



МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО  
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

# **ЕДУКАТИВЕН/СТРУЧЕН ПРЕСТОЈ ВО**

## **БУГАРИЈА-СОФИЈА**

**Универзитетска Клиника за неврологија**

**Болница Токуда**

**18 септември – 7 октомври 2016**

**Проф. Др. Наталија Долненец-Банева**

**Датум на презентација: октомври 2016**





# ***Извештај за стручен престој во Бугарија-Софија***





Tokuda Hospital Sofia

ища София

DB 4003 DA





**Во рамките на програмата за едукација на лекари специјалисти која се спроведува од страна на Министерството за здравство на Република Македонија престојував на тронеделен едукативен/стручен престој (18.09.- 07.10.2016) во Клиниката за Неврологија при Болницата Токуда-Софија, Република Бугарија.**



**Просторен концепт на Клиниката за неврологија во  
Болницата Токуда**





Највиталниот дел од Клиниката го чини просторот во кој е сместен работниот пулт со вмрежен интернет и програм за конекција со сите витални единици од Клиниката, но и од останатите клиники кои се дел од секојдневното егзаминирање, дијагностицирање и обсервирање на хоспитализираните пациенти



МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО  
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА



На работниот пулт сите специјалисти-невролози, специјализанти и средниот медицински персонал, организирано, во рамките на своите облигации и работни задачи учествуваат во дијагностирањето, третманот и следењето на болните.

На мое задоволство, имав можност да бидам дел од нивата екипа и да учествувам во третманот на болните (класичен третман, тромболиза.....).



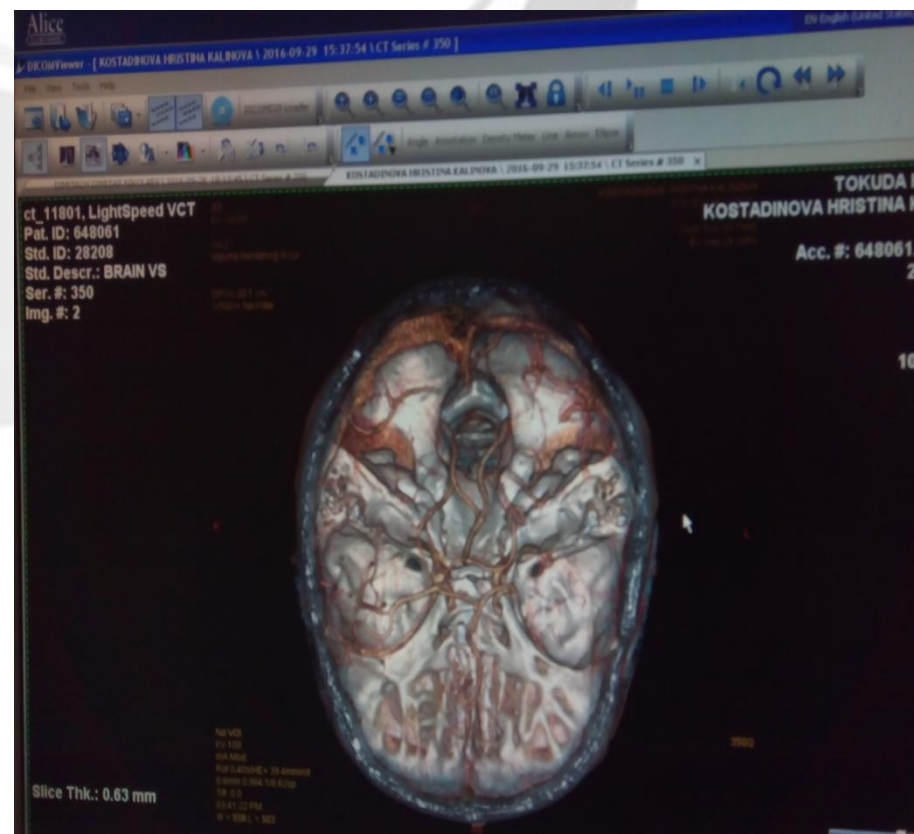
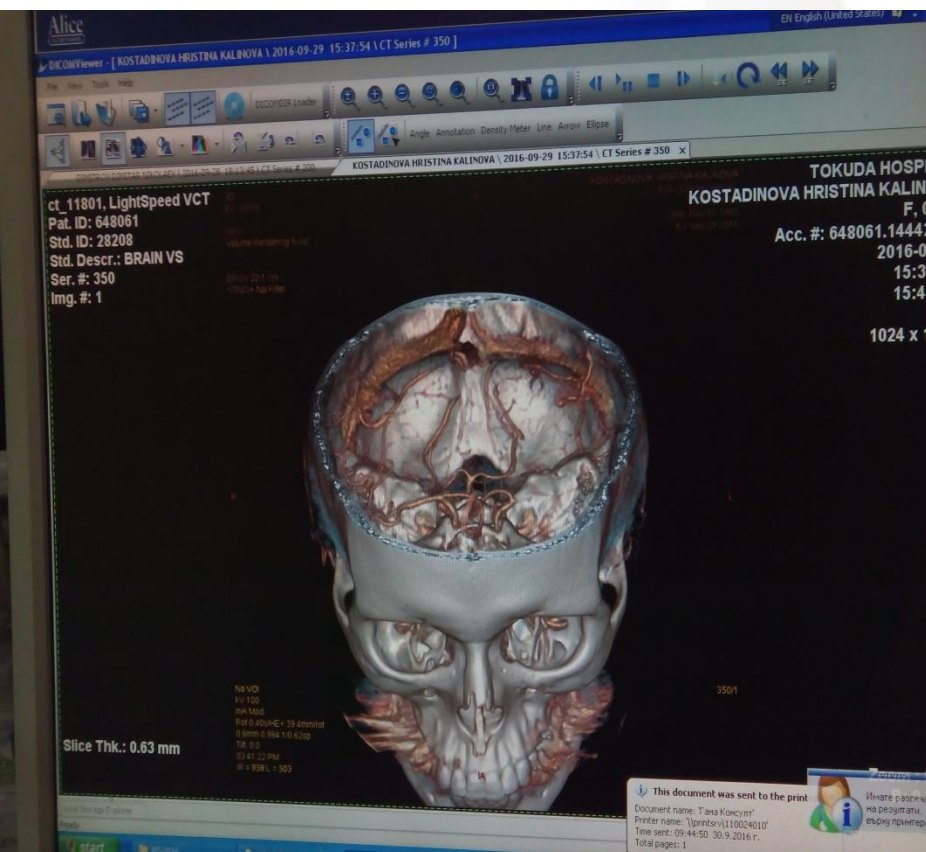


**Работен простор за невролозите и специјализантиите: отворање истории за болните, внесување наоди од направените испитувања, внес на декурсуси, епикризис, секојдневни дискусии за дијагнозата, третманот на болните и наодите од КТМ/МРИ/КТА/МРА.**





Приказ на дел од неурорадиолошките слики од болните со мозочен удар со цел поставување стратегија за иницијален третман, контрола по реализиран третман-тромболиза или за понатамошни експлорации, кои ги разгледувавме и дискутиравме секое утро.





**Чекална за семејствата кои трпеливо, во мир и тишина ги очекуваат своите болни роднини или остваруваат средба со нив**

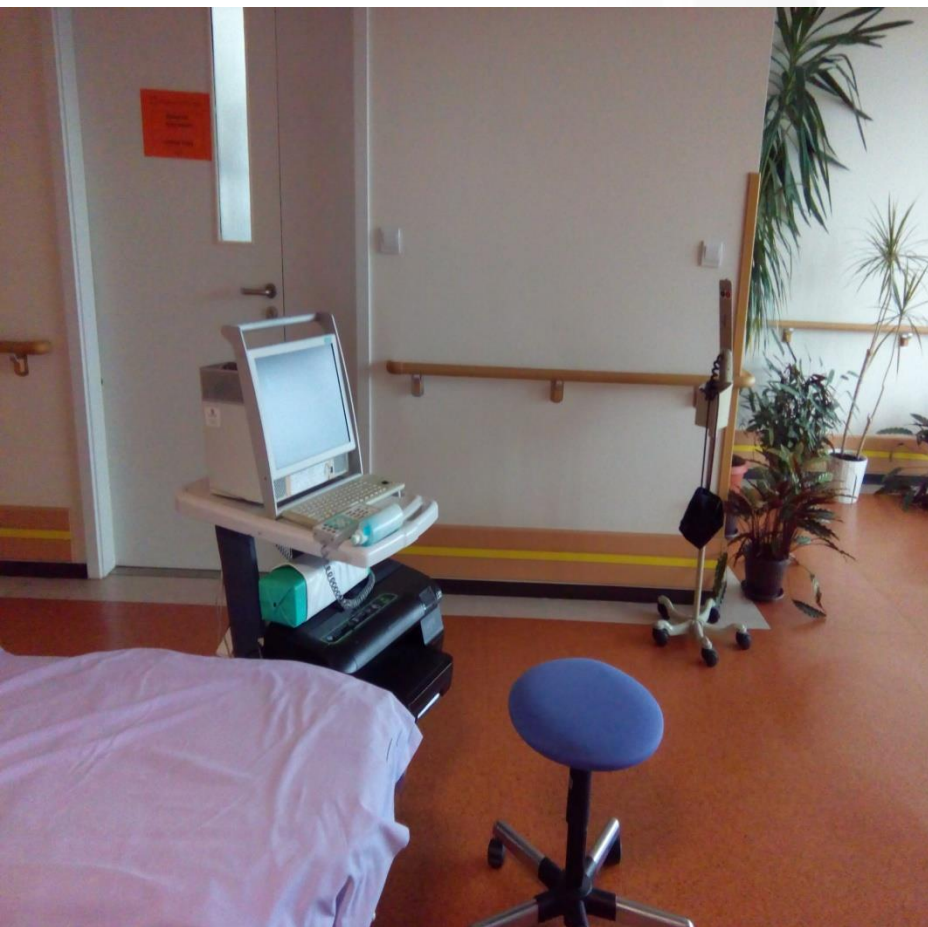




МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО  
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

**Лабораторија за доплер  
сонографија на крвните жили на  
вратот.**

**Имав можност да го проследам  
протоколот за испитување на  
вратните крвни жили во заедничка  
соработка.**







МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО  
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Оддел за интензивна нега во кој се третираат пациенти со мозочен удар за кои не е потребна асистирана вентилација (со тромболитична терапија и со неспецифична терапија).





**Библиотека за стручни утрински и едукативни состаноци каде секојдневно се дискутира, разгледува состобата на лежечките и новопримените болни и поставува дијагностичка или терапевтска стратегија.**

**Воедно се одржуваат неделни предавања за специјализанти и вежби/демонстрација за студенти од повеќе медицински дисциплини.**

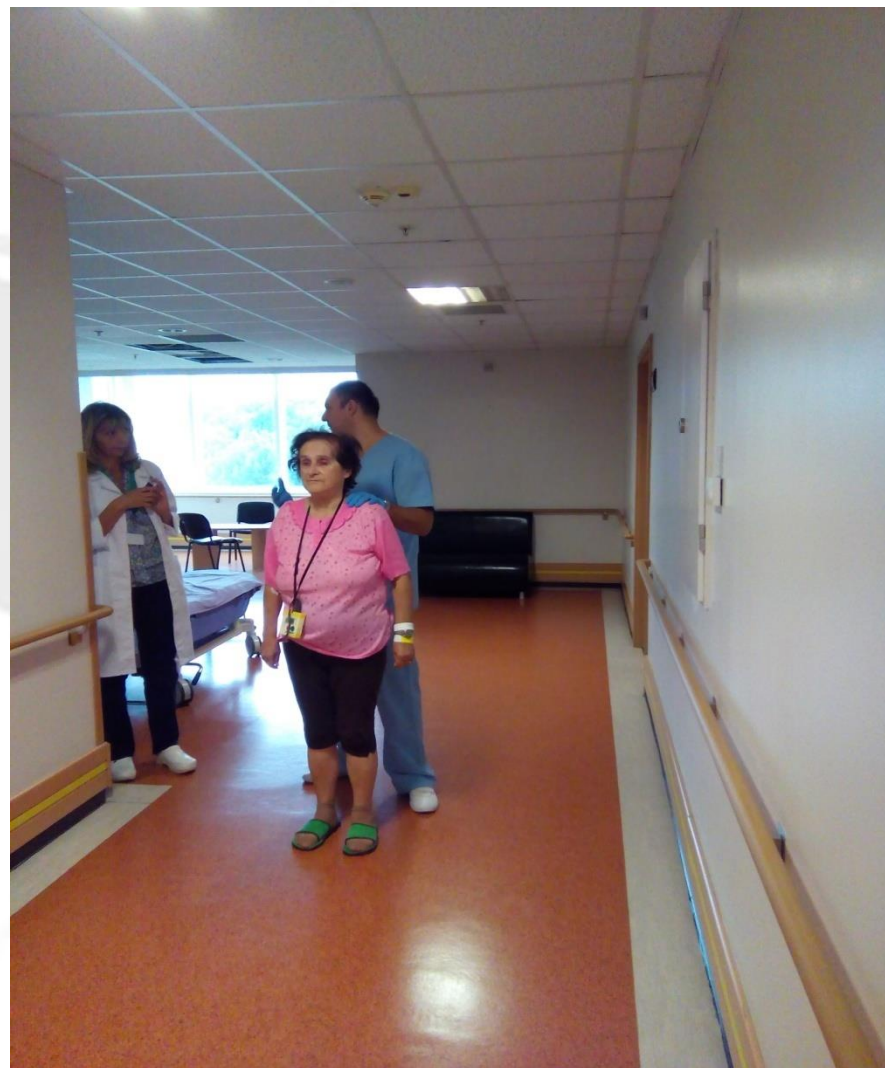


**Секојдневен целосен невролшки преглед и разговор со пациентите од страна на невролозите (особено младите невролози и специјализанти).**



МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО  
РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

**Секојдневен физикален третман на пациент со доживеан мозочен удар со помош на физиотерапевт (физикална рехабилитација на одот).**







Дел од апаратурата во единицата за интензивна нега која се користи за апликација на медикамент кај болен со мозочен удар (actylise-trombolitik) и кај болен со епилептичен статус (derakine-antiepileptik).



МИНИСТЕРСТВО ЗА ЗДРАВСТВО  
РЕПУБЛИКА НА МАКЕДОНИЈА

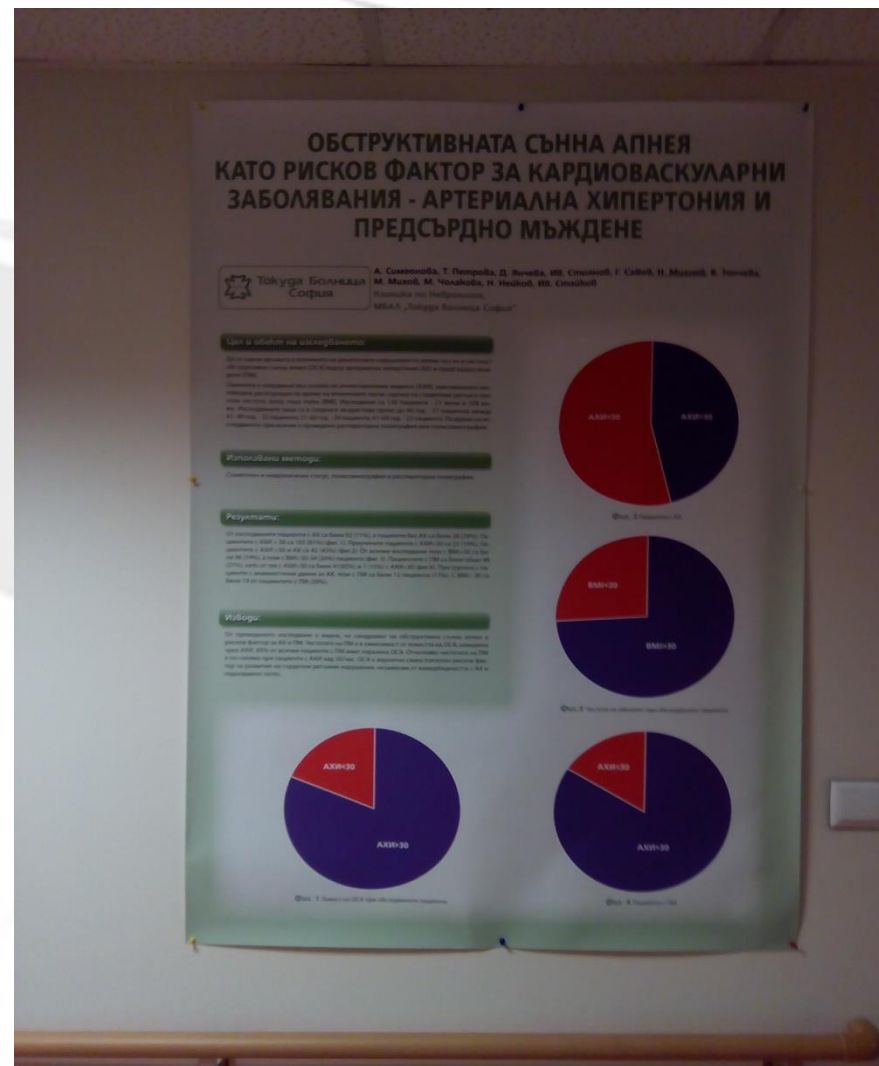
**Лабораторија за ЕЕГ, ЕМГ и испитување на наручувањата на сонот-каде имав можност да се запознаам со протоколот за детекција, апликација на апаратурата, третман и обсервација на пациентите**







## Научно истражувачки трудови како плод од работата во лабораторијата за испитување на нарушувања на сонот



# ЛЕЧЕНИЕ В ОСТРИЯ СТАДИЙ НА ИСКЕМИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ В „ТОКУДА БОЛНИЦА СОФИЯ“

Токуда Болница  
София

Д. Янчева, ИВ. Стайков, А. Симеонова, В. Тончева, Н. Михнев, В. Вутова, Г. Савов, М. Мухов,  
А. Петрова, Н. Колева, П. Богданова, Н. Нейкова, Е. Донатрова, М. Чокалова, П. Дачева, ИВ. Стайков  
Клиника по Неврология, МБАЛ „Токуда Болница София“

## Цел на изследването:

Целта на проучването е да се представи анализ на проведените интравенозни тромболити (ИТЛ) при пациенти с искемичен мозъчен инсулт (ИМИ) до третия час (до 4,5, след 2012 г.) в Клиника по Неврология към МБАЛ „Токуда Болница София“.

## Използвани методи:

При пациентите, отговарящи на показанията и без протективни показания, се провежда ИТЛ. Използван бил е международно скали за оценка: National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS), Glasgow Coma Scale (GCS), Modified Rankin scale (mRS) и Barthel Index (BI). Пациентите бива оценени по NIHSS и GCS при постъпването и в деня на излизане, както и на третия месец по mRS и BI.

Фиг. 1. Клиничен случай № 1. Пациент с ИМИ в БЛСМА - NIHSS 8 m. КТ при постъпването - без патологични промени.

Фиг. 2. Клиничен случай № 1. КТ на 24 часа след проведена ИТЛ - данни за маща, хиподенсна зона в базилните ганглии бива.

Фиг. 3. Клиничен случай № 2. Пациент с ИМИ в БЛСМА по NIHSS 7 m. КТ при постъпването - без патологични промени.

Фиг. 4. Клиничен случай № 2. КТ на 24 часа след ИТЛ - без динамика в сравнение с предходния КТ.

## Резултати:

За периода от март 2009 г. до март 2014 г. в клиниката са проведени 65 ИТЛ - 30 мъже и 35 жени на възраст от 36 до 92 години, при средна възраст  $68.8 \pm 5.7$  години. Най-честите рискови фактори са артериална хипертензия (97%), предсърдно мъжкене (53,8%) и захарен диабет тип 2 (15%). Началната средна оценка по NIHSS е 11 m,  $\pm 3.5$  (от 5 до 18 m), а по GCS - 13 m,  $\pm 2.4$  (от 9 до 15 m). По време на престоята темелен изход имаше при 3 пациенти (4,62%). Наблюдаваха се следните усложнения: меморално инфаркт - 3 (4,62%), алергична реакция при 1 (1,54%). Симптоматични интракраниални кръвоизливи не са наблюдавани (ECASS III критерии). Проследяване на пациентите при излизането показва средни NIHSS 4,58 m, (от 0 m до 16 m), а по GCS 14,07 m, (от 9 до 15) (фиг. 1, 2, 3, 4). На третия месец бива проследени 49 пациенти. Извърши се оценка по mRS със средна сполучност 1,82 m, (от 0 до 6 m), 63% са без дефицит или с минимален такъв - mRS (0-1). С лека и умерена инвалидизация - mRS (2-3), са 6%, с mRS (4-6) са 29%. Средният BI е 76,12 m, (от 0 до 100 m), 50% (37) от пациентите са тромболитизирани до третия час от началото на симптоматиката, 40% (26) от пациентите са обгледени от блиските си с помощта на специализирана помощ (БМП).

## Заклучение и изводу:

Пациентите, третирани тромболитично, показват значимо подобрение в състоянието при излизането в сравнение с времето на приемане. Съществуват значима разлика - 6,5 m. В оценка по средния NIHSS при приемането - 11 m, и при излизането - 4,5 m. Използван бил е международно скали - BI и mRS, се установява, че 65% от проследените на третия месец пациенти са в много добро състояние, което функционално изразява (mRS 0-2). Средният BI при третираните е 98 m.

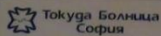
Установява се, че пациентите, които са функционално незабавили на третия месец (mRS от 0 до 2 m), са постигнали с по-малък среден NIHSS - 9,34 m, докато тези с mRS (4 до 6 m) - със среден NIHSS - 13,31 m.







# ОЦЕНКА НА ТЕЖЕСТТА И ТЕРАПЕВТИЧНИЯ ОТГОВОР ПРИ 70 ПАЦИЕНТА С ИДИОПАТИЧНА И СИМПТОМАТИЧНА ФОРМА НА СИНДРОМ НА НЕСПОКОЙНИТЕ КРАКА



А. Сименова, В. Тончева, Ив. Стоянов, Г. Сабоп, Н. Михнев, В. Вутова, М. Чолакова,  
П. Димитров, Ив. Стайков  
Клиника по Неврология, МБАЛ „Токуда Болница София“

Разпространеността на синдрома на неспокойните крака (restless legs syndrome – RLS) сред общото население е между 5% и 15%. Жените обикновено са по-често засегнати от мъжете (13.9% към 6.1%). Вероятно в България има над 300 000 засегнати от това заболяване. В клиниката картина на синдрома на неспокойните крака се включват 4 основни и 6 допълнителни критерия.

## Цел и обект на изследването:

Да се извърши оценка на клиничната картина, формата и тежестта на заболяването, степента на нарушението на електрическата терапия, електромиографията и клиничната картина при пациенти със симптоматична и идиопатична форма на RLS.

Изследвани са 70 пациента, разпределени по пол: 60 жени и 10 мъже (Фиг. 1). От изследваните лица 13 са с идиопатична и 57 със симптоматична форма на RLS (Фиг. 2). Изследваните лица



## Резултати:

Случаи с идиопатичен синдром на неспокойните крака: Средната възраст на пациентите е 55 ± 11 г. При всички пациенти с идиопатична форма на RLS изпитват ЕМГ и ЕНГ данни за увреда на периферните нерви и мускули. Преди започването на терапията с допамини агонисти и магнезий пациентите са били средно 12 ± 3 г. по RLS скалата, тежестта им е била RLS симптоматична и 13 ± 2 г. по PQSI скалата, означавайки тежко нарушение на съня.

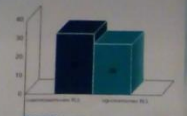
След прояви данни на при месечна терапия пациентите са оценени средно на 5 ± 2 г. по RLS скалата, което е израз на RLS симптоматична и 3 ± 2 г. по PQSI скалата – значително подобрение на съня.

Пациенти със симптоматичен синдром на неспокойните крака: Втората група пациенти са със симптоматичен синдром на неспокойните крака – 49 жени и 8 мъже, средна възраст на изследваните 55 ± 11 г.



## Резултати:

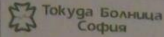
При първоначално изследване се установи следното: Пациентите с идиопатичен синдром на неспокойните крака имат по-често симптоми преди започване на лечението, оценени с RLS скалата и по-тежки нарушения на съня по време на лечението с допамини агонисти и магнезий. Повишаването им след първоначално лечение с допамини агонисти и магнезий е значително в сравнение с групата на симптоматичен синдром на неспокойните крака. От групата на пациентите се отчита значително повишаване при пациентите с доказана демиелинизационна лезия в сравнение с останалите (Фиг. 8, 9).



## Заключение:

Пациентите със синдром на неспокойните крака в 49% са форми – идиопатична и симптоматична, се наблюдава значително при терапия с допамини агонисти и магнезий, като при тези с идиопатична форма на RLS повишаването е по-значително. Поддържането е важно за отпишането на ефективността на съня, така и по отношение на увреждането на периферните нерви.

# СЪМАТИЧЕН МОЗЪЧЕН ИНСУЛТ ПРИ МЛАДА ЖЕНА С ПСОРИАЗИС И ПСОРИАТИЧЕН АРТРИТ



В. Тончева<sup>1</sup>, М. Рашева<sup>2</sup>, Н. Нейков<sup>1</sup>, Ив. Стайков<sup>1</sup>, М. Класурски<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>МБАЛ „Токуда Болница София“, Клиника по неврология; <sup>2</sup>Сити Клиник - София

## Цел и обект на изследването:

Целта е да покажем дисоциация на клиника и неврологични изследвания при прегледаните случаи. Като възможен етиологичен фактор, с който могат да се свържат проявите на псориазис и псориазис.

Представя се млада жена на 48 г. с анамnestични данни за трикратно епизоди с остро налягане, слабост на десни крайници, повече за ръцете и нарушения на съвора по типа на моторна афазия в последните две епизоди. Тези епизоди са с продължителност средно 3-4 дни и са с пълно обратимо развитие на проявите в говор и слабостта на крайниците. По време на настъпва възниква вълнообразно на фините движения на крайниците заболявания – псориазис, усложнен с псориазичен артрит, мигновата нама, която впоследствие е оперирана.

## Използвани методи:

Соматичен и неврологичен статус, ЕЕГ, ЕКГ и ехокардиография, доплерова сонорография на мозъчни съдове, МРТ и МРТ ангиография, КТ и КТ ангиография, селективна каротидна ангиография, имунологични изследвания.

## Кръвни изследвания:

ПКК и биохимия – норма, липиден профил – нормолипидемия. Хомоцистемия, протеин С, протеин S, антифосфолипиди, антикардиолипиди, антипептида, фактор V Лейден – норма. Генни мутации – проптерозин мутация G20210A – хомозигот по нормалния алел. Мутация PAI 14G/5G – хетерозигот, без клинични изяви. Мутация MTHFR – хомозигот по нормалния алел.

## Кардиологичен статус:

Без данни за артериална хипертензия, ритмични и проводни нарушения, и клинически, които да се установят чрез ЕКГ и ехокардиография.

## Доплерова сонорография:

Лека асиметрия в кръвния ток за вътрешна сонна артерия, ДЛ, леко ускорен кръвен ток за вертебралната артерия двустранно. Без хемодинамично значими стенози и тромбози.

## Неврообразяващи методи:

Компютерна томография – Общо четливо, като първата е направена във ВМА (нормален образ) предишния ден преди първото постъпване. Другите са описани като изследваният с хемодинамично инфарктиране, а последната като вероятна хеморагична трансформация с бавна динамика – DNET (Дисеминираност Нейроглиоматозен Тумор) (Фиг. 1, 4, 5).

КТ ангиография – без аневризми, стенозични промени или АВ-маформации за интерфракционните моз. съдове. Венозна контрастна фаза – без отклонения.

МРТ – МР ангиография: 1-ви: 02/04/12 год. – описан като постинсультна киста и съст. след ИМ с хеморагично инфарктиране (Фиг. 2, 3).

2-ри: 07/12 год. – паренхимален кръвоизлив в резорбция – правен изпит МБАЛ „Токуда Болница София“.

3-ти: 20/11/12 год. – обем замяна процес. МР ангиография – без данни за аневризми, венозни тромбози и АВ-маформации (Фиг. 6, 7).

Селективна каротидна ангиография – не се установяват данни за аневризми, АВ-маформации или други патологични промени (Фиг. 9, 10).

Електроенцефалография: без данни за хемисферична асиметрия и пароксизмална активност (Фиг. 8).

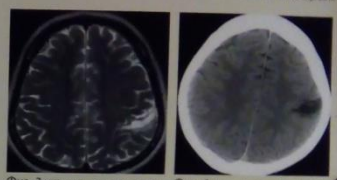
## Обсъждане:

Остро налягане, рецидивиралата клиника и липсата на динамика в изследваните, дават основание да се мисли за ИМ в ВАСМА. Липсата на редица фактори за мозъчен инфаркт по този момент поставя въпроса възможен етиологичен фактор псориазис. Псориазисът, особено тези с псориазичен артрит (около 25% от пациентите с псориазис), са с повишен риск от нарушения в мигрирано и венозирани мекотелно и остър съдържане и мозъчно-съдови инфаркти. Хроничното въздействие е основен и част от съдържане, обхващащо асоциацията между псориазис и съречно-съдов и мозъчен риск.

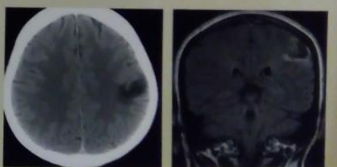
Рисъкът е по-висок при млади пациенти над 50 год. и по-тежка форма на псориазис.



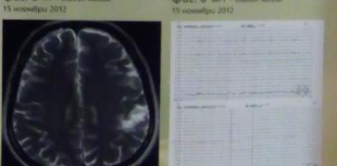
Фиг. 1 КТ – издан месец 20 яну. 2011



Фиг. 2 МРТ – издан месец 02 ауг. 2012



Фиг. 3 МРТ – издан месец 02 ауг. 2012



Фиг. 4 КТ – издан месец 16 сеп. 2012



Фиг. 5 КТ – издан месец 15 ноември 2012



Фиг. 6 МРТ – издан месец 15 ноември 2012



Фиг. 7 МРТ – издан месец 15 ноември 2012



Фиг. 8 ЕЕГ – 15 февруари 2013



Фиг. 9-10 Селективна каротидна ангиография с контрастна фаза

21 януари 2013





## Заклучоци

Стручниот престој во Универзитетската Клиника за неврологија при Болницата Токуда-Софија, претставува искуство на нови стратешки хоризонти на полето на невролошката наука, новините и вештините, одлична можност за размена на искуства и проток на идеи, отворена врата за едукативен линк, за взаемна комуникација и за соработка.