

СОДРЖИНА

КАЗАУИСТИКА

- Веґенерова җрануломајтоза на орбитѝа, наше искуствѝо и податоци од лиѝератури; приказ на случај*
С. Јованоска, Р. Нанел, Т. Маркоски, А. Димовски, Г. Колевски, И. Филов53

ОД ПРАКТИКА ЗА ПРАКТИКА

- Терапија на җлауком со бѝта-блокаѝор и асѝма*
К. Блажевска-Бужаровска, В. Јорданова, Е. Цајковска56
- Појавата на дисѝлазијата при дислокацијата на колкот кај пациенти со сѝастична церебрална парализа*
З. Божиновски, Г. Зафироски, А. Појоска, Љ. Каревски, А. Гавриловски, В. Камнар60
- Употреба на одделни контрацепѝивни методи помеѓу средношколциѝе од Скопје, Р. Македонија*
Б. Младеновиќ, М. Сѝасовски, Д. Донеv, А. Арников, Г. Тоѝузовска64
- Мини ментал ѝесѝ кај алцхајмерова и васкуларна деменција*
Р. Крѝѝеска69
- Клинички искуства со новиот антидепресив со двојна акција-venlafaxine во ѝреѝман на пациенти со депрессивно расѝројѝтво*
Н. Манушева, Г. Чадрловски, Б. Сѝефановски, В. Чаловска-Самарѝиска, В. Николов74
- Синдром на суво око*
Б. Блажевска, М. Антиова-Велевска, Е. Цајковска, М. Ивановска З. Арнауовски, Х. Дума79
- Психолошки асѝекѝи на криминално однесување кај параноидни изврѝѝтели на убиствѝо*
И. Филов, Д. Тодоровска -Рајчановска, Л. Кочанковска, С. Јовановска83
- Процена на депрессивното расѝоложение и нивоѝо на анксиозноста кај студентиѝе по медицина*
С. Манчевска, М. Полазаревска, Л. Божиновска, Ј. Плунцевиќ-Глигороска, Е. Сивевска-Смилевска87
- ДРУШТВЕНА ХРОНИКА**92
- ВО СЕКАВАЊЕ НА**93



Основано 1946

Founded 1946

МАКЕДОНСКИ МЕДИЦИНСКИ ПРЕГЛЕД

СПИСАНИЕ НА МАКЕДОНСКОТО ЛЕКАРСКО ДРУШТВО МАК МЕД ПРЕГЛЕД, ГОД 61, 2007, стр. 1-96, Бр.1-3

СОДРЖИНА

КЛИНИКА И ЛАБОРАТОРИЈА

<i>Преваленција и фактори на ризик асоцирани со астма, џоленска тиреска и еѓзема кај школски деца во Република Македонија</i> Е. Влашки, К. Ставриќ, Л. Сечкова, И. Кировски, Р. Исјановска, Љ. Николовски, М. Кимовска, А. Сазровски, А. Исени, Истражувачки тим на проектот	1
<i>Анализа на рендгенграфските карактеристики кај пациенти со <i>chlamydia pneumoniae</i> пневмонија како дел од дијагностичкиот алгоритам за пневмонија</i> И. Кондова - Тоџузовска, Г. Кондов, Д. Димитриев, А. Анастасовска	7
<i>Инфекција со <i>giardia lamblia</i> во дејската возраст</i> С. Бојачиева, С. Грујовска, Г. Тодоровски, А. Костиовски, К. Ставриќ, М. Јурхар Павлова, Е. Трајковска-Докиќ	12
<i>Липопротеин(а) и липиден статус кај пациентите на хемодијализа</i> Д. Лабуровиќ, К. Тошеска-Трајковска, С. Алабаковска, Ј. Богданска, Љ. Стојковски, М. Сироски, Б. Тодорова	16
<i>Влијание на кортикостероидите врз коскениот метаболизам кај постменопаузни жени со ревматоиден артритис</i> М. Николовска-Котевска, Ј. Меческа-Јовчевска, О. Цајкова-Левајковиќ, Ј. Стојковиќ	21
<i>Дијагностичка вредност на анти-цикличните циркулирани и специфични антитела кај пациентите со ревматоиден артритис</i> Љ. Дамјановска-Рајчевска, В. Анастасовска, Б. Зафировска, К. Грозановски, Н. Марина, М. Грличков	29

КЛИНИЧКИ ИСТАРАЖУВАЊА

<i>Промени во широчината на алфа-секторот по алфа - стимулирачки неврофидбек тренинг</i> А. Демерџиева	33
<i>Застапеност на инсулинската резистенција кај трансплантрани болни со и без нарушувања во гликозниот метаболизам</i> Л. Пејковска, Н. Ивановски, Ч. Димитровски, Ж. Појов, Ж. Переска	38
<i>Јачината на диспнеата и промените на телесната тежина кај пациентите со хронична оцврстувачка белодробна болест</i> Ј. Стојковиќ, Г. Стевчевска, М. Котевска, Д. Антиќова	44
<i>Индикација за хируршко лекување на фибриноурулентниот стадиум на илевралниот емием според морфолошките карактеристики на илевалната и илевралниот просектор</i> Р. Чоланчески, З. Сироски, Г. Кондов, А. Арсовски, С. Јовев, Д. Смилевски, Б. Антиќевски, В. М. Цветановски	49

ПЗО ДИЈАГНОСТИЧКИ ЦЕНТАР¹–БИТОЛА, СВ. СПАС–С. КРАВАРИ, БИТОЛА, LANDESKRANKENHAUS ST. JOHANSPIITAL, RONTGENDIAGNOSTISCHEN ZENTRALINSTITUTE², SALZBURG-AUSTRIJA, КЛИНИКА ЗА НЕВРОЛОГИЈА – КЛИНИЧКИ ЦЕНТАР³ – СКОПЈЕ, ЈЗУ ПСИХИЈАТРИСКА БОЛНИЦА⁴ – ДЕМИР ХИСАР

ВЕГЕНЕРОВА ГРАНУЛОМАТОЗА НА ОРБИТА, НАШЕ ИСКУСТВО И ПОДАТОЦИ ОД ЛИТЕРАТУРАТА; ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ

WEGENER'S GRANULOMATOSIS OF THE ORBIT, OUR EXPERIENCE AND LITERATURE REVIEW: CASE REPORT

С. ЈОВАНОВСКА¹, Р. НАНЕЛ², Т. МАРКОСКИ¹, А. ДИМОВСКИ¹, Г. КОЛЕВСКИ³, И. ФИЛОВ⁴

Веџенеровата џрануломатоза-ВГ е џрануломатозен и некроџизирачки васкулит кој класично џи зафаќа респираторниот тракт и бубрезите. ВГ лимитирана на орбитата претставува локализирана форма на болеста без системска презентација. Прикажуваме случај на ВГ со орбитална презентација со кој се потвдува улогата на имџинџ мейодитте, посебно на магнетната резонанца-МР во евалуацијата и диференцијацијата на орбиталната патолоџија.

Предоперативната МР на орбитите кај оваа пациенџка потврди деформиран и збрчан булбус, задебелување на перибулбарното меко ткиво и инволвирање на m.rectus lateralis и на лакрималната жлезда. По ив. администрација на контрастно средство-КС се доби интензивно засилување на сигналот на лезијата. Ваквиот наод беше суџестивен за ВГ, саркоидоза или исевдоџумор. Патохистолошката анализа потвдува исекцијата потвдува исекцијата на ВГ.

МР е одличен модалитет за евалуација на орбитална патолоџија. Нативната Т1 пулс секвенца без масна супресија е преферирана за деџекција на лезиите и за дефинирање на орбиталната зафаќеност. Хипосигналот на лезијата во Т2 секвенцијата е корисен во суџерирање на дијагнозата.

Клучни зборови: Веџенерова џрануломатоза-ВГ, некроџизирачки џранулом, некроџизирачки васкулит, неизната еџиолоџија, антити неутрофил цитоплазматски антитела-ANCA, магнетна резонанца - МР

Summary

Wegener's Granulomatosis-WG is a granulomatous and necrotizing vasculitis that classically involves the respiratory and renal systems. WG limited to the orbit is a localized form of the disease without systemic progres-

sion. We report a case with orbital presentation of WG that emphasizes the role of imaging techniques especially MRI as an imaging modality in evaluation and differentiation of orbital pathology.

Presurgical MRI of the orbits confirmed deformed and shrunken right bulbus, thickened peribulbar soft tissue with involvement of m.rectus lateralis and lacrimal gland. After contrast medium administration there was an obvious contrast enhancement of the lesion. Finding was suggestive for WG, Sarcoidosis or pseudotumor. Pathohistological analysis after enucleation confirmed Morbus Wegener.

MRI is an excellent imaging modality to evaluate orbital involvement. The native, non-fat-suppressed T1-weighted sequence is a preferred method for lesion detection and definition of anatomical involvement. The hypointensive signal on T2-weighted MRI image is helpful in suggesting the diagnosis.

Key words: Wegener's granulomatosis-WG, necrotizing granuloma, necrotizing vasculitis, unknown etiology, neutrophil cytoplasmic antibodies-ANCA, Magnetic Resonance imaging-MRI

Веџенеровата грануломатоза-ВГ е грануломатозен и некротизирачки васкулит кој класично џи зафаќа респираторниот систем и бубрезите. Класичната тријада ја сочинуваат некротизирачки гранулом на респираторниот тракт, некротизирачки васкулит на артериите и вените и нефритис како фокален некротизирачки гломерулонефрит. ВГ е класифицирана во три форми: генерализирана форма која одговара на класичната тријада, лимитирана форма која е повеќе индолентна и типично го зафаќа респираторниот тракт штедејќи џи бубрезите, и многу лимитирана форма, како кај нашата пациентка, со само окуларно или орбитално зафаќање. ВГ лимитирана на орбитите е локализирана форма на болеста без системска прогрес-

сија.¹ Окуларното инволвирање е многу често, кај 58% од пациентите, и затоа иницијално се упатуваат на офталмолошки преглед. Поради разноличността на окуларните манифестации и реткоста на болеста, претставува тежок клинички и дијагностички проблем. Прикажуваме случај на ВГ со орбитална манифестација. Целта на случајот е да се потенцира улогата на имџинг методите, посебно на МР, како имџинг модалитет за евалуација и диференцијација на орбитална патологија.

Материјал и методи

36-годишна пациентка со ноќни болки во десното око беше упатена на Радиолошкиот институт за МР на десната орбита под суспекција за ВГ поради Scleromalacia perforans, според офталмолошкиот преглед. Направена е МР на орбитите, нативна и серија по ив. апликација на гадолиниум како КС со магнет со јачина од 1 Тесла. Снимањето е направено со T1 и T2 пулс секвенци, конвенционални и со супресија на сигналите од масното ткиво. Компариран е сигналниот интензитет на лезијата во T1 и T2 секвенците со оној на нормалното ретробулбарно масно ткиво. Направена е и евалуација на степенот на сигналното засилување на лезијата, компарирајќи ја разликата на интензитетот пред и по апликацијата на КС.

Резултати

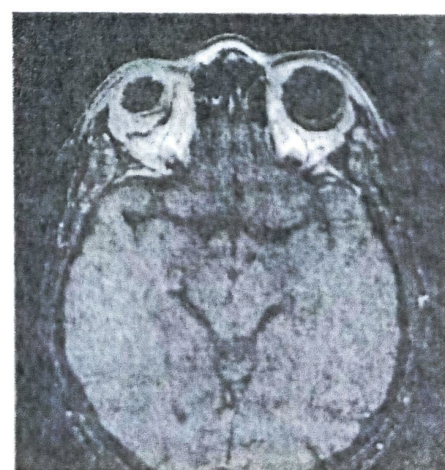
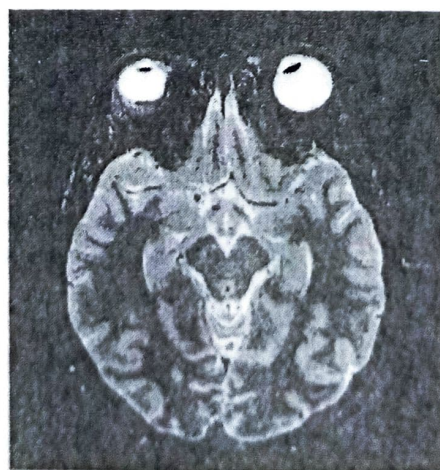
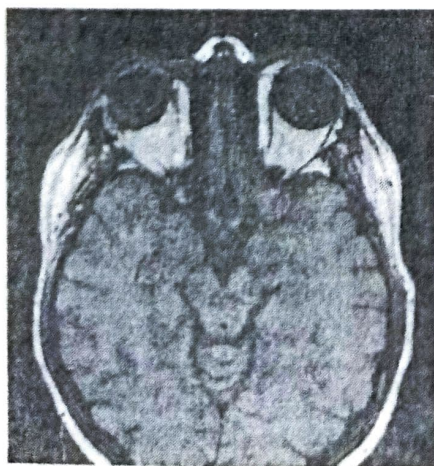
Пред 10 месеци од појавата на орбиталните проблеми кај пациентката, поради полиартралгични тегоби, била воведена имunosупресивна терапија.

На офталмолошки преглед, поради ноќните болки во десното око, постоело деструкција на

присот, задебелен corpus vitreum, оток на папила, та, додека ретината не била достапна за евалуација. Под суспекција дека се работи за ВГ поради Scleromalacia perforans била зголемена дозата на имunosупресивната терапија. Лабораториските анализи покажале зголемени вредности на бикарбонати, Cu, ceruloplasmin, CRP и намалени вредности на EISEN, transvenn-SATP и ferritin. Оториноларинголошкиот преглед и ренџен-РТГ снимките на белите дробови биле уредни. Контрастно засилената компјутеризирана томографија-КТ на орбитите покажала дискретно деформиран десен булбус, умерена проптоза и задебелување на перибулбарното ткиво суперолатерално. Во коскен прозорец параназалните синуси биле со уредна пневматизација без коскена деструкција. Поради отсуство на клиничко подобрување и покрај зголемената имunosупресивна терапија, била препорачана енуклеација.

Предоперативната МР на орбитите потврди деформиран и збрчкан булбус, задебелено перибулбарно ткиво до 5мм суперолатерално кое е со хипосигнал во сите пулс секвенци и инволвирање на m.rectus lateralis и на лакрималната жлезда. По ив. апликација на КС постои интензивно хомогено засилување на сигналот на лезијата. Поради хипосигналниот интензитет на лезијата во сите пулс секвенци, посебно во T2 секвенцата и нејзината локализација, наодот беше суспектен за ВГ, саркоидоза или псевдотумор (сл.1, сл.2 и сл.3).

Сл.1, сл. 2 и сл. 3 - МР на орбити, нативна серија со T1 и T2 пулс секвенца со масна супресија-МС во трансверзална рамнина. Постои деформиран и збрчкан десен булбус, задебелено перибулбарно меко ткиво суперолатерално кое е со хипосигнал во T1 (сл.1) и интермедиерен сигнал во T2 секвенцата со МС (сл.2). Лезијата ги инвол-



Слика 1, 2, 3

вира *m.rectus lateralis* и лакрималната жлезда. На постконтрастната серија постои интензивно, хомогено засилување на сигналот на лезијата (сл. 3).

Патохистолошката анализа по енуклеацијата потврди ВГ поради хронична грануломатозна инфламација, некротизирачки склеритис и панувитис со с-ANCA позитивен некротизирачки васкулит.

По 7 месеци од енуклеацијата, поради повторни болки во десната орбита, МР покажа присуство на лезија суспектна за постоперативна фиброза или рецидив. Поради клиничко влошување, зголемени вредности на некои крвни анализи и постоење на лезија која ја зголемува својата димензија, потврден е рецидив. По 3 год. пациентката се уште е на имunosупресивна терапија и кортикостероиди без појава на лезии во другите системи.

Дискусија

ВГ како посебен клинички ентитет е дефинирана во 1936 год. од германскиот патолог Wegener. Претставува системска болест со непозната етиологија која се карактеризира со грануломатозна инфламација на респираторниот тракт, некротизирачки васкулит и нефрит.¹ Според некои претставува хиперсензитивна реакција на микроорганизми, како *St. aureus*; но тоа не е сигурно потврдено.³ Од генетски аспект, постои поголема поврзаност помеѓу ВГ и присуството на ХЛА-Б8 и ХЛА-DR2 генетските локуси.⁸

Оваа ретка болест типично се јавува во 4 и 6 декада, иако е докажана и кај пациенти од 7 до 75 год.¹ Нешто почеста е кај мажи во однос на жени, во сооднос 1,5:1. Појавата на болеста се карактеризира со истоштеност, температура и губење во тежина.¹ Клиничката слика е толку разнолика што доаѓаат предвид инфекции, васкулити, како и Henoch-Schönlein пурпура, саркоидоза, Behcet синдром и малигнитети. Респираторните абнормалности со појава на белодробни инфилтрати и синусит се најчеста манифестација.² Синоназалните промени во раниот стадиум најчесто погрешно се дијагностицираат како хроничен синусит и ринит.⁷ Зафаќањето на белите дробови е кардинална карактеристика и се манифестира со кашлица, хемоптизии, диспнеа и плеврална болка.¹

Како окуларна болест се јавува кај 58% од пациентите и е резултат на фокални промени или на пренесување на процес од околината како од долготраен грануломатозен синусит.

Дијагнозата на ВГ, главно, се базира на клиничкопатолошкиот наод. Антинеутрофилни-

те цитоплазматски антитела-ANCA во 1985 год. биле откриени како специфичен тест, но пред да се воведат тестот според Американскиот колеџ за ревматологија-ACR, присуството на 2 или повеќе од следниве 4 критериуми биле доволни за дијагноза на ВГ: абнормален уринарен седимент, абнормална РТГ снимка на белите дробови, орална или назална улцерација или исцедок и грануломатозна инфламација докажана со биопсија.^{2,7} Биопсијата останува есенцијална во дијагнозата со верификација на 3 базични промени: васкулит, грануломатозни промени и фокална некроза.⁶

Поради тоа што најголемиот број пациенти имаат респираторни тегоби од имиџинг методите, најчесто прво се прави РТГ на белите дробови. Графиите на синусите, исто така, се корисни но наодот не е специфичен само за ВГ.⁷

МР нема улога во детекција на промените во торакалот, но треба да се применува во евалуација на промените на синусите, орбитите и нервниот систем. Во иницијалниот инфламаторен процес не е можно со МР да се разликува инфламација на мукозата од грануломатозно ткиво, затоа што задебелувањето на синоназалната мукоза се прикажува со хиперсигнал во T2 секвенците. Во подоцниот период на грануломатозна трансформација, грануломите се детектираат како хипосигнални лезии. Со МР орбиталните грануломи имаат хипосигнален интензитет во T1 и T2 секвенците.⁵ Контрасно незасилените и без масна супресија T1 пулс секвенците овозможуваат најдобар контраст меѓу лезијата и нормалните структури. По апликација на КС се појавува значително засилување на сигналот, што најдобро се детектира на T1 секвенците со масна супресија.⁴ Поради приказот во мултипли рамнини и големиот ткивен контраст, орбиталните грануломи многу подобро се разграничуваат од интраорбиталното масно ткиво, мускулите и оптичкиот нерв со помош на МР отколку со КТ, но коскената дистракција и склерозата на сидовите многу подобро се прикажуваат со КТ. Затоа МР и КТ се комплементарни во дијагнозата и стејџингот на орбиталните промени кај ВГ.⁵

Заклучок

ВГ лимитирана на орбита е локализирана форма на болеста без системска прогресија. МР е одличен имиџинг модалитет за евалуација на орбиталната инволвираност. Значителното намалување на сигналот во T2 секвенците е карактеристична особина на овој ентитет, а незасилената и без масна супресија T1 плус секвенца е префери-

рана за детекција на лезиите и дефиниција на анатомската инволвираност.⁴ Поради тоа, ВГ треба да биде вклучена како диференцијална дијагноза кај пациентите со хипосигнална лезија, во T1 и T2 пулс секвенците, во носот, параназалните синуси и орбитите.⁵

Литература

1. Yang J: A Case of Very Limited Wegener's Granulomatosis and Scleritis. MERSI Ocular Immunology and Uveitis Foundation Medical Professionals Articles Case Report
2. Shafiei K, Luther E, et al: Wegener Granulomatosis: Case Report and Brief Literature Review: The Journal of the American Board of Family Practice 16:555-559 (2003)
3. Popa ER, Tervaert JW: The relation between Staphylococcus aureus and Wegener's granulomatosis: current knowledge and future directions. Intern Med 2003 Sep; 42(9): 771-80 [Medline]
4. Courcoutsakis N. A., Langford C. A., Sneller M. C, et al; Orbital involvement in Wegener granulomatosis: MR findings in 12 patients. Journal of computer assisted tomography 1997, vol. 21, n°3, pp. 452-458 (27 ref.)
5. Muhle C. Reinhold-Keller E. et al: MRI of the nasal cavity, the paranasal sinuses and orbits in Wegener's granulomatosis. European Radiology Volume 7, Number 4/May, 1997
6. Neil T, Elmaraghy CA, et al: Wegener Granulomatosis. eMedicine Specialties, Otolaryngology and Facial Plastic Surgery, Medical Topics
7. Sharma S, Thomson G: Wegener Granulomatosis. eMedicine Specialties, Medicine, Ob/Gyn, Psychiatry and Surgery, Rheumatology
8. Valentini RP, Toder DS: Wegener Granulomatosis. eMedicine Specialties, Pulmonology

Од практика за практика

КЛИНИКА ЗА ОЧНИ БОЛЕСТИ, МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ, УНИВЕРЗИТЕТ СВ.КИРИЛ И МЕТОДИЈ – СКОПЈЕ

ТЕРАПИЈА НА ГЛАУКОМ СО БЕТА-БЛОКАТОР И АСТМА

THERAPY OF GLAUCOMA WITH BETA-BLOCKERS IN ASTHMA PATIENTS

К. БЛАЖЕВСКА-БУЖАРОВСКА, В. ЈОРДАНОВА, Е. ЦАЈКОВСКА

Локалната терапија на глаукомот започнува со преишчување на кайки од групата на бета-адренергичните блокатори. Во окошто бета-блокадата доведува до промена во создавањето и истекувањето на очна водичка (5,6,7).

Количината на лекот која се ресорбира во окошто може да биде доволна да предизвика бронхоспазма или брадикардија кај пациентите заради блокада на бета-адренергичните рецептори (3,4). Во илудот се анализирани 50 пациенти третирани во кабинетот за глауком при Клиниката за очни болести. Кај сите со рутински испитувања (тонометрија, зониоскопија, фундускопија, периметрија) е потврдена дијагноза на глауком, и пациентите се лекувани со бета-блокатор. Ретроспективно со ирашалник беа испитувани за присуство на белодробни иешкоштии и астма. Анализирани беа нивните резултати од респиракторните функции извршени на Клиниката за пул-

моложија. Една група анализирани пациенти се оние кои при почетокот на терапијата немале белодробни иешкоби но по земањето на бета-блокациите се појавиле. И кај нив се направени белодробни испитувања (форсиран експираторен волумен, форсиран витален капацитет, максимум експираторен проток) како и мерења на крвниот притисок, срцевиот ритам. Во периодот од 2 години се јавиле 8 пациенти кај кои е утврдено јастрожено покачување на интраокуларниот притисок поради долготрајна примена на кортикостероидна терапија во третманот на астма. Во првата група пациенти кои се подолго време на третман со бета-блокатор (3-5,5го), кај 20% и покрај сознанието за белодробни иешкоштии, се продолжило со терапијата, а кај (41,4%) при започнувањето со терапија воопшто не било обраќено внимание на белодробната болест.