical Guidelines in Oncology – Cervical Cancer (02, 2013) 3. S2k Guideline on the Diagnosis and treatment of Cervical Carcinoma by the German Working Group on Gynecological Oncology (Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie e.V, AGO) (2008). A review is made about the novel surgical techniques and examinations that are used and some of it shall be used in the future in the treatment of this carcinoma: sentinel lymph node biopsy, laparoscopic and robotic surgery, detection of circulating tumor cells in peripheral blood, HPV status of lymph nodes etc.

As a result of the trend toward late childbearing, fertility preservation has become a major issue in young women with cervical cancer. Fertility-sparing surgical procedures should be performed on selected patients with previously defined strict rules.

МИОМА НА МАТКАТА И ГИНЕКОЛОГИЧНИ ПЕДРАКОВИ И РАКОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Надежда Хинкова, д.м., доцент; Ангел Йорданов; Диана Стратева; Павел Добрев; Камелия Цветанова

УМБАЛ „Д-Р Георги Странски“, България

Въведение: Ендометриалният карцином /ЕК/ е едно от най-честите онкогинекологични злокачествени заболявания (7.9%). Повече от 30% от жените имат фиброидни тумори (лейомиома, миома). Нарушения хормонален баланс е основен ключов фактор за появата на горепосочените заболявания.

Цел: Поставихме си за цел да представим, случаите на синхронното развитие на гинекологични педракови и ракови заболявания при пациентки с приемна диагноза миома на матката /ММ/.

Материал и метод: Проучването е ретроспективно за петгодишен период, проведено в Онкогинекологична клиника, Плевен. От всички оперирани пациентки (2087), при 521 (24.96 %) е диагностицирана миома на матката и онкогинекологично заболяване или карцином на гърдата.

Резултати: Двеста и дванадесет жени от 512 жени със синхронна изява на ММ и предрак или рак на ЖПО, са с патология засягаща ендометриума. Съотношението миома на матката и прекарцинози / ММ и ЕК е 159/153 случая. Останалите случаи с ММ и онкологични заболявания се срещат в значително по-малък процент: заболявания на маточната шийка - 26.86% (дисплазия на маточната шийка - 10.17%, Ca colli uteri – 16.69%), Ca ovarii – 11.13%, Ca glandulae mammae – 2.11%.

Изводи: На базата на нашето проучване направихме следните изводи: Синхронната изява на ММ и ЕК се базира на общите етиологични и рискови фактори. Съотношението между съчетанието ММ и прекарциноза към ММ и ЕК е почти 50%/50%, а съотношението ММ и АХ към ММ и ЕК е 1/5, но поради прогресията на АХ в ЕК всички те подлежат на оперативно лечение.

Заклучение: Съчетанието на ендометриални лезии /прекарцинози и карцином/ с ММ е често явление. Недиagnostицирането на ЕК при пациентки с миома, е грубо нарушение на добрата медицинска практика, свързано пряко с живота на пациентките.

РИСКОВИ ФАКТОРИ ПРИ ЕНДОМЕТРИАЛЕН КАРЦИНОМ – НАШИ ДАННИ ЗА ТРИ ГОДИШЕН ПЕРИОД

Надежда Хинкова, д.м., доцент; Ангел Йорданов; Диана Стратева; Павел Добрев; Камелия Цветанова

УМБАЛ „Д-Р Георги Странски“, България

Въведение: Етиопатогенезата на ЕК все още се изяснява, като се имат предвид генетичните промени настъпващи в нормалните клетки под влияние на различни фактори. Рисковите фактори /РФ/

могат да увеличат шанса за поява на заболяване при здрав човек, като самостоятелно или в комбинация увеличават риска, но не причиняват рак.

Материал и метод: Проучването е ретроспективно за периода 01.05.2005г. до 01.05.2008 г.,и по наличните данни от епикризите се определиха РФ при жени с ЕК. Включени са 56 пациентки с проведено оперативно лечение в Онкогинекологична клиника, Онкологичен център УМБАЛ- „ Д-р Г. Странски” гр. Плевен. Обема на оперативната интервенция е в зависимост от стадия на заболяването.

Цел и задачи: Ние си поставихме за цел от данните получени от епикризите на оперираните пациентки с ЕК да представим видовете и честотата на регистрираните в документацията РФ. Да представим част от рисковите фактори за развитие на ЕК при проучваните пациентки, възрастовата група при която най-често се наблюдава ЕК и съчетанието на брой от РФ и ЕК във включените в проучването жени.

Резултати: Най-често засегната е възрастовата група от 51-70 г. -75%, като клиничната изява е генитално кръвотечение под формата на дисфункционално или менопаузално. Най-често срещани РФ по наличната документация се определят доброкачествените заболявания –миома на матката и ендометриоза.

В заключение можем да кажем, че при ЕК често се среща комбинираното действие на няколко рискови фактора, което определя и сложната етиопатогенеза на това заболяване.

PARANEOPLASTIC DISORDERS OF CNS AND AUTOIMMUNE SYNAPTIC ENCEPHALITIS

E. Simeonovska Joveva1, Ass, d-r; M. Karakolevska Ilova1, Ass, d-r; M. Dimitrovska Ivanova1, Ass, d-r;

A. Serafimov 1, Ass, d-r; G. Kamceva1, Ass, d-r; S. Petrovski 1, Ass, d-r; M. Petrova1, m-r;A

1Faculty of medical science, University of Goce Delcev, Stip

Introduction: Some neurologic disorders are caused by antineuronal immune mechanisms. When these disorders occur in conjunction with cancer are known as paraneoplastic neurologic disorders. Another group of immune mediated disorders are encephalitis associated with antibodies against neuronal cell surface or synaptic proteins. The diagnosis of any of these disorders is based on the recognition of the neurologic syndrome, the detection of specific neuronal antibodies in serum or CSF, and identification of underlying cancer. In general, the disorders associated with antibodies against intracellular antigens affect older individuals, are paraneoplastic, are mediated by T- cell mechanisms and are largely resistant to treatment. In contrast, autoimmune encephalitis associated with antibodies to synaptic or cell surface antigens affect younger individuals and children, may and may not be associated with cancer, appear to be antibody mediated, and often responsive to immune modulatory therapies.

Common Paraneoplastic Syndromes: Paraneoplastic encephalomyelitis refers to an immune-mediated inflammatory disorder that can affect any part of CNS, dorsal root ganglia, and autonomic nerves. The main areas involved are hippocampus (limbic encephalitis), the Purkinje cells of the cerebellar degeneration), the lower brainstem (brainstem encephalitis), the dorsal root ganglia (sensory neuropathy), the spinal cord (myelitis), and the sympathetic or parasympathetic ganglia and nerves (orthostatic hypotension, gastrointestinal paresis or pseudo- obstruction, cardiac arrhythmia, erectile dysfunction, abnormal pupillary response to light).

Material and methods: This is a case study about 62 years old men presented with a 4 month history of back pain, constipation, bilateral lower extremity paresthesia. MRI revealed signal abnormalities in the spinal cord from Th2 to Th7 and bilateral temporal lobe abnormalities. CSF showed 130 white blood cells, a protein concentration of 150 mg/dl, glucose of 67 mg/dl, positive oligoclonal bands, IgG index of 7.3 and absent paraneoplastic antibodies. CSF was negative for malignant cells. CT of chest, abdomen and pelvis were normal, only an enlarged prostate (the prostate needle biopsy was obtained, and the result showed neuroendocrine tumor of the prostate). Prostatectomy was performed and chemotherapy was started, but three weeks later he developed subacute confusion, severe short-term memory deficit, and visual hallucinations. EEG was normal. He was treated with methylprednisolone for 3 days and discharged home with slow prednisone taper.

Result: During the treatment he showed dramatic improvement of all symptoms. Several MRI obtained over 15 months showed stabile medial temporal lobe abnormalities without hippocampal atrophy.

Conclusion: The clinical features, CSF findings, and synchronous detection of a prostate cancer suggested a paraneoplastic etiology and dramatic neurologic response to corticosteroids confirm the etiology.

ГОЛЕМИНА НА ПЛЕВРАЛНИ ИЗЛИВИ КАЈ РАЗЛИЧНИ ХИСТОЛОШКИ ТИПОВИ НА БЕЛОДРОБЕН КАРЦИНОМ

М. Караколевска Илова¹, Асс, д-р; Е. Симеоновска Јовева¹, Асс, д-р; М. Димитровска Иванова¹, Асс, д-р; А. Серафимов¹, Асс, д-р; Г. Камчева¹, Асс, д-р; С. Петровски¹, Асс, д-р; М. Петрова¹, м-р;

¹ Факултет за медицински науки, Универзитет Гоце Делчев Штип

Вовед: Плевралните метастази од бронхогено потекло се појавуваат релативно рано кај белодробен карцином за разлика од другите примарни висцерални тумори со што дополнително го зголемуваат морбидитетот. Една третина од пациентите со неситноклеточен карцином имаат инволвирање на плеврата при првата презентација, што индицира присутност на плеврални метастази (метастатска болест) и нересектибилност. Присуството на малиген плеврален излив без разлика на големината е со лоша прогноза значително зголемувајќи го морбидитетот и доведувајќи до намалување на периодот на преживување што претставува поттик да се даде приказ за инциденцата на појавување како и големината на изливот кај различните хистолошки типови на примарен белодробен карцином.

Материјал и методи: За целите на студијата се обработија податоци од 800 пациенти во период од 2008 - 2010 год. на возраст од 35 - 75 год. со докажан примарен белодробен карцином и малиген плеврален излив асоциран со примарниот белодробен карцином. Податоците за секој пациент беа обработени до неговиот последен преглед и тоа големина на плевралната ефузија: масивна, голема, средна и мала (генерално и кај секој хистолошки тип на белодробен карцином).

Резултати: Истражувањето покажа дека малиген плеврален излив асоциран со примарен белодробен карцином се разви кај 193 пациенти (193/686; 28,1%). Најзастапен е мал излив со 72,4%, додека разликата во бројот на голем и средно голем излив не е статистички сигнификантна ($p=0,839$). Најмалку се разви масивен плеврален излив - 1%. Малиот плеврален излив се појави за 18,4% повеќе кај планоцелуларен карцином од аденокарцином ($p=0,005$). Средно голем излив се разви за 53,8% повеќе кај аденокарцином од планоцелуларен ($p=0,006$) и за 38,4% повеќе од ситноклеточен ($p=0,376$). Половина од големите изливи се од аденокарцином, што во однос на бројот на големите изливи од другите хистолошки типови е без статистичка значајност ($p=0,072$). Масивниот плеврален излив се појави само кај планоцелуларниот карцином ($p=0,155$) што не е статистички сигнификантно во однос на другите хистолошки типови, односно кај секој хистолошки тип има веројатност за развој на масивен плеврален излив. Крупноклеточниот карцином иако е најредок, може да развие малиген плеврален излив во било која големина па дури и масивен.

Дискусија: Секој хистопатолошки тип на белодробен карцином има иста веројатност да развие излив во било која големина, меѓутоа да развие голем излив најголема веројатност има аденокарциномот и тоа за 5,7% повеќе од планоцелуларен карцином, за 3,7% повеќе од ситноклеточен и за 2,2% повеќе од крупноклеточен карцином. Земајќи во предвид дека изливот се појавува во 1/3 од случаите со белодробен карцином, а тоа значи метастатска болест и дека секој хистолошки тип може да развие излив во било која големина, потребно е правилен третман и следење на пациентите со примерен белодробен карцином.

SELECTING TREATMENT FOR SEIZURE CONTROL IN EPILEPSY CAUSED BY PRIMARY AND SECONDARY BRAIN TUMORS

G. Kiteva-Trenchevska, Assoc prof MD, PhD

University clinic of neurology, Skopje, R. Macedonia

Epilepsy is one of the most frequent chronic neurologic conditions with different causes. Brain tumors are frequent cause of epilepsy in all age groups.

The aim is to present treatment options in different brain tumors and epilepsy. 32 patients, 18 females, 14 males, on age of 10 to 70 years with epilepsy caused by different brain neoplasms were evaluated clinically, electrophysiologically (EEG and evoked potentials) and with imaging methods (brain CT and MRI and cerebral angiography). Cerebral haemangiomas (CH) were the cause of epilepsy in 5 cases, arterio-venous malformations (AVM) in additional 5, benign cerebral neoplasms (meningiomas, gangliogliomas and craniopharyngeomas) in 8 patients, primary malignant brain neoplasms in 10 and metastatic neoplasms in 4 patients.

Surgical treatment, radiotherapy and/or chemotherapy were used in all patients with malignant primary cerebral neoplasms and in one metastatic cerebral neoplasm secondary to lung cancer, radiotherapy and/or chemotherapy in 3 metastatic. These surgical, radiological and pharmacological treatments were not enough without an appropriate treatment of epilepsy. Selecting an appropriate antiepileptic drug (AED) is important taking in mind the potential drug interactions as patients with brain tumors sometimes are using cytostatics. Most of the old AEDs are CYP 450 hepatic enzyme system inducers that decrease cytostatic levels by inducing their metabolism and increasing their serum elimination. To prevent decreased serum levels of cytostatics, new AEDs without drug interactions are recommended for seizure control in epilepsy caused by malignant brain tumors, such as levetiracetam (LEV) and gabapentin (GBP). There are studies recommending LEV and valproate (VPA) - enzyme inhibitor for epilepsy treatment caused by brain malignant tumors as more effective in prolonging patients' life expectancy. Both old and new AEDs were efficacious in seizure control in 8 patients and polytherapy with new AEDs was used in 2. Drug interaction are important, too when polytherapy is used, as AEDs inducers may decrease their own serum concentrations and of other concomitantly used AEDs. Surgical treatment and additional pharmacological treatment with AEDs was used in 7 patients with benign non-vascular cerebral neoplasms, AED was withdrawn in one and only pharmacological treatment with LEV was used in one. Surgical treatment (lesionectomy and embolisation) and AEDs were used in 4 patients (2 with CH and 2 with AVM) and only AEDs in 6, with polytherapy in 7, mostly patients with AVM. Other new AEDs such as lamotrigine, topiramate and oxcarbamazepine as weak enzyme inducers are recommended for epilepsy treatment as LEV and GBP to prevent drug interactions when polytherapy is needed and in other comorbid conditions. Studies with statistical power should be done for future AEDs recommendations for better AED selection in epilepsy caused by brain tumors. Till then individual approach, taking in mind patient's comorbidities, drug properties and mechanism of action are useful in selecting appropriate AED for seizure control of epilepsy caused by brain tumors.

DIAGNOSTIC AND SURGICAL TREATMENT OF OPERATED STOMACH CANCER

Prof. Gia Lobzhanidze MD. PhD. ScD. , Prof. Dimitri Kordzaia MD. PhD. ScD.,

Gia Datuashvili MD. PhD., Besarion Iremashvili MD. PhD., Zaza Khachiperadze MD. PhD. Student.

Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

Tbilisi State Medical University, Tbilisi, Georgia

Georgian Medical Association

Gastric Ulcer operation was researched in 523 (82,6%) patients in far results (2-15 years), 313 (72,5%) patients were stationary studied, and the rest 119 (27,5%) by documentation data.

From 432 researched patients 144 were made gastric resection by Bylroth I method, 76 patients – Bylroth II, 39 – Rough, and 54 – economic resection with vagotomy, 91 – truncal vagotomy with pyloroplasty, 27 – selective proximal vagotomy and one gastrectomy.

9 (2.1%) patients were diagnosed with operated stomach cancer from postoperative far complications. 4 of these patients were made gastric resection by Bylroth II, in 2 cases by Bylroth I, and in each case economic resection, truncal vagotomy with pyloroplasty, and selective proximal vagotomy.

After the study of gastric resection by the Roux method, operated gastric cancer have not revealed a single case of the disease.

From the mentioned 9 patients 6 patients died from the diagnose “operated stomach”, during different periods after operation (2-9 years). The remaining 3 patients after 2.3 and 8 years were diagnosed with stomach cancer diagnosis and underwent radical surgical treatment. 5 years after the operation, all three of them felt themselves satisfactorily.

It should be noted that in case of chronic stomach ulcer (complications, ineffective drug treatment, the large size of the ulcer, a long history the ulcer) still have to provide the surgical treatment: urgent or planned. Further results study showed that the operated stomach cancer after gastric resection is more frequent and counts 1.8%, and in organs saving method the pathology revealed in 0.8%.

If the medication is not effective during long period and variety of complications develops, surgical treatment is recommended. But before the operation qualified examination is necessary and the decision of surgery technics should also be made.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA

Daniela Miladinova, MD PhD.

Institute of Pathophysiology and Nuclear Medicine, Faculty of Medicine, University SsCyril and Methodius Skopje. R.Macedonia

Thyroid cancer is the most common endocrine cancer and is one of the few cancers that has increased in incidence rates over recent years. It occurs in all age groups, as a lump or nodule in the front of the neck, rarely with symptoms as hoarseness, difficulty in speaking, swollen lymph nodes, difficulty in swallowing or breathing and pain in the throat or neck.

There are several types of thyroid cancer: papillary, follicular, medullary, anaplastic and variants. Papillary and follicular are referred as differentiated thyroid carcinoma (DTC) and account for 80-90% of all thyroid cancers. Variants include tall cell, insular and Hurtle cell carcinoma. Their treatment and management are similar. If detected early most papillary and follicular thyroid cancers can be treated successfully. Medullary thyroid carcinoma (MTC) accounts for 5-10% of all thyroid cancers. There are two types of MTC: sporadic and familial. Genetic testing of the RET proto-oncogene should be performed in all patients with MTC to determine whether there are genetic changes, removal of the thyroid during childhood has a high probability of being curative. Anaplastic thyroid carcinomas the least common and accounts for only 1-2% of all thyroid carcinomas. This type is difficult to control and treat because it is very aggressive with survival less than a year.

Treatments for thyroid cancer include surgery, radioactive iodine, external beam radiation and chemotherapy including tyrosine kinase inhibitors. In most cases patients undergo surgery to remove most of the thyroid gland and are treated with thyroid hormone replacement therapy, with high dose to suppress TSH below the reference range to prevent the growth of cancer cells.

Factors associated with thyroid cancer include: a family history of thyroid cancer, gender (women have higher incidence), age (the majority of cases occur in people over 40 although TC affects all age groups) and prior exposure of the thyroid gland to radiation.

While the prognosis for most TC is very good, the rate of recurrence can be up to 30%, and recurrences can occur even decades after the initial diagnosis. Therefore it is important that patients get regular follow up examinations to detect whether the cancer has reemerged. Monitoring should continue throughout the patients life time.

Periodic follow up examinations can include a review of the medical history together with selected blood tests appropriate for the type of cancer and stage of treatment (TSH, thyroglobuline, CEA and calcitonine levels), physical examination and imaging techniques (ultrasound, radioiodine whole body scan, chest x-ray, CT, MRI and PET/CT).

QUALITY OF LIFE, ANXIETY AND DEPRESSION AMONG PATIENTS WITH HEAD AND NECK CANCER

Ass. V. Milosev, MD.^a,

Prof. L. Miloseva, Ph.D.^b

Prof. T. Vukosavljevic-Gvozden, Ph.D.^c

^a Faculty of Medical Science, Clinical Hospital

Goce Delcev University, Stip, R. Macedonia

vmlilos@gmail.com

^b Faculty of Medical Science, Dept. of Psychiatry and Clinical Psych.,

Goce Delcev University, Stip, R. Macedonia

lence.miloseva@ugd.edu.mk

^c Faculty of Philosophy, Dept. of Clinical Psych., University of Belgrade, R. Serbia

Background: The cancer patients suffer from substantial and long-term psychological distress associated with different forms of cancer and its medical treatments. Head and Neck cancer is especially traumatic emotionally because of disfigurement and functional impairment resulting from both the cancer and its treatment. Numerous concerns exist from a psychological perspective for the head and neck cancer patient, including the reaction to the cancer itself, the threat to one's mortality, body image issues, fears of treatment (surgery, radiation, and chemotherapy) and potential disfigurement, family, social and vocational issues.

Material and Method: The aim of this study was to examine changes in psychological distress, such as depression and anxiety, and quality of life (QOL) during the perioperative period in patients with head and neck cancer undergoing surgery. We also investigated the relationship between patient's psychological distress and QOL. We hypothesized that perioperative psychological distress would affect QOL. Thus, head and neck cancer patients with lower psychological distress would experience better QOL compared with patients with higher psychological distress. Participant exclusion criteria was significant psychological distress.

The data were obtained at Dept. of Maxillofacial surgery, Clinical Hospital, Stip. The sample consisted of sixty patients diagnosed with head and neck cancer. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Functional Assessment of Cancer Therapy General (FACT-G); and Head and Neck (FACT-H&N), as quality of life (QOL) surveys were administered preoperatively, after surgery, and 1 month after leaving the Clinical hospital in Stip, R. Macedonia.

Results: Anxiety was highest pre-operation and depression was highest post-operation, but improvements in both were seen post-discharge. At the pre-operation time point, anxiety and depression low-score groups had significantly high scores on Emotional well-being and Functional well-being. At the post-operation time point, anxiety and depression low-score groups had significantly high scores on all QOL subscales.

Conclusion: Issues associated with the head and neck cancer patient are far-reaching, and the ramifications of treatment often extreme. Therefore it is important for patients, caregivers, and medical staff to understand the many facets of adjustment to cancer and the impact of treatment on the patient's quality of life as well as its medical impact. Psychological support is often necessary in assisting these patients to make a successful adjustment to all the difficulties they will encounter as a result of the illness.

Key words: quality of life; anxiety; depression; head and neck cancer.

TOBACCO USE AMONG 16 YEARS OLD STUDENTS IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA AND SOME NEIGHBOURING COUNTRIES

Dr. Silvana Oncheva MSc

CSO 'CONTACT', Skopje, R. Macedonia

Prof.Dr. Doncho Donev

Institute for Social Medicine, Medical faculty, University St. Cyril and Methodius, Skopje, R. Macedonia

Introduction: Tobacco smoking is the most important reason for the appearance of cancer diseases, which is preventable.

Goal: To conduct comparative analysis in tobacco use among youngsters aged 16 in the Republic of Macedonia (RM) and other countries in the region.

Material and methodology: Comparative analysis of the result from the ESPAD survey conducted in the years 1999, 2007/2008 and 2011/2012 among secondary school children aged 16. Standard/unified ESPAD questioner has been used. The number of participating students exceeds 2400 per year.

Results: In the RM in the year 2012, 41,2% students had experience with smoking (life time), - decrease comparing with the results in Y2008 (42,7%) and Y1999 (56,5%). In the capital- Skopje, the result has also been decreased from 47% in Y2008 to 41% in Y2012. In Y2012, 12,3% stated use of tobacco in more than 40 occasions (life time), comparing with 10% in Y2008 and 20% in Y1999. In Y2012, 16,3% students smoked tobacco in one or two occasions life time (17,5% in Y2008). Out of the total number of female students 42,5% experienced tobacco smoking (life time) comparing with male students (41,3%). In Y2008, 39,1% female and 46,4% male students experienced tobacco smoking. 24,2% students smoked during the last 30 days in RM in Y2012 (37% in Y1999). 11,8% of smokers smoked more than 20 cigarettes per day (2% of the total number of interviewed students). The first experience with smoking was usually at the age of 13 or 14 years.

Compared with other countries in the region and European average: In Y2011/2012 in Europe there were 34% no-smokers (average without RM), while in Y2007, 42%. In the years 2008 and 2012 in RM there were 57% no-smokers (55% in Greece and 40% in Slovenia). In Bulgaria in Y2008 there were 35% no-smokers while in Y2012 there were 46% no-smokers. Decreased number of no-smokers is noted in Croatia (22% in Y2007 and 30% in Y2011). Decreased number of no-smokers during the last month period is in Slovenia (71% in Y2007 and 68% in Y2011). Increased number of no-smokers (last month) is noted in RM (77% in Y2008 and 82% in Y2012); Greece (78% in Y2007 and 79% in Y 2011); Bulgaria (60% in Y2007 and 61% in Y2011) and the European average (71% in Y2007 and 72% in Y2011). European average of smokers during the last 30 days among students aged 16 is decreased (38% in Y1999 to 27% in 2011) where as RM has decreased result from 37% in Y1999 to 24% in Y2012.

Conclusion: The number of students aged 16 who smoked (life time prevalence and last 30 days) in RM is decreased. Female students smoke more than male students. The number of no-smokers in RM is higher compared with the European average for the life time prevalence, but for the last month prevalence is almost the same.

Key words: tobacco, tobacco smoking, adolescents, ESPAD, Macedonia.

OPTO-MAGNETIC IMAGING SPECTROSCOPY IN CHARACTERISATION OF STAIN AND NON-STAIN PAP SMEARS: PRELIMINARY STUDY OF CERVICAL CANCER

M. Papić-Obradović¹, B. Jeftić², A. Dragičević², L. Matija², Đ. Koruga²

¹*Clinic of Gynecology and Obstetrics "Narodni Front", Kraljice Natalije 62, 11000 Belgrade, Serbia*

²*Department for Biomedical Engineering, Faculty of Mechanical Engineering, University of Belgrade, Kraljice Marije 16, 11120 Belgrade, Serbia*

Background: According to data obtained by the WCRFI (World Cancer Research Fund International), cervical cancer is the fourth most common cancer in women, with 528,000 new cases diagnosed worldwide in 2012. However most (84%) of cancer occurred in less developed regions (445,000 cases), compared with more developed regions (83,000).

There are different methods to characterize cervical tissues and detect cancer. One of them is FTIR (Fourier Transform Infrared) spectroscopy as a method that is relatively recently got a new application in the detection of various types of cancer, and as such is being tested in research as a method of screening for cervical cancer. FTIR detects irregularities of the cells on a molecular level. The development of morphological changes which are available for detection under a microscope were preceded to distortion, and are showing the great importance of FTIR spectroscopy for early detection of precancerous lesions.

The second one other method is a Raman spectroscopy whose advantages over other optical methods, includes high spatial resolution, includes high spatial resolution, the use of less harmful NIR radiation, less demanding preparation of the samples and its application to *in vivo* / *in situ* measurements. The molecular structure of proteins and lipids is different between neoplastic and normal tissues and therefore Raman spectroscopy has been considered promising for the diagnosis of cancer. Despite the fact that the IR and

Raman spectroscopy will have important clinical applications, they are expensive for preventive, early detection of epithelial cancers. Therefore it is necessary to develop a cheap and reliable method for screening in general doctor practice offices and clinical diagnostic. These findings bring into focus the need for implementation of the new methods for cervical cancer, notably for screening, monitoring and diagnostics.

Methods: Study included a group of 791 patients; with 1712 tiles obtained by comparative PAP study and a novel optical method OMIS (Opto-magnetic imaging spectroscopy). The OMIS is a nanophysical diagnostic technique based on the interaction of electromagnetic radiation with valence electrons within the sample material, therefore examining electron properties of matter (covalent bonds, hydrogen bonds, ion-electron interaction, Van der Waals interaction). The OMIS technique has already yielded positive results in diagnosing epithelial tissues such as skin, colon, oral cavity and other biological samples. The method is non-invasive, and applicable both *in vitro* and *in vivo*. These advantages provide basis for an excellent performance in the environment of screening testing, where speed, ease of use, accuracy and low costs equally contribute to successful early diagnosis of cancer.

Results: We compared tiles from same patients. The method showed clear differentiation and classification with high sensitivity prepared with the classical staining method for PAP test (642 stained tiles) and the non-stained tiles (149 non-stained tiles) for all PAP groups (for stained tiles: specificity 78,16%, sensitivity 97,92% and accuracy 85,18%). However, the most important classification is between third (*inflammation*) and forth (*cancer in situ*) groups. Much better results were found out for non-stained tiles (specificity 100%, sensitivity 74,07% and accuracy 82,50%), than for stained tiles.

Conclusion: Comparing OMIS method with classical PAP test the time for diagnosis is shorter, expenses are less and efficiency increased. The most important advantage of the OMIS is possibility to use non-stain PAP smears, what gives much quicker diagnosis, around 30 times, to compare with the conventional stain PAP smears method.

THE EVOLUTION OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF OVARIAN CANCER

Prof. Dr Vladimir Pažin

*Professor of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine University of Belgrade
Head of Surgical and Oncological Service, Clinic of Gynecology and Obstetrics "Narodni Front"
Belgrade, Serbia*

We are all witnesses of continuous progress of medicine regarding better understanding of various diseases nature, as well as therapeutic options which we can use. The process of evolution characterizing fight against ovarian cancer we can overview through a couple of crucial issues: epidemiology, risk factors, prevention, diagnostics, surgery and additional means of treatment. It should be mentioned that diagnostics and therapy both had relatively slow development, determined, in major part, by the progress of technology.

From the epidemiological point of view it is important to mention that ovarian cancer keeps ninth place regarding incidence of all malignant tumors in women and fifth place regarding mortality. Life-risk of a female person to get this disease counts 1:70 and there is a trend of increase in further period. Due to uncertain symptoms, the disease is mostly diagnosed in advanced stages with the peak of incidence between 65th and 75th years of age. About 90% of ovarian malignity has epithelial origin. The first real recognizing of ovarian tumors' etiology starts at the end of XIX century by the works of Virchoff and, later, Tirsch.

During the last century risk-factors have been recognized, which, besides heritage, include smoking, contact with various chemicals, null parity, miscarriages, hormonal stimulation, etc. Recently, breakthrough in genetics enlarges our knowledge about this disease, so that reveal of BRCA1 and BRCA2 and a few more, genes/antigens, increases possibilities of prevention (contraceptives, prophylactic salpingo-oophorectomy, etc).

Progress in diagnostics, beside gynecologic bimanual and combined examination, is made in the first place, by means of ultrasonography, color Doppler analyses of vascular flow, imaging techniques (CT, MRI, PET-CT), along with tumor biopsies performed under ultrasonographic control. Also, progress of additional diagnostics helped making better impression of the disease, like radiography, biochemistry, laboratory, tumor markers and their combinations, laparoscopy, and breast examination. And finally, the role of malignant diseases with similar genetic basis that connects ovary and large bowel, ovary and breast and ovary and

endometrium (syndrome Lynch), was recognized. For further period of time, revealing of genome and targeted therapy remains, as well as always present desire for a good screening method.

In the treatment of ovarian cancer, along the time, the key importance of surgery never left ruling position. However, recently, new medical options are getting their place and meaning. Surgery is, so far, milestone of therapy of this disease, as it was through the decades and centuries. From very long time ago, according to the written evidence, doctors have tried to explain tumor spread and development of metastases. Cancer is as old as the human race and the first reports about that are contained in Egyptian scripts between 3000 and 1500 years BC. They thought, at that time, that mummies, somehow get ovarian cancer. Frequently, those changes were benignant in their nature, but they didn't know how to distinguish them from those incurable ones. Ancient surgeons knew that cancer, when removed, can occur again. Key contributions to medical science in that field, at the time gave Celsius, Galen and Hippocrates.

Up-to-date treatment of this disease commences only about a hundred years ago, with the progress of surgery. Bilioth, Handley and Halsted emphasized the importance of removing the tumor completely, as well as the regional lymph nodes. Further, in twentieth century surgeons develop both, the extensive surgical techniques along with minimally invasive ones, in order to find the proper way of therapy which gives best summary effect. Not to forget, progress of anesthesiology was of the same importance, from William Morton, 1846. Year.

Complete development of medical science, surgical technique and skill and anesthesiology with reanimation led to greater success in treatment of ovarian cancer and additional bonding with, meanwhile born, chemotherapy. In the seventies of previous century standards of exploratory laparotomy were gradually established, concerning midline abdominal incision, and new term – cytoreduction. The importance of team work in the organization of medical service becomes crucial at the end of the second millennium and after coming years. All along the possible therapeutic methods palliative medicine arose regarding surgery, chemotherapy and irradiation. Those disciplines obtained necessary life decency to those incurable patients.

Surgery, although the basics, is not almighty even today, because the patient's condition often precludes an adequate operation, and some of the patients reveal an inoperable state during surgery.

There is a variety of additional methods searching their role in the treatment of this disease, such as intraperitoneal therapy, radiotherapy, biological therapy along with standard chemotherapy. The first chemotherapy was applied in 1978. for ovarian cancer. Hormonal therapy in cases of hormone – dependant tumors occasionally shows good response.

Finally, we all must admit that mortality of ovarian cancer is still high and that we discover the disease in early stages only by accident. A proper screening method is still out of sight. We need new therapeutic methods possibly offered by means of gene therapy.

TREATMENT OUTCOME OF PATIENTS WITH METASTATIC COLORECTAL CANCER IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA

P. Stefanovski M.D.,Ph.D.¹, N. Petrusavska Angelovska M.D.², B. Grozdanovska M.D.²,
N. Mitreski M.D.², M. Ristevski M.D.²

¹*Department of Oncology and Palliative Treatment, Clinical Hospital, Bitola, Republic of Macedonia,*

²*University Clinic for Radiation Therapy and Oncology, Skopje, Republic of Macedonia,*

Background: The aim of the study was to evaluate the outcome of the treatment of metastatic colorectal cancer (mCRC) patients in all oncological institutions in the Republic of Macedonia, a research that has never been conducted before.

Methods: Retrospective demographic and survival statistical analyses of the consecutively treated mCRC patients from 2006 to 2010 in oncological institutions in the Republic of Macedonia have been performed. The data base was specifically designed for the empirical research in question, by collecting patient data from the available medical histories of mCRC patients in both institutions. The standard Kaplan–Meier curves for survival analyses have been calculated.

Results: A total number of 306 mCRC patients, out of which 184 (60%) were male and 122 (40%) were female patients, have been analyzed. The majority of the patients, more specifically 237 (77.5%) were treated at University Clinic for Radiation Therapy and Oncology in Skopje, while the rest 69 pts (22.5%) were treated at Clinical Hospital in Bitola. The median age of the patients is 60 years (range 25 – 80). Majority

of patients (279) have visceral metastasis, 244 patients have only one organ involved, and 55 patients have two or more organs involved. All of the patients have been treated with the drugs provided and fully covered by the national health insurance for the treatment of mCRC patients in Macedonia. Such are: modulated 5-FU, irinotecan, and capecitabine, given as a consecutive treatment of combination or single agent therapy. Median progression free survival (PFS) of the patients is 7.5 months, and the probability of median overall survival (OS) ranges from 14.3 to 18.2 months. The probability of long term survival was estimated at the 5-8% range.

Conclusions: The PFS and OS data for our population correspond to the previously demonstrated results in the historical studies evaluating the outcomes of the mCRC treatment with the same drugs. In order to improve this outcome, especially OS, we urgently need more new drugs for the treatment of mCRC, particularly oxaliplatin, bevacizumab and EGFR inhibitors. In addition, the development of multidisciplinary approach in the treatment of these patients should further improve OS and hopefully cure rates as well. Unfortunately, until that is achieved, the chances for longer survival of our patients cannot improve and the same outcome will continue to be reality in the forthcoming years.

SAFETY AND ACTIVITY OF CAPECITABINE IN PATIENTS WITH LOCALLY ADVANCED AND METASTATIC GASTRIC CANCER. RESULTS OF ML21392 STUDY.

P. Stefanovski M.D., Ph.D.¹, N. Petrusevska Angelovska M.D.², B. Grozdanovska M.D.², N. Mitreski M.D.²

¹*Department of Oncology and Palliative Treatment, Clinical Hospital, Bitola, Republic of Macedonia,*

²*University Clinic for Radiation Therapy and Oncology, Skopje, Republic of Macedonia,*

Background: Capecitabine is a standard option in patients with locally advanced (LA) and metastatic gastric cancer (MGC) as a part of different chemotherapeutic protocols. The aim of the study was to evaluate the safety and activity profile of capecitabine in patients with gastric cancer treated in oncology institutions in the Republic of Macedonia.

Methods: Eligibility included: (a) histologically proven gastric adenocarcinoma, (b) LA or MGC, (c) Performance status (PS) ECOG 0-2, (d) age 18 years or older, and (e) no contraindication to chemotherapy. Patients received 6 cycles of Capecitabine (2000 mg/m²/day PO on D1-14) and Cisplatin (80 mg/m² IV on D1) every 3 weeks (CX), or Capecitabine (2000 mg/m²/day PO on D1-14), Cisplatin (60 mg/m² IV on D1) and Epirubicin (50 mg/m² IV on D1) every 3 weeks (ECX), or Capecitabine (2000 mg/m²/day PO on D1-14) and Oxaliplatin (130 mg/m² IV on D1) every 3 weeks (CAPOX), or Capecitabine (2000 mg/m²/day PO on D1-14), Cisplatin (60 mg/m² IV on D1) and Docetaxel (75 mg/m² IV on D1) every 3 weeks (DCX).

Results: Between March 2008 and December 2011, 122 patients were enrolled in this study; median age was 60 years (range, 31 to 79) with 84 male and 38 female patients; 90 metastatic diseases and 32 LA diseases, ECOG 0/1/2, 53/55/14 respectively, treated with CX 64 (52.5%), ECX 56 (45.9%), CAPOX 1 (0.8%), DCX 1 (0.8%). A total of 545 cycles were administered with a median of 4 cycles per patient (range, 1-6). Capecitabine doses of 100%/75%/50% were administered in 417/125/3 cycles respectively. 67 (54.9%) patients completed all 6 cycles of chemotherapy, and 3 (2.5%) patients are on ongoing treatment. 91.1% of patients who completed 6 cycles of capecitabine combination chemotherapy have had ECOG PS 0 or 1. 52 (42.6%) patients have not completed 6 cycles of chemotherapy due to: death 3, progression 10, nausea/vomiting/diarrhea 11, hand-foot skin reaction 1, leucopenia/neutropenia 2, thrombocytopenia 6, asthenia 2, haematemesis 1, phlebotrombosis 1, patient decision 6, and 9 patients have been lost for treatment. 122 patients were assessable for toxicity. The most common adverse events were: leucopenia in 103 cycles (18.9%), neutropenia in 87 cycles (15.9%), thrombocytopenia in 56 cycles (10.3%). nausea/vomiting in 128 cycles (23.5%), stomatitis in 23 cycles (4.2%), diarrhea in 26 cycles (4.8%), hand-foot skin reaction developed in 30 cycles (5.5%) and asthenia in 99 cycles (18.2%). Febrile neutropenia occurred in 2 cycles (0.4%). 77 patients were eligible for response evaluation, CR 5.1%, PR 28.6%, SD 33.8% and PRO 32.5%.

Conclusions: Capecitabine as a part of different chemotherapeutic protocols in patients with LA and MGC is safe, effective and feasible therapeutic option particularly in patients with good performance status.

THE NEUROLOGICAL SYMPTOMATOLOGY MOTIVE FOR DETECTING OF PRIMARY BREAST CANCER

T. Deleva-Stoshevskia, S. Stojchev, M. Grozdanovski, D. Ristik, B. Stoshevski, S. Nikoloska, M. Nikoloski

Case: 49 year old patient came to a doctor motivated by bilateral lumboischialgic disturbances, shortly afterwards followed by double vision. Patient provided information of weight loss. Long-term smoker. The objective neurological examination displayed paresis of left n. abducens and peripheral type paresis of left n. facialis. MTR with generalized weakened reflex responses. Bilateral Babinski sign was negative. Bilateral Lasègue sign was positive (30 degrees). Walk was antalgic. Other findings were normal. Since somatic status expressed cachexia, on inspection, especially on the left breast, there were particularly notable morphological changes of the skin with the appearance of orange peel. On palpation in the left upper quadrant a tumor formation was palpable with present crust formation over the wound measuring 2 cm in diameter. Papillae mammae of both breasts were retracted. Bilateral axillary lymph node packages were present. Laboratory analysis of blood showed elevated sedimentation rate, elevated white cell count, decreased platelet count, reduced erythrocytes count and value of hemoglobin, elevated AST, ALT, GGT, alkaline phosphatase and elevated tumor markers specific for breast cancer. With echotomography and mammography breast tumor masses were detected and classified - right breast BI-RADS 3, left breast BI-RADS 4. Core needle biopsy was recommended. Echotomography of the abdomen identified secondary deposits in the liver. CT with contrast recorded secondary deposits in medulla oblongata and cerebellum, and bone window noted osteolytic foci of the calvaria. Gastric hemorrhagic syndrome was present and successfully resolved with endoscopic sclerosation of the bleeding ulcer.

Conclusion: Considering the physical aspect of the patient and findings from laboratory analyzes imposed impression and suspicion of the malignant etiology of the noted symptoms. Diagnostic studies made in this direction confirmed the suspicion, and targeted clinical investigations detected primary neoplastic process of the breast and dissemination in many organs. The patient was placed on roborant, antacids, poly-vitamin and antibiotic therapy and 4 transfusions of decanted erythrocytes were administered. Further consultation and treatment with an oncologist and thoracic surgeon were recommended.

CANCER INCIDENCE AMONG BELARUSIAN CITIZENS PARTICIPATED IN THE LIQUIDATION OF THE CHERNOBYL ACCIDENT CONSEQUENCES

Tserakhovich T., Shabeka N.

*Republican Scientific-and-Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health
Minsk, Belarus*

Длительный мониторинг состояния здоровья населения Республики Беларусь (РБ), подвергнувшегося воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС и ликвидаторов (28 лет, прошедших с момента аварии), своевременное выявление негативных тенденций, проведение эффективных медицинских мероприятий сохраняет свою актуальность для решения проблем, вставших в послеаварийный период.

Международным агентствам по изучению рака (Лион, Франция) и Центром исследований в области экологической эпидемиологии (CREAL) (Барселона, Испания) было проведено исследование случай-контроль гематологических злокачественных новообразований среди ликвидаторов аварии на ЧАЭС из Беларуси, России и стран Балтии. Исследование было вложено в когорты ликвидаторов, которые работали вокруг ЧАЭС в 1986-1987 гг. В исследование были включены 117 случаев заболеваний (69 лейкемии, 34 неходжкинской лимфомы (НХЛ) и 14 других злокачественных опухолей лимфоидной и кроветворной ткани) и 481 контролей. Изучаемая группа состояла из когорты около 66,000 белорусских, 65 000 российских и 15 000 прибалтийских ликвидаторов, которые принимали участие в очистке территории на площадке реактора и в загрязненной зоне вокруг Чернобыльской АЭС в период с 26 апреля 1986 года по 31 декабря 1987 года и были включены в

Чернобыльский реестр (в Беларуси и России) или в Baltic liquidator cohorts. Представляет несомненный интерес когортное исследование белорусской группы ликвидаторов по данным Белорусского государственного регистра (БГР) лиц, подвергнувшихся воздействию радиации вследствие

катастрофы на ЧАЭС, находившихся (хотя бы 1 день) в 30-километровой зоне в период мгновенной, а особенно пролонгированной фаз аварии на ЧАЭС. Нами в исследование включены 4958 человек, получивших статус ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (ЛПА), пребывание которых зарегистрировано в 30-км зоне в период пролонгированной фазы, закончившейся 6 мая 1986 года (по другим данным, она продолжалась до 15-16 и даже до 25 мая). Из них 154 человека находилось в этот период в г. Припять.

В период мгновенной (взрывной) фазы аварии на ЧАЭС белорусских ликвидаторов по данным Белорусского государственного регистра (БГР) лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на ЧАЭС, находилось лишь 5 человек (г. Припять).

Проанализировав заболеваемость и смертность данной когорты, отмечено, что у ЛПА не наблюдались такие детерминированные эффекты, как острая или хроническая лучевая болезнь, лучевые ожоги (местные лучевые поражения). При этом катаракта хрусталика глаз зарегистрирована у 1076 ликвидаторов (H25, H26, H28 по МКБ-10), случаев временной или постоянной стерильности (бесплодия) бесплодие – 4 человека (женщины).

Показатель первичной заболеваемости злокачественными образованиями исследуемой когорты составил – в 1996 году 413,2 на 100 тыс., в 2006 году – 1098,6‰, в 2012 году – 1018,6‰. Смертность – 1996 году 114,8 на 100 тыс. в 2006 году 549,6‰, в 2012 году 558,6‰.

Особый и наиболее значимый интерес представляют стохастические последствия радиационного облучения (беспороговые, вероятностные, случайные, отдаленные последствия облучения). Научный комитет по действию атомной радиации (НКДАР) ООН и Международная комиссия по радиационной защите (МКРЗ) пришли к выводу, что доказано только два основных вида стохастических эффектов облучения: 1) возникают в соматических клетках и могут быть причиной развития рака; 2) появляются в зародышевой ткани половых желез, могут привести к наследуемым нарушениям у потомства облученных людей. Нередко некоторые ученые и врачи, недостаточно знакомые с современными представлениями о патогенезе стохастических эффектов облучения, наряду со злокачественными опухолями и генетическими дефектами к этой категории последствий облучения относят различные соматические заболевания, не имеющие радиационного генеза и патогенетически не обусловленные ионизирующим излучением.

Из исследуемой когорты (4958 ликвидатора) злокачественные новообразования (C00-C97 по МКБ-10) за период 1986-2013 гг. зарегистрированы у 636 человек (12,8%).
Случаев лейкозов в данной группе – 26 (C90-C95). Заболеваемость раком щитовидной железы составила 32,2% (C73).

Проведение многофакторного анализа лиц, участвовавших в ЛПА, затруднено в связи с невозможностью определить (по данным БГР), кто непосредственно направлял жителей Беларуси для ЛПА на ЧАЭС. При этом с уверенностью можно говорить о том, что 44% ликвидаторов изученной когорты постоянно проживали и работали в исследуемый период в зоне 10-30 км, 16,6% были направлены на сельскохозяйственные работы и 45,3% были направлены в командировку.

На развитие онкопатологии у командированного в зону контингента оказывало действие естественных радиопротекторов (нуклеиновых кислот – продуктов расщепления животного белка) и биологически активного селена, поступающих в организм с пищей.

На незначительный вклад низкоэнергетичного и бета- излучения указывает развитие у ликвидаторов изучаемой когорты раков кожи. Из 636 человек данная патология отмечена у 92 (14,5%) (C44 по МКБ-10). При этом базальноклеточный рак отмечен почти у 90% заболевших.

Таким образом, хотя на основании данных БГР и не представляется возможность сделать однозначные выводы о причинно-следственных связях развития злокачественных новообразований и смертности в исследуемой когорте ликвидаторов последствий катастрофы на ЧАЭС, изучение развития этих явлений на протяжении послеаварийного периода и их достоверность представляют несомненный и уникальный интерес.

PREDICTORS OF MALIGNANCY IN STOMACH LESIONS - THE ROLE OF ENDOSONOGRAPHIC EVALUATION

Yana Valerieva¹, Branimir Golemanov¹, Plamen Gecov², Ivan Terziev³, Borislav Vladimirov¹

¹Clinical Centre of Gastroenterology, University Hospital "Queen Joanna – ISUL", Sofia, Bulgaria

²Department of Medical Imaging, University Hospital "Queen Joanna – ISUL", Sofia, Bulgaria

³Department of Pathology, University Hospital "Queen Joanna – ISUL", Sofia, Bulgaria

Objectives: To assess predictive features of malignancy by endoscopic ultrasound (EUS) in patients with gastric pathology and the impact of EUS for the diagnosis of malignant gastric lesions.

Material and methods: Forty three patients with variable stomach lesions (65.1% male, 34.9% female) at mean age 54.2y (± 17.01) were evaluated by linear EUS in our centre. After histological examination, patients were divided into two groups – malignant (60.5 % including carcinoma, GIST, lymphoma) and benign (39.5% - gastritis, adenoma, hyperplastic polyp, pancreatic rest, lipoma and fundic gland polyp). The following variables were defined as possible EUS predictors for malignancy prior pathological evaluation – loss of wall stratification, heterogeneity of lesion and presence of necrotic/cystic areas within it, positive lymph nodes and type of lesion margins.

Results: Patients' analysis resulted as follows: loss of wall stratification was present in 80.8% of malignant lesions and in 17.6% of benign ones ($p < 0.001$). 57.7% of malignant lesions had heterogenic echo structure, while 94.1 % of the benign ones had no alteration of homogeneity ($p < 0.001$). Necrotic and cystic zones were present in malignancies at 42.3% and 15.4% respectively while 94.1% of benign lesions had no such zones ($p = 0.002$). Lymph nodes were detected in 53.8% of malignancies vs. 23.5% of benign lesions ($p = 0.049$). 61.5% of malignant lesions had polycyclic or blurred margins, while benign lesions had distinct margins in 58.8% ($p = 0.009$).

Conclusion: Loss of wall stratification and homogeneity, presence of necrotic and cystic zones and polycyclic and blurred margins are useful EUS predictors for malignancy in stomach lesions prior histological assessment. Positive lymph nodes are a part of this group but should be considered with caution because of lesions' biological behavior and possibility of present inflammatory reaction and should be sampled if possible.

КАРЦИНОМ НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

Онкопластични хирургични техники при рак на млечната жлеза, прилагани в клиника по заболявания на млечната жлеза към Първа АГ Болница „Света София“, град София
България

Научната обосновка на този вид оперативни техники стават възможни, благодарение на проучванията на Бернард Фишер върху патобиологията на рака на гърдата, подобренията ранна диагностика на рака на млечната жлеза, провежданата пред- и следоперативна хормоно- и имунотерапия.

От 2005 г. в клиниката се използват: Операция на Grisott, Ronnd block technique, Comma – Shaped mammoplasty, Superior pedicle breast reduction, inferior pedicle breast reduction, horizontal breast reduction, и субкутанна масатектомия с ендомоментна реконструкция с имплант.

Онкопластичните оперативни техники са онкорадикални, естетични и запазват психо-емоционалното състояние на болните.

PEDUNCULATED GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR (GIST) OF THE STOMACH: A CASE REPORT

Jusuf Vejseli¹, Arben Karpuzi², Biljana Prgova³, Ridvan Bajrami², Sande Stojanoski², Gazmend Elezi²,
Exhevit Kadri², Z. Stojanovski¹, D. Bislimi¹, I. Stojanovski¹, I. Rogac¹, B. Muratovska¹

¹*Department of Gastroenterohepatology, General City Hospital September the 8th, Skopje*

²*Department of Digestive Surgery, General City Hospital September the 8th, Skopje*

³*Department of Radiology, General City Hospital September the 8th, Skopje*

Introduction: Gastrointestinal stromal tumor (GIST) is CD 117 positive, and the most common primary mesenchymal tumor of the gastrointestinal tract. GISTs may occur anywhere along the gastrointestinal tract, however, approximately 60% arise in the stomach. The pedunculated pattern of growth is rare. Patients usually present with vague abdominal complaints, bleeding, or abdominal mass. Surgical excision and postoperative Imatinib therapy is recommended. The aim of this study is to report a rare case of a pedunculated gastric GIST.

Case Report: We present a case of 62 year old patient with epigastric discomfort. Diagnosis of GIST was suspected on upper GI endoscopy which revealed a tumorous formation on the lesser curve which protrudes into the lumen. CT scan revealed a 30x25 mm mass between the left liver lobe and the stomach. The patient underwent laparotomy and a pedunculated mass was found arising from the lesser curvature of the stomach. The tumor was completely excised. Histopathologic examination and immunohistochemistry have shown CD 117+ intermediate differentiated GIST made of spindle cells with low mitotic count.

Discussion: Using the current NCCN guidelines for classification, gastric GISTs may be stratified for risk of malignancy based on tumor size and number of mitoses. Although our patient had a tumor smaller than 5 cm and low mitotic rate, it is known that GISTs have the potential for malignant behavior. These tumors are treated with complete surgical excision and long-term tyrosine kinase inhibitors, such as Imatinib, with close follow-up.

Key words: GIST, CD117, Endoscopy, Surgical excision, Imatinib

CALAMITY MEDICINE

СИСТЕМА ПОДГОТОВКИ ВОЕННЫХ ХИРУРГОВ БЕЛАРУСИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ

Шнитко Светослав, доктор медицинских наук, профессор

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Актуальность. С каждым годом в мире увеличивается число чрезвычайных ситуаций, в том числе и террористических актов, сопровождающихся большим количеством пострадавших с хирургической патологией. В структуре повреждений преобладают огнестрельные, минно-взрывные ранения, а также синдром длительного сдавления. В современных условиях система подготовки военных хирургов играет важную роль в повышении результативности деятельности военного здравоохранения.

Цель исследования. Разработать и проанализировать эффективность системы подготовки военных хирургов для Вооруженных Сил Республики Беларусь (РБ).

Методы. До 1995 г. система военно-медицинского образования в РБ предусматривала лишь подготовку офицеров медицинской службы запаса на военных кафедрах медицинских институтов, а также последипломную специализацию и усовершенствование военных медиков в 71-й интернатуре медицинского состава Вооруженных Сил (71 ИМС).

Системы подготовки кадровых офицеров медицинской службы, в том числе военных хирургов, в РБ не существовало. Формирование системы подготовки военных хирургов в стране началось с создания 6 июня 1995 года военно-медицинского факультета в Минском государственном медицинском институте (МГМИ) на базе военной кафедры МГМИ и 71 ИМС.

Результаты и обсуждение. Система подготовки военных хирургов в стране предусматривает создание правовой основы, кадровое (профессорско-преподавательский состав) и материально-техническое обеспечение. Современная система включает две составляющих: преддипломную и последипломную подготовку.

Преддипломная подготовка офицеров медицинской службы осуществляется на военно-медицинском факультете (ВМедФ) в УО «Белорусский государственный медицинский университет» на основе образовательного стандарта 6-летнего обучения по специальности «Лечебное дело» и специализации «Военно-медицинское дело».

Для выпускников ВМедФ организована одногодичная интернатура с углубленным изучением дисциплин хирургического профиля.

Планирование и организация последиplomной подготовки врачебного состава ВС РБ, в том числе и военных хирургов, осуществляется на военно-медицинском факультете. Часть медицинского персонала Министерства обороны проходит переподготовку и усовершенствование по договоренности с Министерством здравоохранения РБ в Белорусской медицинской академии последиplomного образования и Республиканских научно-практических центрах.

Подготовка в клинической ординатуре ВМедФ по специальности «Хирургия» осуществляется по 2-х годичному очному плану подготовки с приоритетом практических оперативных навыков. В 2007 году для подготовки преподавательского состава на ВМедФ открыта 3-х годичная очная адъюнктура по хирургии.

В целях совершенствования системы подготовки военных хирургов на ВМедФ создан мониторинг (последиplomное сопровождение) выпускников факультета.

Заключение. В РБ сформирована и функционирует стройная система подготовки военных хирургов, основным звеном которой является военно-медицинский факультет.

DAMAGE CONTROL ORTHOPAEDICS – THE CURRENT CONCEPT

Baltov A., V. Spassov, B. Tasev.

“Pirogov” Emergency Hospital, First Clinic of Orthopaedic Trauma Surgery, Sofia, Bulgaria

The past century has seen many changes in the management of the orthopaedic polytrauma patient. The recommendations for the operative treatment have swayed from delayed operative treatment to early total care (ETC) and damage control orthopaedics (DCO).

DCO is a currently widely accepted concept for the early management of polytrauma patients. It aids in determining the therapeutic path of the multiply injured patients based on their classification as stable, borderline, unstable or “in extremis”, focusing on the advantages of decreasing operative trauma and therefore the physiological consequences of a second hit on the injured body by means of swift temporary skeletal stabilization and shortened operative time, even when not all damages have been addressed, in patients at high risk for the systemic complications of trauma such as pulmonary thrombosis, ARDS and multiorgan failure.

Although DCO has been proven to be a useful strategy for the efficient management of patients with polytrauma, further work is required for establishing its indications, especially with regards to the difficult to determine group of borderline patients.

SLOVENIAN GUIDELINES FOR MASS CASUALTY INCIDENTS

Prof. Radko Komadina, MD, PhD, cauncillor

General secretary of the Slovenian medical Association

With the cooperation of the Ministry of health the Slovenian medical association published National guidelines for mass casualty incidents treatment on prehospital and hospital level. It represents integrated medical, rescuing and security service activities.

European model for MCIs recommended by ESTES, committee of disaster and military surgery is called Medical response to major incidents (MRMI). It is based on individual education of surgical knowledge and skills in disaster management ATLS, ETC and MRMI.

Under auspices of Ministry of health and Slovenian medical association in third week in January every year health providers from public health institutions on prehospital, hospital and clinical level take part at the national disaster management course. The Medical service of the Slovenian army participates at the one of the stake holders of the integrated system.

IMMUNIZATION – CHALLENGES AND PRIORITIES

ПРИКАЗ НА ЕПИДЕМИЯТА ОТ ЗАРАЗНИ ЗАУШКИ В ПРИЛЕП, ДЕКЕМВРИ 2007 – ЮЛИ 2009 ГОДИНА

Г. Кузевски – епидемиолог, Центар за обществено здраве – Македонија, Прилеп,

Т. Станимировик - епидемиолог, Центар за обществено здраве – Македонија, Прилеп,

Г. Ингилизов – спец. социјална медицина, Центар за обществено здраве – Македонија, Прилеп,

Увод: През последното десеттолетие много држави се зблъскаха с епидемии от заразни заушки, между които и држави с високо покритие с 2 дози на вакцина. И во Република Македонија в 2008/2009 година беше регистрирана епидемија, която го обхвана и Прилеп, въпреки това че инциденцата от болеста след въвеждането на ваксината значително се намали – от 14,38 на 100 000 граждани през 1979 година на 1,1 през 2006 година.

Метод: Иследването претставља ретроспективна студия. Данните за болеста в епидемијата бяха събрани чрез редовната система за проследяване на заразните болести и организиран активен надзор. Използван е дескриптивен статистически метод.

Резултати: От декември 2007 до Јули 2009 година в Прилеп бяха регистрирани 1419 случаи от заразни заушки и инциденцата беше най-висока при възрастовата група 15- 19 години (1147/10 000). От общия брой на заболели ваксинирани с 2 дози вакцина бяха 52.3 %. От ваксинираните с 2 дози 90.2% втората доза я получилие пред 8-11 години. Обхватът с 2 дози на вакцина, от въвеждането през 1997 година до 2006 година варираше между 92.4% и 98.6%.

Извод: Въпреки високото покритие с 2 дози на вакцина в Прилеп настъпи епидемија от заушки в която половината от заболелите бяха ваксинирани с 2 дози на вакцина. За появяването на тази епидемија имаха роля повече фактори : непълно ваксинално покритие, отслабване на ваксиналния имунитет, интензивни и близки контакти между младите, чувствителност към диви вируси и пропусти в съхраняването на хладната верига.

**IMMUNISATION IN ROMA ETHNICITY IN MACEDONIA
(Period 2005-2013)**

Authors: L.Jordanovski, Dr.¹ Z.Krstevska.Dr² I.Janakievska Dr.²

1.Gerontology institute 13 November Skopje 2.Zdravstven dom Skopje Republic of Macedonia

Background: Republic of Macedonia is country with total population of 2 032 544 inhabitants, and it's separated in 84 Municipalities. Šuto Orizari is the only municipality in the country where Roma ethnicity make up a majority of the population. The total population of 22,017 in the 2002 census, 60.6% were of Roma ethnicity. Other ethnic groups include Albanians 30.3% and Macedonians 6.5%. Immunisation in municipality Šuto Orizari is performed in healthcare center. Legally in Republic of Macedonia preschool immunization is performed against ten diseases such as diphtheria, tetanus, pertussis, hepatitis B, tuberculosis, infections caused by Haemophilus influenza type B, polio, rubella, measles, mumps. Immunization is performed with monovalent vaccines. Polyvalent vaccines have not been used in Republic of Macedonia.

Methods: Situation analysis and field work in municipality in period 2005-2013.

Results: During this period in the municipality of Šuto Orizari pre-school children who are subject to immunization were around 4500. From 2005 to 2013 Third dose DTP vaccine received 94,2 % pre-school children. For the same period polio vaccine received 96,6 %. MRP vaccine during this period received 94,7 %. Immunization against Hepatitis B in Municipality of Šuto Orizari started in 2006 and until 2013 immunized are 97,9 % of pre-school children, while immunization against Haemophilus influenza type B was launched in 2009 and since then immunized have been 94% of the preschool children.

Smaller percentage of children immunized with DTP, Polio and Hib vaccines are a result of fear of parents, because these vaccines are often simultaneously received with two intramuscular stings.

BCG immunization in Macedonia is performed in place of birth, but there are still infants who didn't receive vaccine there or vaccination was unsuccessful(after performed MX test). In period from 2005 immunization with BCG immunization was made on 1631 children.

In the period from 2005 to 2013-130 children were born at risk (premature births, low baby weight or mothers who are under 18 even 15 years), 17 children died (from unknown reasons), and 178 children migrated and left the municipality or the immunization continued elsewhere.

Conclusion: To achieve the percentage of vaccinated children that in Republic of Macedonia is over 95 % in the first in the municipality there must be work with parents, education and explaining that immunization prevents a large number of diseases which are contagious or can be even deadly. Of great assistance are NGO in their outreach, detection of babies who are not registered in the state and work with health workers. Use of polyvalent vaccines would also be beneficial as it would reduce the fear of multiple injections. Improving the health of the population in the municipality is also beneficial because there are frequent respiratory and gastrointestinal diseases due to poor lifestyle. These conditions are contraindication to immunization. Introduction of new vaccines against pneumococci or Rota virus would be also useful.

DIABETES MELLITUS

PREVALENCE AND RISK FACTORS FOR POSTTRANSPLANT DIABETES MELLITUS IN LIVING KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS

Jelka Masin-Spasovska and Goce Spasovski

University Department of Nephrology, Medical Faculty, University of Skopje, Macedonia

Introduction: Posttransplant diabetes mellitus (PTDM) is a frequent complication of kidney transplantation (KTx). To ascertain the prevalence and risk factors of PTDM, a retrospective analysis of 73 first living related kidney transplant recipients (LRKTR), without personal history of diabetes (DM) and with a follow up ≥ 6 months, was performed.

Methods: The study included 73 patients (52.1% female & 47.9% male), mean age 44.9 ± 11.3 years and mean dialysis treatment before transplantation 26.7 ± 36.5 months, followed up for a mean of 67.4 ± 48.6 months after KTx. All patients were maintained on triple immunosuppressive therapy with calcineurin inhibitor, mofetil micofenolat (MMF) and corticosteroids and for induction we used IL-2 receptor blocker (daclizumab or basiliximab). Fifty-four (74%) patients were treated with cyclosporine and 19 (26%) with tacrolimus.

Results: PTDM was observed in 11 patients (15%), 7/11 (63.6%) pts on cyclosporine and 4/11 (36.4%) pts treated with tacrolimus. The mean interval to develop PTDM was 19.9 ± 31.5 months. The mean age, body mass index (BMI), early onset of proteinuria (7 days after Tx), and biopsy-proven acute rejections (BPAR) of PTDM patients were significantly higher than those in non-PTDM patients: [48.3 ± 13.4 vs. 39.5 ± 13.4 years ($p < 0.005$); 28.5 ± 4.4 vs. 21.5 ± 3.8 kg/m² ($p < 0.005$); 1.78 ± 1.45 vs. 0.48 ± 0.26 gr/L ($p < 0.005$); 5/11 (45%) vs. 9/62 (14.5%) ($p < 0.005$), respectively]. Hypertension (HT) $> 140/90$ mmHg was present in 46/73 (79%) of patients. Moreover, patients receiving cyclosporine had a significantly higher incidence of HT as compared with patients on tacrolimus ($p < 0.05$). The most often used antihypertensive drugs were calcium channel blockers (40.4% of patients), beta-blockers (26.6%), and RAS inhibitors (9.2% of patients received ACE inhibitors and 16.5% ARB). Creatinine values increased similarly in both groups during the observational period, reaching 154 ± 45 and 129 ± 36 μ mol/l in PTDM vs. non-PTDM patients ($p = 0.71$), respectively, in 67 patients with a functioning graft at 5 years post-transplant. Unfortunately, one patient with PTDM during the period of follow up died due to invasive colorectal carcinoma. Five years censored graft and patient survival was survival was not significantly different between the PTDM patients and non-PTDM patients.

Conclusions: It is essential that kidney transplant recipients undergo regular follow up of the graft function, blood pressure, and metabolic parameters in order to identify patients at a higher risk of developing cardiovascular disease in time. In our study, recipient age, body mass index (BMI), biopsy-proven acute rejection (BPAR), early proteinuria, tacrolimus-based therapy, as well as cumulative corticosteroid dose were associated with PTDM, thereby confirmed as risk factors for new onset of PTDM. Some of these factors, such as BMI, immunosuppressive, antihypertensive, dislipidemic regimen, are potentially modifiable, and should be considered for a better graft and patient outcome and survival.

EVALUATION OF DIABETES MELLITUS TYPE 3C AND PANCREATIC EXOCRINE INSUFFICIENCY IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS AND THEIR CORRELATION WITH 13C-MIXED TRIGLYCERIDE BREATH TEST (PRELIMINARY DATA)

Mila Kovacheva-Slavova, MD¹, B.Vladimirov, Prof. MD¹, E.Piriova, MD¹, S.Mitova-Siminkovitch, MD¹, J.Genov, Assoc.Prof. MD¹, P.Gecov, MD², R.Mitova, MD¹

¹*Department of Gastroenterology, University Hospital "Tsaritsa Yoanna - ISUL", Bulgaria*

²*Department of Medical Imaging, University Hospital "Tsaritsa Yoanna - ISUL", Bulgaria*

Background: Diabetes mellitus (DM) occurring secondary to chronic pancreatitis (CP) should be recognized as pancreatogenic DM (type 3c DM). It is a common complication of CP and should be monitored in any patient with CP. In cases of CP with inconclusive imaging data supporting the diagnosis, the functional evaluation of the pancreatic exocrine insufficiency (PEI) based on 13C-mixed triglyceride (MTG) breath test is useful and important. The aim of our investigation is to evaluate results of 13C-MTG breath test in patients

with CP and their correlation with the severity of morphological imaging data (CT, MRCP). The fasting glucose levels are monitored as a screening marker indicating the need to assess the pancreatic endocrine insufficiency with additional tests.

Methods: 15 consecutive subjects with CP were studied (12Males, 3Females; mean age 5 yrs). Because of limited number of patients imaging results are grouped in the following way: groupA-mild structural changes (grade 0,1 and 2) and groupB-severe structural changes (grade 3 and 4). Group –7 patients (6Males, 1Female), GroupB-8 patients (6Males, 2Females). The amount of exhaled $^{13}\text{CO}_2$ indirectly correlates with the exocrine pancreatic function and is measured using mass spectrometry. Cut off 29% of the ^{13}C -MTG breath test indicates definite PEI. Morphological imaging data are assessed according to the Cambridge classification (grade 0-4). Body mass index (BMI) is used as an anthropometric measurement. Endocrine function was assessed via fasting glucose levels(FGL). The statistical analysis was performed applying Mann- Whitney test.

Results: GroupA :1 had positive functional test and 5 had negative. GroupB-4 had positive functional test and 3 had negative. The average of the rates for the ^{13}C -MTG breath test in groupB is 29,11% and in groupA is 42,3%, which correlates with a lower mean BMI in groupB compared to groupA ($p<0,01$). In groupA 4 patients had impaired FGL (glucose levels 5,6-6,9 mmol/l) and in groupB-2 patients. We found statistically significant correlation ($p<0,05$) between ^{13}C -MTG breath test and imaging data in groupA and groupB. The diagnostic sensitivity is 83% and the specificity-85%. We compared FGL with the breath test's results and the imaging data.

Conclusion: With the accumulation of sufficient data soon we will be able to establish cut off for the functional changes related to the mild structural changes and to definite the grey zone, which could be used as a marker indicating the need for earlier investigation and diagnosing of DM type 3c and the initiation of therapy. Assessment of pancreatic endocrine function should be established parallel with the evaluation of PEI. Patients with impaired FGL have an increased risk of developing DM type 3c and should be monitored and assessed by OGTT.

ASSOCIATION BETWEEN DEPRESSION AND DIABETES

Prof. L. Miloseva, Ph.D.^a, Prof. T. Vukosavljevic-Gvozden, Ph.D.^b, Ass. V. Milosev, MD.^c

^a Faculty of Medical Science, Dept. of Psychiatry and Clinical Psych., Goce Delcev University, Stip, R. Macedonia

^b Faculty of Philosophy, Dept. of Clinical Psych., University of Belgrade, R. Serbia

^c Faculty of Medical Science, Clinical Hospital, Goce Delcev University, Stip, R. Macedonia

Background: Depression in patients diagnosed with Diabetes mellitus (DM II) is a multifactorial disorder arising from biological and psychosocial factors and this association increases the risk of diabetes in healthy people (Talbot et al., 2000).

Depression is one of the most common comorbid psychiatric disorders associated with diabetes, and impacts upon treatment course and prognosis. The research was guided by one major research issue which explored the association between diabetes and depression .

Material and Method: The study was conducted at the Clinical Hospital, Stip. One hundred and twenty patients (who comprised the index group) were aged between 31 and 67 years had been diagnosed with Diabetes mellitus (DM II) according to World Health Organization (WHO) criteria for at least 1 year, and were without a co-morbid illness that impaired their ability to understand the purpose of study .

Patients were screened for depression using the Beck depression inventory (BDI). Second stage interviews with M.I.N.I. were conducted with depressed subjects to confirm DSM-IV depressive disorders category. In order to asses sociodemografic variables (gender, age) and presence of diabetic complications, we used questionnaire and patient's clinical history.

Results: Depression was diagnosed with Beck Depression Inventory in 39.5% of patients. Of these patients, Major Depressive disorder was confirmed in 19.8 %, Dysthymic disorder in 6.9 % and association of two disorders in 0.5% of patients. Major depressive disorder was associated with the 31-59 year old group, female gender and diabetic complications. Dysthymic disorder was more prevalent in those over 60 years of age.

The prevalence of depressive diabetic patients on the BDI was significantly greater in females than males (CI 95% : 0.25-0.56 OR=0.4). Also in patients with systematic complications of diabetes, depression was more common than those without diabetic complications (CI 95%: 1.29-2.95 OR=1.7).

Conclusion. Depression is highly co-morbid with diabetes mellitus. The care of individuals with diabetes mellitus should include the screening and possible treatment for depression in order to achieve and sustain treatment goals.

Key words: depression; diabetes mellitus II; association

VITAMIN B12 SERUM LEVELS IN PATIENTS WITH T2DM TREATED WITH METFORMIN IN REPUBLIC OF MACEDONIA

D-r J Petrov¹, I Stamboliska¹, Prof. D-r S Stojkovska², D-r sci. E Kostova³, Prof. D-r S Petrov³

1. *PZU PAVLINA private diagnostic laboratory Skopje Macedonia*
2. *Clinic for Infection disease and febrile illnesses Medical Faculty Skopje Macedonia*
3. *Institute for preclinical and clinical pharmacology and toxicology Medical Faculty Skopje Macedonia*

Metformin is the first-line oral hypoglycaemic agent in treatment of the patient with T2DM. His main effect is to suppress hepatic gluconeogenesis. One of his side effects is causing Vitamin B12 deficiency. The aim of this study was to investigate serum levels of Vitamin B12 in T2DM patients which represent risk marker of Vitamin B12 deficiency. In our study was included 43 patients which take metformin longer then 5 years, all of them were not insulin dependent and patients who do not take other medications like Ranitidine hydrochloride and were tested some autoimmune markers for bowel autoimmune diseases and celiac disease. ELISA method kit from Monobind inc. USA was used for measuring the serum levels of Vitamin B12. Reference range of Vitamin B12 in serum is 200-835 pg/ml. From 43 patients only 7 or 16.27% have Vitamin B12 serum levels lower then 200 pg/ml, but 20 patients or 46.51% have serum levels in borderline from 200 to 300 pg/ml. With this study we can conclude that duration of metformin therapy is associated with lowering Vitamin B12 serum levels and increasing risk for Vitamin B12 deficiency. Also we can propose to measure serum level Vitamin B12 in patients on long-term metformin therapy.

Key words: Vitamin B12, metformin

PARALLEL ASSESMENT OF PANCREATIC ENDOCRINE INSSUFFICIENCY – DIABETES MELLITUS TYPE 3C AND PANCREATIC EXOCRINE INSSUFFICIENCY AND THEIR CORRELATION WITH VITAMIN D LEVELS IN PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS (PRELIMINARY DATA)

Sylvie Mitova-Siminkovitch, MD¹, B.Vladimirov, Prof. MD¹, M.Kovacheva-Slavova, MD¹, J.Genov,
Assoc.Prof. MD¹, P.Gecov, MD², R.Mitova, MD¹

¹*Department of Gastroenterology, University Hospital "Tsaritsa Yoanna - ISUL", Bulgaria*

²*Department of Medical Imaging, University Hospital "Tsaritsa Yoanna - ISUL", Bulgaria*

Background: Diabetes mellitus (DM) occurring secondary to chronic pancreatitis (CP) should be recognized as pancreatogenic DM (type 3c DM). Vitamin D deficiency is a common condition in patients with DM type 1, 2 and 3c. Patients with DM type 1 and 2 have often unrecognized pancreatic exocrine insufficiency (PEI) (50% of patients with insulin-dependent diabetes, and in 30%-50% of those with noninsulin-dependent diabetes). There are no extensive data on the comparative evaluation of serum levels of 25-hydroxyvitamin D (Vitamin D) in patients with PEI (primary and secondary) and imaging morphological data, such as data observing the pancreatic endocrine insufficiency and vitamin D. The aims of our investigation are: to observe the fasting glucose levels (FGL) as a screening marker indicating the need of assessment of the pancreatic endocrine insufficiency with additional tests in patients with imaging findings, proving for pancreatic failure; to investigate patients with established DM for PEI; to evaluate serum vitamin D levels in patients with CP and the relationship between them and imaging morphological data (CT, MRCP).

Methods: 32 consecutive subjects were studied: 20 with CP (13Males,7Females; mean age 49yrs; 4 with secondary PEI due to gastrointestinal resections (4Males ; mean age 43yrs); 8 with DM (3Males, 5Females; mean age 67yrs). PEI is assessed with investigation of fecal elastase-1and/or 13C-MTG breath test in all 32 patients. The endocrine function was assessed via FGL. Morphological imaging data are assessed according to the Cambridge classification (grade 0-4). Serum vitamin D levels were measured using chemiluminescence assay. The statistical analysis was performed applying ANOVA test.

Results: FGL was elevated in 5 patients (4 with CP, 1 with secondary PEI). Impaired fasting glucose (5.6–6.9 mmol/L) was established in 5 patients (3 with primary PEI and 2 with secondary PEI). All the patients with DM have PEI, established by measured positive fecal elastase-1 test (< 200µg/g feces). According to the imaging data in patients with DM: 5 have grade 0, 2-grade, 1-grade 2, none have grade 3 or 4. 10 patients with grade 0-2 (6 with DM, 2 with secondary CP, 2 with primary CP) and 8 patients with grade 3 and 4 (7 with primary, 1 with secondary CP) have decreased serum levels of vitamin D (<50nmol/l). There is a statistically significant correlation between the levels of the vitamin D and the grade of morphological changes, $p<0,01$. We compared also the results from FGL with vitamin D and the imaging data.

Conclusion: Even though the number of our patients is limited conclusions can be made and they should be verified in further investigations: Assessment of patients with primary and secondary PEI including those with CP should undergo screening for DM type 3c, PEI and deficiency of fat-soluble vitamins. Patients with DM should be evaluated for PEI. According to our assay moderate and severe morphological changes based on the Cambridge classification are associated with more severe vitamin D deficiency. Measuring vitamin D levels in patients with proven DM and in patients with suspected or proven PEI might be beneficial.

ALFA – LIPOIC ACID FOR GOOD CONTROL AND TREATMENT OF DIABETIC POLYNEUROPATHY – IMPORTANCE AND EXPERIENCE

Sandra Bošnjak Stojiljković, MD, general practitioner – specialist

Health Centre – Novi Sad, General Practice Sector, GP Sremska Kamenica, Novi Sad, Serbia

Diabetic neuropathy is a common microvascular, chronic complication of diabetes mellitus. *Polyneuropathy* is a generalized type of neuropathy and the most common type of neuropathy in diabetic patients. It occurs as a *peripheral sensory neuropathy*, a loss of sensitivity by the type of socks and gloves (the earliest one), then we have *motor and autonomic neuropathy*.

Methods. We used broad and detailed history of patients toward ailments, as well as data on the duration of diabetes disease, the values of blood sugar and HbA1c. The detailed check-up of the legs and feet in terms of vascular and neurological status, presence of infection, foot deformities, skin colour and temperature of feet was conducted. Medical documentation, color duplex scan of the blood vessels of legs, as well as EMNG were provided. Vascular surgeon and neurologist were consulted.

Results. *The aim of the study* was to investigate and demonstrate the importance and effectiveness of alpha-lipoic acid (ALA) in the treatment of diabetic polyneuropathy, the cause and the most common types of polyneuropathy and the incidence of chronic complications of diabetes, macrovascular and microvascular regarding the sex of patients, for a period of six months. 150 patients were included, 80 men and 70 women, aged 50 to 70. All patients had diabetes mellitus type II. All 150 patients had *chronic complications of diabetes*; from *microvascular*, retinopathy was found in 35 (22 women and 13 men), nephropathy in 15 (8 women and 7 men) and neuropathy at 100 patients (60 men and 40 women); from *macrovascular complications*, coronary heart disease had 90 patients (45 women and 45 men), cerebrovascular disease 35 (20 women and 15 men) and peripheral vascular disease 25 patients (5 women and 20 men). Diabetic polyneuropathy had 100 patients, 60 men and 40 women. The most common *cause* of polyneuropathy was unregulated blood sugar and diabetes duration of more than five years, in all 100 patients, followed by coronary heart disease in 60 patients (30 women and 30 men) and smoking in 50 (30 men and 20 women). The most common *type* of polyneuropathy was peripheral sensory neuropathy in all 100 patients, 15 of these had a motor neuropathy and 45 autonomous neuropathy. *Diabetic foot of neuroischemic type* had 35 patients out of 100 with diabetic polyneuropathy, by sex 25 men and 10 women. *Therapeutic approach* with all 100 patients with diabetic polyneuropathy went towards the inclusion of *alpha-lipoic acid (ALA)* in combination with benfotiamine (Milgamma100), for a period of 8 weeks, in the amount of 600 mg of ALA and 2x100mg of benfotiamine per day. Adequate *preventive measures*, patient education on self-control of blood sugar,

foot care, adequate nutrition and the use of physical activity and elimination of risk factors (smoking) were suggested. 50 patients with diabetes mellitus, who did not have polyneuropathy, were preventively given ALA at a dose of 400 mg daily, as well as above mentioned measures. There was a control after 2 months, talk with patients about health, drug tolerance, sugar control and review of neurovascular status of legs and feet. Continuation of the same therapy was suggested for next 4 months, followed by a final check-up and examination of the patient, using all of the previously mentioned methods. Two months later, there was a significant improvement of symptoms of diabetic polyneuropathy, especially feelings of tingling, burning and numbness in the legs and feet. Pain was reduced but not completely eliminated, and therapy was continued for 4 months; 6 months after it is concluded that the difficulties with all 100 patients with diabetic polyneuropathy significantly reduced, 75 patients had the complete cessation of difficulties and sensibility in legs significantly repaired, and 25 had reduced difficulties, but the pain still remained although diminished. Patients with diabetic foot had both neurological and vascular status improved, and reduction in the progression of ulceration. With 50 patients where the ALA was preventively given, there was also improvement of their general health conditions.

Conclusion. There was improvement of glucoregulation and lipid status, and with adequate preventive measures enhancement of general health conditions, elimination and reduction of symptoms of diabetic polyneuropathy. *Efficiency of alpha-lipoic acid* is large and very important. The most common causes of polyneuropathy were unregulated blood sugar level and duration of diabetes over 5 years, the most common type of polyneuropathy being peripheral sensory neuropathy. The incidence of chronic complications of diabetes is high, of microvascular leading neuropathy (more occurring with males), and of macrovascular cardiovascular diseases leading, equally present with both sexes. It is concluded that *alpha-lipoic acid* thanks to its powerful antioxidant effect affects many metabolic functions in cells, reduces the symptoms of polyneuropathy to healing, improves neuro-muscular conduction, and affects the pain. It speeds up glucose metabolism and thus regulates sugar in blood; by passing through blood-brain barrier, it improves brain function. It combats free radicals and reduces damage of the depletion of peripheral neuron. *It is the right choice* in the therapy of diabetic polyneuropathy, in treatment, alleviation of symptoms, slowing progression of the disease and its prevention. *Thus, the use of alpha-lipoic acid with adequate preventive measures at the level of primary health care can lead to significant improvements in general health and quality of life of patients, reducing disability with diabetic polyneuropathy patients.*

ROUND TABLE

РОЛЯ НА БЕНЧМАРКИНГА В ЗРАВЕОПАЗВАНЕТО

Валерий Митрев

Резюме. Бенчмаркинг е понятие, свързано с учене, обмен на информация, сравняване и възприемане на добри практики, които да доведат до постепенно подобряване на работата. Макар и възприеман на този етап у нас като виртуално-утопична иновативна методология, бенчмаркинг може да спомогне за достигането на съпоставимост с европейските стандарти.

Капацитетът на ресурсните единици в българските болници е в пъти по-малък от този на съпоставяните болници от ЕС, което заедно с някои финансови и нормативно-административни фактори, е довело до спад в реалното потребление на болнични медицински услуги. Една «рестриктивна оптимизация» ограничава реалното потребление на болнични медицински услуги и катализира още повече тенденциите за отрицателен естествен прираст в България.

Ако трябва да съпоставим нивото на оптимизация на националните болнични инфраструктури от гледна точка на принципа «цена-резултат» трябва да отбележим, че болниците в България дават съпоставим с европейските болници резултат от дейността си като количествени параметри, използвайки несъпоставимо по-малък финансов ресурс. Закриването или реструктурирането и приватизацията (с всичките проспективни неизвестни) на наличните болнични структури единствено на база «използваемост», вероятно ще остави редица медицински потребности неудовлетворени. На този етап, при наличните информационни масиви, не можем да отговорим категорично, доколко достъпът до болнични медицински услуги е реален.

Освен мощен инструмент за стратегическо планиране на болничния капацитет международният бенчмаркинг е средство на избор и за: идентификация на мисията, приоритизиране на целите и реална самооценка. Европейската ценностна система толерира подсигурирането на необходимия финансов ресурс, гарантиращ адекватни грижи, както за здравето на възрастните хора, така и за реадаптация на пациенти с тежки и инвалидизиращи заболявания. Независимо, че и двете групи пациенти вече не създават вътрешен брутен продукт, те ползват една не малка част от него, запазвайки до край не само своето човешко достойнство, но и достойнството на обществото като цяло.

ЗАДЪЛБОЧАВАЩИЯТ СЕ ДЕФИЦИТ НА МЕДИЦИНСКИ КАДРИ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ПРЕД ЗДРАВНАТА СИСТЕМА В БЪЛГАРИЯ

Д-р Атанас Атанасов

управител на „МБАЛ Д-р Добри Беров”, Нови пазар

Стратегическото управление на човешките ресурси е важен за управленската практика въпрос, без решаването на който нито една система не може да достигне своите цели и да изпълни мисията си. В настоящият момент особено важно е политиките и висшите ръководители в здравеопазването не само да осъзнаят проблема, но и да извършат необходимите действия в съответствие със съвременните начини и методи за управление на човешките ресурси.

ОСНОВНИ ПРОБЛЕМИ:

1. Налице е задълбочаващ се глобален, хроничен дефицит на квалифицирани медицински кадри, което може да влоши значимо качеството на оказваната медицинска помощ.

2. Работната сила в здравеопазването е застаряваща със средна възраст около 51 години, което предполага голяма вълна на пенсиониращи се през следващите 10 – 15 години и задълбочаване на текущия недостиг.

3. Средната осигуреност с лекари на 1000 души население за България е 3,7, а осигуреността с медицински сестри 4,7 на хиляда, което съответства на съотношение 1,36 медицински сестри на един лекар.

4. Налице е нарастващ отлив от медицината. Престижната в миналото медицинска професия губи кадри за сметка на по-добре заплатени или по-малко стресиращи занимания.

5. Нарушени са балансите в разпределението на лекарите и професионалистите по здравни грижи, както на териториален (географски) принцип, така и по организационен принцип.

6. Налице е нарастваща емиграция на квалифицирани медицински кадри към държави с по-добри условия за практикуване на професията, по-добри възможности за професионална квалификация и кариерно развитие, по-добри доходи и по-висок стандарт на живот. В същото време обратната миграция на медицински кадри е все по-намаляваща до незначителна.

7. Заминаващите на работа в чужбина медицински специалисти са относително по-млади от оставащите. Сред заминаващите доминират специалистите по анестезиология и интензивно лечение, хирургия и вътрешни болести (профилните специалности). Следват ги специалистите по акушерство и гинекология, ортопедия и травматология, педиатрия.

8. Основен фактор, влияещ върху решението за емиграция е по-справедливата оценка на труда, по-доброто възнаграждение и съответно по-добрия стандарт на живот.

9. По-добрите условия за практикуване на професията (материална обезпеченост, съвременно оборудване, ниски нива на стрес), предвидимостта и сигурността са друг съществен фактор обуславящ решението за емиграция.

10. Задълбочават се деформациите в структурата, броя и териториалното разпределение на специалистите по отделни специалности.

11. Липсва последователна национална политика с човешките ресурси в здравната система.

ВЪЗМОЖНИ РЕШЕНИЯ:

1. Разработване и прилагане на система за дългосрочно стратегическо планиране на медицинските кадри в България.

2. Планиране на сериозни държавни инвестиции в образованието и увеличаване броя на изучаващите медицина и специалности свързани със здравните грижи.

3. Разработване на мерки и интервенции от страна на държавата за устойчиво и значимо повишаване доходите на заетите в здравния сектор до достигане на средно европейските нива.

4. Законодателни промени в системата на здравното осигуряване с оглед връщане към реалното договаряне на цените на медицинските дейности между изпълнителите на медицинска помощ и публичния осигурителен фонд, като тези цени да не могат да бъдат по-ниски от себестойността на здравния продукт.

5. Необходимо е разработването на цялостна, дългосрочна, държавна политика по отношение на човешките ресурси в здравеопазването.

Предизвикателствата, пред които е изправена медицинската работна сила в нашата страна са силно обвързани с проблемите на здравната реформа.

СЪСТОЯНИЕ, ПЕРСПЕКТИВИ И РИСКОВЕ, СВЪРЗАНИ С ФИНАНСИРАНЕТО НА ОБЩИНСКИТЕ БОЛНИЦИ

Д-р Атанас Атанасов

управител на „МБАЛ Д-р Добри Беров”, Нови пазар

Общият брой на болниците в България е 364, като 119 от тях са общински. В понятието ОБЩИНСКИ се включват различни **по вид**, предмет на дейност и структурата лечебни заведения, обединени по признака собственост върху капитала. Лечебните заведения за болнична помощ, чиито мажоритарен или едноличен собственик са съответните общини включват в широкия смисъл на думата многопрофилни болници за активно лечение в столицата и някои от големите градове (т.нар. градски болници), многопрофилни болници за активно лечение в малки населени места, специализирани болници по пневмо-фтизиатрия и по акушерство и гинекология в областните градове, комплексни онкологични центрове.

ВИДОВЕ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ: В **тесния** смисъл на думата под „общински болници” разбираме многопрофилните болници за активно лечение в малките населени места, чиито едноличен собственик е съответният общински съвет. Според големината на региона и броя на обслужваното население можем условно да ги разделим на следните групи: големи – с обслужвано население над 80 000 души; средни – с обслужвано население от 50 000 до 80 000 души; малки – с обслужвано население от 20 000 до 50 000 души и много малки – с обслужвано население под 20 000 души. Въпреки различията тези лечебни заведения през последните години функционират в една

нестабилна, неблагоприятна обща среда и всички са подложени на административен и финансов натиск от страна на държавата, респ. НЗОК.

ДЪЛГОВЕ: В резултат на този натиск през годините общият **размер на задълженията** на общинските лечебни заведения за болнична помощ към 31.03.2013г. е **62 520 000 лева**, от които 30 320 000 лева просрочени. Голяма част от болниците са декапитализирани и заплашени от фалит. Дискутираните с години проблеми по финансирането на общинските болници все още очакват решение.

За сравнение общият размер на задълженията на държавните (вкл. ведомствените) болници е **339 400 000 лева**, от които просрочени са 95 800 000 лева. Това показва, че общинските болници, през които преминават около 40% от всички пациенти, лекувани в болница, са най-ефективните структури на системата. Затова за нас е неразбираем стремежа на управляващите, в условията на финансова криза, да ликвидират най-ефективните си структури.

ИЗТОЧНИЦИ НА ФИНАНСИРАНЕ: Финансовите ресурси постъпват в лечебните заведения за болнична помощ от четири **основни източника:** бюджета на НЗОК; държавния бюджет; общинските бюджети; лични плащания. Предвид наличието на просрочени задължения и немалкия относителен дял на личните плащания, очевидно е, че публичните разходи за общинско болнично здравеопазване са крайно недостатъчни за стабилизиране на системата и за ефективното и функциониране.

ДЕФЕКТИ ВЪВ ФИНАНСИРАНЕТО: Към настоящият момент всички малки общински болници са икономически дестабилизирани и силно затруднени да изпълняват основните си функции. Главните причини, породили тази дестабилизация са следните:

Некоректно определени цени на медицинските дейности, заплащани от НЗОК. Ценообразуването се извършва по недостатъчно обосновани методи, без да се държи сметка за реалните разходи, а на основата на актуалните средства, с които разполага НЗОК в бюджетната си макрорамка. Така наречените договорни цени се определят по неикономически и непазарни методи, като средствата за заплащане на клиничните пътеки са фиксирани предварително, което силно напомня остатъчния принцип на бюджетното финансиране от миналото. Липсва каквото и да е остойностяване на текущите разходи и на медицинския труд, който всъщност е основния компонент на себестойността на медицинската услуга. Поради това заплащането от НЗОК е по-ниско от себестойността, а финансовите постъпления от дейността на болниците са по-малки от разходите. Последиците са натрупване на значителни дългове към доставчици, незадоволително качество на лечебната помощ, липсващи или крайно ограничени стимули за персонала.

Преобладава административната регулация на системата и почти напълно отсъства пазарната саморегулация. Условията за реална конкуренция между търговските субекти са практически елиминирани. В периода 2009 – 2011г. станахме свидетели на безпрецедентен опит да се извърши реструктуриране на болничната помощ чрез искусствено предизвикани фалити на малки общински болници и чрез «естественото» им отпадане от системата. Така още в края на 2009 година започнаха да се въвеждат всевъзможни нови и необезпечени с ресурс изисквания, с цел пораждане на несъответствие на колкото се може повече лечебни заведения. Резултатите не закъсняха - болниците в Трън, Кула, Брезник, Радомир, Бобов дол, Полски Тръмбеш, Оряхово, Тервел, Генерал Тошево, Ивайловград, Елена, Девин и др. в кратки срокове прекратиха приема на пациенти. Все по-често започнаха да се раждат деца по къщи и в линейки, на все повече българи се налагаше да пътуват до областните центрове или до столицата, за да получат болнично лечение срещу такса за избор на екип. Решително и в кратки срокове в края на 2010г. бяха въведени нови медицински стандарти, основната характеристика на които беше класирането на лечебните заведения по „нива на компетентност“. Категорично може да се каже, че в този си вид стандартите не гарантират качество на оказваната помощ, а се ползват единствено като инструмент за редуциране броя на болниците. Изискванията им са в голямата си част взаимно-противоречиви, неадекватни, финансово необосновани и създават предпоставки за дезинтеграция и разчленяване на диагностично-лечебния процес. Назначаването на ненужно голям брой специалисти, несъобразен с обема на извършваната дейност води единствено до увеличаване задълженията на болниците, деквалификация на лекарите и в крайна сметка компрометиране на качеството на оказваната медицинска помощ.

Въведено е административно лимитиране на обема дейност на лечебните заведения. Със Закона за бюджета на НЗОК за 2010г. бяха въведени лимити за дейността на болниците, наречени не

съвсем коректно „делегиращи бюджети“, а през 2011г. „задължителни прогнозни стойности на разходите“, чрез които финансовия натиск стана почти непреодолим. Регулацията на изпълнението на бюджета на НЗОК след края на първото тримесечие на 2014г. е хаотично, несъобразено с реалните здравни потребности и несъобразено със законовите разпоредби. В чл. 4, ал. 1 от ЗБНЗОК е регламентирано, че НЗОК е длъжна да определи за всяка районна здравноосигурителна каса годишна обща стойност на разходите, разпределена по месеци, за болнична медицинска помощ, а РЗОК да определят стойности към договорите с всеки един изпълнител на болнична медицинска помощ. На практика годишни стойности не бяха определени (*тъй като в бюджета изначално беше заложен дефицит с около 200 млн.*), не бяха разпределени по месеци, а вместо това НС на НЗОК всеки месец (след март) определя стойности, които стават известни на лечебните заведения в хода на текущата дейност.

Чрез така наречените «Правила за реда за определяне и изменение на стойностите за дейностите за болнична медицинска помощ», приети с решение на НС на НЗОК, лечебните заведения бяха принудени ежесечно да подписват анекси към индивидуалните си договори с лимитирани стойности на разходите, които се определяха едностранно от НЗОК в нарушение на собствените и правила (*без да се вземат предвид относителния дял на съответната болница в размера на общите разходи на РЗОК за дейността през предходната година, отчетеното разпределение по месеци за предходната година, обосноващото предложение на лечебното заведение за различно разпределение и т.н.*). Предварително заложеният дефицит, неадекватното управление на бюджета и субективния елемент при разпределянето на средствата за болнична помощ доведе до сериозни преразходи още в края на първото тримесечие на 2014. Това от своя страна доведе до предприемане на крайно неадекватната и противоречащата на редица европейски норми мярка от страна на правителството чрез ПМС №94 от 24.04.2014г., с която се даде възможност на НЗОК да не заплаща част от извършената болнична дейност в полза на здравно осигурени лица, когато тя е маркирана като «надвишаваща стойността по чл.22». При наличния преразход в бюджета на НЗОК за болнична помощ е налице основание за отказ за заплащане на надлимитната дейност. Нещо повече, за месец юли до 15 число нямаше определена прогнозна стойност, поради което изискването на РЗОК беше цялата дейност до дата 15 да се маркира като «надлимитна», което означава, че при липса на средства е възможно тази дейност изобщо да не бъде заплатена.

Към настоящият момент е налице забавяне на плащанията с повече от два месеца на така наречената «надлимитна» дейност, което предизвиква сериозни сътресения с разплащанията към доставчици на медикаменти, медицински консумативи, електроенергия, горива, храна и т.н. В случай на продължаващо забавяне на преводите от НЗОК за «надлимитната» дейност и особено в случай на непълно заплащане и на останалата част от разходите за болнично лечение (което става все по-вероятно) ще се стигне до пълен финансов колапс на общинските болници и невъзможност за оказване на каквато и да е медицинска помощ на здравно осигурени лица. Това ще компроментира здравната сигурност на населението в периферията на страната и ще изложи живота и здравето на хората на сериозен риск.

Принципът за заплащане на дейности в годините беше заменен с принципа за финансиране на структури, познат ни от тоталитарното минало. От тук нататък финансовият резултат на лечебните заведения вече не зависеше от избора на болните, къде да се лекуват, а от благоразположението на чиновниците в НЗОК. Едва ли е познат в световен мащаб друг пример на здравна система, при която търговски дружества да се финансират с лимитиран бюджет.

Налице са тежки дисбаланси и неравенства, които сериозно застрашават по-нататъшното функциониране на общинското здравеопазване. В резултат на историческия принцип за определяне на лимитите се допуснаха драстични неравенства при разпределението на публичния ресурс, като разликите в разходите за болнична помощ на глава от населението за различните административни области достигна десетки пъти. Например в Шуменска област през 2013г. публичния ресурс за болнично лечение на глава от населението е бил едва **56%** спрямо средния за страната (за 2012г. – 54%; за 2011г. – 49%; за 2010г. – 47%), т.е. хората в тази област години наред са били дискриминирани по отношение на достъпа до болнична помощ, въпреки че са плащали еднаква здравна вноска с тези от столицата, които пък са ползвали над 185% от ресурса. Вътре в областите също съществуват механизми, които създават нееднакво третиране на болничните лечебни заведения. Четири – пет големи града в момента концентрират публичните средства за болнична помощ – София,

Пловдив, Варна, Плевен, Стара Загора. В тях наблюдаваме ръст на разходите за последните 5 години от над 100%, докато в останалите райони на България се регистрира спад на разходите с над 10%. Това допълнително засилва неравенствата. За сравнение могат да се дадат множество различни примери от близкото минало. В Момчилград например болницата обслужва около 48 000 души население от три общини в източните Родопи с труден достъп. С административно наложен лимитиран бюджет за 2011г. под 60 000 лева месечно, или общо около 720 000 лева за година се падат по **15 лева** на човек годишно. Това е 10 пъти по-малко от средното потребление за страната и 19 пъти по-малко от средното потребление за София, където данните сочат към **280 лева** за болнично обслужване на човек годишно в същия период.

В региони, където са закрити общинските болници достъпът до медицинска помощ е почти напълно блокиран, а здравната сигурност компрометирана. Дори дейността на филиалите на ЦСМП вече не може да се осъществява нормално без консултативната помощ на болничните лекари-специалисти, които са дежурни или на разположение, както и без денонощното разположение на структурите за образна диагностика и клинична лаборатория, разположени в работещите до този момент болници. Във филиала на ЦСМП в гр. Елена например една линейка се налага да обслужва 124 селища в Стара планина, някои от които на 50 километра разстояние от общинския център, а най-близката болница до гр. Елена пък е на 40 километра разстояние. Това означава часове пътуване по трудно проходима второкласна и третокласна пътна мрежа. След закриването на повечето отделения в общинската болница в Елена 10 000 души разчитат на една линейка от филиала на ЦСМП. Подобно е положението и в Девин и в другите общини, в които болниците бяха закрити. В тези общини е силно затруднена и дейността на лечебните заведения за извънболнична помощ, тъй като в общинските центрове вече липсват структури за лабораторна и образна диагностика с денонощен цикъл на работа.

Налице е неравнопоставеност на лечебните заведения за болнична помощ по отношение на финансирането на медицинските дейности и на ресурсното обезпечаване на изискванията за извършването на тези дейности. Факт е, че за разлика от лечебните заведения с над 51% държавно участие в капитала, години наред общинските болници не получаваха никакво финансиране за оказваната спешна помощ на лица, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение, както и за провежданото интензивно лечение на хоспитализирани болни (за което и до днес не получават финансиране). Това, че не получаваха средства за дейности, които така или иначе извършваха и които са им вменени с нормативни текстове, направи общинските болници неравнопоставени спрямо областните и университетските и доведе до увеличаване на неразплатените им задължения и сериозно влошаване на финансовото им състояние. В така наречената „Методика за субсидиране на лечебните заведения“ със средства от бюджета на МЗ, за интензивното лечение са заложили критерии, които са необосновани от медицинска гледна точка и очевидно са въведени, за да бъдат елиминирани от субсидиране малките общински болници.

Налице е остър, задълбочаващ се дефицит на квалифицирани медицински кадри в общинските лечебни заведения за болнична помощ. По данни на БЛС всяка година над 500 лекари напускат страната и търсят професионална реализация в чужбина. Голяма част от останалите работещи в болничната мрежа лекари са на над пенсионна възраст, а цели области са лишени от специалисти по определени медицински специалности.

При необходими за здравната ни система около 55 хиляди професионалисти по здравни грижи в България работят едва 26 хиляди медицински сестри, акушерки, лаборанти и рехабилитатори, а 3 хиляди от тях са вече пенсионери. По данни на съсловната организация на професионалистите по здравни грижи средно около 1000 напускат професията за година, а в най-добрия случай се вливат едва 500 току-що завършили бакалавърската си степен. Средната възраст на оставащите тук медицински сестри е близо 50 г.. Основните причини за масовото бягство на медицинските кадри от страната са свързани с ниските трудови възнаграждения, липсата на нормални условия за кариерно развитие и професионална реализация, лошата система за специализация и продължителна квалификация, нестабилността на здравната система, неясните перспективи по отношение развитието на здравната реформа.

С ОГЛЕД ПРЕОДОЛЯВАНЕ НА ЗАДЪЛБОЧАВАЩИТЕ СЕ НЕГАТИВНИ ТЕНДЕНЦИИ Е НЕОБХОДИМО ДА СЕ ПРЕДПРИЕМАТ СЛЕДНИТЕ МЕРКИ:

Спешна промяна в механизма на определяне цените на клиничните пътеки, като за база се вземе действителната им себестойност. Здравето няма цена (то е продукт на самия човешки

организъм), но всяка медицинска услуга има себестойност. Цената на всяко икономическо благо се движи около себестойността и степента на полезност на съответния продукт, като зависи и от пазарните условия. Следва да се възстанови реалното договаряне на цени и обеми и то да се постави на обективни основи. Между компонентите на цените на медицинските услуги най-трудно е определянето на себестойността на труда на лекаря и за това то трябва да е съобразено с пазарните сили – търсене и предлагане. В случай, че публичният ресурс, който обществото е склонно да отдели за здравеопазване е недостатъчен, то пакетът от медицински дейности гарантирани от публичния ресурс трябва да се редуцира до покриване на базови здравни потребности. Необходимо е също така да се разшири режимът на регламентирано доплащане (лични плащания; доброволно здравно осигуряване; здравно застраховане; социално подпомагане и др.).

Радикална промяна в методиката за изработване на медицинските стандарти и механизмите за въвеждането им. Медицинските стандарти трябва да имат единна структура и да съдържат минималните изисквания, които гарантират качеството на предоставяната медицинска помощ, съобразно възможностите за ресурсното им обезпечаване. Вида и броя на договорите, с които се наемат определени специалисти не могат да бъдат критерии за качество. Броят на лекарите на пълен трудов договор трябва да е в пряка зависимост от обема дейност на съответната клинична структура. Би следвало да се обсъди дали не е възможно реабилитирането на големите медицински специалности като «вътрешните болести» и «общата хирургия». Например всички дейности в областта на вътрешната медицина да могат да се извършват от интернисти, като се осигури възможност за консултация с тесни специалисти по преценка и т.н. Това ще освободи ресурс, който към момента се разходва нецелесъобразно за заплати и осигуровки на излишни тесни специалисти, които не могат да бъдат достатъчно натоварени.

Отмяна на лимитите на ниво лечебно заведение и заменянето им с гъвкава регулация в макрорамката на бюджета на НЗОК, гарантираща свободен избор на пациентите и среда за реална конкуренция между изпълнителите на медицинска помощ. Възстановяване на механизмите за договаряне и заплащане за дейност.

Промяна в Методиката за субсидиране на лечебните заведения за болнична помощ от бюджета на МЗ, така че да се гарантира равнопоставеност на лечебните заведения за болнична помощ по отношение финансирането на спешната медицинска помощ и интензивното лечение. Не е необходимо болниците задължително да имат разкрити структури по клинична патология и съдебна медицина, за да получават финансиране за оказаната спешна помощ на лица, които не са хоспитализирани в същото лечебно заведение. Както и не е необходимо в болниците да има разкрити задължително структури за диализно лечение, за да имат право да получават финансиране за извършено интензивно лечение на хоспитализирани болни.

Връщане на спешната помощ към многопрофилните болници за активно лечение. Сегашните филиали на ЦСМП да станат структури на съответната болница, в която са базирани, а там където няма болница – филиалите да преминат към най-близко разположената МБАЛ. Това ще освободи средства, тъй като ще се обединят ресурсите и ще се подобри организацията и координацията на спешните дейности (вкл. Специализираните консултации и изследвания по спешност).

Необходим е широк обществен и политически дебат по проблемите на болничното финансиране, за да се вземат най-адекватните управленски решения за подобряване достъпа и качеството на оказваната медицинска помощ в полза на всички граждани.

ACTUAL TASKS OF THE CZECH MEDICAL ASSOCIATION (CZMA)

Jaroslav Blahos, president of the CzMA

The Czech Medical Association is a benevolent organization which comprises 120 scientific societies and 40 medical clubs in bigger cities. About 90 per cent of Czech doctors are members of our Association. The most actual problem we face is the postgradual education and our role in medical health care. Our international contacts are very rich, mainly with the World Medical Association. We appreciate the kind invitation to attend the International Medical Congress in Ohrid, organized by the Southeast European Forum

and the Macedonian Medical Association. The author will discuss the possibilities of contacts with the CzMA.

THE INCREASING ROLE OF MOTIVATIONAL CULTURE IN THE HEALTHCARE MANAGEMENT

Boryana Borisova * Todor Cherkezov ** Veselin Borisov *

*Faculty of Public Health, Sofia, ** Regional hospital «At.Dafovski», Kardzhali*

Motivation is the key to effective analysis and regulation of each conscious human activity. In the management process of healthcare the motivation problem is increasingly important for a number of interrelated factors. Nevertheless, this problem continues unduly underestimated by health managers focusing their attention on standard administrative approaches in terms of improper overvalued market mechanisms. The motivation of medical staff is perceived one-sided and narrow as limited solely to financial incentives. This one-sided approach ignores the essential difference between the stimulus (impact of external factors) and personal motive (self internal subjective factors of personality). Mechanical applied stimuli often have a reverse effect by converting to a disincentive.

Dominance of economic (financial) and technological thinking in healthcare activity makes it difficult to understand and implement in its entirety primary management principle "Well managed one who knows how to motivate " The authors based their analysis on the idea of self-realization contained in the fundamental concept of A. Maslow's hierarchy of human needs and motives. Shown is the likelihood of conflicts between meeting the needs of the deficit (low needs) and the need for self-realization (the highest level needs). Resolve such conflicts requires constant analyzing the dynamics of motivational environment in healthcare organizations. The report justifies the universal need for a new modern motivational culture as a prerequisite and element of managerial professionalism in health care. Motivational culture of health managers should be seen and used as one of the most important resources of the modern healthcare system.

ДЕФИЦИТЪТ НА ЛИДЕРИ – БАРИЕРА НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

Проф. Веселин Борисов, дмн

София, Факултет по обществено здраве

От стратегическа управленска гледна точка лидерството е изключително важен ресурс за успеха на провежданите здравни реформи. Днес са нужни не просто лидери, а ефективни лидери на промяната Лидерът е този, който компетентно, авторитетно и отговорно дава гаранцията за движение в главната стратегическа посока на всяка промяна в здравната система. Ролята на лидера е да бъде гарант за преодоляване на хаоса и на спонтанните промени с оглед провеждането на целенасочени, добре обосновани и добре подготвени промени. Тези проблеми особено нагледно се илюстрират в процеса на здравната реформа в България, започнала през 2000 г., която и досега не е финализирана, протича доста противоречиво и е среща редица бариери.

Авторът счита, че съществена причина за неуспеха на тази здравна реформа е дефицитът на реални лидери в здравната система на различни нива. Лидерът е лидер не на дейности и технологии, а на хора и именно това е главното му предизвикателство и трудност. Дефицитът на ефективни лидери корелира с липсата на добра екипност в здравната политика и стратегическия мениджмънт на здравеопазването. В доклада се обосновава идеята, че съсловната организация на лекарите трябва да бъде място и „гнездо” за израстване на лидери на националната здравна система - истински високо ефективни лидери на новата организационна култура и на успешната промяна в здравеопазването.

БОЛНИЧНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ – НЕОБХОДИМОСТ ОТ СТРУКТУРНИ ПРОМЕНИ

Д-р Тодор Черкезов, д.м.

МБАЛ „Д-р Ат. Дафовски”, 6600 гр. Кърджали, Р. България,

Състоянието на болничната помощ в България е тема, която придобива все по-голямо значение по две основни причини: на първо място-това са големите обществени очаквания за повече и по-качествено болнично обслужване и ограничените финансови възможности на държавата и на второ място –колкото и да са ограничени средствата за болнична помощ, обективно те нарастват ежегодно и заемат около 60% от разходите за здравеопазване.

В статията се анализират обективните обстоятелства, които налагат реструктуриране на болничната помощ, възможните подходи и механизми. Предложени са някои конкретни мерки за промяна в модела на финансиране и планиране на необходимия брой легла и специалисти в болниците.

Посочена е ролята на държавата и на различните институции в изграждането на регулаторна система, която да гарантира достъпност и справедливост при ползването на болничната медицинска помощ от всички граждани.

Изтъкната е необходимостта от повече професионализъм и експертно начало в управлението на болниците.

Липсата на нови попълнения от млади лекари и медицински сестри е посочено като основна заплата пред бъдещето развитие на болничната помощ в България.

Ключови думи: болници , реструктуриране, финансови разходи, здравни услуги, регулация, управление, квалификация, здравна политика

HOSPITAL HEALTHCARE IN BULGARIA-NEED FOR STRUCTURAL REFORMS

Prof. Todor Cherkezov, MD

MBAL "Dr. Atanas Dafovski", Kardjali, Bulgaria,

The state of hospital care in Bulgaria is a topic that is becoming increasingly important for two main reasons: in the first place - these are the big public expectations for more and better hospital services and the limited financial resources of the state and the second – no matter how limited the funds for hospital care are, objectively they increase every year and occupy about 60% of healthcare costs.

The article analyzes the objective circumstances that require hospital care restructuring, the possible approaches and mechanisms. Proposed are some concrete measures for a change of the pattern of financing and planning the required number of beds and specialists in hospitals.

The role of the state and the various institutions is referred to in the development of a regulatory system to ensure accessibility and fairness in the use of hospital care by all citizens.

The need for more professionalism and expertise in the management of hospitals is highlighted.

The lack of new recruits of young doctors and nurses has been identified as a major threat to the future development of the hospital care in Bulgaria.

Keywords: hospitals, restructuring, financial costs, health services, regulation, management, training, healthcare policy

PREDICTORS OF PATIENTS SATISFACTION WITH HEALTH CARE SERVICES IN THREE BALKAN COUNTRIES (MACEDONIA, BULGARIA AND SERBIA)

A cross country Facebook survey

Vladimir Lazarevik, Blasko Kasapinov

Department of social medicine; Faculty of medicine Skopje

Healthgrouper Summit – health and social policy research

Background: Patients' satisfaction with provided healthcare services is one of the factors to measure the overall quality of the delivered health care. Patient satisfaction is not always measured over the experience

only with the doctors, but it may be associated with the overall organization of the health care system. Lower patients' satisfaction within the health services increases the probability patients to ask for treatment at the private sector, or to look for health care services abroad. Main objective of our study was to determine the common predictors associated with patients' satisfaction in three Balkan countries.

Methods: We conducted web based survey among population in Macedonia, Serbia and Bulgaria using paid campaign over the social network Facebook. A questionnaire consisted of 31 questions was developed following studies on patient satisfaction conducted elsewhere. The questions addressed specific factors of patients' satisfaction grouped into six sections (demographic, treatment related expenses, type of provider and service provided, satisfaction with waiting time, confidence in the doctor, and privacy in health care). Questionnaire was translated in to local languages and tested in a pilot study in each of the countries for clarity. Final questionnaire was distributed via Facebook using paid campaign in duration of seven days. Descriptive analysis was performed to assess the predictors associated with patients satisfaction. In addition we performed content analysis to all open ended responses.

Results and discussion: In total 4118 respondents participated in the survey. Main predictors associated with low users satisfaction with the health care services in three surveyed countries (Macedonia, Serbia and Bulgaria) are waiting time to appointments, huge administrative procedures, and attitudes of the medical personnel towards the patients. The analysis showed that there are many similarities in user experiences in three countries, but also there are some differences.

Conclusions: Majority of the participants in three surveyed counties expressed poor satisfaction with certain aspects in organization of the health care systems, and for the quality of care they receive. Long waiting time and huge administrative procedures are determined as common predictor for lower patients' satisfaction across these Balkan countries. Finally, patients are more satisfied and have high confidence in their doctors. Their major complains are due to the attitude and practice of the lower medical personnel. Patients' privacy protection is issue for concern in all three countries.

Key words: Patients satisfaction, predictors, waiting time, administration, privacy protection, Macedonia, Serbia, Bulgaria

«КАЧЕСТВО УПРАВЛЕНИЯ» КАК ПОНЯТИЕ НАУКИ ОБ УПРАВЛЕНИИ

Аким ЛИТВАК, канд. мед. наук, доцент

Одесский региональный институт государственного управления, Украина

Управление - это целенаправленное воздействие на людей, чтобы направить их действия для получения желаемых результатов. Управление реализуется с помощью управленческих действий, которые обеспечивают достижение поставленных целей путем использования и преобразования ресурсов. Процесс управления - взаимосвязь функций планирования, организовывания, мотивирования и контролирования с помощью процессов коммуникации и принятия решений.

Управление - непрерывный процесс воздействия на объект управления (лицо, коллектив, технологический процесс, предприятие, государство) для достижения оптимальных результатов при наименьших затратах времени и ресурсов. Однако толкованию понятия «качество управления» и средствам оценки этого явления уделяется недостаточно внимания. Обобщая накопленный опыт понимания понятия «качества продукции», можно утверждать, что качество управленческой деятельности - это степень ее соответствия общепринятым требованиям или стандартам. Обычно о качестве управленческой деятельности судят по качеству управленческих решений и достигнутых результатов. Качество управления в системе здравоохранения (медицинской организации) - это результативность и демократичность системы управления. Характеристиками качества управления могут быть квалификация управленческого персонала, лидерство руководства, документальное описание управленческих процедур и другое. При этом также необходимо учитывать сроки и своевременность реализации ранее принятых решений и сбалансированность централизации и децентрализации. Оценка качества управления должна учитывать насколько система управления соответствует объекту управления и как она воспринимается сотрудниками. Качественное управление - это такая координация деятельности, которая позволяет с максимальной степенью уверенности достичь заранее поставленных целей. При этом цели должны быть четко обозначены и задокументированы для обоснованного сравнения желаемого результата с действительным. Качество

управления будет тем выше, чем больше будет устойчивость и стабильность развития организации по отношению к изменяющимся факторам внешней среды, что обеспечит целостность и надежность системы организации. При оценке качества управления должна учитываться прозрачность и демократизм руководства при принятии решений и проведении управленческих действий, а также связь администрации с общественностью и степень ее влияния на администрацию. Качество управления определяется действиями и поведением руководителей всех уровней управления, руководителями всех структурных подразделений и линейными руководителями. Чтобы оценить качество управления необходимо сформулировать заранее критерии и показатели качества управления. Нормативная модель может быть системой показателей, проектируемых с учетом эффективного использования ресурсов, потенциала медицинской организации, целей медицинской помощи. Оценивать качество управления можно путем сравнения фактических параметров с должными в описании входа и выхода системы управления, а также самого процесса управления. По величине отклонения можно судить о содержании и характере деятельности при разрешении проблем и допущенных ошибках в разработке и реализации стратегий развития.

PRESENT ISSUES AND POSSIBLE SOLUTIONS FOR THE BULGARIAN HEALTHCARE FUNDING

Assoc. Prof. Atanas Shterev

The major issues of the Bulgarian healthcare reform are related to the lack of financial resources and ineffective use of the existing ones. In default of the opportunities of contemporary management, in combination with the “partization” of the governance of healthcare, obsolete equipment, ineffective hospitals and lack of personnel, significantly impedes the implementation of adequate healthcare reform. In this sense, the change of the Bulgarian healthcare system is impossible without proper funding.

The feasible measures for an effective healthcare reform are connected, from one hand, to the legal statutory of the additional payment for medical activities and the resurgence of the private health insurance funds. From the other hand, it is of great importance to optimize the package options covered by the NHIF. This could be completed by the provision of opportunities for an actual financing of this package and a formation of a “NHIF price”, as well as a development of the voluntary health insurance with an upgrade of a compulsory contribution to NHIF. Last but not least, NHIF should evolve to an institution independent of political and status quo government influence.

In regards to hospital care, the introduction of Diagnostic-related groups (DRG) is indispensable as it is an approach for payment, enabling the better management of the resources and achieving optimal balance between financial sustainability and medical needs. The implementation of a governmental program, finance through the privatization of medical care, is another measure that needs to be introduced. The launch of a specialized fund, functioning with the Ministry of Health, for the reimbursement of treatment costs for poor citizens, particularly for the people above 65, is also needed. It is of great importance to undertake measures for drug policy optimization in Bulgaria by adhering to the principles, not for limiting the drug list, but for diminishing the necessity for the use of drugs with reference to more substantial resources towards prevention, rather than to medication.

УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО ЧРЕЗ ВНЕДРЯВАНЕ НА ПОДХОДИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯТА МЕЖДУ БОЛНИЧНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ И ПАЦИЕНТИТЕ

М. Владимирова, дм, доц.д-р Ж.Стайкова, дм, доц.д-р Н.Данова, дм
Национален център по общественно здраве и анализи - гр.София, България

Съвременното общество с право се определя като информационно, а сред изследователите на здравната система се утвърждава становището, че подобряването на информационната среда е в услуга на пациента, както и разбирането, че пациентът е партньор на лекаря при осъществяване на лечението. На тази основа подобряване на конкурентните позиции в областта на комуникациите на болницата с пациентите може да се постигне в две насоки: първо, разширяване и подобряване на

информацията, насочена към пациентите (представяне на болницата, правилата за прием, персонала и предлаганите услуги), и второ, подобряване на качеството на информацията, съпътстваща изписването на пациента и проследяване на неговото състояние след напускане на лечебното заведение. Целта на проучването е да се анализират взаимоотношенията между болничните заведения и пациентите и да се очертаят основните насоки за подобряване на качеството на обслужването в лечебните заведения.

ДЕМОКРАТИЗАЦИЯ И ПАРТНИРАЩА КОНКУРЕНЦИЯ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Проф. Цекомир Воденичаров, дмн
Факултет по обществено здраве, София

Демократизацията е водеща и неоспорима тенденция в съвременните здравни система, но конкретните пътища и механизми за нейното реализиране са сложни, разнообразни и нерядко противоречиви. Анализът на автора изхожда от концепцията за трите Д: Демократизация–Децентрализация-Демонополизация. За България особено актуален е проблемът демонополизация, чието решаване е предпоставка за по-висша демократизация на управлението и практическите способности на здравното обслужване на населението. Обосновава се необходимостта от разширяване на възможностите за конкуренция в здравеопазването като главен механизъм за демонополизация и съответно демократизация в сектора. Модерен подход за повишаване ефективността на конкуренцията в такъв специфичен сектор като здравеопазването е партниращата конкуренция – **конкуренция, базирана на партньорство**. Този тип конкуренция преодолява някои от слабостите на класическата конкуренция и предотвратява риска от нелоялна конкуренция. Градивното партньорство създава възможности за по-осезаемо етично регулиране на конкуренцията в процеса на взаимодействията между различни здравни организации в интерес на повишаване качеството на здравното обслужване.

CHALLENGES IN FINANCING THE HEALTH SYSTEM IN R. MACEDONIA

*Maja Parnargieva-Zmejкова MA,
General Director of Health Insurance Fund, R. Macedonia*

Background: Considering the origins, Macedonia has a solidarity based compulsory health insurance system, that collects the funds from health insurance contributions in form of earmarked social payroll tax, which is the main source of financing the health system.

The Health Insurance Fund of Macedonia (HIFM) is a purchaser of health care services for the insured. HIFM contracts with around 3.500 health providers that provide health services and pharmaceuticals. The health insurance system covers 85% of the population, but the system enables every citizen to be insured, actually every person living in the country is insured.

The mandatory health insurance system provides two main rights for the insured: right for health services and rights for salary compensations (during sick leave and maternity leave).

Financing the Macedonian health system: The main source of revenues of the HIFM is the contributions; amounting 90% of the total revenues, 7% are transfer from the Ministry of labor earmarked for the maternity leave and the residual 3% are from one part of the copayment and other revenues.

The total expenditure for health in Macedonia is 7.1% of GDP, out of which 64.1% are public expenditures. With this figures Macedonia is little behind from the most of the southeast European countries, although with exception of the crisis in 2009, there is a constant trend of growth of the public expenditures.

Macedonia has one of the lowest rates of contribution for health that occupies only 7.3% of the salary of the employed person, even though the system provides a broad Basic Benefit Package with plenty health services and low level of copayment.

The financing of the health services covered by the HIFM is carried with capitation with P4P on primary level at GP's and with primary packages in the Health Centers, with specialist services and packages at specialist level and with DRG (Diagnostic Related Groups) for the acute patients.

Managing with limited fund of 4.6% of GDP or 22 billion MKD (357 million EUR), the HIFM has implemented numerous measures and reforms in the system in the past 7-8 years, in order to provide the most fair and righteous distribution of funds in transparent and partnering process. One of the important and the foundation for the further development of the HIFM was the transformation into purchaser of health services that included placing independent Management Board. Further the fund has introduced a partnership collaboration with the insured persons and the health care providers through negotiations with the health service providers and regular communication with patient NGO's

One of the most successful projects of the HIFM was the implementation of the conditional budgeting for services that are deficient, that haven't been planned correctly in the past, for increasing its quantity and quality. Other measure that has provided significant cost containment was the reference pricing of drugs that resulted in keeping the same level of funds while the number of prescriptions continued to grow.

There are also many other changes that have improved the quality and the effectiveness of the system of health financing in Macedonia like: introduction the DRG in very short period of time, leader in the region with the implementation of the specialist packages, Electronic health card, high level of transparency with many published reports and data, ISO certification and establishing procedures and guidelines for the HIF employees.

On the other hand, there have been very imported reforms in the health system, undertaken by the Government and by the Ministry of health that have significant influence to the health financing and the health insurance system of the country. Some of them are "My term" (moj termin), the big investments in equipment, infrastructure and human resources and many others.

Conclusion: Macedonia is a country with limited funds for health care in total, as % of GDP and also as the part of the public funds allocated to health. Despite that, in the past few years a lot has been done by the health authorities and by the Government towards containing the expenditures for health without decreasing its availability.

Also Macedonia is not far from the global trend of growth of the health expenditures. All the factors that influence on the rise of the expenditures in the health sector on global basis, are present in Macedonia. Aging of the population, chronic disease, health technology, patient demands are factors that affect the World and Macedonian health system. Beside the modest resources, Macedonia has improved its health system in the past years. One of the evidence of this positive movement is the European Health Consumer Index, where Macedonia has improvement in the score and in the ranking.

VARIA

ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ: FISTULAE CHOLESTYSTOCUTANEA

Автор: Гордана Божиновска - Беака¹, Д. Стошиќ¹, Б. Вељанова - Пргова¹, И. Евтимова - Рогач¹,
Надица Божиновска

¹ *ЈЗУ ГОБ 8^{ми} Септември*

Вовед: Поставувањето на хируршки дрен е дел од секојдневната пракса, години наназад, како исклучително важен дел од оперативното лекување. Со овој приказ на случај, се прикажува една исклучително ретка компликација, која настанала една година по поставување на дренот.

Приказ на случај: Пациентка на 75 годишна возраст, кај која две години пред сегашниот преглед било оперативно пронајден ретроперитонеален тумор кој инфилтрирал во хепатодуоденалниот лигамент, со присутно порцеланско жолчно кесе. По направена експлорација и дренажа во одредена медицинска установа дошло до подобрување на општата состојба. Од пред една година на местото на кое бил поставен дренот, во предел на десен хипохондриум се направил фистулозен отвор преку кој се исфрлаат конкременти, со присутен епигастричен дефект на преден абдоминален сид од кој проминира репонибилна кила. На направената КТ снимка на абдомен, низ фистулозниот отвор на предниот абдоминален сид од десна страна беше убризган контраст, со кој низ фистулозен канал се дренира најверојатно во цеко-асцендентниот дел од колонот. Откако беа направени потребните предоперативни припреми и испитувања (КТ и ехотографија на абдомен, пасажа на тенки црева и фистулографија), се постави индикација за операција. Во ОАТ анестезија се направи лапаротомија. Интраоперативно се најде холецистокутана фистула исполнета со калкули. Направена холецистектомија и фистулектомија. Дел од екстрипираните ткива (жолчна кеса со димензии 75x20x5мм и ддел од оментум со фистулозен канал со димензии 100x80мм) се доби и патохистолошка дијагноза - Cholecystitis chr. fibrosa partem granularis et calculosa cum canalis fistulosa.

Дискусија: Ова е една исклучително ретка компликација, од поставување на хируршки дрен, што сепак ни укажува дека и оваа толку користена постапка во секојдневнието, треба да се изведува со претпазливост и прецизност.

Клучни зборови: хируршки дрен, холецистокутана фистула, холецистектомија и фистулектомија

CORIOLUS-MRL Е ХРАНИТЕЛНА ДОБАВКА, КОЈТО ПРЕДСТАВЛЯВА БИОМАСА НА ГЃБАТА CORIOLUS VERSICOLOR И СЃДЃРЖА ИМУНОСТИМУЛИРАЩИ КОМПОНЕНТИ - БЕТА-ГЛИКАНИ И ПРОТЕОГЛИКАНИ

Д-р Стоян Борисов, СБАЛАГ “Майчин дом”; Д-р Лъчезар Цолов МБАЛ” Доверие; Д-р Христо Галов МЦ „Пирогов”; ”; Д-р Маня Йорданова-ДКЦ 14; Д-р Светлана Манолова-ДКЦ 9, София, България;

През последните години са проведени изследвания, установили активността на тази гъба за предпазване на носителите на HPV от развитие на рак на шийката на матката, както и за превенция срещу други вируси, причиняващи рак. Целта на проучването е да се оцени ефекта на Coriolus versicolor при развитието на HPV-лезии при пациентки с нискостепенни плоскоклетъчни интраепителни лезии /LSIL/ и с високостепенни плоскоклетъчни интраепителни лезии/HSIL/.

BIOCOMPATIBILITY OF CR-CO COATINGS PROSPECTIVE FOR MEDICAL APPLICATION

Prof. V. Sarafyan¹, Assoc. Prof. R. Mancheva², D. Kiradzhyska², D. Mileva³, Assoc. Prof. M. Draganov⁴, Y. Feodorova⁴, K. Draganova⁵

¹Department of Biology, Faculty of Medicine

Medical University – Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria

² Department of Chemistry and Biochemistry, Faculty of Pharmacy, Medical University – Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria

³ Department of Languages and Specialized Training – Medical University – Plovdiv, Bulgaria

⁴ Department of Biology, Faculty of Medicine,
Medical University – Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria

⁵ Department of Microbiology and Immunology, Faculty of Pharmacy,
Medical University-Plovdiv, Plovdiv, Bulgaria

Background. The objective of this research is to develop such technology for electro-chemical deposition of cobalt alloys which will help avoid the difficult mechanical processing that follow the metallurgical casting, applied in dental practices. In this new technology a non-standard electrolyte for chromium coating type ‘Chromispel’ finds its application. It is indicative that it works at room temperature and has current usability several times higher than that of classical sulphate electrolytes.

Methods. On metal plates of made of steel by electro-chemical method, with direct current are deposited Cr-Co coatings at different regimes of electrolysis – time, density of current and content of $\text{CoCl}_2 \cdot 6\text{H}_2\text{O}$ in electrolyte. Their biocompatibility was tested with cell lines McCoy-Plovdiv and PDL.

Results. From the carried out experiments and analysis of the results the following current conclusions can be made. The tested samples show very good or good biocompatibility of about 90% in regards with cell lines McCoy-Plovdiv and PDL in in-vitro conditions. With some of them were found better values in regard with the serumless cells McCoy-Plovdiv. This fact is due to the different technological parameters of deposition and the closely related with them functional properties of the coatings.

Conclusions. It was found that in relation with their biocompatibility Cr-Co coatings are comparable to the medical steels used in practice.

ФУРНИЕРОВА ГАНГРЕНА (FOURNIER'S GANGRENE)

1.Ш.МУХАРЕМИ:Доктор по општа медицина-Р.Македонија

2.В.Ш.КОВАЧЕСКА:Доктор специјалист по Интерна медицина-Нефролог-Р.Македонија

3.Г.ПОЛИСИ:Доктор специјалист -Уролог-Р.Македонија

ЗАВОД ЗА НЕФРОЛОГИЈА-СТРУГА, Р.МАКЕДОНИЈА

Цел:Диабетес мелитус претставува светска пандемија која што во последниве години зема голем замав и на која треба да му се обрне повеќе внимание.

Иако бавно прогредира, како најчести компликации кои се појавуваат се: кардиоваскуларните заболувања,бубрежните компликации кои водат до хронична бубрежна инсуфициенција и хемодијализа, цереброваскуларни случувања,разни невропатии,чести инфекции и др. Една од ретките но многу сериозна и итна состојба која се јавува како компликација кај пациентите со диабетес мелитус е Фурниер-овата гангрена која што претставува рапидна и прогресивна фулминантна инфекција на површинските ткиваа на скротумот и на пенисот .

Презентација на случај:Ние ви презентираме случај на 54-годишен пациент со дијабетес мелитус и хронича бубрежна инсуфициенција стадиум 5,на хемодијализа,со бројни други коморбидни состојби(хипертензија,прележан акутен миокарден инфаркт,дилатативна кардиомиопатија, амауроza и периферна невропатија) кој развила почетен стадиум на Фурниер-ова гангрена.

Заклучок:Фурниер-ова гангрена е ретка но многу сериозна хируршка интервенција со висок степен на смртност.Меѓутоа со напредување на дијагностичките методи,хируршките техники,антибиотиците со широк спектар и интензивната нега, стапката на морбидитет и морталитет

бележи пад. Нашиот случај имаше повеќе коморбидни состојби кои брзо прогредираа и појкрај соодветното медицинско лекување.

Тој имаше ненајдена смрт кое најверојатно се должи на акутното срцево попуштање.

Клучни зборови: ДИАБЕТЕС МЕЛИТУС, ХРОНИЧНА БУБРЕЖНА ИНСУФИЦИЕНЦИЈА, ХЕМОДИЈАЛИЗА, ФУРНИЕР-ОВА ГАНГРЕНА

PROFILE OF MOTOR AND COGNITIVE IMPAIRMENTS IN DEMENTIA ASSOCIATED WITH PARKINSON'S DISEASE COMPARED WITH DEMENTIA WITH LEWY BODIES

M. Petrova MD, PhD, Y. Zhelev MD, PhD, R. Pavlova MD, PhD, S. Skelina MD, S. Mehrabian-Spasova MD, PhD, M. Raycheva PhD, P. Zdravkova MD, L. Traykov MD, PhD, DSc

Background: The specific profile of Parkinson's disease with dementia (PDD) and Dementia with Lewy bodies (DLB) in early stage of dementia is still unclear and subject of considerable controversy.

Methods: We investigated 42 PDD patients and 38 DLB patients in early stage of dementia. All patients underwent a comprehensive clinical and neuropsychological assessment.

Results: Compared to PDD, patients with DLB demonstrated significantly lower scores on Modified card sorting test, digit span backward, as well as copy of complex designs and pentagon. PDD patients showed significantly higher UPDRS III total, tremor at rest and bradykinesia scores.

Conclusions: The cognitive profile in PDD differs from that in DLB in the early stage of dementia, with low performance on tests of attention/executive functions and constructive abilities in DLB differentiating the groups. In contrast, motor symptoms are more severe in PDD than DLB.

ДИЈАГНОСТИЧКА ВРЕДНОСТ НА МАГНЕТНО-РЕЗОНАНТНАТА ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЈА

Б.Пргова, Г.Божиновска, И.Рогач
ГОВ "8-ми Септември" - Скопје

Целта на студијата е да се утврди вредноста на магнетната резонантна холангиопанкреатографија (МРЦП) која е imaging метода за визуелизација на интра и екстрахепатични жолчни патишта како и панкреатичниот канал. Денес МРЦП е компарабилна со ендоскопската ретроградна холангиографија која е добро етаблирана метода или златен стандард за испитување на билијарнопанкреасна патологија.

Со студијата беа опфатени 100 пациенти од двата пола на возраст над 20 години. Се испитуваше дијагностичката вредност на методот во евалуација на билијарна опструкција, етиологијата на билијарната опструкција, анатомски аномалии и холедохолитиаза. Златен стандард беше ендоскопската ретроградна холангиографија и постоперативниот патохистолошки наод.

Предности на магнетна резонантна холангиопанкреатографија се: неинвазивна, поевтина метода со слики со ист квалитет како и оние добиени со примена на ендоскопската ретроградна холангиографија. Нема употреба на контраст. Нема рентген зрачење. Комplikации нема. Недостаток има само дијагностичка, но не и терапевска можност.

МРЦП е базирана на T2 пулс секвенца од фамилијата FSE (fast spin echo) при што содржината во билијарно-панкреатичното стебло е со хиперсигнал, додека паренхимските органи се со хипосигнал.

Комбинација на сигналите безбедува добар контраст и ја олеснува дијагнозата на болестите на билијарнопанкреасниот систем.

Заклучок: Пациентите повеќе ја преферираат МРЦП како дијагностички метод. МРЦП е компетентен дијагностички метод. Истата е незаменлива дијагностичка метода кај пациенти кај кој неможе да се реализира ЕРЦП, за контрола после хирушка интервенција, кај особи после трансплатација на хепар, конгенитални аномалии. Во комбинација со МР (магнетна резонанца) за одредување на staging на малигните болести.

Клучни зборови: ERCP, MRCP, патологија на панкреатобилијарен систем

ANTIOXIDANTS IN THE TRADITIONAL NUTRITION OF THE BALKAN COUNTRIES – THE BALKAN DIET

Svetoslav Handjiev*, Teodora Handjieva-Darlenska

*Department of pharmacology and toxicology, Medical Faculty, Medical University of Sofia,
Bulgarian association for the study of obesity and related diseases (BASORD), Kroucha planina, Str.,
Sofia*

Introduction: Our recent studies have shown that the traditional Balkan cooking from the end of the 19th century and the first half of the 20th century is similar to the Mediterranean diet. The nutritional habits in all of the Balkan countries are stressing on the exclusive closeness. This fact is giving the right to define the Balkan healthy food or the Balkan diet. The traditional nutrition in the Balkan counties is responding to many of the major aspects of healthy food. From the nutritional prevention point of view, the results, related to the risks of developing a disease and their connection to the dietetic models, seem to be promising. The traditional Balkan nutrition is rich on antioxidants. The Balkan healthy food contains the highly active antioxidants resveratrole and pycnogenol. The diet is rich on alpha-tocophenol, ascorbic acid, beta-carotene, selenium, biflavonoids, and many other biologically active substances.

Discussion and conclusions: The traditional for the Balkan cuisine meals are distinguished with various and rich content on biologically active components. Besides the Bulgarian yoghurt and the typical source kinds of cheese, here belong the traditional vegetables – a rich source of various flavonoids and carotenoids. The specific character of the culinary treatment preserves the biological activity of the contents. With its rich content of healthy ingredients the Balkan diet is a circumstance for developing of various preventive and curative regimens.

Key words: Balkan diet, antioxidant, nutritional traditions

СЛУЧАЙ НА ПРИАПИЗЪМ ПРИ МЪЖ С ЖЕЛЯЗОДЕФИЦИТНА АНЕМИЯ ЛЕКУВАН ПО МЕТОДА НА AL GHORAB

д-р Ал. Заимов, гл.ас., д-р Ал. Тимев, дм, проф. д-р П. Панчев д.м.н.

Клиника по урология

Медицински университет, София, България

Приапизмът е патологично състояние на пълна или частична ерекция на пениса, която персистира дълго време след сексуална стимулация и оргазъм, или не е свързана със сексуалната стимулация. Това състояние изисква спешно и адекватно лечение. Когато продължи повече от 4 часа, рискът от увреждане на еректилната функция е висок.

Материал и методи: Извършва се лечение на 55 годишен мъж с приапизъм чрез аспирация на кръв от кавернозните тела, апликация на симпатомиметици и операция по метода на Al Ghorab. Етапи на лечението: започва се с аспирация на кръв от кавернозните тела и промивка с хепаринизиран серум.

Последваща процедура: апликация на симпатомиметик до постигане на детумесценция. Рецидив на приапизма след 45 минути на операционната маса . Операция по метода на Al Ghorab.

Етапи: разрез по glans penis над corona glandis= Резекция на върховете на кавернозните тела, промиване със серум, шев на разреза. След отстраняването на връхчетата на кавернозните тела ерекцията отзвуча. След затваряне на разреза glans penis видимо се кръвонапълни, което говори за успешен шънт и детумесценцията на кавернозните тела се запази.

Резултати: Ефектът от оперативната техника наблюдавахме непосредствено на операционната маса след затварянето на разреза. Един месец след операцията пациентът е с фиброзни промени на кавернозните тела и съобщава за частична ерекция.

Изводи: Принципът на оперативното лечение на приапизма е създаването на шънт между кавернозното и спонгиозното тяло, или между кавернозното тяло и венозен съд/v. dorsalis penis или v. saphena/ Операцията на Al Ghorab е бърза, технически лесна и с най-висок шанс за запазване на еректилната функция, ако бъде извършена на време.

PREVALENCE OF CONGENITAL UTERINE ANOMALIES IN PATIENTS WITH PRIMARY INFERTILITY, SECONDARY INFERTILITY AND RECURRENT PREGNANCY LOSS

Tofoski Gligor, Antovska Vesna, Dimitrov Gligor, Trajanova Milka, Georgievska Jadranka
University Clinic of Obstetrics And Gynecology- Skopje, University "St. Cyril and Methodius", Macedonia

Background: Congenital uterine anomalies (CUA) of the female reproductive tract (Mullerian anomalies) are heterogenous group of malformations, involving the uterus, cervix, Fallopian tubes and vagina. They represent the biggest part of the anomalies of the reproductive tract and can seriously influence the reproductive and obstetrical health.

Methods: We analysed 542 infertility patients to whom hysteroscopy or hysteroscopy/laparoscopy was performed at the University Clinic of Obstetrics and Gynecology in Skopje during a two-year period, between 01.01.2011 and 31.12.2012. Analysis was made of the findings of the uterine cavity and uterine anomalies were classified according to the AFS classification.

Results: Total of 214 cases of UM were diagnosed, which represent 39% of infertility patients to whom hysteroscopy was done. The group of patients with primary infertility consisted of 365 patients, out of which 135 (37%) were detected with CUA, in the group of secondary infertility which had 121 patients, 48 (39,7%) had CUA. The group of patients with recurrent pregnancy loss consisted of 56 patients and had the highest percentage of detected CUA- 31 patients (55, 4%). Majority of CUA are types which are correctible (type 5 and 6) and they can be subsequently treated by hysteroscopic metroplasty (89, 7%).

Conclusion: Congenital uterine anomalies are important and in most cases preventable factor of human infertility. Knowing their high prevalence in the group of infertility patients, thoroughful investigation should be made for their detection and treatment with hysteroscopic metroplasty.

Key words: congenital uterine anomaly, prevalence, infertility

ВЛИЈАНИЕТО НА ХИСТЕРОСКОПСКАТА МЕТРОПЛАСТИКА ВРЗ РЕПРОДУКТИВНИОТ ИСХОД КАЈ ПАЦИЕНТКИ СО ВРОДЕНИ МАЛФОРМАЦИИ НА МАТКАТА

Тофоски Глигор, Антоvsка Весна, Трајанова Милка, Сапунов Славeјко

Универзитет „Св.Кирил и Методиј“, Медицински факултет–Скопје, Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство, Република Македонија,

Вовед: Пациентките со вродени малформации на матката (ВММ) имаат намален репродуктивен потенцијал и понеповолен репродуктивен исход споредено со популацијата со нормална утерина празнина. Пациентките со нетретирани ВММ имаат поголема стапка на абортуси, поголема стапка на фетална загуба и намалена стапка на живороденост. Хистероскопската метропластика е стандардниот, безбеден и најминимално инвазивен метод за третман на коректибилните типови на ВММ. Цел на студијата е да се анализираат репродуктивниот исход кај поедините групи на пациентки со ВММ и инфертилитет, пред и по хистероскопската метропластика.

Материјал и метод: Анализирани се 78 пациентки со претходна фетална загуба (абортус) кај кои е направена хистероскопија во периодот од 01.11.2009 до 01.05.2013 година, на Универзитетската Клиника за гинекологија и акушерство во Скопје. Кај оние пациентки кај кои е дијагностицирана ВММ се направи хистероскопска метропластика и тие претставуваа испитувана група, а групата без ВММ е контролна група.. Пациентките и нивниот репродуктивен исход се следени најмалку во тек на една година по направената интервенција. Следен е репродуктивниот исход во двете групи на пациентки, при што се следеа стапката на бременост, фетална загуба (абортус) до 22 гестациска недела, стапката на преттермински и термински породувања, живороденоста и начинот на породување. Статистичката анализа е направена со употреба на компјутерски софтвер и вредноста за CI (confidence интервал $\pm 95\%$ CI) е дефинирана статистичката значајност за ниво на грешка помало од 0,05 (p).

Резултати: Најчеста детектирана ВММ беше аркуатниот утерус, со повеќе од 70 %. Меѓу двете групи има сигнификантна разлика во стапката на бременост, стапката на абортуси и стапката на спонтано породени пациентки. Во склоп на самата испитувана група и нејзиниот претходен лош репродуктивен исход, има сигнификантно намалување на стапката на абортуси на 13,9 %, а

зголемување на стапката на бременост на 86,1%. Стапката на забременување е 75%, а терминско породување има во 95,8 % од пациентките, од кои спонтано се породиле 65,2%. Не се забележани компликации во тек на интервенцијата, ни во тек на породувањето.

Заклучок: Од студијата може да заклучиме дека вродените малформации на матката претставуваат значаен фактор за инфертилитетот и рекурентната фетална загуба. Дури и малформациите кои се сметаа за минорни, како што е аркуатниот или парцијално септираниот утерус, се детектирани како причини за фетална загуба и по нивната хируршка корекција со хистероскопска метропластика, се докажува значително подобрување на репродуктивниот исход кај оваа група на пациентки. Сигнификантно подобрување во репродуктивниот исход е забележано кај испитуваната група по направената хистероскопска метропластика, со значајно намалување на стапката на абортус и значително зголемување на стапката на термински родени деца.

Клучни зборови: хистероскопија, метропластика, репродукција, инфертилитет, бременост

АКРЕДИТАЦИЈА НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ В БЪЛГАРИЈА

Доц. д-р Н.Данова, дм, доц. д-р Ж. Стайкова, дм, М. Владимирова, д.м.

Национален център по общественото здраве и анализи – България

Акредитацијата на лечебните заведения е сврзана со устојчивото развитие на квалитетот на медицинската помош и е основен приоритет на Министерството на здравеопазувањето на Република България. Како основен подход и модел за постојанно подобрување на квалитетот и сигурноста на доставяните на граѓаните здравни услуги, акредитацијата на лечебните заведения е процедура за постојанно самооценување и периодична външна оценка на квалитетот на: условјата и средствата, со кои се оказват здравните услуги; дейностите, чрез кои се остваруваат здравните услуги и резултатите од оказаните здравни услуги.

Анализиран е опитот на България во акредитацијата, разгледани се основните етапи. Првиот етап на акредитацијата обхваща периодот 2000-2003 г., кога е утврдена Наредба №1 од 27.04.2000 г. на МЗ за критериите, показателите и методиката за акредитација на лечебните заведения за болнична помош и дијагностично-консултативните центрове, каго е използван опитот на страни со многогодишни акредитационни програми. Вториот етап е сврзан со усъвършенстване на методиката и разширявање на обхвата ѝ /от 2 на 11 вида лечебни заведения/, разработена и утврдена е нова Наредба №13/30.07.2003 г. През 2005 г. е приета трета Наредба № 18 од 20.06.2005 г. Положителни резултати од провеждането на акредитационниот процес са: решени са законови и организационни проблеми; постигната е периодичност, непрекъсваемост и усъвършенстване на процеса на акредитација, подготвени са експерти од различни специалности; лечебните заведения и техните структури са адаптирани към изискванията на утврдените медицински стандарти; подобро е квалитетот на медицинските услуги и др. Посочени са и предизвикателства при провеждане на акредитацијата.

Акредитацијата на лечебните заведения, въведена през 2001 г. во България, трябва да се развива и да биде обект на постојанен анализ, оценка и усъвършенстване со оглед по-пълно удовлетворување на очекувањата на граѓаните за квалитетни здравни услуги.

ВЪРХУ НЯКОИ ОСОБЕНОСТИ НА ЛОКАЛНИЯ ИМУНИТЕТ В БЕЛИТЕ ДРОБОВЕ- 2

д-р Коста Качев и д-р Павлина Здравкова

ДКЦ „Александровска“, София, България;

Д-р Делфина Нуниес ДКЦ 29, София, България;

Фактори, обуславящи локалниот имунитет (ЛИ) во дихателната система (ДС): 1. морфологично-функционални особености на ДС; 2. клетъчен и 3. секреторен имунитет и специално секреторния ИГА.

Секреторните антитела во ДС имат голямо значение и добре очертана автономност за предпазување од различни заболявания: аглутинират бактериите и така ограничават размножението им и възможността да проникнат във вътрешната среда на организма; препястват тяхната фиксация върху

епителната тапицировка на тъканите; контролират „нормалната“ микрофлора в ДС. Подобна е защитата и на всички лигавици, които имат контакт с външната на организма среда.

Закономерности в натрупването на секреторните антитела (СА)

Образуването на (СА) се подчинява на същите закономерности, които определят натрупването на антитела в организма:

1. Влияние на възрастта: сведенията са противоречиви по този въпрос. По-голямата възприемчивост на децата към грипните вируси, вероятно е обусловено е още не напълно съзрялата система на секреторния имунитет (СИ);
2. Индивидуални различия при формирането на (СИ);
3. Влияние на имунодепресанти и адюванти;
4. Значение на метода на апликация на антигена- мястото на „въвеждане“ на антигена има решаващо значение; за обезпечаване на тяхната продукция е необходим контакт с лигавицата на дихателния тракт.
5. Индуктивна и продуктивна фаза: при всички респираторни вирусни инфекции, продуктивната фаза на (СИ) е по-кратка от продуктивната фаза на общия хуморален имунитет към същите антигени.
6. Значение на дозата на антигена- в сила е общото правило: с увеличаване на дозата на антигена се увеличава и продукцията на (СА).
7. Значение на имунологичната памет в системата на (СИ).
8. Корелация между натрупване на секреторни и серумни антитела.

В заключение може да се каже, че при синтеза на (СА) са в сила по-голямата част от закономерностите присъщи на системата на общия специфичен имунитет, но има и такива, характерни само за системата на (СИ)-напр.: изразената фрагментарност, изработката на антитела се ограничава само в този участък от лигавицата, който е бил в контакт с антигена.

Локален противовирусен имунитет на дихателната система

Острите респираторни вирусни заболявания (ОРВЗ) доминират в съвременната инфекциозна патология на развитите страни. Тяхното значение в развитието и прогресирането на хроничните неспецифични белодробни заболявания (ХНБЗ) е вече общопризнат факт. Местния противогрипен имунитет е необходимо звено в общия имунитет на организма към това заболяване. Доказано е значението на (СА) в противогрипния имунитет. Обръща се внимание и на синергичното действие в противогрипната защита на серумните и секреторните антитела. Редица изследвания показват предимство на секреторните антитела пред серумните в тяхната способност да предотвратят отделянето на вирусите от организма, което определя ролята им в ограничаване на епидемиите и колективния имунитет към вирусните заболявания.

Локален противобактериален имунитет на дихателната система. Системата осигуряваща неспецифичния и специфичен антибактериален имунитет на (ДС) е по-сложна и многокомпонентна отколкото е антивирусната. По редица съществени признаци имунологичния статус на вътрешната среда на организма и (ДС) принципно се отличават една от друга. Например основен фактор на неспецифичния антибактериален хуморален имунитет е комплемента, но в секрета на горните и долни дихателни пътища не намерен такъв. Сред протективните антитела на серума важно място заемат опсонините, но опсонизиращата активност на (СА) от клас IgA е много по-слаба от тази на антителата от клас IgG.

Редица фактори изтъкват първостепенното значение на локалния антибактериален имунитет в устойчивостта на (ДС) и на целия организъм към бактериална инвазия. Изтъква се, че по-честото и по-тежко боледуване от хроничен бронхит, наблюдавано у пушачи се дължи на подтискане от тютюневия дим на (ЛИ) на респираторната система, най-вероятно чрез репресия на секреторния IgA. Експерименталното проучване на микоплазмената инфекция се използва като модел за изучаване на локалния антибактериален имунитет в (ДС).

Резюмирайки всички установени факти на локалния имунитет може да се счита за доказано, че секреторните антитела показват изразено, а при някои инфекции и решаващо влияние за устойчивостта на дихателната система към заболявания с вирусна и бактериална етиология.

Близко до базалната мембрана на епителната тапицировка и каналите на жлезите са локализираните „В“-клетки, предетерминирани към изработване на IgA.

За разлика от лимфните образувания, разположени във вътрешната среда на организма, аналогичните елементи на органите непосредствено съобщаващи се с външната среда, непрекъсната

са подложени на антигенно дразнене. Затова в тях се съдържат голяма количество клетки, синтезиращи различни имуноглобулини и преди всичко секреторния ИгА. Тези структурни особености са от много голямо значение за локалната защита на тези органи от вирусни и бактериални нокси и имат значение за протичането и прогнозата при инфекциозните болести на дихателната система.

Редица външни химични и физични фактори (тютюнев дим, радиационно облъчване) подтискат секреторния ИгА, водят до по-тежко, затегнато протичане и хронифициране на възпалителните заболявания в дихателната система.

LIVER TRANSPLANTATION: CHALLENGE FOR FURTHER CLINICAL, EXPERIMENTAL AND SOCIAL-ETHICAL INVESTIGATIONS

Prof. D. Kordzaia, Prof. G. Lobzhanidze

Iv. Javakhishvili Tbilisi State University, Tbilisi, Georgia

Georgian Medical Association

Liver transplantation is related with substantial ethical, juridical, religious and organizational-financial problems. Development of half liver transplantation from living donors additionally raises the problem of guaranteeing the donor's safety. Thus, the phenomenon of liver transplantation is related to not only biomedical, but also social problems, successful decision of which requires the adjustment of legislative basis with bioethical demands.

The need for liver resection has been increased during the last 2 decades due to the raised incidence of liver pathologies and cases half-liver transplantation from the living donors.

The unique regeneration ability of this organ which allows it restore its mass/volume in short time following the resection accounts for the successful functioning of resected as well as transplanted half livers.

Post-resection liver regeneration is one of the most intensely studied processes in general. Due to the simplicity and convenience of modeling the latter process in small laboratory animals, it became one of the recognized models used to study the molecular signals and mechanisms of initiation, peak and termination. Study of post-resection liver regeneration both in clinical as well as in experimental settings, involves several directions, in terms of studying the::

- regeneration-triggering stimuli;
- molecular pathways initiating, guiding and terminating the regeneration after the liver mass is restored;
- structural (cellular, tissular) transformations during the regeneration process.

However, while the large number of studies are dedicated to the triggers and pathways of liver regeneration, the structural aspect of post-resection liver regeneration still remains virtually unexplored.

Specifically, it is still unclear:

- Is there the hepatocyte proliferation or hypertrophy which takes place during the liver regeneration? or both? or incomplete mitoses with binuclear and polyploidy cells development take place? or the mentioned processes interchange between one another?
- Does liver regeneration yield from the raised number or increased sizes of lobules following the liver resection? If the latter is case, how does it happen – due to increased number or increased sizes of hepatocytes?
- How does the tubular structures – branches of portal and hepatic vein, artery and biliary duct - „follow“ the organ growth in volume, by development of „new branches“ or „elongation“ of the existed ones?
- What is the difference between normal and regenerated liver architectonics?
- Is there any difference between the regeneration of resected and resected/transplanted liver parts?

Finding the response to these questions will let us fill the complex mosaic picture of liver regeneration with missing fragments to depict it in full image. And the latter, by itself, will support to the development of optimal standards for donor/recipient management in terms of increasing demands on liver transplantation.

QUALITY OF LIFE IN PARAPLEGICS WITH NEUROGENIC DYSFUNCTION OF THE LOWER URINARY TRACT

Jovanka Sturlakova - Koroveshovska ¹, Filip Dimoski ²

¹ Public Health Centre, Ohrid, Faculty of Medicine, Skopje

Aim of the study: To establish the difference in the quality of life in paraplegic patients with urinary incontinence compared to patients with traumatic injuries without urinary incontinence after an acute condition, when patients are stable, capable of carrying out some of their daily activities. Material and

Methods: An analytical "case-control" study was conducted at the Public Healthcare Facility - Special Hospital for Orthopedic Surgery and Traumatology "St. Erazmo" in Ohrid. The study group (case), a total of 60 included paraplegic patients with neurogenic dysfunction of the lower urinary tract. The control group (60) of patients was comprised of individuals hospitalized in the same hospital for other diseases (injury, fracture), but not suffering from urinary incontinence. The survey results obtained were statistically analyzed with the computer SPSS 14 program by applying appropriate statistical methods.

Results: The average grade of the subjective assessment of their own quality of life in patients with incontinence was 3.12, while in patients without incontinence it was 3.77. From the case population 7 patients rated the quality of their life with 1, while the lowest grade in the control population was 2 (one patient only). The conducted survey indicated conditions of permanent stress, fear and panic, without having a sound reason, then signs of depression, dissatisfaction of the extent of performing duties. For such individuals life is a permanent struggle, adapting to the newly-arisen situation.

Conclusions: Urinary incontinence due to neurogenic dysfunction of the lower urinary tract is one of the major reasons for poor quality of life in patients with traumatic transversal myelitis. Rehabilitation process in these patients should be multidisciplinary.

Key words: quality of life, psychological fear, depression, urinary incontinence, paraplegics

ПСИХОСОЦИЈАЛНИТЕ МАНИФЕСТАЦИИ КАЈ ПАРАПЛЕГИЧАРИТЕ КОИ ПРИМЕНУВААТ ЧИСТА ИНТЕРМИТЕНТНА САМОКАТЕТЕРИЗАЦИЈА

* J. Стурлакова Коровешовска, m-r sci d-r ** П. Бачевски, d-r ***С. Димовска, d-r****Ф. Димовски

*Центар за јавно здравје - Охрид, **Општа болница - Охрид,

Здравствен дом – Охрид, *Медицински факултет, Скопје

Параплегичарите се млади луѓе кои стануваат инвалиди во најубавиот и најпродуктивниот период од животот на човекот. Уринарната инконтиненција со сите свои непријатности кои ја пратат, допринесува овие пациенти да се чувствуваат безнадежно.

Цел на трудот: Евалуација на асоцијацијата на повлекувањето и лимитирачкото однесување, психосоцијалната состојба, социјалните потешкотии и непријатности кај параплегичарите со неврогена дисфункција на долниот уринарен тракт во корелација со применетата метода за катетеризација.

Материјал и методи: Case - control испитување се изведе врз 60 пациентите со трауматски транверзален миелитис со уринарната инконтиненција. Релевантните податоци се добија преку анкетирање со помош на специјално изготвени прашалници.

Резултати: Не е најдена статистичка значајност на разликите во однос на психосоцијалната состојба кај пациентите: депресивно чувство, загриженост дека другите ќе намирисаат урина или дека состојбата ќе се влоши, помало уживање во животот во зависност од методот на катетеризација, но постои статистичка значајност на разликите во однос на загриженоста за сексуалните активности (χ^2 -test=3,458;df=1, $p<0.05$). Помалку се загрижени за сексуалните активности пациентите кои ја користат самокатетеризација.

Заклучок: Траумата во слабинската или сакралната регија е поврзана со нарушената сексуална функција Пациентите кои користат интермитентна самокатетеризација имаат зголемена сексуална желба поради отсуството на инконтинентните епизоди, немаат потреба од пенисни навлаки. Примената на методот на чиста интермитентна самокатетеризација ја редуцира сексуалната апстиненцијата.

УСЛОЖНЕНИЕ СЛЕД ЕПИДУРАЛНА АНЕСТЕЗИЯ ПРОВЕДЕНА ПРИ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

С.Начева¹, И.Петрова¹, Е.Чифлигаров¹, М.Караджова¹, Г.Ангов¹, Ю.Петрова¹, Д.Иванова²,
П.Здравкова³

1.УМБАЛ Александровска Клиника по Нервни болести МУ гр.София

2.МБАЛ София мед Ревматологична клиника

3.ДКЦ ЕООД Александровска

Присъствието на катетъра през цялото време на анестезията може индиректно да допринесе за травмирането на нервни структури. Невротоксичността на въведения анестетик се изяснява с Cauda equina syndrome, парестезии. Други усложнения могат да бъдат менингит, епидурален абсцес, чрез създаване на locus minoris resistance с възможност причинителя да премине кръвно-мозъчната бариера, хипотензия. Най-честото усложнение на тази процедура е постпункционното главоболие, което се свързва с нарушение на авторегулацията на интракраниалните венозни съдове, преходна венозна недостатъчност или пробиване на dura mater и последвала ликворея. Болната Л. Х. П. е на 24г., която получава силно, нетърпимо главоболие в изправено положение, субфебрилитет, хипотензия и брадикардия час и половина след проведена епидурална анестезия по повод на водене на нормално раждане

СИНДРОМ НА MELKERSSON-ROSENTHAL

И.Петрова¹, С.Начева¹, М.Караджова¹, Г.Ангов¹, Ю.Петрова¹, Е.Чифлигаров¹, Д.Иванова¹,
П.Здравкова³

1.УМБАЛ Александровска Неврологична клиника МУ гр. София

2.МБАЛ София мед Отделение по Ревматология гр. София

3. ДКЦ Александровска ЕООД

Синдромът на Melkersson-Rosenthal е рядко неврологично заболяване, което се характеризира с рецидивираща парализа на VII ЧМН в 30% от случаите, рецидивиращ към хроничен оток на лицето и устните и промени в езика, увеличаване на лимфните възли в 50% от пациентите. Причината за заболяването е неясна, но се предполага генетична предиспозиция. Обсъждат се и участието на HLA-системата, възпалителен процес, забавена реакция на свръхчувствителност. Представяме болната Ж.К.И на 42г. с поява на първоначално рецидивиращ оток на двете устни от 4 години, който преди две години хронифицира и изкривяване на лицето вдясно от детска възраст.

BEHAVIORAL HEALTH RISK FACTORS AMONG SCHOOLCHILDREN AGED 14-18

Asoc. Prof. J. Staikova, MD, PhD; Asoc. Prof. G. Tsoleva, MD, PhD; Asoc. Prof. A. Manolova, MD,
PhD; Prof. P. Dimitrov, MD, PhD, K. Evstatieva

National Center of Public Health and Analysis, Sofia, Bulgaria

The current study is a part of the project “Healthy children in healthy families” – a children component of the CINDI Program.

The objective is to study the impact of behavioral factors for health risk (smoking, alcohol consumption, unhealthy diet, low physical activity) among schoolchildren aged 14-18 years.

Material and methods: 3369 schoolchildren (49.4% boys and 50.6% girls) are covered from 36 schools of the District of Veliko Tarnovo, Galovo, Dobrich, Lovech and Ruse, determined by random selection. The sample is representative of the students in the municipality by age for both sexes. An individual interview with a standardized questionnaire. An individual interview by standard questionnaire is performed.

Results show that each third student is a regular smoker, daily alcohol users with 10.7% of boys and 4.2% of girls, the diet of children is not healthy, and 1/3 of them have low level of physical activity.

Conclusion: The studied risk factors in childhood have an important role in the pathogenesis of numerous chronic non-communicable diseases later in life. The implementation of activities focused on health promotion and healthy life style changes even from early childhood, is of extreme importance.

Keywords: risk factors for health, schoolchildren

EXPOSURE TO SECOND HAND SMOKE AMONG PRESCHOOL CHILDREN IN BULGARIA

Assoc. Prof. A. Manolova MD, PhD; Assoc. Prof. J. Staykova MD, PhD; Assoc. Prof. G. Tzolova MD, PhD; Ass. Prof. K. Kostadinova; Ass. Prof. T. Avramov MD²; Ass. Prof. M. Strandjeva; Assoc. Prof. M. Tafradjiiska MD; PhD; Prof. P. Dimitrov MD, PhD; K. Evstatieva
National Center of Public Health and Analysis, Sofia, Bulgaria,
University Hospital Tsaritsa Yoana-ISUL, Sofia, Bulgaria
UHAT of Pulmonary Diseases St. Sofia, Sofia, Bulgaria

Tobacco smoke is among the leading pollutants of indoor air. It has been proven that exposure to second hand smoke (SHS) in childhood causes a number of negative health effects affecting mainly the respiratory system.

Aim: The survey aims to assess the pre- and postnatal SHS exposure among Bulgarian preschool children and the social inequalities in exposure related to parents' educational status.

Material and Methods: The presented data are drawn from a national cross-sectional study of SHS effect on respiratory health comprising data of 2922 children (1410 boys and 1469 girls) aged 3-6 years. A standardized and validated adaptation of the questionnaire of the American Thoracic Society (child component) is used together with child medical records. It includes questions concerning tobacco smoking by the parents and other family members (during pregnancy and lifetime) and the educational status of the inquired parents. For statistical analysis SPSS for Windows 13.0 is used with level of significance $P < 0.05$.

Results show that the parents of 57.5% of the children smoke and have smoked more than 5 cigarettes daily at home during the overall life of the child (45.7% fathers и 39.0% mothers). During all pregnancy in 11.9% of cases both parents smoke, in 45.4% - only the father, and in 2.9% - only the mother continue to smoke. The data show that the prevailing part of the parents-smokers have primary or secondary school education (67.2% of fathers and 57.6% of mothers), while more than half of the non-smokers are university graduates – 51.1% fathers and 69.4 mothers ($P < 0.001$).

Conclusion: The obtained results reveal high SHS exposure in preschool age and the relevance and importance of the issue for public health. The intervention strategies for tobacco control should be comprehensive and to incorporate elements of public policy requiring governmental and legal intervention as well as measures implemented through health professionals and a wide network of community and non-governmental structures.

Keywords: children, second hand smoke, prevalence, social

BURNOUT AND WORK STRAIN IN HEALTH SECTOR SETTING HOSPITAL

B. Tzenova¹, Ph.D., Y. Jordanov², MD, J. Stajkova¹, Ph.D., MD.

¹ *National Centre of Public Health and Analyses, Sofia, Bulgaria*

² *Bulgarian Medical Association, Sofia, Bulgaria*

Background. Emotional burden and exhaustion as professional activity impact are problem for hospital staff worldwide and in Bulgaria especially due to prolonged ongoing reforms. Study aim is to examine prevalence of burnout syndrome, psychosomatic complaints, psychosocial work conditions and strain sources in hospital and to prove their interrelations in accordance to personnel category and clinic group, gender and age.

Methods. Subjective ratings on 18 health complaints during the last 6 month, burnout (MBI), 20 stress sources and key psychosocial work risk factors were obtained from 319 persons - hospital staff of both genders (doctors, nurses, hospital attendants, laboratory technicians). Variation analyses and multiple statistical analyses were calculated and formed subgroups compared.

Results. Revealed burnout patterns differ by subgroups. Number of stressors (lack of recognition, reward, time pressure) are connected with emotional exhaustion and dehumanization. Multivariate analyses figure out close interrelations of experienced health problems with stressors number and anxiety.

Conclusions. Comprehension of different resources' influence on burnout and mental health in the hospital is deepened with new data and importance of addressing psychosocial work aspects for healthy work environment and high quality patient care outlined.

РОЛЯТА НА НЦОЗА ЗА ОБЩЕСТВЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

Доц.д-р Жени Стайкова, д.м

Директор НЦОЗА

Всяка национална здравна политика на страните в съвременния свят се основава на определени приоритети, базирани върху динамиката на общественото здраве и в съответствие с фундаменталните стратегии на Световната здравна организация – Здраве за всички (1977), Първична медицинска помощ (1978) и Промоция на здравето (1986). Стратегията „Европа 2020” и третата програма за действие на ЕС в областта на здравето „Здраве за растеж” (2014-2020), която поставя акцент върху човешкия капитал и обмена на добри практики. Република България, като страна членка на ЕС, работи активно за постигането на „приобщаващ растеж”, търсейки иновации и в системата на здравеопазването, с които да бъдат посрещнати предизвикателствата, свързани с устойчивостта в сектора в контекста на негативните демографски промени.

Ролята на НЦОЗА е насочена към иновативно интерпретиране на новите тенденции в общественото здравеопазване, свързани със създаването на здравословна среда и здравословен начин на живот. Необходимо изискване за постигане поставените цели е да се определят основните приоритети и области на въздействие в здравеопазването. Дейността на НЦОЗА обхваща четири основни направления, съобразени с изискванията на законодателството на ЕС и България и новите директиви на ЕС, свързани с опазване на здравето. Те са в областта на жизнената среда (околна среда, трудова среда, хранене) и здравето; промоцията на здравето и профилактиката на болестите; националните здравни данни и електронното здравеопазване; управление на системите за класификация и оценка на медицинските дейности (програми, стратегии и акредитация и системи и моделиране).

За постигането на целите си НЦОЗА работи и ще работи в тясно сътрудничество и партньорство със структурите на МЗ, ключови национални и регионални органи за обществено здравеопазване, с мрежата от лечебни заведения, с медицинските университети, факултетите по обществено здраве (ФОЗ), неправителствения сектор и пациентитските организации, научно-медицинските дружества, и други институции с отношение към здравето на нацията, СЗО, структури в рамките на ЕК, други важни партньори в ЕС и извън пределите на Европа. Като доказателство за това е оторизирането от МЗ, НЦОЗА да участва в 8 проекта на втората програма на ЕС за здраве и в други национални и международни проекти и програми.

Усилията на работещите в НЦОЗА хабилитирани лица, експерти и технически персонал ще бъдат оптимизирани за прилагането на съвременните технологии в областта на общественото здравеопазване, съобразно водещото място на НЦОЗА в националната здравна система.

КОРЕКЦИЯ НА АСТИГМАТИЗЪМ С ФЕМТОСЕКУНДЕН ЛАЗЕР

А. Топов, В. Косталевска, С. Стоянова, С. Александрова

Токуда болница София

Фемтосекундни лазери се използват успешно в офталмологичната хирургия от 2001 г. Технологията е широко разпространена най-вече при LASIK (Laser In Situ Keratomileusis) рефрактивна хирургия, където лазерът замества механичното устройство микрокератом, за да се създаде по-прецизно роговично капаче при подготовката на окото за действието на ексимерния лазер за премахване на рефракционна аномалия. Първоначалната идея за лазерна катарактна хирургия направлявана от коректно изображение (оптична кохерентна томография) принадлежи на Даниел Паланкер и Марк Блуменкранц от 2005 г. През 2008 г. проф. Золтан Наги в Будапеща, Унгария пръв въвежда в клиничната практика фемтосекундната лазерна процедура за катаракта. Към момента фемтосекундния лазер намира четири приложения в катарактната хирургия: лимбални релаксиращи

инцизии (LRIs) при астигматизъм, конструкция на основния роговичен разрез, преден капсулорексис и фрагментация на лещата. Когато се поставят в определени зони на роговицата, LRIs могат да намалят съществуващия астигматизъм и така да се подобри некоригираната зрителна острота след операцията. Обичайно такива разрези за корекция на астигматизъм се правят на ръка с остриета. Основните фактори, определящи тяхната ефективност са дължината, дълбочината и еднаквостта им, мястото им спрямо центъра на роговицата, тяхната геометрия, възрастта на пациента и големината на астигматизма. Прецизността на лазерните разрези дава възможност на хирурга за по-добър контрол върху крайната рефракция, водещ до подобрена зрителна острота. Направените мануално LRIs са техническо предизвикателство и много хирурзи с неохота ги извършват, поради съображения за точността и съществуващия макар и малък риск от перфорация на роговицата. Така, че малка част от пациентите с астигматизъм, които биха имали ефект от LRIs, реално го получават. Фемтосекундните лазер асистиран LRIs позволяват оптимална корекция на малък астигматизъм за разлика от конвенционалните и донякъде непредвидими мануални LRIs.

TREATMENT OF DISTAL URETER STONES – ESWL VS. HO:YAG URETEROLITHOTRIPSY **K. Davidoff MD, A. Popov MD, Department of Urology – Tokuda Hospital – Sofia**

Among all methods used for the treatment of the stone disease two of them have proven to be the most effective and mini invasive, with a few complications and short hospital stay - these are the ESWL and the ureterolithotripsy. Over the last 30 years these two methods are the most widely used and recognized as first line treatment for the stones localized in the distal ureter and as a consequence the two procedures were repeatedly compared many times in the world urologic literature. The short and intensive evolution of the lithotripters and the endourologic instruments and devices, the introduction of the laser technologies have added new arguments in this yet classic comparison.

The purpose of this retrospective head to head research is to compare the effectiveness of these two methods in the treatment of stones localized in the distal third of the ureter.

ОГНЕСТРЕЛНИ УВРЕДИ НА КРАЙНИЦИТЕ В УСЛОВИЯТА НА ТРАВМА СИСТЕМА (СЪВРЕМЕННИЯТ СТАНДАРТ ЗА СПЕШНОСТ)

Д-р Т.Папуров

МБАЛ Попово ЕООД – Отделение по Ортопедия и травматология, Търговище, България

Въведение.Огнестрелни наранявания (на крайници) са тези, които са причинени от стрелково оръжие и експлозивни мунции. Те са много разнообразни и трудно се подреждат в класификация. Много автори ги включват в откритите фрактури, където е най-използвана класификацията на Gustilo и Anderson. В общия случай нараняванията от стрелково оръжие се приравняват с III степен-А, а експлозивните с III степен-В и С. Така обаче не може да се обхване многообразието на огнестрелните наранявания (ОН).

Класификация на Gustilo-Anderson за откритите фрактури:

I степен: кожна рана до 1 см; видимо чиста; минимална мускулна (и на меки тъкани) контузия, причинена от натиск отвътре навън; напречни или коси фрактури;

II степен: кожна рана над 1см; минимална мекотъканна увреда; без смачквания или минимални такива; напречни или коси фрактури;

III степен: кожна рана над 1 см; размачквания на меки тъкани; често -високоенергийни и раздробени фрактури.

- **III-А:** възможно покритие с кожа или ламбо; повече от 2 фрагмента; включват се ОН от стрелково оръжие;
- **III-В:** невъзможно мекотъканно покритие; увреди и на периост; масивно замърсени; включват се ОН от стрелково оръжие и експлозивни мунции;
- **III-С:** всяка открита фрактура с артериална увреда; включва тежки експлозивни наранявания.

Забележка: Ако до 8 часа от момента на травмата I и II степен не са обработвани, се класифицират в III степен! При ОН освен замърсяване има и други компоненти на раневия профил (РП).

В най-общ смисъл процесът на ОН е взаимодействие между проектила и биологичната цел. Още Boerst (1925) указва, че преминаващият през живи тъкани куршум отдава своята енергия в право и радиално спрямо неговата траектория на направления, формирайки тризонална рана. В следващите десетилетия представата за механизма на енергообмен търпи историческо развитие, свързано с пиротехническото усъвършенстване на огнестрелното оръжие и предприеманите методи на изследване. Поразявайки целта проектилът (куршум), попада в около 800 пъти по-плътна от въздуха среда. Куршумите образуват несъразмерни по своя ход раневи канали. Те са резултат от образувалата се в момента на удара временно пулсираща кухина (ВПК), състояща се от шийка (първоначален праволинеен участък), стационарна кухина и изходна част на куршума. Кухината се разширява и свива неопределен брой пъти (пулсира). Формират се следните патологични зони:

1. Зона на некроза, обвиваща стената на канала (първична некроза);
2. Зона на молекулярната (тъканна) контузия. Тази зона може да се възстанови или да оформи нова некротична зона (вторична некроза) след 3-7 дни.

Некротичните промени са по-изразени при високоскоростните проектили ($V_0 \geq 760 \text{ m/s}$). Съответно и терапията трябва да се съобрази с типичните находки. Некротичните зони създават условия за по-ранна колонизация на бактериите, което налага да се приеме принципът „Колкото по-бързо е лечението, толкова е по-добре.“.

Значение за това има организацията на оказваната медицинска помощ. Днес това се осъществява чрез съвременния стандарт за спешност наречен още травма система.

Организационният модел на травма системата е започнал да се формира в отделните си детайли в далечното минало по време на военните конфликти, поради появата на голям брой пострадали за кратко време. Военните хирурзи са първите започнали да създават принципи на клиничните и системни грижи за травмирани пациенти. Опитът от военните конфликти налага мнението, че най-важно за пострадалите е намаляването на времето от травмата до дефинитивното лечение - колкото може повече. Тази концепция се предава и преминава от военната в организацията и на гражданата травма система през 70-те години.

Исторически още по време на Наполеоновите войни френският хирург Доминик Ларей (Ларе) развива концепцията за бърза евакуация и ранно лечение на пострадалите. За целта създава „летяща болница“, която силно скъсява рамото на евакуация (в пространство и време). Нещо повече - той разполага полевите болници близо до мястото на бойните действия. Преди въвеждането на горното, пострадалите военни оставали често с часове и дни на мястото на инцидента, преди да получат някаква медицинска помощ. Посочените формирования са били де факто първите травма центрове. По време на Гражданската война в Америка военните болници биват инкорпорирани в самата структура на армията като фронтови лечебни звена с нарастващо ниво на компетентност на фронта към тила. През Кримската война Н. Пирогов въвежда сортировката (триаж). Разделя пострадалите на 3 групи:

1. Тежки - за незабавно лечение;
2. Тежки безперспективни - без лечение;
3. Леки - за по-късно лечение.

Това увеличило процента на оцелелите. Н. Пирогов пръв описва 2-те фази на травматичния шок и връзката им с лечебния подход. По време на Първата световна война системното лечение на ранените чрез прогресивни медицински ешелони вече е стандартен протокол. Пострадалите са били евакуирани към батальонния медицински пункт, където са обработвани и връщани в батальона (по-леките) или стабилизирани и насочвани към болници с по-високо ниво на лечение в тила. През Втората световна война системата се подобрява. Чрез санитарни автомобили времето на евакуация се намалява до 4-6 часа. Проучванията върху шока и широкото използване на кръвопреливането при лечението му намаляват смъртността и усложненията от остра бъбречна недостатъчност. За допълнително намаляване на смъртността допринасят антисептиката и откриването на антибиотиците. В архивите на Армията на САЩ се пазят медицински документи на ранени от времето на Гражданската война до днес и този регистър позволява разработването на алгоритми за най-добро лечение при специфични наранявания.

След появата на хеликоптерите по време на войните в Корея и Виетнам времето за евакуация от мястото на битката до напълно оборудвани болници става за по-малко от час. Това довежда до 97.5%

преживяемост на пострадалите, които достигат до военната болница живи. През Първата световна война времето между нараняването и операцията е между 12 и 18 часа, с обща смъртност 8.5%. През Втората световна война същото време е 6-7 часа, а смъртността е 5.8%. Във Виетнамската война ранените постъпват за 1 час в болницата, а смъртността се снижава до 1.7%. В днешно време в армиите на НАТО чрез медак екипите (хеливак най-често) стремежът е до 0.5 час ранените да стигнат до болницата. Резултатът е снижаване на смъртността под 1 %. Болниците, където постъпват ранените са: Роля 1, Роля 2, Роля 3 и Роля 4. Освен оцеляване друга цел е намаляване процента на усложнения (ранни и късни), което се постига с намаляване на времето на „доставка“ на ранения в болницата.

В резултат на проучвания опита на хирургичните екипи на ВМА в мисии на НАТО се поддържат следните изводи:

1. Съкращението на времето на евакуация до започване на дефинитивното лечение трябва да се съкрати до под 1 час;
2. Неудължаването на същото време над 6 часа все още не увеличава съществено процента на усложненията.

По-долу е класификацията на огнестрелните наранявания от стрелково оръжие и експлозивни мунции, която е съобразена с лечебния подход и перспективите, представена от П. Минчев (13,14):

Групи увреди	Най-честа причина	Степен на нарушение на тъканите	Хирургично лечение
I група	-куршум -сачми	-малка входна кожна рана - до 3 см. -малък обем некроза на меките тъкани -няма видимо или е слабо замърсяването с чужди тела -незамърсяване на кости с чужди тела (видимо)	-ПХО -Вътрешна метална фиксация (външна) -ПОП -дренаж, полуотворена или отворена оперативна рана
II група	-голям калибър -куршум -взривен проектил	-голяма входна кожна рана - над 3 см -увеличен обем некроза на меките тъкани -видимо замърсяване с чужди тела на меките тъкани -незамърсяване на кости с чужди тела (видимо)	-ПХО -външна метална фиксация -ПОП -дренаж, полуотворена или отворена оперативна рана
III група	-голям калибър -куршум -малокалибрен снаряд -взривни проектили	-голяма входна кожна рана - над 3 см -голям обем некроза на меките тъкани -видимо или силно замърсяване с чужди тела на меките тъкани -слабо замърсяване на кости с чужди тела	-ПХО -външна метална фиксация -ПОП (по-рядко ПООП) -дренаж, отворена оперативна рана
IV група	-взривни проектили	-много голяма входна кожна рана -много голям обем на некроза на меките тъкани, в т.ч. и липса на тъкани -много силно замърсяване на меките тъкани с чужди тела (вбити) -силно замърсяване на кости с вбити чужди тела	-ПХО -външна метална фиксация -ПООП (ПОП) или ВОП -дренаж, отворена оперативна рана

V група	<u>-взривни</u>	<u>-много големи раневи зони (открити и</u>	<u>-ПХО</u>
	<u>проектили</u>	<u>закрити)</u>	<u>-външна метална фиксация (ако не</u>
		<u>-обширни некрози и смачквания</u>	<u>е ампутация)</u>
		<u>-силно замърсяване</u>	<u>-ПООП или ВОП (ако е нужно) -</u>
		<u>-липсващи части на тъкани от областта</u>	<u>дренаж, отворена оперативна рана</u>

Дискусия: Военната травма система работи ефективно и се подобрява във времето. Огнестрелни наранявания обаче има и в цивилния живот. Организирана национална травма система в България, приета със закон няма, освен отделни детайли. Поради това лечебният отговор спрямо огнестрелните наранявания в цивилния живот не е на същото високо ниво.

Изводи: 1. Необходимо е приемане на закон за действаща Национална травма система.2. Необходимо е системно обучение на специалисти от болничната мрежа в страната в мениджмънта на огнестрелните наранявания - поради спецификата им и недостатъчните познания.

Библиография:

1. Adams DB: Wound ballistics: A review Mil. Med. 147, 1982; 331-335
2. Adamo J. J. et al: High velocity tissue injury: an experimental study of the retentive forces of tissue; Am. J. Surg. 127, 1974; 454-459
3. American College of Emergency Physicians: Guidelines of Trauma Care System. Dallas. Texas, ACEP, 1992.
4. American College of Surgeons Committee on Trauma: Resources for Optimal care of The Injured Patient: 1993. Chicago. Illinois, ACS, 1993.
5. Department of Health and Human Services: Model Trauma Care System Plan, Rockville, Maryland; DHHS, 1992.
6. Baskeh P., R. Waller - Medicine for Disaster, 1988.
7. Catastrophes de la strategie d'intervention a la Prise en Charge medicale - Elsevier, Paris – 1996.
8. De Palma R., Blast Injuries, The New England Journal of Medicine, 2005 Eddie C., Blast Injuries in Enclosed Spaces, British Medical Journal, 2005.
9. Драгнев В. - лекция „Управление на кризи“ - София, 2004г.
10. Драгнев В. - справочник „Медицина на бедствените ситуации“- Изд., „Класик Дизайн“, София, 2004г.
11. Канев и колектив – “Медико-тактическа характеристика на бедствените ситуации” – под редакцията на ген. Майор доц. С.Тонев, Изд. „Ирита“, Казанлък, 2007 г.
12. Николов Т. – Глобални предизвикателства пред човечеството, 2006 г.
13. Пламен Минчев, Боримир Василев, Кольо Спасов, Борислав Златев – Огнестрелни увреди на опорно-двигателния апарат от стрелково оръжие и експлозивни муниции – Варна 2008 (монография)
14. Минчев П., С. Морфов, Б. Златев – Огнестрелни наранявания на крайниците – лечение в условията на травма система; Конференция на Национален Военен университет – 27-28.06.2019 г. стр.166-172.

