

година XXV • број 93 • декември 2016



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА



Во Новата **2017** година
заедно позитивно да го
менуваме дијабетесот,
хемофилијата
и растот.

Ваш
Ново Нордиск Фарма дооел





Назопас®

**ЗА СЛОБОДНО
ДИШЕЊЕ
НИЗ НОСОТ**

**КАПКИ ЗА НОС ЗА ДЕЦА И ЗА ВОЗРАСНИ НАМЕНЕТИ
ЗА ОЛЕСНУВАЊЕ НА ДИШЕЊЕТО ПРИ:**

- 1 **АКУТНА КИВАВИЦА**
- 2 **КИВАВИЦА ПОРАДИ АЛЕРГИИ**
- 3 **РИНОСИНУСИТИС**
- 4 **ВОСПАЛЕНИЕ НА СРЕДНОТО УВО (OTITIS MEDIA) – ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ФУНКЦИЈАТА НА ЕВСТАХИЕВАТА ТУБА**

**ЗА ЛОКАЛНА УПОТРЕБА
ВО НОСОТ**

**За деца од 2-до
6-годишна возраст**

**За возрасни,
адолесценти и за деца
над 6-годишна возраст**


**АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ**
www.alkaloid.com.mk



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

- 8 | **Интервју**
Проф. д-р Соња Топузовска: При изготвување на закони за високо образование и здравство треба да бидат вклучени и наставниците од Факултетот
- 12 | **Анализа**
Положија над 97,5 % од пријавените кандидати
- 16 | **Регулатива**
Со Правилник е пропишана хоспитална култура во здравствените установи
- 20 | **Реакција**
Со маслото од канабис им се нанесе неизмерна штета на пациентите со рак
- 22 | **Практика**
Модуларна терпија за „корекција“ на основниот дефект на болеста
Нефармаколошки третман на Паркинсоновата болест
- 30 | **Разговор**
проф. Д-р С. Туцарова –Трајковска:
Во фокус истражувањата за развој на нова инсулин - независна терапија за дијабетес
- 36 | **Новини од медицината**
- 38 | **Лаурати 2016**
„Нобел“ за д-р Јошинори Охсуми за открието на механизмот на автофагија во клетките
- 40 | **Регион**
Специјалистичко усовршување на докторите на медицина во државите членки на ЕУ
Вработувања само на лекари од странство кои добро владеат словенечки
Позитивната листа во Србија проширена со 23 иновативни лекови
- 44 | **Тенис**
Турнирот во Белек го одржа континуитетот на Балканските првенства
- 43 | **Дојдени**
Исак ТАЦЕР,
професор и академик, основоположник на македонската патофизиологија и нуклеарна медицина

Прилог: Стручни и научни трудови

- 00459 | **Јани Ангеловски**
Тромбофилија кај патолошка бременост
- 00462 | **Габриела Тавчиоска**
Ултразвукот во дијагнозата на перинаталното мозочно оштетување
- 00465 | **Љупчо Костадиновски, Лилјана Лазаревска, Шемси Муса, Верица Добросављевиќ, Рената Пејчиновска, Марије Ѓетај-Јаковски**
Кризна состојба-поплава на дел од регионот на Скопје, општина Гази Баба (период од 6.8 до 23.8.2016 година)

За подобар VOX Medici во Новата година



**Проф. д-р Михаил
КОЧУБОВСКИ**

главен и одговорен
уредник на „Vox medici“

Крајот на ситарата и почетокот на новата година, секако, е висшинско време за сумирање на резултатите. Годината што одминува беше исполнета со многу активности, а како и секогаш на крајот на еден период, редно е да се прашаме што постигнавме, што исполnivме, што проиштивме, што ни преиспитуваме... Дојолку повеќе што овој пат, крајот на годината се поклопува со завршувањена мандатот на овој уредувачки одбор, односно наредниот број на VOX Medici, мартовскиот, веројатно ќе го уредува нов уредувачки одбор.

Како главен и одговорен уредник на VOX Medici смејам дека изминалиот период наситувавме да одговориме на сè што е агенда и обврска на едно информативно – стручно гласило на Лекарската комора на Македонија. Од тие причини, во оваа прилика би сакал да им се заблагодарам на издавачкиот совет, на членовите на уредувачкиот одбор на VOX Medici, но пред сè, на сите доктори и соработници кои дадоа несебичен придонес за збогатување и унапредување на содржините на VOX Medici.

Тоа не значи дека не сме можеле и не можеме подобро. Секогаш може да се најрави чекор повеќе. Во изминативе неколку години, можеби сме најравиле и некој пројект, некој превид.... Меѓутоа, како главен и одговорен уредник, верувам со помалку или со повеќе успех, продолживме да надградуваме нешто што го почнал некој пред нас и дека приказната на VOX Medici како актуелно четииво за докторите ќе продолжи и во наредниот период да се збогатува и проширува. Воведоме прилози на VOX Medici од одредени области на медицината со релевантни и актуелни теми за здравствената заштита. Исто така, воведоме и нови рубрики од интерес за нашите колеги.

Годината што полека си одминува ни беше исполнета со многу работи како доктори, со голем број активности, на сите нас во функција на подобро здравје, на секој поединец и поодобра иднина на целокупното население во Република Македонија и верувам дека во наредната година со нови сили ќе продолжиме и натаму да ја остваруваме нашата хумана професија.

Дозволете во оваа прилика да ви ја честитам Новата 2017 година со желби за добро здравје, просперитет, радост, среќа и успехи во домаќини и на работното место.

Со почит,

ИМПРЕСУМ

До декември 2000 година „Билтен“
Излегува четири пати во годината

ИЗДАВАЧ

Лекарска комора на Македонија
Ул. Партизански одреди бр. 3 -1000 Скопје
тел/факс: 02/3124-066; тел: 02/3239-060
Жиро сметка: 200-0000114640-34
депонент: Стопанска банка
ЕДБ: 4030991274058;

e-mail:

nachamed@mt.net.mk
lkm@lkm.org.mk
www.lkm.org.mk
voxmedici@lkm.org.mk

ЗА ИЗДАВАЧОТ

Д-р Кочо Чакалароски

ИЗДАВАЧКИ СОВЕТ

Проф. д-р Кочо Чакалароски
д-р Ленче Нелоска
д-р Џабир Бајрами
д-р Игор Николов
д-р Биљана Петковска – Огњанова
д-р Георги Петков
д-р Маријан Шокаровски
д-р Боро Илиевски
д-р Игор Дабески
д-р Илберт Адеми
д-р Мухамед Асани
д-р Лилија Чолакова - Дервишова
д-р Идриз Орана

ГЛАВЕН УРЕДНИК

Проф. д-р Михаил Кочубовски

ЗАМЕНИЦИ НА ГЛАВНИОТ УРЕДНИК

Асс. д-р Шабан Мемети

УРЕДУВАЧКИ ОДБОР

д-р Елица Станишлевиќ
д-р Македонка Попова-Спасеска
д-р Атип Рамадани
Проф. д-р Азис Положани
Проф. д-р Спасе Јовковски
д-р Катерина Дамевска
д-р Селим Черкези
Проф. д-р Костандина Корнети - Пекевска
д-р Беќим Поцеста
д-р Ели Карчева-Сарајлија
Прим. д-р Билјана Ефтимовска

УРЕДНИК

Ристе Недановски

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Октај Омераѓиќ

ЛЕКТОР

Живко Мартиновски

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ

ISSN 1409-8865




ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Македонија

Антибиотска терапија за секој пациент

Amoksiklav

amoxicillin, clavulanic acid

OSPAMOX

amoxicillin

LEKOKLAR

clarithromycin

FLEXID

levofloxacin

XORIMAX

cefuroxime axetil



www.lek.mk
Лек Овдје ДООЕЛ, Лекс Невин 55, Овдје, Р. Македонија тел.: +389 2 2550 000 - факс +389 2 2551 805

ПРОФ. Д-Р СОЊА ТОПУЗОВСКА, ДЕКАН НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ПРИ УНИВЕРЗИТЕТОТ

При изготвување на закони за високо образование и здравство треба да бидат вклучени и наставниците од Факултетот

Факултетот веќе побара од ресорното министерство измена на Законот за медицински студии и континуирано усовршување на докторите по медицина, особено во делот кој предвидува прв дел од стручниот испит кој се покажа како исклучително неприменлив



Медицинскиот факултет е една од најстарите високообразовни институции во државата, на што ќе се базира Вашата програма за работа во вашиот мандат со оглед на сложените услови во кои функционира тој?

Медицинскиот факултет денес минува низ многу чувствителна фаза од својот развој, која е последица на севкупните општествени промени. Програмата за работа што ја предложив при изборот за декан се базира на одржувањето и развивањето на Факултетот како единствена функционална целина на високообразовната, научно-истражувачката и здравствената дејност. Во наредниот четиригодишен период тоа ќе значи сериозен обид да се имплементираат дополнителни потребни мерки и реформи во кои основа ќе бидат досегашните постигнати резултати, како и идеите за разрешување на одделни прашања во наредниот период.

За реализација на програмата, со оглед на сложените економски услови во државата, Медицинскиот факултет ќе настојува сите тешкотии да се надминуваат со помош на Универзитетот и ресорните министерства, имајќи ја предвид, пред сè, улогата на Факултетот и неговата поширока општествена важност за држа-

вата. Исто така, ќе се води сметка за исполнување на стандардите за медицинска едукација регулирана со директиви на Европскиот парламент и Советот на Европа, како и посебниот третман на медицинската професија во заедничкиот европски високообразовен простор како регулирана професија.

Затоа, во наредниот четиригодишен период ќе се интензивираат процесите на подобрување на организацијата на Факултетот, следење на квалитетот и преземање мерки за негово постојано подобрување во сите дејности, обезбедување услови за усовршување на кадарот и подобрување на квалитетот на наставата, примена на информатичко-комуникациските алатки во наставата и работењето, подобрување на условите за студирање, подобрување на финансиските ресурси на Факултетот, меѓуфакултетската и меѓууниверзитетската соработка, како и развивање на здравствената дејност на институтите.

Пред да бидете избрани за декан, како продекан за настава бевте дел од деканската управа подолг временски период со активен ангажман во повеќе сфери. Кои ќе бидат таргети во насока на одржување на унапредување на нивото и квалитетот во наставата и едукацијата на докторите на медицина, како и на другите дејности на Факултетот?

Во изминатите седум години деканската гарнитура во која бев продекан за настава работеше посветено, одговорно и транспарентно. Беа реализирани промени и проекти од сите области на делување на Факултетот. Искуството што го стекнав е значајно и секако ќе помогне во разрешување и надминување на детектираните слабости. Во претстојниот четиригодишен мандатен период Деканатската управа ќе треба да изготви долгорочна стратешка програма за развој на Факултетот, каде што ќе бидат предвидени, за подолг временски период, целите и начините на развојот на образовната, научната и здравствено-апликативната дејност, согласно со потребите на општеството и на медицинската професија.

Една од најважните цели на Факултетот ќе биде управување и подобрување на квалитетот преку воведување стандарди и директиви согласно заедничката рамка за обезбедување квалитет во високото образование, сертификација и акредитација на лабораториите, воведување систем за корективни мерки при следењето и управувањето со квалитетот, како и континуирана оценка на системите на интерна контрола. Една од задачите на Факултетот во наредниот период ќе биде донесување на програма за интерна контрола на квалитетот, усогласена со европските

стандарди и препораки за интерна контрола на квалитетот во високото образование (European Standards and Guidelines for internal quality assurance within higher education institutions).

Во периодот што следи ни претстои реакредитација на студиските програми на сите три циклуси на студии. Наша главна цел во следниот период ќе биде да ги лоцираме досегашните евентуални слабости, да ги надминеме истите, а истовремено и да извршиме осовременување и хармонизација на студиските програми со европските студиски програми, секако во согласност со нашата законска регулатива. Со тоа дополнително ќе го подигнеме нивото на образовната дејност и ќе ја зголемиме меѓународната соработка и мобилноста на кадарот и студентите.

Во наредниот период ќе се настојува и ќе се посвети поголемо внимание на научно-истражувачката дејност, односно аплицирање на научно-истражувачки проекти во земјата и во странство. Неопходно е максимално ангажирање на сите поединци, наставно-научен и соработнички кадар во изработка на научно-истражувачки проекти кои ќе бидат ставени во функција на развојот на медицинските науки.

Здравствената дејност е основа на едукативната и научната дејност на Факултетот. Преку неа се остварува најзначајниот сегмент во процесот на едукација – практичната обука на идните доктори, специјалисти и супспецијалисти. Затоа, еден од најважните приоритети на мојата програма претставува развојот на оваа дејност. Факултетот, како највисока високообразовна организација од областа на медицинските науки во државата, активно ќе ги поддржува и ќе учествува во модернизирањето на здравствените услуги преку постојано воведување на нови технологии и медицински методи за развој на институтите кои вршат здравствена дејност.

За остварување на овие цели Факултетот ќе овозможи усовршување на наставниците, асистентите и докторите во познати странски институции, со користење на постојните странски фондови во кои членува Универзитетот, при што Факултетот преку соодветни сопствени фондови ќе даде дополнителна стимулација со обезбедување на одредена финансиска поддршка.

Факултетот работи во крајно сериозни услови во коишто пазарот на услуги и конкуренцијата не признаваат импровизации и нестручност. Затоа, со крајна сериозност, ќе бидат поддржани сите активности кои ќе резултираат со квалитетно унапредување на здравствените услуги, подобрување на едукативната база на Факултетот и создавање услови за високостручна здравствена дејност.

Кадровската политика е еден од основните предуслови за успешно остварување на образовниот, научно-истражувачкиот процес и здравствената дејност на Медицинскиот факултет.

Медицинскиот факултет, како и целото високо образование во Р. Македонија, се соочува со сериозен проблем – недостиг на млад наставно-научен кадар. проблемот не е едноставен и не може да се реши во краток временски период, но сум убедена дека со системски приод, со поддршка од Универзитетот и ресорното Министерство ќе биде ублажен, а во догледно време и надминат. Тргнувајќи од значењето на Факултетот за државата, како и потребите на катедрите на Факултетот за нови вработу-

Проф. д-р Соња Топузовска дипломира на Медицинскиот факултет во Скопје во 1989 година со среден успех 9,73. На Институтот за медицинска и експериментална биохемија се вработи во 1991 година. Од 1995 година е специјалист по медицинска биохемија. Во 1997 година магистрира, а докторската дисертација ја одбрани во 2002 година, со што се стекна со звањето доктор по медицински науки од областа на медицинските биохемија.

На Катедрата по биохемија е избрана за помлад асистент во 1993 година, за асистент во 1996 година, за доцент во 2003 година, во 2008 година за вонреден професор, а од 2013 година е редовен професор на Катедрата по биохемија. Активно е вклучена во наставата за студентите по медицина, стоматологија и за студентите од Природно математичкиот факултет во Скопје. Од академската 2011/12 година учествува во наставата за докторски студии од областа базична медицина во рамки на Школата за докторски студии на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје.

Покрај наставната и издавачката дејност значаен дел од нејзиниот професионален анагажман претставува лабораториската, стручната и научно-истражувачка дејност на Институтот за биохемија. Нејзиниот интерес особено е насочен кон електрофоретските методи за сепарација на биомолекули. Учествува и раководеше со научно-истражувачката работа на тимовите за изработка на над 10 научни проекти, а исто така беше на повеќе стручни усовршувања. Резултат на оваа активност се над 150 научни трудови печатени во домашни и странски списанија и презентирани на национални и меѓународни конгреси. Активен член е на повеќе комисији и одбори при Факултетот и Универзитетот, Македонското лекарско друштво, Друштвото на доктори - специјалисти по медицинска биохемија на Македонија, здружение за Балканската федерација по клиничка лабораторија (BCLF) и Интернационалната федерација за клиничка хемија (IFCC), Здружението на биохемија и молекуларна биологија при FEBS.

вања, ќе биде изработен елаборат за реалните потреби и приоритетите, при што ќе се утврди динамика за сукцесивно пополнување на потребните работни места во наредниот период.

Во моментот во Р.Македонија функционираат три медицински факултети, а на повидок е отворање на уште еден. Како искусен професор, кое е Вашето мислење, во поглед на потребите, но и на можностите, за квалитетна настава и стандардите за медицинска едукација?

Акредитацијата на високообразовна установа од областа на медицината бара соодветни кадровски и просторни услови, а особено е значајна и обемна опремата и целата материјална база потребна за спроведување на практичната настава. Тоа се сегменти во кои не смее да има импровизации. Затоа, сметам дека државата треба да посвети посебно внимание на исполнетоста на овие услови кога се отвораат нови факултети од областа на медицината. Дипломата доктор по медицина треба да гарантира современи теоретски и практични знаења и вештини, применливи во здравствениот систем во државата и во светот.

Медицинскиот факултет при УКИМ како најстара високообразовна установа во државата има голема одговорност за одржување на нивото и квалитетот во наставата и пренесување на знаењето на помладите генерации. Потребното знаење и вештини на светскиот пазар на трудот што треба да го имаат докторите по медицина се дефинирани со акти и директиви, а наша задача е да ги применуваме и да ја усогласиме нивната имплементација.

Во мандатниот период треба да се вложат напори за подобрување на наставната дејност на Факултетот преку обновување и модернизирање на материјалната база на наставниот процес.

Посебен акцент ќе биде ставен на ревидирање на предметните програми за предметите каде што искуството покажа одредени недостатоци, а особено внимание ќе се посвети на организацијата и спроведувањето на практичната настава која е од суштинско значење за оваа професија.

Во следниот период ќе го интензивираме започнатиот процес на модернизација на наставата со воведување на ИТ технологии, електронско учење (e-learning) и други современи алатки за пренесување знаења, кој перманентно треба да се развива на сите катедри. Посебен акцент ќе биде ставен на проектот „Денови за промоција на наставата“ кој започна во академската 2015/2016 година, со цел осовременување на наставниот процес. Планирани се активности во форма на работилници со кои на нашиот наставен кадар ќе му се понудат методолошко-педагошки обуки во неколку области.

Во наредните години ќе се работи на постепени мерки за подобрување на студентскиот стандард, со користење на соодветни добри примери и показатели од угледните европски и светски универзитети. Овие стандарди вклучуваат кадровска покриеност, просторни услови, опременост со студиска опрема, посебно информатичка, и соодветен книжен фонд. Ќе продолжи поддршката на студентските активности, а во делот на вклученоста на студентите во институционалното управување ќе се бараат механизми за поттикнување за поголема вклученост на студентите во решавање на тековните и стратешките прашања за Факултетот.

Помина подолг временски период од воведувањето на Болоњскиот систем на студирање на Медицинскиот факултет. Какви се искуствата и кои се Вашите размислувања во однос на гледиштата дека е време да се напушти “Болоња”?

Болоњската реформа наметна битно различен пристап во изведувањето и квалитетот на наставата. Основната идеја на Европскиот кредит трансфер систем (ЕКТС) е континуирано совладување на теоретските и практичните знаења по предметите и континуирана проверка на знаењата со што студентите се трансформираат во активни чинители на високообразовниот процес. Сите активности на студентите се изразени преку кредити со кои тие напредуваат во студиите. За разлика од претходно, студентите кои стекнале соодветен број кредити запишуваат предмети во одреден семестар и не „губат“ година, туку губат право да запишат одреден предмет/и. Меѓутоа, реализацијата на Болоњскиот систем бара поголем ангажман, повеќе време за студентите, помали групи итн. што, со оглед на ангажманот на соработниците и наставниците во делот на здравствената заштита како дејност на Факултетот, претставува дополнителен проблем. Кадровската политика е еден од основните предуслови за успешно остварување на образовниот процес и другите дејности на Медицинскиот факултет, особено во контекст на прифаќање и спроведување на Болоњскиот систем. Сметам дека оваа реформа во Македонија беше прифатена и почна да се спроведува без потребните предуслови. Пред се, тука мислам на просторните и кадровските услови потребни за нејзино соодветно спроведување. Затоа, треба да се настојува државата да ја субвенционира имплементацијата на Болоњскиот систем преку нови вработувања на млад кадар и други форми на поддршка за

дополнување и осовременување на материјалната база потребна за реализација на наставата.

И покрај сите тешкотии, наставниот кадар на Медицинскиот факултет ги вложува сите напори за одржување на квалитетот во наставата, а спроведувањето на завршните испити по устен пат претставува филтер на соодветни теоретски и практични знаења.

Се разбира дека овој начин на спроведување на наставата има свои недостатоци, но напуштањето на ЕКТС во овој момент, кога на медицинските факултети во Европа се уште се спроведува, би значело препознатливост на нашите дипломи во земјите на Европската Унија. Ревизијата на оваа реформа и согледувањето на ефектите од истата треба да произлезат од државата и да бидат доставени до Европскиот парламент и до Советот на Европа, како носител на Европските директиви кои ги имплементираме.

Пазарот на трудот и Европските директиви наложуваат отворање нови студиски програми. Може да ни кажете кои ќе бидат тие и дали МФ планира да воведат и други новини во овој сегмент?

Во мандатниот период се планира отворање на нови студиски програми од прв циклус тригодишни стручни студии. Согласно Европската директива, Факултетот има обврска да воведат тригодишна студиска програма за акушерки, а пазарот на трудот наложува отворање и на тригодишна студиска програма за лабораториски техничари. Посебно внимание треба да се посвети и на вториот циклус за тригодишните стручни студии на Факултетот. Во 2013 година беше акредитирана студиска програма од втор циклус студии за клинички логопеди, а во следниот период ќе се предложат студиски програми од втор циклус и за останатите тригодишни стручни студии-стручни медицински сестри, физиотерапевти и радиолошки технолози. Една од стратешките цели на Факултетот ќе биде понудата на студиски програми од прв и трет циклус студии на англиски јазик, кои ќе бидат финансирани од државата или од студентите кои сакаат да студираат на англиски јазик.

Колку се точни информациите дека како Медицински факултет барате измени во Законот за медицински студии и континуирано медицинско усовршување, пред се, во делот на првиот дел од стручниот испит што го полагаат студентите по положувањето на претклиничките предмети, но и во однос на некои други негови одредби?

Факултетот веќе побара од ресорното Министерство измена на Законот за медицински студии и континуирано усовршување на докторите по медицина, особено во делот кој предвидува прв дел од стручниот испит, кој се покажа како исклучително неприменлив. Имено, по согледување на посочените забелешки од страна на Факултетот за проблемите со кои се соочуваат студентите, од страна на Министерството за здравство за оваа година беа направени отстапки кои треба да влезат како измени во Законот. Законот предвидува студентите да ги имаат положено предметите од 9 области (медицинска физика, хемија, медицинска биологија, медицинска психологија, основи на хумана генетика, анатомија, хистологија, физиологија, биохемија). Со оглед на тоа што мал број студенти можат да ги исполнат ваквиот услов, оваа година Лекарската комора на Македонија дозволи полагање на првиот дел на стручниот испит ако студентот има



широко, како и искористување на средствата од соодветните фондови и програми. Притоа, треба да се настојува да се избегнува индивидуализмот во проектната и научно-истражувачката работа, со што би се добило на компетентност, економичност и репродукцибилност во работата. Исто така, секаде каде што е тоа можно, ќе се аплицира на заеднички макропроекти со други тимови од Универзитетот, ќе се користат потенцијалите на веќе прове-

стенкато услов за упис на барем еден предмет во трета година согласно условите за напредување на студиската програма на Медицинскиот факултет. Исто така, иако Законот предвидува писмен, устен и практичен дел, се спроведе само писмен дел од испитот.

Се разбира дека треба да се направи подетална ревизија и на другите одредби кои се тешко применливи во практика и истите да бидат изменети или исфрлени.

Од голема важност се и потребните измени во Законот за здравствена заштита на одредбите што ги регулираат специјализациите и супспецијализациите, а кои се неприменливи од технички и суштински аспект. Затоа сметам дека при изготвувањето на закони од областа на високото образование или здравствената заштита треба да бидат консултирани и вклучени наставниците од Медицинскиот факултет.

Кои се Вашите планови во поглед на научно-истражувачката дејност и проектите во оваа област, како и за проширување и продлабочување на меѓународната соработка на Медицинскиот факултет, особено со оглед на обврските за наставниот кадар кои произлегуваат од законската регулатива?

Имајќи ја предвид различноста на научните области, на Факултетот нема единствена програма за научно-истражувачка дејност, а политиката на научни истражувања е поттикната и иницирана од самите катедри. Факултетот ќе ги поддржува истражувачките активности, започнувајќи од развојот на секоја област, па сè до иницијативата на академскиот кадар и истражувачите.

Во последните неколку години речиси и да нема национални научно-истражувачки проекти финансирани од Владата на Р. Македонија. Со програмата на УКИМ за финансирање на по еден научноистражувачки проект на секоја единица, започната во 2011, како и со иницијативата на некои катедри и институти да финансираат проекти од сопствени средства, само делумно може да се надомести оваа празнина во научно-истражувачката дејност. Ова значи дека Факултетот треба сè повеќе да ја зајакнува соработката со стопанството и меѓународната соработка во областа на истражувањето, односно зголемување на бројот на меѓународни проекти.

Потребно е да се негуваат и зајакнуваат контактите и соработката со партнерските медицински факултети во регионот и по-

рените и функционални конзорциуми во кои се вклучени Факултетот и Универзитетот. Со оглед на комплексната и сложеноста на процесите за апликација ќе се инсистира на одделување финансиски средства за ангажирање на искусни професионалци кои ќе даваат помош и поддршка во неопходните подготовки за апликациите и реализирањето на научно-истражувачките проекти.

Факултетот посветува посебно внимание на интернационализацијата на наставата и науката, излезната и влезната студентска мобилност, и активности во различни регионални, европски и меѓународни мрежи. Во наредниот период се планира зголемување на мобилностите на наставници и студенти во рамките на Еразмус плус програмата преку потпишување на нови билатерални договори со универзитети од повеќе земји од ЕУ, освен досега постојните со универзитети од Словенија, Хрватска, Италија, Романија и Турција.

Меѓународната соработка се наоѓа на врвот на приоритетите на Универзитетот и Одделението за меѓународна соработка активно ги следи меѓународните образовни проекти и обезбедува релевантни информации за можностите за финансирање, како и за потенцијалните проектни партнери. Поврзаноста на меѓународните академски заедници, неопходната потреба за создавање и развивање на научни, технолошки и образовни иновации, налага меѓународната соработка на Факултетот да се фокусира на засилено учество во програмите на ЕУ, на регионалната СЕЕ-иницијатива, како и на соработката со соседните, медитеранските и прекуокеанските универзитети. Една од активностите на Факултетот ќе биде навремено информирање на наставниците и соработниците за да можат активно да бидат вклучени и да бараат нови можности за научно-истражувачка дејност преку Универзитетот и Министерството за наука и можноста за апликација во FP, CEEPUS, JRC. Во рамките на меѓународната активност, Медицинскиот факултет, покрај редовните посети на почесните и визитинг професори, презема низа други активности со цел поголем пристап на студентите и наставниците кон странски институции.

На крај, би сакала да истакнам дека Медицинскиот факултет и покрај сложените општествени прилики, ќе продолжи со развојот на високообразовната, научно-истражувачката и здравствената дејност со што ќе ја задржи водечката улога во едукација на кадри од областа на медицината.

Vox medicus

УСПЕШНО РЕАЛИЗИРАНИ ПРВИТЕ СТРУЧНИ ИСПИТИ ЗА СТУДЕНТИТЕ НА МЕДИЦИНА

Положија над 97,5 % од пријавените кандидати



Според направените анализи, од студентите на УКИМ - Скопје од првпат положило 128 кандидати, додека од УГД Штип 82, а од Медицинскиот факултет Тетово 46 студенти. Другите кандидати полагаа два, три и повеќе пати

Првиот дел од стручниот испит за студентите на медицина што се спроведе во текот на август, септември и октомври годинава го полагаа 435 студенти од медицинските факултети во земјата, 227 од Медицинскиот факултет при Универзитетот “Св. Кирил и Методиј” - Скопје, 124 од Факултетот за медицински науки на Универзитетот “Тоце Делчев” и 84 од Факултетот за медицински науки на Државниот универзитет во Тетово. Од вкупниот број пријавени, испитот, кој за прв пат се полагаа годинава, согласно Законот за медицински студии и континуираното стручно усовршување на докторите на медицина, успешно го положија 424 студенти, а 11 студенти не го положија. За реализација на испитот беа организирани 11 сесии во повеќе групи, а вкупниот број на поднесени пријави е 723, односно некои кандидати испитот го пријавуваа и полагаа по повеќе пати.

Врз основа на Правилникот за начинот на пријавување и полагање на стручен испит, Комората организира полагање на стручен испит и во вонредни испитни сесии секогаш кога најмалку пет кандидати ќе достават пријава за полагање на стручен испит. Согласно законските одредби, предметите од трета година на студиската програма не може да се слушаат ако не се положи првиот дел од стручниот испит.

Изразено во проценти, првиот дел од стручниот испит за студентите на медицина успешно го положија над 97,5 % од пријавените кандидати, од кои кај студентите на Медицинскиот факултет при УКИМ Скопје проодноста е 97,36%, кај студентите од Медицинскиот факултет во Штип 97,58%, додека кај студентите од Медицинскиот факултет од Тетово 97,62%. Според направените анализи од студентите на УКИМ -Скопје од прв пат положило 128 кандидати, додека од УГД - Штип 82, а од Медицинскиот факултет Тетово 46 студенти. Другите кандидати полагаа два, три и повеќе пати.

Согласно законските и подзаконските акти со кои се регулира полагањето на стручниот испит за студентите на медицина, првиот дел од стручниот испит студентите го полагаа пред комисија составена од пет членови, доктори на наука од областа на медицината, а на испитот присуствуваа и претставници од министерствата за здравство и за образование и наука, како и претставник кој го определува Владата на Р. Македонија.

Стручниот испит се полагаа во просторија посебно опремена со материјално - техничка и информатичка опрема, интернет врска и опрема за снимање на полагањето. Полагањето се снимаше и во живо се емитуваше на веб - страницата на Министерството за здравство, а пристап до линкот имаа(т) редовните и вонредните професори и шефовите на катедри на медицинските факултети и студентскиот правобранител.

Испитот се состои од 56 прашања кои се полагаа по електронски пат со одговарање на прашања со избирање на еден точен од понудените пет можни одговори. Прашањата се класифицирани во две различни тежински групи (прашања со ниска сложеност и прашања со висока сложеност) кои носат различен број бодови, при што точните одговори на сите поставени прашања се оценуваат со најмногу 100 бодови. Тестот за секој студент е

различен. Прашањата се од областа на анатомија, физиологија, хистологија и ембриологија, биохемија, молекуларна биологија (по 2 прашања со висока сложеност кои се бодуваат со по 3,5 бода за секој точен одговор и по 6 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точен одговор), медицинска физика, медицинска хемија, медицинска биологија и анатомија и основи на медицинска психологија и медицинска социологија (по 1 прашање со висока сложеност кое се бодува со 2 бода за точен одговор и по 3 прашања со ниска сло-

женост кои се бодуваат со по 1 бод за секој точен одговор.)

Писмениот тест се смета за положен доколку се точно одговорени најмалку 60% од поставените прашања, односно доколку се освоени најмалку 60 бода.

Испитите главно се реализираа без некои поголеми проблеми, а забелешките кои беа констатирани беа од техничка природа и најчесто се отстрануваа во текот или по завршувањето на испитот.

Vox medic

За реализација на испитот беа организирани 11 сесии во повеќе групи, а вкупниот број на поднесени пријави е 723, односно некои кандидати испитот го пријавуваа и полагаа по повеќе пати

Стефан Коцев со максимален број бодови

Стефан Коцев е студент на трета година на Факултетот за медицински студии при Универзитетот "Гоце Делчев" во Штип. На полагањето на првиот дел од стручниот испит за студентите на медицина тој покажа најдобри резултати, односно беше единствениот кој на тестот имаше максимални 100 бодови од можни 100. Со него направивме кус разговор за испитот, медицинските студии, за идните планови.

Што мислите за испитот што првпат е воведен за вашата генерација?

Генерално би рекол дека испитот беше онаков каков што треба да е проверка на знаењата. Не би рекол дека писмениот тест, односно испитот беше тежок, но навистина имаше некои проблематични прашања. Можеби јас бев во некоја предност затоа што веќе ги имав положено претклиничките испити на факултетот. Факт е дека за испитот и дополнително се подготвував иако, како што реков, веќе ми беше совладана материјата.

Од каде определбата за студиите по медицина?

Медицината почна да ме интересира уште во средношколските денови. Гимназија завршив во Штип, а линкот со медицинските науки беше преку предметите кои се во корелација со медицината. Тие предмети во средношколските денови ми беа од посебен интерес и, ако така може да се каже, претставува она што ме насочи да се определам за Факултетот за

медицински науки во Штип. Свое влијание секако имаше и тоа што лекар е и мојата постара сестра која е две генерации пред мене.



Сè уште сте на студии, но би можеле да кажете кон која медицинска област би го насочиле својот професионален развој?

Не би можел сè уште да прецизирам во кој правец, односно во која медицинска област би се насочил. Сè уште не сум слушал голем дел од клиничките предмети кои сметам ќе влијаат на мојот избор. Пред да започнам со студиите, некаква слабост имав, а веројатно и сè уште имам, за психијатријата. Но, не знам дали таа ќе биде мојата животна определба. Како студент, во овој момент можам да кажам дека најблизок контакт со интерната медицина имам преку предметот клинички испитувања. Меѓутоа, како што реков, во медицинските науки допрва навлегувам и не е исклучено да откријам некој предмет, некоја област што уште повеќе ќе ме заинтригира.

Својата иднина како доктор ја гледате во земјава или пак кариерата по дипломирањето ќе ја продолжите во странство?

Рано е со сигурност да кажам. Мојата иднина ја гледам во земјава. Тука би сакал да ја продолжам својата професионална кариера. Но, ќе видиме. Студиите се пред мене, следува стажирање, специјализација... Верувам дека ќе опстојам на сегашната определба.

За прволиниски третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка (мКД)

ПОВЕЌЕ ЖИВОТ ЗА НЕА

**PERJETA®: поставување на нов стандард
на преживување во прволиниски
третман на HER2 позитивен мКД**

Подобрено пријавување на безбедноста кај бремени жени потенцијално изложени на PERJETA

- Perjeta треба да се изопнува во текна бременост освен кога придобивката во корист на мајката по надминување потенцијалниот ризик за фетусот. Не се изведени студии за PERJETA кај бремени жени и безбедноста употреба на PERJETA за време на бременост и лактација не е утврдена.
- Употреба на PERJETA кај бремени жени и потенцијално изложени на PERJETA Жените во репродуктивен период и жени на планирање на бременост репродуктивен период, без забрзувача контрацепции, ефикасна контрацепција и контрацепција. PERJETA во месец или по последната доза на PERJETA.
- Сметете ги пациентите во текот на бременост за време на терапија со PERJETA, или во период од 6 месеци по последната доза на PERJETA запознајте се со класификацијата.
- Доколку PERJETA се употребува за време на бременост или доколку настане бременост во текот на терапија со PERJETA или во период од 6 месеци по последната доза на PERJETA, Ве молиме веднаш да ја пријавите запознато на лекарот на локалната болничка фармакологија занесени на станица **+389 2 3108 500**
- Доколку пациентот или пациентката во текот на бременост или во текот на период од 6 месеци по последната доза на PERJETA или во период од 6 месеци по последната доза на PERJETA запознајте се со класификацијата.

PERJETA® (pertuzumab) за прволиниски третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка

Невидена ефикасност

- Продолжено средно вкупно преживување (ВП) до 56.5 месеци¹
- Пациентите живеат 15.7 месеци повеќе кога се лекуваат со PERJETA® + Herceptin® (trastuzumab) + docetaxel споредено со само Herceptin + docetaxel²
- Комбинацијата на PERJETA® со Herceptin® + docetaxel го зголеми средното преживување без прогрес на болест (ГБП) за 6.1 месеци споредено со само Herceptin + docetaxel³
- Конзистентен бенефит во ПБП и ВП демонстриран кај големи опсег на пациенти⁴

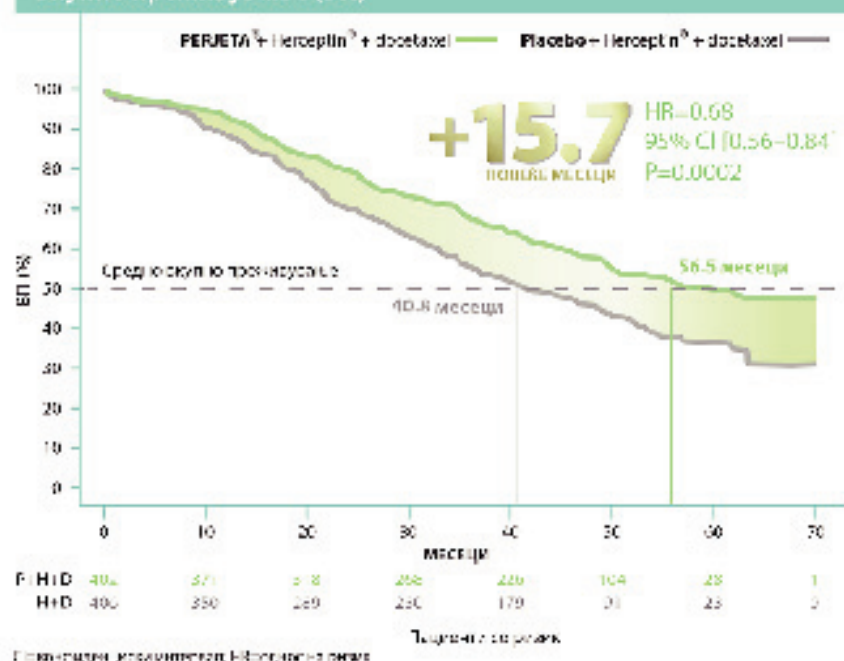
Безбедносен профил кој лесно се менаџира

- Конзистентен со претходниот стандард на грижа⁵ без зголемување на срцевиот токсичитет настан
- При долгоптрајно следење нема појава на кумулативна или дојдна токсичност
- Честотата на сите несакани настани значително се намали по прекилот на третманот со docetaxel⁶

Индикација:

Perjeta® е индициран во комбинација со Herceptin® и docetaxel кај пациенти со HER2 позитивен метастатски или локално рекурентен нересектабилен карцином на дојка, кои за својата болест претходно не примале анти-HER2 терапија или хемотерапија⁷.

Вкупно преживување (ВП)¹



Г: Пациенти со локално рекурентен карцином на дојка

1. Перјета® е одобрен за употреба во комбинација со Herceptin® и docetaxel.

Perjeta® (pertuzumab) и Herceptin® (trastuzumab) се одобриле од страна на FDA и EMA за употреба во комбинација со docetaxel за првпат третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка. PERJETA® е одобрен од страна на FDA и EMA за употреба во комбинација со docetaxel за првпат третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка. PERJETA® е одобрен од страна на FDA и EMA за употреба во комбинација со docetaxel за првпат третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка. PERJETA® е одобрен од страна на FDA и EMA за употреба во комбинација со docetaxel за првпат третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка.

2. Перјета® е одобрен за употреба во комбинација со Herceptin® и docetaxel за првпат третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка. PERJETA® е одобрен од страна на FDA и EMA за употреба во комбинација со docetaxel за првпат третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка.

Perjeta® (pertuzumab) and docetaxel in combination with Herceptin® (trastuzumab) for the first-line treatment of HER2-positive metastatic breast cancer. Conference presentation at the 30th European Society for Medical Oncology (ESMO) Congress, Madrid, Spain, 22-26 September 2002. PERJETA® (pertuzumab) and docetaxel in combination with Herceptin® (trastuzumab) for the first-line treatment of HER2-positive metastatic breast cancer. Conference presentation at the 30th European Society for Medical Oncology (ESMO) Congress, Madrid, Spain, 22-26 September 2002. PERJETA® (pertuzumab) and docetaxel in combination with Herceptin® (trastuzumab) for the first-line treatment of HER2-positive metastatic breast cancer. Conference presentation at the 30th European Society for Medical Oncology (ESMO) Congress, Madrid, Spain, 22-26 September 2002. PERJETA® (pertuzumab) and docetaxel in combination with Herceptin® (trastuzumab) for the first-line treatment of HER2-positive metastatic breast cancer. Conference presentation at the 30th European Society for Medical Oncology (ESMO) Congress, Madrid, Spain, 22-26 September 2002.

PERJETA®
pertuzumab
give HER more life

Со Правилник е пропишана хоспитална култура во здравствените установи

Минатата година министерот за здравство донесе Правилник за хоспитална култура врз основа на овластувањето од членот 27 став (5) од Законот за здравствената заштита, кој е објавен во „Службен весник на РМ, бр. 43/2015. Со Правилникот се утврдува начинот на однесување и постапување во работењето на здравствените работници и здравствените соработници, како и секое друго вработено лице и лице работно ангажирано по која било основа во здравствената установа преку воведување на принципи и правила на однесување и работење, по кои овие лица постапуваат во извршувањето на работата со цел да се обезбеди примена и почитување на принципите на законитост, професионален интегритет, ефикасност, ефективност и посветеност при вршењето на нивните службени должности.

Согласно Правилникот, секој здравствен работник, здравствен соработник и лице работно ангажирано по која било основа во здравствената установа е одговорен за совесно извршување на работата на работното место за кое е вработен или работно ангажиран, во работното време и на работното место, коишто се определени за извршување на работната задача, почитувајќи ја организацијата на работа и дејноста на здравствената установа. Сите вработени треба да ги почитуваат следните принципи и правила на однесување: љубезност кон колегите, а особено кон пациентите, членовите на нивните семејства и посетителите, почитување на личноста, авторитетот, титулата и функцијата на вработените, меѓусебната доверба и соработка, забрана за повишување на тонот и навреди и чување на професионална и деловна тајна и на информациите добиени во врска со работата.

За времетраењето на работниот однос работникот не смее без согласност на директорот на здравствената установа за своја или за туѓа сметка да врши или договара работи кои спаѓаат во дејноста на здравствената установа и кои значат или би можеле да значат конкуренција на здравствената установа.

Со Правилникот се утврдува:

1. Начинот на комуникација помеѓу работниците во здравствената установа:

- во текот на работното време, во работните простории и при службени комуникации, меѓусебните именувања започнуваат со титулирање и тоа: на докторите се обраќа со „доктор“ и „презиме на докторот“, а на сестрите со „сестра“ и „име на сестрата“;
- комуникацијата со пациентите, членовите на нивното семејство и посетителите започнува со обраќање: госпоѓа/госпоѓица/господин, во второ лице множина (персирање);
- телефонската комуникација се одвива на ист начин како и непосредната комуникација и обраќање со примање на

пораќата и нејзино доставување во најкраток рок до оној за кого е наменета;

- службените телефонски разговори треба да бидат колку што е можно пократки, додека приватните телефонски разговори не смеат да се водат во присуство на пациент, или кога пациентот чека одговор од вработениот, или кога има намера да постави прашање;
 - службен телефон може да се користи за телефонски разговор надвор од земјата само во службени цели, со дозвола од директорот на здравствената установа;
 - сите забелешки и критики од страна на пациентите, членовите на нивните семејства и посетителите од страна на работниците се сослушуваат со трпение и почит и објаснувањата се даваат мирно и аргументирано. Кога пациентите, членовите на нивните семејства и посетителите не се задоволни од добиениот одговор, се бара посредување од главната сестра, раководниот работник или директорот на здравствената установа;
 - работниците кои работат на шалтер/пулт во здравствената установа во комуникацијата со пациентите, членовите на нивните семејства и посетителите задолжително се обраќаат со: „повелете господине/госпоѓо/госпоѓице“ во второ лице множина (персирање), секогаш со јасно објаснување, со смирен тон и должна почит, при тоа имајќи во предвид дека тие се обраќаат заради потреба од укажување на медицинска помош;
 - во меѓусебната комуникација помеѓу работниците во здравствената установа се негува духот и начелата на тимската работа, а преку отворена и искрена комуникација се гради меѓусебна доверба со колегите, пациентите, членовите на нивните семејства и посетителите, со цел давање на квалитетна здравствена услуга.
2. Правилата на облекувањето и изгледот на работниците во здравствената установа:
- во текот на работното време задолжително е носење на пропишана дводелна униформа, со цел полесна идентификација на здравствениот персонал од страна на пациентите и посетителите, и тоа: „бела униформа и/или бел мантил“ само за доктори, „светлосина униформа“ за медицински сестри, „светлосива униформа“ за болничари, „сина, односно зелена униформа“ во оперативен оддел и оддел за инвазивни интервенции (која при секое излегување од оперативниот дел се остава за перење на пропишаното место), „темноцрвени униформи“ со ознака „техничка служба“ за персоналот од техничката служба; административните работници не носат униформа;
 - во случај на валкање на униформата со биолошки теч-

ности истата треба веднаш да биде променета со нова чиста униформа;

- носење на идентификациската ознака е задолжително за секој работник во здравствената установа и истата содржи: назив на здравствената установа и одделот, како и име и презиме, титула, при што името и презимето со титулата се напишани со поголем фонт во однос на другиот текст на ознаката;

- носењето на униформа или ознака која е пропишана за работникот,

- облеката на работникот во здравствена установа за време на работното време треба да биде пристопна и уредна.

3. Закажување и прием на пациенти преку единствениот систем за закажување на здравствени услуги.

4. Правила на пренесувањето и чувањето на информациите:

- сите информации кои се однесуваат на пациентите, пациентите, членовите на нивните семејства и посетителите се објавуваат на огласна табла во установата;

- секоја информација добиена лично, по телефон, факс, електронска пошта (e-mail) или слично се запишува и веднаш се пренесува до оној за кого е наменета;

- броевите на приватните мобилни телефони и адреси на пациентите, членовите на нивните семејства, посетителите;

- примената порака или информација се проследува до оној за кого е наменета, писмено, лично или преку телефон;

- ниту една информација од здравствената установа не смее да се изгуби или изнесе без овластување од директорот;

- ширењето на лажни информации и дезинформации е забрането и за истото работникот одговара согласно закон;

- изнесувањето на информации за пациенти (дијагнози и извршени услуги) се казнува согласно закон и претставува основа за престанок на работен однос.

5. Правилата во финансиското работење во здравствената установа:

- наплатата на услуги како и секоја финансиска обврска се врши исклучиво на шалтер/пулт кај лицето кое е задолжено за вршење на таа работа,

- забрането е примање на каков било подарок од фармацевтските компании или другите правни лица што вршат промет со лекови, медицински помагала и медицински потрошен материјал. Забрането е примање на каков било промотивен материјал (нотеси, пенкала, календари, мантили, или кој било друг брендиран промотивен материјал) и користење на тој промотивен материјал во здравствената установа.

Со Правилникот се утврдени и правата на пациентите во здравствената установа и тоа: правото на правичен однос кој се заснова на почит и учтивост од страна на пациентите, на целосни информации од пациентот или неговите роднини за здравствената состојба; да ја одбијат желбата на пациентот ако е спротивна на правилата и прописите, професионалните стандарди и етика и да го предупредат пациентот доколку се однесува несоодветно. Исто така, работникот има право да одбие да изврши некоја здравствена услуга ако има етички или личен конфликт со пациентот, освен ако пациентот е во животна загрозувачка состојба или му е потребно укажување на итна медицинска помош.

Работниците во здравствената установа имаат обврска да го почитуваат овој Правилник и нивното однесување треба да биде во согласност со истиот. Раководителите имаат дополнителна одговорност согласно овој Правилник преку давање на личен пример на останатите работници.

Во случај на неприменување и непочитување на принципите и правилата на однесување и работење во Законот за здравствена заштита е уредена постапката за одговорност (член 193-а). Согласно ставот (7) од овој член, ако при постапувањето по претставката поднесена од пациент, се утврди дека на подносителот на претставката му е повредено право или му е нанесена штета, директорот ќе ги преземе потребните мерки согласно со закон за отстранување на повредата на правото, односно причинетата штета, а раководителот на внатрешната организациона единица задолжително ќе поднесе барање за поведување дисциплинска постапка. Со член 186 став 1 точка 20 од Законот неприменувањето и непочитувањето на принципите и правилата на однесување и работење од Правилникот за хоспитална култура е дисциплински престап и директорот на јавната здравствена установа е должен да формира комисија за водење на дисциплинска постапка ако утврди дека на подносителот на претставката му е повредено право или му е нанесена штета и врз основа на предлог на комисијата да донесе решение за изрекување на дисциплинска мерка за дисциплински престап. Ако подносителот на претставката

не добие известување за формирање на комисија за водење на дисциплинска постапка, односно не добие решение за изрекување на дисциплинска мерка или ако директорот не формирал комисија за водење на дисциплинска постапка, ниту донел решение за изрекување на дисциплинска мерка има право да достави претставка до Министерството за здравство, а министерот за здравство за директорот ќе определи договорна казна во висина од 200 евра во денарска противвредност (член 104 став (4) од Законот за здравствена заштита).

Б.А.

Во текот на работното време задолжително е носење на пропишана дводелна униформа, со цел полесна идентификација на здравствениот персонал од страна на пациентите и посетителите, и тоа: „бела униформа и/или бел мантил“ само за доктори, „светлосина униформа“ за медицински сестри, „светлосива униформа“ за болничари, „сина, односно зелена униформа“ во оперативен оддел и оддел за инвазивни интервенции...

ДЕНОВИ НА ПРЕВЕНТИВНА МЕДИЦИНА ВО РЕПУБЛИКА МАКЕДОНИЈА

Усвоена Декларација за одржување и унапредување на јавното здравје

Во периодот од 3 до 5 ноември 2016 година се одржа првиот научен симпозиум „Денови на превентивна медицина во Република Македонија“ во Конгресниот центар на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Охрид. Симпозиумот беше организиран од Здружението на доктори - специјалисти по хигиена и здравствена екологија, Специјалистичкото здружение на лекарите по социјална медицина со организација на здравствена дејност, Здружението на микробиолози на Македонија, Здружението на епидемиолози и Здружението на лекари по медицина на труд. Симпозиумот беше акредитиран од Лекарската комора на Република Македонија и од Македонското лекарско друштво и е поддржан од Канцеларијата на Светската здравствена организација во Македонија.

Симпозиумот започна со воведна сесија посветена на Европската рамковна политика - Здравје 2020 и Одржливите развојни цели, Националната стратегија “Здравје 2020”, Стратегијата и акцискиот план за јавно здравје на Република Македонија. На Симпозиумот се одржаа пет сесии на кои беа усно презентирани 37 теми од следните области:

- Јавно - здравствени аспекти на хроничните дегенеративни незаразни болести.
- Здравје и животна средина – модерни предизвици на здравствената екологија.
- Резистенција на микроорганизмите кон антимикробни средства и актуелности во микробиологијата.
- Епидемиологија на заразни и незаразни заболувања.
- Нови предизвици во медицината на трудот.

На собирот учествуваа 190 доктори-специјалисти од превентивните гранки, но и доктори-специјализанти. Катедрите по превентивните гранки при Медицинскиот факултет во Скопје и наставници од Медицинскиот факултет во Штип дадоа научен придонес на симпозиумот.

Размената на знаења, наодите од истражувачката работа и искуствата на различните специјалности од јавното здравје презентирани на собирот да станат база за јакнење на интересорската соработка меѓу сите превентивни медицински гранки, па и пошироко, и да имаат свој импакт во имплементација на планираните активности предвидени во стратешките документи и акциски планови за јавно здравје, за здравје и животна средина, за превенција на незаразни и заразни болести, за кризни состојби, за безбедност и здравје на работниците.

ДЕКЛАРАЦИЈА

Ние докторите - специјалисти по превентивните гранки на медицината, „борците за јавно здравје“, се согласивме дека е време за нова и јасно декларирана заложба за подобро здравје на нашето население.

Потребата за унапредување и одржување на јавното здравје мора да биде препознаена и застапувана од сите носители на одлуки и креатори на политики.

Унапредувањето на јавното здравје е примарна одговорност на сите нивоа, особено вклучувајќи ја здравствената власт и здравствените работници на национално и локално ниво. Тоа, секако, подразбира нов пристап во разбирањето и смислата на јавното здравје како есенцијално јавно добро, со адекватни и зајакнати здравствени системи, човечки, финансиски и други материјални ресурси.

Живееме во време на непредвидливи настани кои лесно стануваат закана за јавното здравје, како што се климатските промени, проследени со поплави или сушни периоди, миграција и урбанизација проследени со екстензивно загадување на животната средина, земјотреси, оштетување на необновливите извори на енергија, вода, храна кои преминуваат во здравствени ризици, појава на нови заразни и професионални болести.

Незаразните болести се главната причина за mortalitet и предизвикуваат значајно оптоварување на здравствениот буџет и на општеството во целина. Социјалните детерминанти претставуваат дополнителен товар и предизвикуваат зголемен morbiditet и mortalitet кај населението.

Живееме во ново време со предизвик и единствена можност за здружено делување на сите кои се посветени на јавното здравје, но и за секоја индивидуа посебно. Предизвиците се подеднакво големи како и предизвиците за пионерите на јавното здравје во 19и век.

Сега е време за сите кои се одговорни за животот и здравјето на нашето население, за сите кои работат во владиниот и невладиниот сектор, во стопанството, како здравствени работници, научни работници или како носители на одлуки, за локалната власт и граѓаните, да го афирмираме фундаменталното и елементарното значење на јавното здравје, залагајќи се за базичните човекови права како што се солидарност, одржливост, морал, правда, еднаквост и толеранција.

Крајната цел која сакаме да ја постигнеме е продолжување на животниот век и унапредување на здравјето на населението. Тоа може да се реализира само со поддршка од здравствените власти, како и од надлежните тела од другите сектори.

Симпозиумот заврши со усвојување на Декларација, која подоцна е доставена до надлежните институции одговорни за јавното здравје и креаторите на јавно-здравствената политика.

Организациски одбор на симпозиумот



D2-18-MF-03-NO/03-18.02-18

КОМПЛЕТНО РЕШЕНИЕ ПРОТИВ НАСТИНКА И ГРИП

СТОП ГРИП СТОП НАСТИНКА СТОП ГРИП СТОП НАСТИНКА

Maxflu® содржи активни состојки кои ги ублажуваат симптомите на настинка и грип. Делува брзо и се зема едноставно. Maxflu® за кратко време ја намалува температурата, ги намалува болките и го намалува чувството на затнат нос. Содржи витамин Ц.

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

Maxflu

10 шумливи таблети

се вклучува во лимит



PLIVA

Членка на групацијата Teva

PLIVA ДООЕЛСКОПЕ, Никола Паризанов 05, Скопје, тел/факс: 3052702

ЗДРУЖЕНИЕ НА РАДИОТЕРАПИСКИ ОНКОЛОЗИ

Со маслото од канабис им се нанесе неизмерна штета на пациентите со канцер



Прилагодување на желбите на пациентот, модата и политиката на популизам, сепак не е став кој треба да го поддржува доктор кој ја почитува својата професија, заклетвата што ја дал и своето достоинство и принципот дека ќе работи само во интерес на доброто за своите пациенти

Здружението на радиотераписките онколози на Македонија на 17 ноември 2016 година одржа стручен состанок на тема: „Примена на медицинската марихуана во онкологијата според медицина базирана на доказ“. Состанокот беше акредитиран од Лекарската комора на Македонија и Македонското лекарско друштво во рамките на програмата за континуирана медицинска едукација. Модератор на состанокот беше проф. д-р Снежана Смичкоска, која наедно го презентираше и воведното излагање, а предавачи беа:

- Асс. д-р спец. Емилја Лазарова од Универзитетската клиника за радиотерапија и онкологија со тема: „Револуција или декаденција: употреба на марихуаната и нејзини деривати во онкологијата“.
- Д-р спец. Биљана Гроздановска од Универзитетската клиника за радиотерапија и онкологија со тема: „Канабис во онкологијата (медицина базирана на доказ-тип на студии, ниво на доказ, препораки)“.
- Проф.д-р Биљана Јанеска од Институтот за судска медицина, криминалистика и деонтологија со тема: „Етички дилеми во терапијата со марихуана“.

Целта на состанокот беше да се презентираат објективните информации поврзани со маслото од канабис кое здравствените власти во Македонија (Агенцијата за лекови и Министерството за здравство) го регистрираа и пуштија во промет со медицинска презентација дека станува збор за „лек кој ги лекува сите видови на канцер,“ со што во голема мера се наруши работењето на лекарите онколози според медицина базирана на доказ и им се нанесе неизмерна штета на пациентите кои се лекуваат од канцер.

Имено, со измените и дополнувањето на Законот за контрола на опојни дроги и психотропни супстанции од 26.2.2016 („Закон за легализација на мрихуаната во медицински цели“) на 13.6.2016 г. е одобрен природен галенски маслен екстракт од растението канабис, произведен во Македонија (5% и 7% CBD), без лекарски рецепт, а на 26.8.2016 природен галенски маслен екстракт од растението канабис, произведен во Македонија (THC:CBD 1:1), со лекарски рецепт, по препорака од специјалист по неврологија, онкологија и радиотерапија и инфективни болести.

Аргументите на Владата на РМ заради кои е предложена и направена измената на Законот имаат малку допирни точки со лекарската практика и се:

- „Супериорен еликсир на бесмртноста“.
- Досега никој не починал како директен резултат од консумирањето канабис.
- Крај на драматичната дилема во корист на изборот – живот без болка.
- Правото на избор во лекувањето.

На состанокот систематично беа презентирани податоци добиени со пребарување на базата на податоци на Pubmed во временска рамка од 1994-2016 година, со клучен збор канабиноиди. Пронајдени беа вкупно 5.445 наслови од кои 226 како канабиноиди во онкологија. За донесување на крајните заклучоци поврзани со евентуалниот тераписки ефект беа користени препораките од водачите на медицина базирана на докази на NCCN 2.2016, NCI и ESMO.

Заклучокот е:

- Податоците за антитуморскиот ефект на канабиноидите се темелат на студии со испитување на култури на клетки, анимални модели и прикази на случаи.
- Нема студии кои го испитувале дејството кај луѓе.
- Во релевантните водачи на медицина базирана на докази во онкологијата (NCCN, BCCA, NCI, ESMO) не постои ниво на доказ за употреба на канабисот.
- Не постојат препораки за употреба на канабиноидите во онкологијата за третман на малигните болести.
- Прилагодување на желбите на пациентот, модата и политиката на популизам, сепак не е став кој треба да го подржува доктор кој ја почитува својата професија, заклетвата што ја дал и своето достоинство и принципот дека ќе работи само во интерес на доброто за своите пациенти.

Ефектот од овој упад во здравствениот ситем поврзан со онколошката проблематика е:

- Пациентите не го започнуваат лекувањето со хемотерапија и/или радиотерапија.
- Започнатиот хемо/радиотераписки третман го прекинуваат самоницијативно.
- Ефектите на канабисот (гадење, повраќање, вртоглавици, промени во однесување) го наведуваат лекарот да помисли на метастатска болест, да ја прекине хемо/радиотерапијата и да реализира непотребни испитувања.
- Супстанцијата се наплатува и пациентите се изложуваат на дополнителен, непотребен финансиски трошок.

Супстанцијата која е наречена „лек“ е одобрена под името „КанобилКанц“ или во превод лек за рак. Во упатството за нејзина примена се наведува цитираме „согласно долгогодишното искуство, обемните достапни литературни податоци во релевантни списанија и медицински бази на податоци и согласно податоците од спроведените клинички студии КанобилКанц по препорака на лекар и во договор со пациентот, може да се применува како дополнителна терапија за следните состојби: малигни заболувања и тоа следните различни видови: карцином на дојка, глиом, леукемија и лимфом, белодробен карцином, карцином на колон”.

Сите горенаведени информации во упатството се апсолутно неточни.

проф. д-р Снежана Смичкоска,

Претседател на
Здружение на радиотераписки онколози

ЛЕКАРСКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

**Комисија за доделување на наградата
„Св. Наум Охридски“**

РАСПИШУВА КОНКУРС

**за доделување на наградата
„Св. Наум Охридски“
за особени постигнувања во областа на
здравството во 2016 година**

Наградата „Св. Наум Охридски“ се доделува во знак на признание за особени остварувања во областа на здравството, на поединец- доктор на медицина. Наградата е парична и се доделува еднаш годишно на доктор кој во претходната година особено се истакнал со совесно и одговорно извршување на докторската професија, кој остварил особено добри резултати во лекувањето на пациентите и се стекнал со доверба и популарност кај нив, кој остварил добра соработка и однос со своите колеги, не истакнувајќи ги притоа своите амбиции и квалитети и не злоупотребувајќи го своето влијание кон пациентите за да се здобие со материјална корист, односно доследно се придржувал кон принципите на медицинската етика и Кодексот на медицинската деонтологија. Иницијативата за доделување на наградата можат да поднесат општинските одбори на Комората.

Иницијатива за наградата треба да биде поднесена писмено, да биде образложена и да содржи лични податоци и адреса на живеење на предложениот кандидат, податоци за остварените резултати во смисла на критериумите за доделување на наградата и потребна документација. Образложената иницијатива за доделување на наградата треба да биде поднесена најдоцна до 15.02.2017 година на адреса:

Лекарска комора на Македонија,
Булевар „Партизански одреди“ број 3,
1000 Скопје

со назнака Комисија за доделување на наградата „Св. Наум Охридски“. Некомплетираните иницијативи и иницијативите доставени по определениот рок, нема да бидат разгледувани.

**Претседател на Комисијата
за доделување на наградата
„Св. Наум Охридски“, д-р Ацо Николов**

Модуларна терпија за „корекција“ на основниот дефект на болеста

Цистична фиброза (ЦФ) е ретка мултисистемска, живото-засегнувачка болест предизвикана од мутации во ген на седмиот хромозом, кој го кодира ЦФ трансмембранозниот регулаторен (ЦФТР) протеин. ЦФТР/CFTR функционира примарно како хлорен канал (сл.1) и го контролира движењето на сол и вода во и надвор од епителните клетки на респираторниот тракт, панкреасните дуктуси, билијарното стебло, интестинумот, vas deferens и потните канали. Вообичаените клинички манифестации на ЦФ се резултат на влијанието на основниот дефект на дишните патишта, гастроинтестиналниот тракт, вклучувајќи го и билијарниот и на репродуктивниот тракт.

Грижата за индивидуите со ЦФ бара мултидисциплинарен тимски пристап. Огромен напредок во разбирањето и третманот на болеста и современите терапии кои станаа дел од стандардниот третман на пациентите со ЦФ, доведоа до значајно подобрување на преживувањето. ЦФ се трансформира од фатална болест во раното детството во хронично нарушување при кое се очекува повеќето пациенти со ЦФ да

живеат во адултна доба. Бидејќи станува збор за мултисистемска болест со бројни компликации, од суштинска важност е пациентите да имаат пристап до други медицински интернистички и хируршки специјалисти според потребата, поради што центарот треба да биде составен дел на Универзитетска клиника (мултидисциплинара установа), која е во состојба да ги третира сите проблеми и компликации поврзани со ЦФ.

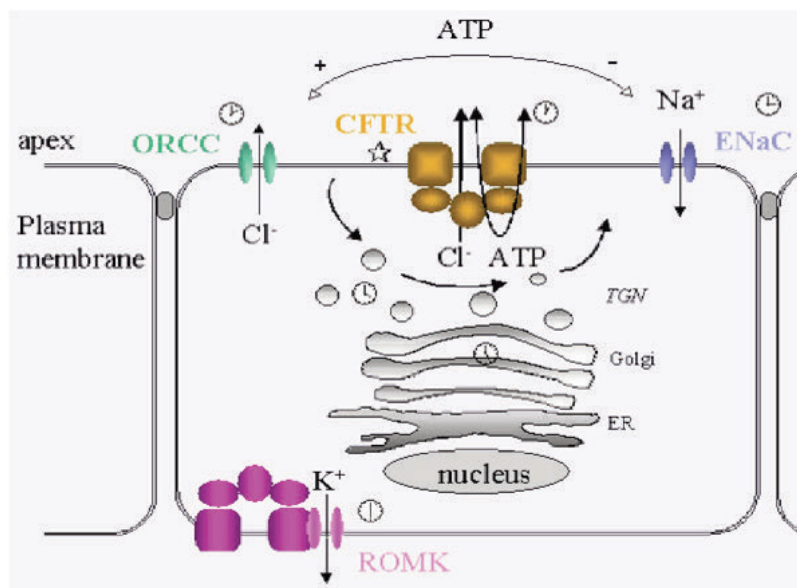
Целите во водење на ЦФ, во широка смисла, вклучуваат оптимизирање на нутритивниот статус и белодробното здравје, како и превенција и третман на коморбидитетите. Терапијата е комплексна и вклучува: суплементација со панкреасни ензими, липосолубилни витамини, муколитик (dornase-alpha), хидраторни лекови (хипертон раствор на сол, манитол), физикална терапија за чистење на дишните патишта и често повторувачки кури на антибиотска терапија. Најголемиот морбидитет и морталитет произлегува од прогресивната белодробна болест поврзана со хроничните бронхијални инфекции и бронхиектазии.

Од откривањето на CFTR генот во 1989, започнаа истражувањата за терапии кои ќе го подобрат основниот дефект на ЦФ. Значителниот напредок во разбирањето на комплексната биологија за функционирањето на CFTR протеинот, овозможи перспективи за развој на терапии специфично дизајнирани да делуваат на базичниот дефект на ЦФ.

Класификација на CFTR мутациите

Нормално синтетизираниот CFTR протеин во текот на транспортот кон површината на клетката се интегрира во ендоплазматскиот ретикулум, каде што претрпува конформациски промени и се транспортира во Golgi-евиот апарат, каде што повторно се гликолизира. Така матурираната и стабилна форма на протеинот се интегрира во клеточната мембрана, каде што функционира како хлорен канал.

Сл.1 CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator) – CFTR хлорен канал



Денес се опишани околу 2.000 различни мутации, односно алтерации во CFTR генската секвенца, кои можат да ја нарушат функцијата на CFTR хлорниот канал преку различни механизми, зависно од нивната природа и од местото во генот каде што настанале промените. Според тоа, CFTR мутациите се поделени во шест класи (сл.2):

● Класа I мутации

Оваа класа вклучува nonsense, frame shift и splice site мутации, каде што поради предвремен терминачки сигнал доаѓа до прекин на протеинската синтеза. Создадените аберантни куси полипептиди се нестабилни и брзо се деградираат, што резултира со целосно губење на функцијата на CFTR хлорните канали.

● Класа II мутации

Во оваа класа спаѓаат најголемиот дел CFTR мутации, вклучувајќи ја и најчестата F508del. При овие мутации е нарушено нормалното превиткувањето и матурацијата на синтезираниот протеин, поради што тој не успева да ја достигне плазматичната мембрана и да се вгради во неа, задржувајќи се во ендоплазматскиот ретикулум. Контролниот механизам на ендоплазматскиот ретикулум го препознава овој несоодветно превиткан (misfolded) протеин и го таргетира за протеосомска деградација.

● Класа III мутации

Во третата класа ЦФ мутации спаѓаат оние каде што CFTR протеинот, навидум, коректно се проследува и вградува во клеточната мембрана, но изостанува отворањето на хлорните канали под дејство на cAMP стимулација. Тоа значи дека е нарушена регулацијата на функционирањето на CFTR каналот и покрај тоа што тој ја достигнува апикалната мембрана.

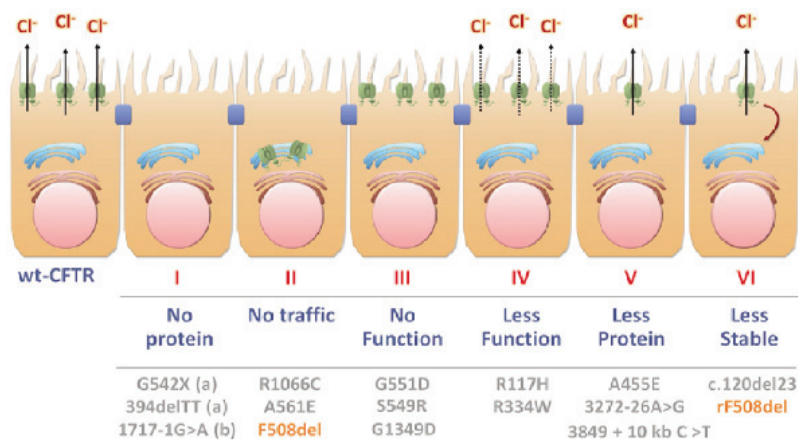
● Класа IV мутации

При четвртата класа на мутации изменетиот CFTR протеин ја достигнува клеточната мембрана и се вградува во неа, при што задржува одредена хлорна спроводна функција. Но, оваа спроводна функција е изменета и намалена.

● Класа V мутации

Мутациите во петтата класа се асоцирани со редуцирана синтеза на CFTR протеинот.

Тука спаѓаат некои missense мутацијата и splicing мутацијата. При splicing мутациите од петтата класа, во мала пропорција од транскриптиите може да настане нормален сплајсинг, како резултат на што ќе се генерира мало количество



на функционални CFTR хлорни канали, резултирајќи со поумерен фенотип.

● Класа VI мутации

Овие мутации предизвикуваат значајна мембранска нестабилност на CFTR протеинот.

Од ова произлегува дека првите три класи на мутации се т.н. „тешки мутации“ кои резултираат со отсуство на CFTR функцијата, а другата класа се поумерени мутации и обично одат со панкреасна суфициенција.

CFTR модулаторна терапија

Поделбата на CFTR мутациите според последиците кои настануваат во синтезата и функцијата на CFTR хлорниот канал е основа на современата CFTR модулаторна терапија која е генотип специфична, односно дизајнирана за одредени класи мутации. CFTR-модулаторите претставуваат мали молекули кои се насочени кон основниот дефект на ЦФ. Разликуваме три класи:

- **Потенцијатори** – наменети за за III-та класа мутации, бидејќи го подобруваат отворањето на CFTR каналите.
- **Коректори** - наменети за за II-та класа мутации, бидејќи го подобруваат абнормалното превиткување и движење на CFTR протеинот кон површината на клетката.
- Агенси кои читаат преку (**read-through**) стоп кодонот, а се соодветни за пациенти со предвремени стоп кодони – nonsense мутации (I-та класа мутации).

Kalydeco/Ivacaftor (Vertex Pharmaceuticals) е прв биорасположив орален CFTR потенцијатор, кој делува на корекција на базичниот де-

Сл. 2 Класификација на CFTR мутациите

Сегашните достигнувања во терапијата се важна дестинација на долгиот пат од откривањето на генот за цистична фиброза и базичниот дефект до дефинитивната терапија за лекување и контрола на болеста

фект на болеста. Активната супстанција ivacaftor, преку активација на CFTR каналите, доведува до подобрување на транспортот на јоните низ каналите, правејќи ги секретите помалку густы и ублажувајќи ги во значителна мера симптомите на болеста. Како резултат на терапијата настанува сигнификантно подобрување на белодробната функција (FEV1), нутритивниот статус (BMI), хлоридите во пот и подобрување на скоровите за квалитет на животот (CFQ-R scores) кај третираните пациенти. Дозирањето е на 12 часа по една таблета од 150 мг. Kalydeco е одобрен за користење од FDA, EMA, како и од Health Canada, TGA-Australia и е влезен во стандардната терапија за пациенти со ЦФ кои имаат барем една од 9-те CFTR „gating” мутации (G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N, S549R).

Lumacaftor е коректор дизајниран да ја зголеми количината на матурираниот протеин на површината на клетките преку таргетирање на дефектниот процес на обработка и патување на F508del-CFTR протеин кон површината на клетката. Lumacaftor е CFTR модулатор кој in vitro покажал зголемување на густината на функционален F508del-CFTR на површината на клетките. In vivo lumacaftor монотерапијата не доведе до промена на FEV1 кај третираните пациенти хомозиготи за F508del. Меѓутоа, со комбинацијата коректор/потенцијатор, **lumacaftor/ivacaftor (Orkambi)** е постигнат сигнификантен ефект во подобрување на белодробната функција. Лекот orkambi е одобрен (FDA, EMA) за лица со ЦФ хомозиготи за F508del, на возраст од ≥ 12 години. Овој комбиниран препарат не ја обновува потполно CFTR активноста и постигнатиот ефект во однос на белодробната функција, иако сигнификантен, не е она што се очекува од лек кој делува на базичниот дефект. Во развој се следни генерации на коректори (VX-661, VX-440 и VX-152) од кои се очекува, во комбинација со ivacaftor, да се постигне поси́гнификантен ефект во подобрување на клиничките параметри на болеста.

Во третата класа на CFTR модулатори кои читаат преку (read-through) прерано прекинувачки кодони - стоп кодони, спаѓа **Ataluren -PTC124** (PTC Therapeutics). Наменет е за I класа nonsense мутации, при кои се синтезира краток, нефункционален протеин. Ataluren е дизајниран да го надмине стоп кодонот и да се овозможи да се синтезира полна должина на функционален CFTR протеин. Во тек се клинички студии

на ЦФ пациенти со nonsense мутации, кои треба да го докажат ефектот на лекот in vivo.

Во истражување се и други терапевтски пристапи, како што се: инхибитор на епителните Na канали (ENaC Inhibitor VX-371); генска терапија со користење на невирусни CFTR gene-liposome комплекс; нова антиинфламаторна терапија и др.

Заклучок

Последните години влегуваме во нова ера во третманот на ЦФ. Сегашните достигнувања во терапијата се важна дестинација на долгиот пат од откривањето на генот за ЦФ и базичниот дефект до дефинитивната терапија за лекување и контрола на болеста. За прв пат во историјата на ЦФ може да зборуваме за фармаколошка терапија која делува на основниот дефект на болеста. Новата класа на лекови позната како CFTR модулатори, кои се насочени кон специфични CFTR мутации, имаат потенцијал да ја модифицираат болеста, продолжувајќи го животот на индивидуите со ЦФ.

Проф. д-р Стојка Фуштиќ

Универзитетска клиника за
детски болести, Скопје

Референци:

1. Bell SC, DeBoeck K, Amaral MD. New pharmacological approaches for cystic fibrosis: Promises, progress, pitfalls. Pharmacol. Ther. 2014, <http://dx.doi.org/j.pharmthera>.
2. Davies JC, Wainwright CE, Canny GJ, et al. Efficacy and safety of ivacaftor in patients aged 6 to 11 years with cystic fibrosis with a G551D mutation. Am J Respir Crit Care Med 2013;187(11):1219–25.
3. De Boeck K, Munck A, Walker S, et al. Efficacy and safety of ivacaftor in patients with cystic fibrosis and a non-G551D gating mutation. Journal of Cystic Fibrosis 2014; 13:674–680.
4. Wainwright CE, Elborn JS, Ramsey BW, et al. Lumacaftor–Ivacaftor in Patients with Cystic Fibrosis Homozygous for Phe508del CFTR. N Engl J Med 2015;373:220–31.
5. Mayer M. Lumacaftor-ivacaftor (Orkambi) for cystic fibrosis: behind the ‘breakthrough’. Evid Based Med 2016;21:83–86.

Новата класа на лекови позната како CFTR модулатори, кои се насочени кон специфични CFTR мутации, имаат потенцијал да ја модифицираат болеста, продолжувајќи го животот на лицата со ЦФ



Roswera®

rosuvastatin
филм-обложени таблети од
5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg и 40 mg



Воочете ја разликата

ROSU➤PATH

е 12-неделна мулти-центрична, отворена, проспективна студија за евалуација на ефикасноста и безбедноста на титрација на дозата на Росвера® при (1)

- стандарден начин на титрирање на дозата: 10 mg → 20 mg → 40 mg
- алтернативен начин на титрирање на дозата: 15 mg → 30 mg → 40 mg

Промену во вредностите на липиди по 12 недели третман*



ФУА-У/А/154/DOCEB Скопје, Улица Титовица 1, бр. 101, 1000 Скопје
Телефон: 02/2720510, факс: 02/2700525, Email: info.zdr@zdrka.mk, ozdr@zdrka.mk

Референтс 1: Statin A The efficacy and safety of rosuvastatin - rosuvastatin in the treatment of patients with hyperlipidemia (ROSU-PATH). Data from analysis report Data on file, L-1, Ilfov, 2015.
* На крајот од студијата просечни редувања на холестерол биле 22,4% (за вкупниот)



Нашата иновативност и знаење се посветени на здравје. Отидува, нашата определба, истрајност и искуство работат заедно со единствена цел – да создадеме ефикасни и сигурни производи со највисок квалитет.

Нефармаколошки третман на Паркинсоновата болест

Податоците од медицинската литература во последните пет години обилуваат со енормен број на истражувања, за зголемената преваленца на користење на КАМ (комплементарна и алтернативна медицина) методи и други нефармаколошки интервенции препишани од медицински лица кај пациентите со Паркинсонова болест.

Примената на КАМ методи е 54% кај ова заболување, додека кај постарите лица се движи до 52%, воопшто. Притоа, 39% од пациентите користат барем една метода, а не постои разлика во однос на расата и полот. Најчесто применувана КАМ била употребата на масло од црн дроб, супстанции со аналгетско дејство и суплементација со витамини. Притоа, со зголемување на возраста се зголемува и зачестеноста на употребата на КАМ. Ова се должи на тоа што со текот на стареењето се зголемува и бројот на болести, и пациентите, покрај Паркинсонова болест, имаат и други болести. Од овие причини при рутинскиот преглед или препишувањето на која било терапија од страна на лекарот потребно е да се земе анамнеза од пациентот за употребата на супстанции надвор од лекарската практика. Со цел да се работи за доброто на пациентот, семејниот доктор треба да биде запознаен и да соработува со сертифицирани практичари за алтернативни методи, како би можел да го следи ефектот од терапијата во правец на подобрување или влошување на состојбата.

Обуката за нефармаколошкиот третман треба да се изведува од универзитетски докажани професори во својата специјалност. Со стекнување на знаења за нефармаколошкиот третман на Паркинсоновата болест се станува дел од тимот кој ќе придонесе за подобрување на квалитетот на живот кај пациенти со оваа болест, на професионален план и научен метод. Зошто токму сега едукација за нефармаколошки третман? КАМ методите за Паркинсонова болест можат ако се применат на професионален и научен начин да придонесете во лекувањето на оваа болест, пред сè преку подобрување на квалитетот на живот и забавување на прогресијата на болеста.

Вежби Таи Чи

Западната или конвенционалната медицина не може ова да го прифати, но затоа се публикуирани трудови чии истражувања за ефектот од ТМ се евалуираат со лабораториски параметри, МНР промени на активност на мозокот, како и употреба на различни скали за процена на моторната и друга функција, како и на функционалниот капацитет на пациентот, кои се користат од страна на докторите во конвенционалната медицина. При тоа, при следење на ефектот од третманот потребно е:

1. Пациентите да се групираат според степенот на болеста од 1-4.
2. Да се употребат скали за процена на заморот.
3. Да не се прекинува медикаментозната терапија.
4. Да се процени когнитивната функција.
5. Да се процени степенот на промена на балансот и рамнотежата.
6. Да се процени степенот на ригор.
7. Да се земат предвид влијанијата на околината и семејството.
8. При истражувањата да се групираат пациентите по возраст и време, траење на болеста.
9. Да се применат сите расположиви мерни параметри, како што се концентрација на дадени супстанции во крв, мочка, плунка, мерења на мозочни активности, влијание на фреквенција на звук, мерење на РОМ на зглобови, софтверски програми за процена на балансот и рамнотежата.

Во примената на КАМ за третман на ПБ се користат: 1) природни продукти, како хербална терапија, витамини, минерали и пробиотици, 2) мисловни и телесни практики, како што се акупунктура, масажа, медитација, таи чи и јога, 3) алтернативни системи на лекување како што се корејска и кинеска медицина, Ајурведа медицина и хомеопатија. Притоа, 2/3 од корејската популација користи барем една од овие можности. Во Кореја најупотребувани се хербалната терапија, акупунктурата и здравата исхрана. Во западната или модерна медицина не е можно тие да се приемнуваат без посебни водичи.

Видови алтернативни методи и нивен ефект

Таи чи вежбите придонесуваат за подобрување на рамнотежата и балансот, како и на квалитетот на одење. Резултатите не можат да се очекуваат пред 3-6 месеци од третманот, додека се контраиндирани кај тешки форми на депресија и хипокинезија. Значаен е нивниот удел воопшто кај постарата популација за превенција од паѓање, додека пак самите вежби се моделирани и оспособени за западните пациенти најчесто во Јанг стилот со 12-16 вежби.

Достапните трудови кои биле анализирани во врска со **акупунктурата и ПБ**, во повеќе од нив нема точни параметри на следење на ефектот, освен опис на подвижноста пред и по третманот. Во други студии каде што акупунктура била аплицирана за намалување на ригидноста точно е објаснето дека се аплицираат иглите на акупунктурните точки за таа намена. Поради немање доволно мерливи параметри ова може да се смета и како плацебо ефект, но во иднина можеби ќе се докаже.

Музикотерапијата употребува музика или други елементи на неа (звук, ритам, мелодија или хармонија) за да ја зајак-



Вежби Таи Чи



Вежби баланс и рамнотежа



Хидрогимнастика

не и промовира мобилноста и експресијата со цел да се исполнат физичките, емоционалните, социјалните или когнитивните потреби. Ефектот од третманот на подобрување на балансот би се очекувал најрано за 3 месеци. Во третман биле вклучени танци од типот на аргентинско танго и фокстрот валцер, од анализираниите студии додека нема податоци за други видови на танц и народни ора. Оваа терапија има и голем импакт на социјалниот живот кај овие пациенти.

Јога применетото движење го намалува нивото на кортизол, ги зголемува ГАБА (гама аминокбутерна киселина) енергетски зависни трансмисии, го променува расположението и го редуира стравот кај здрави лица. Кај лица со ПБ би можела да ја подобри флексибилноста на телото во целина, постуралниот дефицит, и да даде релаксација. При примена на јога вежби потребно е претходно да се направи проценка на болеста со стандардната скала, за да се има увид во моториката и

балансот пред и по примената на јога вежбите. Третманот не треба да биде пократок од 12 недели. Пожелно е да се употреби и некоја скала за проценка на немоторните функции.

Кај пациентите со ПБ се забележале подобрувања на ставот и намалување на вкочанетоста по третман со **масажа**. Најчесто се спомнува дека јапонскиот тип на масажа го подобрува одот и моторните функции. Масажата и александар техниката биле заедно применувани во повеќе студии во период на 3 месеци. Иако субјективните чувства на пациентите биле позитивни во однос на масажата и нивната состојба на депресија, како и на квалитетот на животот, недостасувале мерливи параметри кои ќе го потврдат ефектот. Во однос на хиропрактичните зафати нема податоци дека се ефективни кај оваа болест.

Повеќето научни мислења ја оправдуваат **хербалната терапија**, ако таа придонесува на намалување на оксидативниот стрес, и митохондријалната дисфункција. За современата

ПРОМОЦИЈА

PERJETA - нова надеж за пациентите со агресивен рак на дојка



Фармацевтската компанија Hoffmann - La Roche („Рош“) на 21 октомври 2016 година пред стручната јавност го промовираше лекот со којшто се постави нов стандард во вкупното преживување на болните од т.н. HER2 позитивен рак на дојка. Онколозите и другата стручна јавност, која работи на полето на рак во Македонија, одблизу се запознаа со карактеристиките на оваа иновативна терапија која го носи името PERJETA (pertuzumab). Настанот се одржа под модераторство на еминентниот проф. д-р Жозеф Глигоров, онколог во болницата „Тенон“ и професор на Универзитетот Сорбона во Париз, а предавачи на настанот беа и специјалистот онколог д-р Никола Васев од Клиниката за онкологија и радиотерапија во Скопје и проф. д-р Петар Стефановски, онколог од Клиничка болница - Битола.

Perjeta (pertuzumab) е регистрирана и веќе е достапна во нашата држава, но трошокот за лекување сè уште е на товар на пациентите. На настанот беше истакнато дека компанијата „Рош“ работи интензивно во соработка и партнерство со здравствените власти, како и стручната јавност, во изнаоѓање на решенија овој лек, кој претставува стандарден третман во ракот на дојка, да биде достапен и за пациентите во

Р. Македонија. Пристапот до новите иновативни лекови, како што е и лекот PERJETA (pertuzumab), во едно општество овозможува подобрување на целокупниот здравствен систем, како и подолг и поквалитетен живот за болните од рак и нивна вклученост во општеството.

Лекот Perjeta (pertuzumab) е индициран во комбинација со trastuzumab и docetaxel кај возрасни пациенти со HER2 позитивен метастатски или локално рекурентен, нересектабилен рак на дојка, кои претходно за својата метастатска болест не примале анти-HER2 терапија или хемотерапија. Овој лек, исто така, претставува неoadјувантен (предоперативен) третман за рак на дојка веќе одобрен за пациенти со ран стадиум на HER2 позитивен рак на дојка.

Во студијата Клеопатра (CLEOPATRA), кај пациенти со HER2 позитивен метастатски рак на дојка, во прволиниски третман лекот PERJETA (pertuzumab), во комбинација со Herceptin (trastuzumab) и хемотерапија, покажа продолжување на средното време на преживување за пациентите со оваа агресивна болест, односно вкупно 56,5 месеци, или 15,7 месеци подолго споредено со претходниот стандарден режим на лекување. Кај пациентите со ран стадиум на HER2 позитивен рак на дојка клиничките студии и клиничката практика докажаа дека Herceptin (trastuzumab) значително го намалува ризикот од повторно појавување на болеста.

За повеќе информации: www.roche.mk

За дополнителни информации, стапете во контакт на:

РОШ Македонија ДООЕЛ Скопје

Бизнис центар Сити плаза

„Св. Кирил и Методиј 7“, втори кат

1000 Скопје

Тел.: 3103 500

факс: 3103 505

skopje.mk_office@roche.com

медицина се прифатливи нутритивните и хербалните лекови кои се насочени кон исхраната и се антиоксиданси или неутрализатори на штетни супстанции, односно сите кои можат да ја забават прогресијата на болеста. Во третманот се спомнуваат биолошки активни супстанции као што се витамин Е, коензим Q10 и креатинин. Женшенот е растение кое се употребува на Исток со векови, за намалување на заморот, и има антиинфламаторен ефект. Истото е и со гинко билобата, кој традиционално се користи во Кореја и Кина, а е познато дека содржи флавоноиди и терпентени. Позанто е дека гинкото содржи супстанции кои влијаат на моторните патишта и делува инхибиторно на MAO.

Уричната киселина е продукт на пурините во процесот на метаболизам и има потенцијален антиоксидативен ефект. Невропротективниот ефект бил утврден кога кај модели на глодачи кај кои имало високо ниво на уреа се редуцирал ризикот за развој на ПБ. Кај студии на луѓе немало никаков ефект. Докторите и традиционалните практичари ширум светот треба да се запознаат со можните ефекти на некои КАМ методи, но и да научат како истите да ги евалуираат со што ќе придонесат во третманот на ова прогресивна невродегенеративна болест, а всушност тоа е и целта на секој водич за интегративна медицина.

Д-р.сци. Елизабета Попова Рамова,
специјалист физијатар

Литература

- Kim JY, Jeon BS. Complementary and alternative medicine in Parkinson's disease patients in Korea. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2012;12:631-632. [PubMed]
- Kim SR, Lee TY, Kim MS, Lee MC, Chung SJ. Use of complementary and alternative medicine by Korean patients with Parkinson's disease. *Clin Neurol Neurosurg.* 2009;111:156-160. [PubMed]
- Li F, Harmer P, Fitzgerald K, Eckstrom E, Stock R, Galver J, et al. Tai chi and postural stability in patients with Parkinson's disease. *N Engl J Med.* 2012;366:511-519. [PMC free article] [PubMed]
- Cho SY, Shim SR, Rhee HY, Park HJ, Jung WS, Moon SK, et al. Effectiveness of acupuncture and bee venom acupuncture in idiopathic Parkinson's disease. *Parkinsonism Relat Disord.* 2012;18:948-952. [PubMed]
- Heiberger L, Maurer C, Amtage F, Mendez-Balbuena I, Schulte-Mönting J, Hepp-Reymond MC, et al. Impact of a weekly dance class on the functional mobility and on the quality of life of individuals with Parkinson's disease. *Front Aging Neurosci.* 2011;3:14. [PMC free article] [PubMed]
- Hackney ME, Earhart GM. Effects of dance on gait and balance in Parkinson's disease: a comparison of partnered and nonpartnered dance movement. *Neurorehabil Neural Repair.* 2010;24:384-392. [PMC free article] [PubMed]
- Gong L, Zhang QL, Zhang N, Hua WY, Huang YX, Di PW, et al. Neuroprotection by urate on 6-OHDA-lesioned rat model of Parkinson's disease: linking to Akt/GSK3 β signaling pathway. *J Neurochem.* 2012;123:876-885. [PubMed]
- Kim TH, Cho KH, Jung WS, Lee MS. Herbal medicines for Parkinson's disease: a systematic review of randomized controlled trials. *PLoS One.* 2012;7: [PMC free article] [PubMed]
- Lefaucheur, JP (2009). „Treatment of Parkinson's disease by cortical stimulation“. *Expert Review of Neurotherapeutics* 9 (12): 1755-1771. doi:10.1586/ern.09.132. PMID 19951135.
- (2) Arias-Carrión, O (2008). „Basic mechanisms of rTMS: Implications in Parkinson's disease“. *International Archives of Medicine* 1 (1): 2. doi:10.1186/1755-7682-1-2. PMC 2375865. PMID 18471317.
- Nizard J, Lefaucheur J-P; Helbert M; de Chauvigny E; Nguyen J-P (2012). „Non-invasive stimulation therapies for the treatment of chronic pain“. *Discovery Medicine* 14 (74): 21-31. ISSN 1539-6509. PMID 22846200. Archived from the original on 2014-02-21.
- Popova Ramova E, Angelovska B.: Non pharmacological management of Parkinson disease. Skopje. ISBN 978-608-65576-1-4.

ДОДЕЛЕНА НАГРАДАТА “ПРОФ.Д-Р ЕПСА УРУМОВА”

Добитници доц. д-р М. Бошевски и проф. д-р Л. Стојановска

На 17 октомври 2016 година во амфитеатарот на Медицинскиот факултет при Универзитетот “Св. Кирил и Методиј” во Скопје беше доделена наградата “Професор д-р Епса Урумова” за најдобар објавен труд во медицинско списание во 2015 година. Конкурсната комисија, разгледувајќи ги пристигнатите 12 труда, одлучи оваа награда, која го носи името на бардот на македонската патологија, како што објасни проф. Елизабета Србиновска, да им ја додели на доц. д-р Маријан Бошевски од Универзитетската клиника за кардиологија при Медицинскиот факултет во Скопје и проф. д-р Лили Стојановска од Викторија универзитетот во Мелбурн, Австралија, за трудот „Прогресија за каротидна артериска болест

кај пациенти со Т2Д – кохортна проспективна студија”.

Наградата “Професор д-р Епса Урумова” е установена на предлог на нејзиното семејството, а врз основа на Одлука на деканската управа на Медицинскиот факултет во Скопје е формирана конкурсната комисија и се објавува конкурсот за нејзино доделување. Согласно критериумите на конкурсот и предвидените услови, на наградените автори им се доделува признание и парична награда во износ од 60.000 денари.

“Научната работа кај нас се базира, пред се, на ентузијазам, а со оваа награда се обидуваме да ја поттикнеме, односно да дадеме мал прилог во поддршката и стимулирањето на научната работа”, истакна на свеченоста проф. д-р Виктор Урумов, синот на проф. д-р Епса Урумова, која е основоположник и доајен на македонската патологија и важеше за посветен и самопрегорен патолог и наставник.

За мотивите, начинот на работа, методите, резултатите, како и за целите на трудот „Прогресија за каротидна артериска болест кај пациенти со Т2Д – кохортна проспективна студија” и нивното значење говореше авторот, доц. д-р Маријан Бошевски, кој потенцира дека добиените податоци имаат клинички импликации во предвидувањето на факторите на ризик за прогресија на артериската болест кај дијабетес тип 2 во насока на нивно соодветно препознавање и лекување.

Признанието кое го носи името на проф. Урумова се доделува секоја година и претставува награда која ја стимулира научната и истражувачката работа и нејзиното публикување во реномираните медицински списанија. Првпат оваа награда беше доделена минатата година. Професор Урумова се памети како студиозна личност, со особена енергија, посветена на медицината која многу и значеше и по нејзиното пензионирање. Даде огромниот придонес и белег како педагог, научник и стручњак.

Vox medic

NIBEL®

NEBIVOLOL

НАЈСЕЛЕКТИВНОТО ОД БЕЛУПО

- Хипертензија
- Хронично затајување на срцето
- 1 x дневно



Механизам на дејство

- Високо кардиоселективна (β1 - блокада)
- Вазодилатација посредувана со NO (заштита и лекување на ендотелот)

Нема влијание на

- Еректилната функција
- Нивото на липидите и гликозета во крв
- Инсулинската резистенција

Број и датум на првото одобрение за ставање на лекот во промет: 15-8934/14 на 22.09.2015 год.
ЗБИРЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА ОСОБИНИТЕ НА ЛЕКОТ ДОСТАПЕН НА БАРАЊЕ

Ул. 3-та МУБ бр. 68, 1000 Скопје

 **BELUPO**
www.belupo.hr

ПРОФ. Д-Р СЛАВИЦА ТУЦАРОВА –ТРАЈКОВСКА, UCLA, ЛОС АНЏЕЛЕС, САД

Во фокус истражувањата за развој на нова инсулин - независна терапија за дијабетес

Дел сте од тимот на UCLA, еден од најпрестижните универзитети во САД и пошироко, поточно работите во истражувачки центар на Давид Гефен сцхоол од Медицине. На кои области се фокусирани истражувањата во овој Центар и на кој проект во моментот сте Вие ангажирани?

“Лари Л. Хилблом” Центарот за истражување на панкреасниот миниорган – Лангерхансово островце формално бил инаугуриран при Медицинскиот факултет “Давид Гефен” на универзитетот на Калифорнија, Лос Анџелес во ноември 2004 година со цел да се регрутира тим кој активно ќе придонесува во светските напори за превенција и третман на пандемијата на дијабетес. Центарот “Хилблом” ги интегрира преку интердисциплинарни научни профили и активна соработка со други научни центри различните научни пристапи и техники вклучувајќи ги клеточната биологија, истражувањата на матични клетки, физиологијата, патологијата и клиничките истражувања на панкреасните миниоргани, т.н. Лангерхансови островца и така развива единствена од овој профил научна експертиза.

Центарот е фокусиран на генетски и епигенетски истражувања за функционално регенерирање на бета-клеточната маса во Лангерхансовите островца на панкреасот, истражувања на нови терапии за рак на панкреасот и истражување на механистичката поврзаност меѓу дијабетесот и ризикот од развој на рак. Од скоро, во рамките на конзорциумот под водство на директорот на Институтот, проф. д-р Петер Бутлер и биотек-компанијата “Semma therapeutics” од Бостон, МА, Центарот учествува во ex vivo развој на функционални панкреасни островца од индуцирани плурипотентни матични клетки како клеточна терапија за пациенти со дијабетес тип 2 (T2D). Тоа се смета и како прв чекор во развој на слична терапија со матични клетки за пациенти со дијабетес тип 1 (T1D).

Центарот соработува со престижната истражувачка група на директорот на Одделот за матични клетки при медицинскиот центар во Лос Анџелес – “Цедарс Синаи”, Кливе Свен-

дсен, и директорот на Дијабетес центарот при Универзитетот на Калифорнија, Сан Франциско (УЦСФ), Матиас Херброк, во истражување на улогата на васкуларниот ендотелиум и регулираниот проток на биолошки флуиди во ex vivo развојот на Лангерхансовите островца и етаблирање на нивната функционалност, користејќи ја иновативната технологија на органи на чип.

Јас сум најнов член на “Хилблом” семејството при UCLA, каде што се придружив во 2015 од Универзитетскиот колеџ во Лондон, Велика Британија (University College London). Водам неколку истражувачки проекти, вклучувајќи ги: истражување на митохондријалната морфологија и функција во адаптивното и терапевтско регенерирање на бета-клеточната маса на панкреасот, истражување на бета-клеточниот метаболизам за превенција на бета-клеточната редукција во дијабетес тип 1 и тип 2 и истражување на улогата на атенуираната саперион-посредувана аутофагија (chaperone-mediated autophagy) во соработка со д-р Ана-Марија Куерво од Алберт Ајнштајн колеџот за медицина во Њу Јорк и во патолошката промена на метаболитскиот профил на бета-клетките кај дијабетес тип 2.

Овие комплицирани називи на моите проекти го карактеризираат мојот интерес во подлабоко разбирање на процесите врзани за метаболизмот, митохондриите како интрацелуларни продуценти на енергија, регенеративниот клеточен циклус и процесите на разградување на клеточниот материјал кои можат да претставуваат основа за терапевтски третман на дијабетесот. Ова е линкот на мојата веб-страница од која оние кои се заинтересирани можат да добијат и повеќе информации: <http://www.tudzarovalab.med.ucla.edu>

Каде водат овие истражувања, односно која им е целата и има ли некои резултати?

Овие истражувања донесоа некои фасцинантни погледи во молекуларната патологија на дијабетес тип 1 и тип 2. Најпрвин, нашите резултати покажуваат дека овие заболувања имаат реверзибилен профил и го побиваат традиционалното



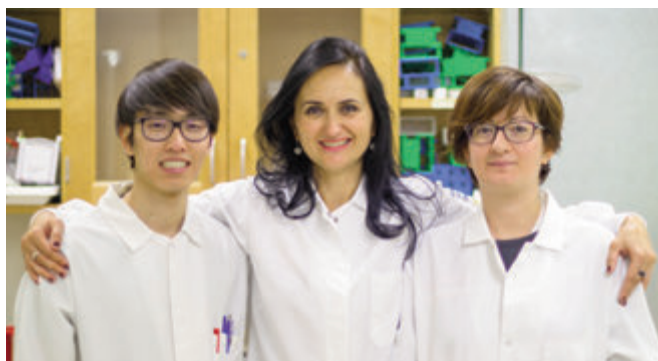
видување на дијабетесот како заболување кое во стадиум на терапија со инсулин е иререверзибилно, односно пациентите се предодредени на доживотен третман за физиолошки надомест на инсулинот. Анализата на метаболомот на бета-клетките од здрави и дијабетес-афектирани хумани донори и механизмите кои водат до губење на суфициентниот број и функционалност на бета-клетките во дијабетес укажаа на метаболитска адаптација на бета-клетките во текот на заболувањето која се одржува само одредено време пред да започне губењето на функционалноста на клетките продуценти на инсулин. Таа метаболитска трансформација ние сега можеме реверзибилно да ја елиминираме и со тоа да го превенираме губењето на бета-клетките преку клеточна смрт. Модифицирањето на метаболизмот се покажува како моќно средство за промена на судбината на бета-клетките – тоа ги регенерира и функционално реоспособува овие клетки важни продуценти на хормонот кој обезбедува искористување на глукозата во крвта за обезбедување на периферните ткива на мускулите, масното ткиво и црниот дроб. Ова откритие ние од неодамна го заштитивме со патент. Предиктивната моќ на нашите резултати се потврди и преку независни истражувања изведени од индустрискиот партнер “Semma therapeutics” каде што истиот метаболитски пристап ги оспособува на инсулинска секреција панкреасните островца развиени од матични клетки.

Истражувања укажуваат и на опасноста од нерегулирана фармаколошка митогена стимулација на бета-клеточната репликација за панкреасна регенерација пред да се возобнови митохондријалната структура и функција на бета клетките во дијабетес (напори на фармацевтската индустрија проследени со милионски инвестиции). Нашите резултати бескомпромисно покажуваат дека нерационалниот пристап за панкреасна регенерација ќе води до поголема дегенерација на Лангерхансовите островца и апелираат кон примарен пристап на возобнова на митохондриските продуценти на енергија преку интервенции на ниво на метаболизмот. Заедно, овие истражувања водат кон развој на инсулин-независна нова терапија во третман на дијабетес, која се базира на ремоделирање на хомеостатскиот метаболизам и продукција на клеточна енергија.

Нашиот интерес во селективно таргетирање на канцерот на панкреас е продолжување на проектите од Велика Британија и вклучува индукција на синтетска смрт (synthetic lethality) и ремоделирање на клеточниот метаболизам во канцерните клетки што треба да води до развој на нов антиканцерен пристап, дизајниран да ги уништува канцерните клетки, а притоа рационално го запазува интегритетот и функцијата на нормалните клетки.

На UCLA дојдовте од University College London, во Велика Британија, поточно од Wolfson Institute за биомедицински истражувања каде што имавте и независна истражувачка програма. На што работевте?

Работев на идентификација на клучни регулаторни компоненти на клеточниот циклус за време на клеточната пролифе-



Проф. Туцарова –Трајковска со дел од тимот на UCLA

рација и интеракции на клеточниот циклус со интермедијарниот метаболизам во рамки на канцерната биологија. Исто така, работев на механизмите на клеточното иследување и контрола на квалитетот (cell cycle checkpoints) кои се повеќекратно компромитирани во канцерните клетки. Наша цел беше идентификација на таргети во канцерните клетки кои кога ќе се атенуираат во средина на компромитирана контрола на квалитетот на клеточниот циклус и пролиферација ќе доведат до селективно убивање на канцерните клетки, нешто што се нарекува синтетска клеточна смрт (synthetic lethality). Со мојот тим неодамна ги публикувавме нашите резултати кои наведуваат два интересни протагонисти на таа синтетска клеточна смрт: една киназа – Cdc7 која е клучна во иницирање на ДНА репликацијата и главниот туморен супресор на клетките, протеинот - p53 преку селективниот механизам кој ги мониторира ДНА изворните елементи на репликација (DNA origin of replication activation checkpoint). Cdc7 киназата може да се инхибира преку фармаколошки инхибитори така што овој пристап има потенцијал да се преведе во клиничка употреба.

Во соработка со сер Салвадор Монцада и со финансиска поддршка од фондацијата “Ernst Jung Stiftung” работевме на изучување на начините на кои клетките кои се размножуваат ги користат енергетските прекурсори во форма на глукоза и глутамин за продукција на адекватна енергија за време на клеточниот циклус. Овие истражувања доведоа до откривање на начинот како митохондриите ја адаптираат нивната форма и функција за да го поврзат клеточниот циклус со енергетската провизија на енергетски прекурсор. Истражувањата, исто така, резултираа со потенцијал за примена на новите сознанија во областа на метаболизмот, митохондриите и клеточниот циклус во иновативен начин за зачувување на интегритетот на бета клетките во дијабетес и со тоа ги отворија вратите за една нова научна авантура во САД.

Првата станица на професионалниот пат во странство Ви е Универзитетот во Виена, Австрија, на кој и докториравте на Институтот за биологија на тумори и канцер истражувања во 2003 година. На кои проекти бевте ангажирани, односно дали и таму Вашиот стручен интерес беше насочен кон базичните испитувања на туморите и канцерот?

Моите интереси во канцерната биологија беа за првпат силно стимулирани токму во оваа институција. Во Виена за првпат ми се овозможи да влезам во универзумот на знаења и искуства од областа на канцерната биологија. Тоа беше необичен предизвик, имајќи ја предвид мојата примарна едукација од областа на фармацијата и фармакологијата. Јас работев на идентификација на раните молекуларни механизми кои доведуваат до развој на канцер преку потврдени карциногени како н-нитрозоморфолин (N-nitrosomorpholine) и туморниот промотор ципротерон ацетат (cypoterone acetate) во in vivo модел со експериментални животни. Резултатите покажаа дека и покрај разликата сугерирана од двостепениот модел на развој на канцерот преку иницијација/промоција на молекуларно ниво, а во врска со промените во регулација на клеточниот циклус и двата хемиски стимулатори на карциногенезата имаат слични ефекти. Овие резултати упатија дека клеточниот циклус е повеќе алатка (toolkit), но не и примарен механизам преку кој се генерира канцерната клетка и дека потенцијалните механизми треба да се бараат во метаболизмот и модулите на продукција на енергија во клетката каде што ги насочив моите напори подоцна во мојата истражувачка работа.

И обично пребарување по интернет покажува дека Вашите истражувања се публикувани во реномирани стручни списанија?

Да, од посебно значење за промоција на иновативните истражувања се публикациите во Proceedings of the National Academy of American Sciences (PNAS), EMBO Journal и Cell Cycle како и во American Journal of Pathology.

Кариерата ја започнавте на Универзитетот “Св. Кирил и Методиј” во Скопје каде што дипломиравте на Факултетот за фармација. Имавте можност да направите успешна академска кариера во Р.Македонија, но сепак се одлучивте професионалниот пат да го продолжите во странство, во најреномираните универзитети и истражувачки центри, каде што условите за работа се подобри, но и конкуренцијата и можностите за напредок се потешки. Кои беа мотивите и предизвиците за ваквиот Ваш избор?

Академската кариера ја започнав на Фармацевтскиот факултет во Скопје. Среќна сум и благодарна за тоа што имав прилика да го споделивам ентузијазмот на моите први научни истражувања со малата, но силна екипа на Фармацевтскиот факултет, предводена во тоа време од проф. д-р Љубица Шутуркова и проф. д-р Кирил Доревски, која функционираше како второ семејство. Исто како и во секое семејство моите колеги на Фармацевтскиот факултет укажаа на финансиските ограничувања во проследувањето на интензивната научна кариера за која јас сонував. Тоа ме понесе кон многу атипичното искуство да ја градам кариерата во различни научни центри надвор од Македонија. Мојот најсилен движечки мотив беше сама и независно од кои било ограничувачки влијанија (економски, демографски, културни и др.) да успеам да стекнам интердисциплинарно знаење и единствена експертиза која ќе го “продава” мојот

профил во најпрестижните светски научни институции и при тоа надмине улогата и влијанието на различните компетитивни фактори како што се еквивалентите на образовните курикулуми, академскиот статус или брзината на академско напредување во образовната средина. Фактори кои можат различно да се вреднуваат во различни земји и научни системи. Од самиот почеток имав кристално јасна идеја дека со уникатна експертиза, која ќе има интердисциплинарно обединување на фармакологијата, имунологијата, онкологијата, регенеративните истражувања и метаболемските студии, заедно со упорноста и идеализмот од моите балкански корени, како и апсолутната детерминација и безкомпромисната посветеност на научната работа ќе се формираат моите главни атрибути во трката за обезбедување на активни научни програми на научните институции. Можностите за напредок, со оглед на компетитивноста се некогаш небалансирани и редуцирани, но радоста од константните креативни напори го смирува и рационализира стравот од губењето и неуспехот кои се нормален баласт во овие, можам да кажам, повеќе животни одошто работни проекти.

Какви се можностите за вклучувања на некои од нашите институции или поединци во проектите на кои работите со оглед дека базични истражувања во областа на медицината во Р. Македонија речиси нема или има многу малку и дали би имало, односно кој би бил беневитот за македонската наука и медицина?

Поединци и институции од Македонија, секако, можат ограничено да се вклучат во овие проекти низ научна соработка преку која заедно ќе целиме кон престижни публикации во научни списанија со висок импакт. Тоа би водело до размена на знаења и експертиза во двете насоки, кон Македонија и кон САД, со размена на стручни посети, предавања и презентирање на визијата за соработка. Исто така, поединци би можеле да се вклучат во активна обука за специјална експертиза, како што е на пример изработка и примена на органи на чип и сл. Доколку таков интерес постои и има активен карактер, во следната фаза би можеле да разговараме и со владини институции заинтересирани финансиски да поддржат ваква размена или да работиме заедно со Владата на апликација за европски фондови кои би можеле да ги поддржат овие напори. За да формираме активен статус пред да се впуштиме во поамбициозни проекти на размена, мислам дека е добро да го потврдиме интересот преку организација на заеднички семинари по углед на успешниот пример на APOME неодамна одржан во Скопје, кој ги обедини научниците од Медитеранот и беше вистинско задоволство за интеракција и размена на идеи. Такви проспективни интерактивни семинари би се занимавале со специјални разгледувања на различни научни прашања и постапки или терапевтски протоколи.

Ако се успешни, овие соработки можат да водат до заеднички апликации за финансиски грантови од европските или светските фондации, односно имаат, покрај научен и економски ефект, ширење на информации и придонес во континуирана едукација за новите медицински достигнувања во светот.

Vox medici

„Хирургија на повреден дејски лакт“

од Лазар М.Тодоровиќ

Скршениците во предел на детскиот лакот често пати се презентираат како минорни повреди, заради што клинички се потценуваат, а со тоа не се дијагностицираат и третираат соодветно. Клиничките искуства укажуваат дека повредениот лакот е причина за најголем број случаи што предизвикуваат инвалидитет кај дете во раст и развој. Овој факт има особена важност, бидејќи ограничување на движењата на лакотот можат да ја детерминираат севкупната иднина на детето, како на професионален, така и на личен план. Поради сето ова, неопходна потреба е клиничарот кој ги лекува овие повреди да постави егзактна дијагноза и да го одбере најефикасниот начин на лекување. Оваа тешка задача авторот и неговите соработници ја презентираа во книгата „Хирургија на повреден детски лакт“ која,

пред се, им е наместа на специјализантите и млади специјалисти по општа хирургија, детска хирургија, ортопедија, физијатрија и други сродни медицински дисциплини. Учебникот ќе биде и квалитетен потсетник и извор на нови информации на веќе оформените специјалисти.

Книгата е поделена во два дела. Во општиот дел се обработени развојот на мислата за третманот на скршениците на лакот, епидемиолошките карактеристики на скршеници на лакот, анатомијата на лакотен зглоб и процесот на осификација на дистален хумерус, консолидацијата на фрактури, терапевтските процедури и компликациите во третманот на скршеници на лакот, како и радиолошката евалуација на повреден лакот.

Во специјалниот дел книгата содржи 12 поглавја: супракондиларни скршеници на хумерус; фрактури на улнарен кондил, фрактури на улнарен епикондил, фрактури на радијален кондил; фрактури на трохлаеа и капителум; луксаци на лакт и епифизиолизи на дистален хумерус; фрактури на проксимална улна; фрактури на проксимален радиус; сублуксација на глава на радиус, како и рехабилитација кај деца со фрактури на лакот и процена на функционалните резултати по хируршкиот третман на фрактурите на лакот. Сите поглавја се богато илустрирани со шематски прикази, илустрации, табеларни прикази и рендгенолошки слики, како и фотографии од операции. Експлицитно се даваат и упатства за поставување на ефикасна и сигурна дијагноза кај соодветен тип на скршеници.

Во одделни поглавја од овој специјален дел авторите даваат и повеќе модерни терапевтски пристапи со тоа што како најадекватен го препорачуваат хируршкиот третман, кој е резултат на нивното долгогодишно искуство. Исто така, тие ги презентираат и најсовремените техники коишто во иднина треба комплетно да се евалуираат.

„Венска тромбологија“

од Маријан Бошевски и соработници

Монографијата „Венска тромбологија“ претставува значајно стручно дело за еден многу значаен клинички ентитет, венскиот тромбемболизам, а е наменета за кардиолози, ангиолози, невролози, хематолози, трансфузиолози, хирурзи и други специјалности.

Темата е современа, сеопфатно обработена. Во реализирањето на делото, покрај авторот Маријан Бошевски, кој е по специјалност кардиолог, свој придонес имаат дадено и коавторите кои се специјалисти/супспецијалисти од својата област: Павел Поредош, Емилија Велкова, Ана Спиркоска, Златко Стојановски, Костадинка Козарева. Книгата, освен поставената цел да ја обработи темата поврзана со венскиот тромбемболизам од сите аспекти, вклучително дијагностичко-терапевтски, има цел и да ја

подигне свеста за оваа состојба, која е трета најчеста кардиоваскуларна болест во светот.

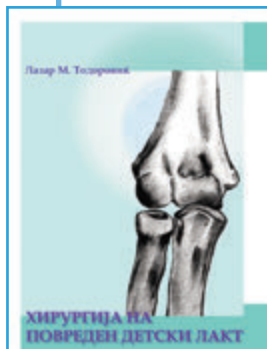
Книгата е поделена на осум поглавја, што обработуваат одредени делови, а на крајот на секое поглавје има извадок во вид на потсетник за најважните моменти од поглавјето.

Авторот се прифатил да пишува книга за една област - венски тромбемболизам, супспецијалност во интерната медицина, клиничка манифестација што го опфаќа речиси целиот организам. Зошто е така? Затоа што

процесот на хемостаза и тромбоза се одвива на ниво на крвниот сад, а крвните садови се наоѓаат во секој орган и ако нема крв, нема живот. Да се пишува за хемостазата, како физиолошки процес, а повеќе за процесот на тромбоза, како патолошки феномен, честопати со смртни последици, дури и во хоспитални услови, ако навреме не се мисли и не се дијагностицира, е голема храброст, а пред се би рекла дека претставува голема љубов од авторите на книгата.

Пред се, авторот ја именува со несекојдневен термин - венска тромбологија, првпат употребен 1845 година од страна на Бушаман, кој можеби треба да се прифати и денес. Доцент д-р М. Бошевски, како уредник, многу умешно ја осмислил содржината на книгата со мал историјат, а повеќе со акцент на современиот дијагностички и терапевтски пристап кон проблематиката. Секој од авторите систематски приоѓа на својот проблем, а целта им е ова стручно четиво да послужи како помагало на лекарите, па дури и за студентите, ако покажат поголем интерес.

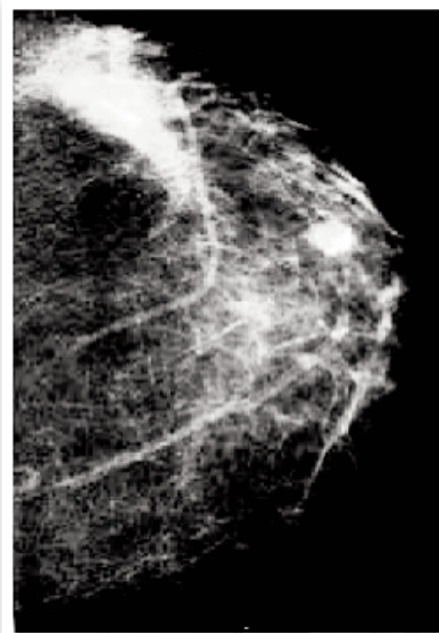
Проценувајќи ја целокупната содржина на делото, актуелноста на проблемот во повеќе специјалности, современото изложување на проблемот, мултидисциплинарниот пристап во анализата на проблемот и совладувањето на компликациите, делото „Венска тромбологија“ треба да биде дел од достапната и користена литература на секој лекар.



Дали се зголемува ризиот за рак на дојка со исхрана богата со месо и млечни производи?

Приказ на случајот: Б.Г. е 38-годишна учителка, мажена, мајка на две деца, која, генерално, се чувствува сосем здрава. Нејзината мајка починала од рак на дојка, како и нејзина прва братучетка од мајчина страна. Исплашена е и направила повеќе испитувања, вклучувајќи ехосонографски и мамографски преглед (уреден наод со двете испитувања). Би сакала да направи промени во начинот на живот, особено во начинот на исхрана, бидејќи слушнала и прочитала на интернет дека внесувањето на анимални протеини и маснотии - многу месо, особено црвено и млечни производи, го зголемува ризикот за појава на рак на дојка. Пациентката бара ваше мислење за овој начин на исхрана. Од подолу наведените одговори, до кој одговор е најблизок вашиот став?

1. Нема научни докази дека внесувањето на месо и млечни производи го зголемуваат ризикот за карцином на дојка, но треба да се применува балансирана исхрана заради подобрување на општото здравје.
2. Да, треба да внесува исклучиво зеленчук, овоштие и житарки, а месото и млечните производи да ги исклучи од исхраната, бидејќи го зголемуваат ризикот за карцином на дојка.
3. Да, треба да го промени начинот на исхрана, но не е потребно комплетно исклучување на овие продукти - месо и млечни производи може да зема 1-2 пати во месецот.



Одговор: Нема научни докази дека внесувањето месо и млечни производи го зголемуваат ризикот за карцином на дојка, но треба да се применува балансирана исхрана заради подобрување на општото здравје. Консумирањето на месо и млечни производи, во средните и подолните години од животот, не е поврзано со зголемување на ризикот за карцином на дојка. Денес и за научниците и за клиничарите прашањето за тоа дали и како исхраната може да влијае на ризикот за канцер и за неговата прогноза се контроверзни, бидејќи постојат податоци се многу комплексни. Многу студии ја испитувале поврзанооста на консумирањето месо и млечни производи со ризикот од карцином на дојка и дошле до различни заклучоци. Во проектот Pooling Project of Prospective Studies of Diet and Cancer се анализирани резултатите од големите проспективни студии кои морале да имаат најмалку 200 случаи на карцином на дојка и во кои бил оценуван начинот на исхрана. Биле идентификувани 8 студии со вкупно 351.041 жени (возраст 31 – 90 години), од кои 7.379 биле дијагностицирани со рак на дојка во текот на периодот на следење од 5-10 години. Било испитувано консумирањето на месо: црвено (процесирано месо, сланина, колбаси, мелено говедско, хот-дот, бело (живина, риба, морска храна, јајца) и вкупно млечни производи. Од млечните производи испитувано е внесувањето на вкупните млечни течности, на ниско и полномаксните производи (ферментирани) и неферментирани (јогурт, обрано и полномаксно млеко, павлака, сладолед и со-лидни производи). Полномаксните ферментирани производи, сирена, путер и урда. Резултатите биле обработени со земање предвид (подесување) на вкупно 14 варијабилности: возраст при менарха, менопаузален статус и следење, возраст на прво родување, фамилијарна анамнеза за рак на дојка, пушење, индекс на телесна маса и внесување алкохол и др. Не е најдејна асоцијација меѓу појавата на ракот на дојка и вкупното внесување на месо, црвено месо, бело месо, вкупно внесување на млечни течности и млечни солидни производи. Оваа студија не го испитувала ефектот на начинот на консумирање на месото (на пример, месо подготвено на висока температура (пр-жече, скара и добро печено до точка на јагленисување) која содржи хетерополик-лични амини, коишто се познати карциногени. Сепак, севкупниот недостаток на асоцијација сутерира, генерално, дека нема несакана ефекти од консумирањето на месо во релација со ризикот за карцином на дојка.

Четирикратно дејство

- Секретолитично
- Муколитично
- Бронхоспазмолитично
- Антиинфламаторно

Проспан е еден од производите со кои брзо се елијие ере сипхтохот кашлица. Тоа е германски природен лек со долгогодишна традиција. Создаден во 1950 година за лекување на кашлица и бронхит, овој продукт и до денешен ден им помага во лекување како на малите, така и на големите.

Проспан делува на 4 начини: го етечнува густот секрет, го потпомага искашлувањето, ја смирува кашлицата и делува противоспалително. Тој е еден од најдетално проучените лекови од својата група и со најголем број испитувања за безбедност и ефикасност. Клиничките податоци опфаќаат 55000 деца, од кои 7180 на возраст од 0-1 година.

Кај ние ефикасноста и безбедноста се оценети како многу добри односно одлични и токму тоа го прави најпрепорачуван и најпретпочитан од страна на

лекарите, фармацевтите и родителите во преку 103 држави од светот.

Проспан може да се применува во случаи на акутни и хронични заболувања. Комбинацијата на 4 дејства го потпомага и олеснува етечнувањето на густот секрет, делува бронхоспазмолитично и значително ги ублажува нападите на кашлица. Најновите податоци укажуваат и присуство на нагласено противоспалително дејство.

Веќе 13 години производот е присутен на македонскиот пазар, а комбинацијата на квалитет, ефикасност и безбедност го прави лек на избор во борбата со кашлицата.

PROSPAN®



Ефикасна терапија на кашлица и бронхит за целото семејство



Пред употреба внимателно да се прочита упатството! За индикациите, ризикот од употреба и неоскитни дејства од ликот консултирајте се со својот лекар или фармацевт

ОСТАВЕТЕ ГО ПЕСИМИЗМОТ ЗАД СЕБЕ - ТОЈ САМО ЈА ЗГОЛЕМУВА СМРТНОСТА КАЈ СРЦЕВИ ЗАБОЛУВАЊА

Студија на 2.267 Финци предупредува дека пацеинти со срцеви заболувања кои покажуваат поголем степен на песимизам имаат зголемен ризик на смртност како последица на срцеви заболувања, дури и кога ризикот се коригира со познати физиолошки ризични фактори. Дури 121 од испитаниците кои починале од срцеви заболувања имале поголем степен на песимизам за време на 11 години од лонгитудиналното следење, во споредба со другите партиципанти. Двете групи имале ист степен на оптимизам, што сугерира дека песимизмот сам по себе е одговорен за зголемената стапка на морталитет. Кога најнискиот и највисокиот квартал на песимизам биле споредени, луѓето од највисокиот квартал имале 2,2 поголем ризик да починат од кардиоваскуларно заболување отколку оние кои биле во најнискиот квартал.

BMC Public Health 2016. DOI: 10.1186/s12889-016-3764-8.



СПОРТУВАЈТЕ!

Овие спортови може да ви го спасат животот: возење велосипед, пливање, аеробик, бадмингтон, тенис и пинг - понг. Студија на 80.000 возрасни лица на над 30 - годишна возраст ја испитала поврзаноста на смртност со различни спортови и има утврдено дека смртноста е за

47% помала кај луѓето кои спортувале тенис или бадмингтон, а ризикот за кардиоваскуларно заболување бил намален за 56 отсто. Кај оние кои пливале, смртноста била намалена за 28 проценти, смртноста од кардиоваскуларни заболувања била намалена за 41 отсто, аеробикот ја намалил смртноста за 27 проценти, а возењето велосипед за 15 отсто. Овие резултати не само што потврдуваат дека спортувањето ја намалува смртноста, туку укажуваат дека и видот на спортување има големо влијание на тоа.

Br J Sports Med. 2016. doi:10.1136/bjsports-2016-096822. http://bjsm.bmj.com/content/early/2016/10/31/bjsports-2016-096822

РАЗГОВОРАЈТЕ СО СВОИТЕ ДЕЦА - ТОА МОЖЕ ДА ИМ ГО СПАСИ ЖИВОТОТ

Дебелината е голем проблем, поврзан со зголемен ризик на метаболен синдром и долготрајни здравствени проблеми. Превенцијата на дебелината треба да започне уште во детството. Редовни дискусии за телесната тежина и здравјето треба да започнат што порано. Во овој преглед на литературата, базиран на 32 труда, главната цел била да се изнајде најдобриот начин на комуницирање со децата и нивните семејства околу дебелината и телесната тежина. Студијата е финансирана од страна на канадскиот Институт за здравствено испитување.

Еден од најголемите проблеми на оваа студија е дека малку од анализираните студии имаат вклучено мислења од страна на детската перспектива, а голем број студии биле изведени во примарна заштита, така што примената на заклучоците во други здравствени услови, на пример, долготрајна нега или рехабилитациони установи, останува сè уште непозната.

Obes Rev. 2016 Nov 26 [Epub ahead of print]. doi: 10.1111/obr.12485. PMID: 27888564



ПОДОБРЕТЕ ГО СОНОТ

Не дозволете несоницата да ви го наруши здравјето. Луѓето кои спијат кратко се под зголемен ризик за кардиоваскуларни и ментални заболувања, додека луѓето кои имаат несоница и нормална должина на сонот имаат сличен профил како и тие кои се лекувани успешно од несоница. Оваа студија, базирана на DSM-V критериумите укажува дела несоницата со недостаток на сон е поврзана со сериозни здравствени проблеми. Резултатите се од 3.911 испитаника, (со просечна старост од 46 години, 65.4% жени и 25.0% лица од црната раса). Контролната група се состоела од луѓе без претходна историја на инсомнија.

Луѓето кои имале краток сон имале зголемен ризик за миокардијален инфаркт (OR= 3.23; P<.01), мозочен удар (OR= 3.79; P<.001), примале антихипертензивни лекови (OR=2.13; P<.001) и имале дијабетес (OR=1.83; P<.01). Оние кои имале инсомнија, но нормална должина на сон имале само зголемен ризик за хиперлипидемија (OR=1.40; P<.01), додека оние кои имале инсомнија и пократка должина на сонот, имале зголемен ризик за депресија.

Sleep. 2016 Sep 09 [Epub ahead of print]. doi: 10.5665/sleep.6306. PMID: 27634805.

ГРИЖЕТЕ СЕ ЗА СВОИТЕ ПОМЛАДИ КОЛЕГИ

Нашите помлади колеги треба да се охрабрат да имаат кретки периоди на спиење за време на дежурствата.

Според проф. Jim Horne, невронаучник и емеритус професор на психофизиологија од Loughborough универзитетот во Велика Британија, ваквите кратки преспивања помагаат лекарите да работат подобро, ја подобруваат негата кон пациентите, како и ги прават лекарите посреќни зашто тие веруваат дека нивната здравствена организација се грижи за нив. Според него, кратки 15 минутни преспивања на секои 4 часа, со чаша кафе претходно, се многу ефективни. Исто така, глобалното когнитивно функционирање, вниманието, брзината на процесирање на информации, како и моторните способности се значително полоши по ноќно дежурство во споредба со оние колеги кои имале мали одмори за време на дежурството.

BMJ Careers. 2016 November 24
http://careers.bmj.com/careers/advice/Doctors_should_nap_during_night_shifts%2C_conference_hears

ВАШЕТО ЗДРАВЈЕ Е ПРИОРИТЕТ!

Не дозволувајте инфекциите и хроничните заболувања да влијаат врз вашето расположение. Инфламаторните процеси и неврално-имуните интеракции влијаат врз патогенезата на низа психијатриски заболувања. Во неодамнешна студија, периферната концентрација на С-реактивниот протеин (CRP), маркер на акутна фаза на инфламаторна активност, била испитана кај биполарно заболување.

Во овој систематски преглед на литературата, серумската и плазма концентрација на CRP кај пациенти со биполарно заболување (дефинирани по DSM-IV-TR) и здрави контролни партиципиенти била следена: 27 студии биле идентифицирани, со 2.161 пациенти со биполарно заболување и 81,932 здрави контролни субјекти. Во споредба со здравите партиципиенти концентрацијата на CRP била умерено зголемена кај луѓето со биполарно забо-

лување во периодот кога имале депресија (0.67, 95% CI 0.23 to 1.11; $p=0.003$) и еутимија (0.65, 0.40 to 0.90; $p<0.0001$), а значително зголемени во текот на епизода на манија (0.87, 0.58 to 1.15; $p<0.0001$). Зголемениот CRP за време на епизоди на депресија и манија не бил поврзан со интензитетот на психијатриски симптоми ($p=0.256$ за манија и $p=0.626$ за депресија). Овие резултати потврдуваат дека CRP концентрацијата е зголемена кај биполарно заболување иреспективно од промените на расположението, но е значително поголема за време на манична епизода во споредба со периодот на депресија или еутимија.

Lancet Psychiatry. 2016;
doi:10.1016/S2215-0366(16) 30370-4.



ПРОВЕРЕТЕ ГО СЛУХОТ

Доколку сте во понапредната година, намалувањето на слухот може да биде еден од знаците за минимално когнитивно оштетување (MCI), но сè уште не се знае дали постои поврзаност со намалување на слухот и Алцхајмеровата болест 's (AD). Но, резултатите на најновата мета анализа базирана на 7.461 партиципиенти, вклучувајќи и луѓе со MCI, укажуваат дека оштетувањето на слухот е поврзано со зголемен ризик за развивање на AD. Барем ова е лесно: превенција, превенција!

Neurol. Sci. 2016. doi:
10.1007/s10072-016-2779-3. PMID:
27896493.

НАМАЛЕТО ГО ТЕМПОТО НА РАБОТА

Околу 84% од општите лекари се жалат на зголемен обем на работа кој ги попречува да обезбедат квалитативна и безбедна здравствена нега. Овие резултати се од неодамнешна анкета на 5.000 лекари во Велика Британија. Од нив, 57% се изјасниле дека нивниот обем на работа е невозможен, а 27% дека зголемениот обем на работа влијае директно на стандардот на нега. Само 10% сметале дека работниот обем е во ред за да ги извршат своите задачи одговорно и безбедно.

Ваква слична анкета е направена и во САД, а во неа биле вклучени 20.000 лекари. Интересно, сличен број на лекари (80%) исто така сметале дека работниот обем ги надминува нивните капацитети.

British Medical Association.
2016. Available from:
<https://www.bma.org.uk/news/2016/november/workload-strain-compromises-patient-safety-finds-survey>

Се разбира листава треба да се надополни и прилагоди на вашите лични потреби и цели. Применете ја својата фантазија и немојте да се ограничувате на стандардно познатите 'Новогодишни резолуции', како на пример, "Ќе бидам подобро организиран....Ќе трошам помалку, а штедам повеќе...Ќе научам нешто полезно... Ќе се вљубам..." И придржувајте се кон нив колку што е можно подолго - немојте да бидете еден од мнозинството од 92 проценти од луѓето кои само по неколку недели ја забораваат листата и ја обновуваат наредната година, се разбира, со нескриен ентузијазам но мала издржливост.... Честити новогодишни празници и сè најубаво во Новата 2017 година!

Изборот го направи
д-р Елизабета Б. Мукаетова-Ладинска

„Нобел“ за д-р Јошинори Охсуми за откритието на механизмот на автофагија во клетките

Годинешната Нобелова награда за достигнувања во областа на физиологијата или медицината е поздравена како навистина заслужена. Процесите на автофагија коишто ги изучувал јапонскиот биолог д-р Јошинори Охсуми, се од клучна важност за клетките да преживеат и да останат здрави. Фундаменталната важност на автофагијата е препознаена дури по истражувањата на д-р Охсуми. Тој во 1993 година откри 15 гени коишто се клучни за автофагијата, а во натамошните истражувања клонирал неколку од нив во клетки на квасници и на цицачи. Гените за автофагија и метаболичките патишта коишто тој ги открил кај квасниците се наоѓаат и кај повисоките организми, вклучувајќи ги и луѓето. Мутациите кај овие гени може да предизвикаат разни болести.

Што е автофагија?

Терминот автофагија е „скован“ во 1963 година од белгискиот научник Christian de Duve, којшто беше еден од добитниците на Нобеловата награда од областа на медицината во 1974 година, доделена за откривањето на клеточната структура и организација.

Автофагијата (самојадењето) всушност е биолошкиот рециклирачки систем којшто ги разградува старите и опасни протеини и ги претвора во нови градежни блокови за клетките. Истиот процес ги отстранува патогените кои ги напаѓаат клетките и го спречува создавањето на грутки од протеини кои може да доведат до разорувачки болести.

Секојдневно човекот треба да надомести околу 200-300 г. протеини. На секои 2-3 месеци, секој протеин во нашето тело се обновува. Овие 200-300 г. протеини се создаваат заради автофагијата. Ние секојдневно внесуваме протеини со храната, околу 70 г., но тоа не е доволно за да се задоволи барањето за создавање на нови протеини. Заради механизмот на автофагија нашето тело е способно да се потпре на некои од сопствените протеини, на оштетените или „остарени“ протеини се рециклираат со оваа софистицирана машинерија, така што можеме да опстанеме и да преживееме. Д-р Yoshinori Ohsumi вели „...чо-



Јошинори Охсуми

Д-р Јошинори Охсуми (Yoshinori Ohsumi) е роден во 1945 во Фукуока, Јапонија. Докторирал на Универзитетот во Токио во 1974 г. Започнал да истражува на полето на хемијата, но утврдил дека таму нема многу можности и предизвици за истражување и продолжил во областа на молекуларната биологија. Постдокторските студии ги поминал во Универзитетот Rockefeller во Њујорк каде што студирал in vitro фертилизација на глувци. Потоа, ја изучувал дупликацијата на ДНК кај квасници. Работејќи во Националниот институт за базична биологија во Окасаки и од 2009 година како професор на токискиот Институт за технологија, започнал да ги изучува структурите во коишто клеточните компоненти се разградуваат, што резултираше со откритијата за коишто ја доби Нобеловата награда за физиологија или медицина за 2016 година.

вечкото тело секогаш го повторува авто-декомпонирачкиот процес, или канибализам, така што постои фин баланс меѓу формирањето и декомпонирањето. И, всушност, тоа е животот.”

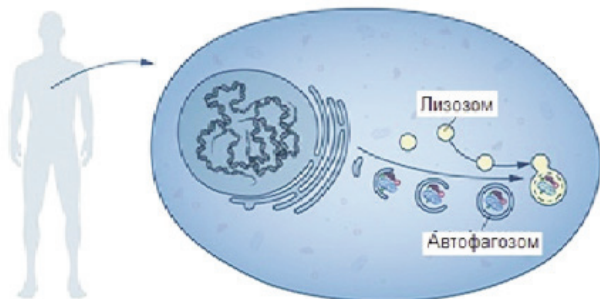
Во текот на гладување, клетките ги разградуваат протеините и неесенцијалните компоненти и потоа повторно ги користат за создавање на енергија. Клетките, исто така, ја користат автофагијата за да ги разорат бактериите и вирусите кои ги напаѓаат, испраќајќи ги за рециклирање. Клетките ја користат автофагијата и за отстранување на оштетените структури.

Деградицијата – централна функција на сите живи клетки

Пред околу шеесетина години научниците забележиле дека еден специјализиран клеточен компартмент во клеточната органела, наречен лизозом, содржи ензими кои ги дигестираат протеините, јагленородните хидратите и липидите. Лизозомот функционира како работилница за разградба на целуларните конституенти. Една деценија подоцна, опсервирано е дека голема количина на клеточна содржина, дури и цели органели, може да се најдат во лизозомот. Се чини дека клетките имаат стратегија за доставување на голема количина на материјал до лизозомот. Натамошните истражувања откриле нов тип на везикула која го транспортира целуларниот материјал до лизозомот за да биде разграден (фигура 1). Новооткриените везикули се наречени автофагозоми.

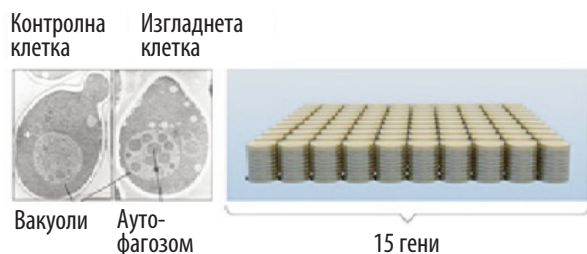
Во текот на седумдесеттите и осумдесеттите години на минатиот век истражувачите се фокусирале на расветлување на уште еден систем за деградирање на протеини наречен „протеазом“. Но, механизмот на деградиција на протеини со овој систем не објаснувал како клетките се ослободуваат од поголеми протеински комплекси и истрошени органели.

Охсуми ги студирал клетките на квасници бидејќи се лесни за студирање и често пати се користат како модел за хуманите



Фигура 1. Клеточна структура – лизозом и автофагосом

клетки и се особено корисни за идентификација на гените коишто се важни за комплексните клеточни функции. Но, се соочил со голем предизвик. Имено, тие клетки се многу мали и нивните структури не може лесно да се разграничат со микроскоп и затоа не бил сигурен дали автофагијата воопшто постои во тие организми. Тој резонирал дека ако може во вакуолата (која одговара на лизозомот во клетките на цицачите) да го прекине процесот на разградба додека процесот на автофагија е активен, тогаш автофагозомите треба да се акумулираат внатре во вакуолата и да станат видливи под микроскоп. Затоа, засадил култура од мутирани квасници на кои им недостасувале вакуолските ензими за разградба и истовремено ја стимулирал автофагијата преку изгладнување на клетките. Резултатите биле изненадувачки! Во текот на само неколку часови вакуолите биле исполнети со мали везикули – автофагозоми кои не биле разградени, со што докажал дека автофагијата постои во клетките на квасниците (фигура 2). Како следен чекор, д-р Охсуми студирал илјадници мутанти на квасниците (десен панел) и идентифицирал 15 гени кои се есенцијални за автофагијата.



Фигура 2. Експериментот којшто докажал дека автофагијата постои во клетките на квасници

Охсуми размислувал дека оваа акумулација на автофагозоми не би се јавила ако гените кои се важни за неа се инактивираат. Тој ги изложил клетките од квасници на хемикалии коишто предизвикале случајни мутации во многу гени и потоа ја активирал автофагијата. Во текот на една година од своето откритие на автофагијата кај квасниците, Охсуми ги идентифицирал првите гени коишто се есенцијални за автофагијата и потоа во серија студии функционално ги карактеризирал протеините кои ги кодираат овие гени. Резултатите покажале дека автофагијата ја контролира каскада од протеини и протеински комплекси, секоја регулирајќи различен стадиум на иницијација и формирање на автофагозомот (фигура 3).

Д-р Охсуми опишал на кој начин стрес сигналите ја започнуваат автофагијата и го опишал и механизмот со кој протеините и протеинските комплекси ги промовираат различните стадиуми на формирање на автофагозомите.

Зошто е важна автофагијата?

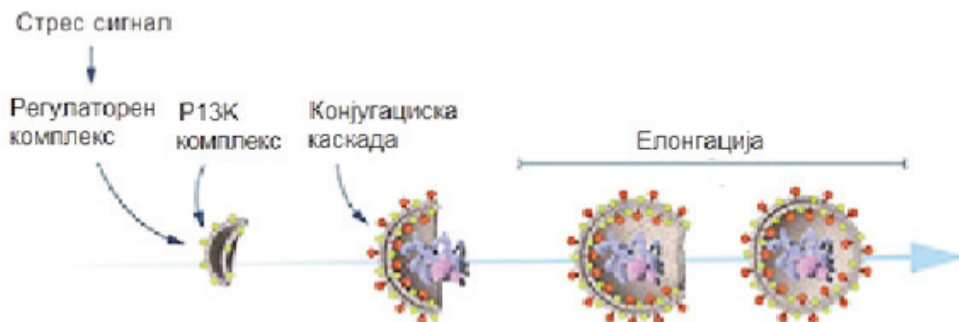
По идентификација на машинеријата за автофагија кај квасниците, многу бргу станало јасно дека идентични механизми оперираат и во нашите клетки. Денес, знаеме дека автофагијата контролира важни физиолошки функции и дека е одговорна за брзото снабдување со гориво за енергија и за градежните блокови потребни за обнова на целуларните компоненти. Затоа, таа има клучна важност за клеточниот одговор на гладувањето и на другите видови стрес. Овој процес се мисли дека застранува кај канцерот, инфективните, имунолошките и невродегенеративните болести, а исто така и во процесот на стареење. По инфекција, автофагијата може да ги елиминира интрацелуларните бактерии и вируси. Таа учествува и во развојот на ембрионот и диференцијацијата на клетките, во елиминација на оштетените протеини и органели и е механизам за контрола на квалитетот кој е критичен за спротивставување на негативните последици од стареењето.

Нарушувањето во процесот на автофагија се поврзува и со дијабетесот тип 2, канцерот и некои болести кои се јавуваат во староста. Мутациите во гените за автофагија може да предизвикаат генетски болести. Со процесот на автофагија се отстрануваат и протеините коишто абнормално се натрупуваат во клетките на мозокот, што е важно за состојби како што се Хантингтоновата и Паркинсоновата болест и за некои форми на деменција, како Алцхајмеровата. Доколку автофагијата не би делувала, овие болести би се манифестирале многу порано во текот на животот и би биле поагресивни.

Денес се спроведуваат интензивни истражувања за развој на лекови кои можат да делуваат на автофагијата кај различни болести. Д-р Охсуми откако разбрал дека ја добил Нобеловата награда изјавил дека во светот се во тек повеќе од 40 до 50 клинички студии кои тестираат различни инхибитори или активатори на автофагијата и дека многу детали за автофагијата доправа треба да се разјаснат и се надева дека помладите научници ќе му се придружат во барањето на одговорите. “Сакам да им кажам на младите луѓе дека не може секогаш во науката да се постигне успех, но важно е да се одговори на предизвиците”.

Подготвила

Проф. д-р К. Зафировска



Фигура 3. Автофагијата е контролирана од каскада на протеини и протеински комплекси

ИСТРАЖУВАЊЕ НА КОМИСИЈАТА ЗА МЛАДИ ДОКТОРИ НА ХРВАТСКАТА ЛЕКАРСКА КОМОРА

Специјалистичко усовршување на докторите

Министерството за здравство на Хрватска во јули годинава донесе нов Правилник за измени и дополнување на Правилникот за специјалистичко усовршување на докторите на медицина со кој се пропишува и обврска на специјализантите за потпишувањето на договор за меѓусебните права и обврски и останувањето во матичната установа по завршувањето на специјалистичкото усовршување. Доколку специјализантот не ги исполни своите обврски мора да ги плати трошоците за специјализацијата кои, според новиот Правилник, како и во сите други земји на ЕУ, не ги опфаќаат трошоците за бруто плата која за време на специјалистичкото усовршување им е исплатувана на специјализантите врз основ на договор за работа. Иако Хрватската лекарска комора предложи примена на новиот Правилник, голем број установи не понуди потпишување на изменетите договори.

Комисијата за млади доктори на Хрватската лекарска комора, поттикнато од сложената состојба во која не се почитува Правилникот кој е во сила, побара мислење и поддршка од европската асоцијација на млади доктори (European Junior Doctors, ЕЈД) која ги застапува повеќе од 300.000 млади доктори од ЕУ. ЕЈД им даде целосна поддршка на Комисијата и на сите млади доктори во Хрватска и јавно објави писмо на поддршка во кое ги потенцира квалитетната едукација и работните услови како примарни чинители кои можат да влијаат на намалување на заминувањето на млади доктори од Хрватска.

Анкета во 14 членки на ЕУ

Комисијата за млади доктори на Хрватската лекарска комора спроведе анкета меѓу претставниците на ЕЈД од 14 држави членки на ЕУ, во периодот од 15 до 30 август 2016 година. На прашањата одговараа специјализанти и млади специјалисти. прашањата се однесуваа на структурата на програмите за специјалистичко усовршување, начинот на финансирање и стипендирање на специјализациите, договорните обврски и другите карактеристики што произлегуваат од специјализациите како процес на стручно усовршување на докторите на медицина во тие држави.

Хрватските специјализанти во најлоша положба

Од 15 држави опфатени во анкетата само во Словенија и Хрватска постои некаква форма обврска на специјализантите кон установата и/или државата – обврска да се одработат определен број години во установата/земјата за која се специјализира или финансиска обврска во случаи на прекин на специјалистичкото усовршување. Таквиот начин на договарање на меѓусебните односи нема во другите земји членки на ЕУ, дури ни во оние кои низ историјата територијално и административно припаѓале на други сојузи/држави и имале некој облик на договорна обврска во минатото. Треба да се нагласи дека во трошоците на

Држава	Постојат ли финансиски обврски на специјализантите кон установата или друга институција (фонд, држава) или обврска за одработување на определен број години во установата/државата по стекнувањето на статусот специјалист или во случај на прекин на специјализацијата?
Хрватска	Да, договорна финансиска обврска и обврска за одработување по завршување на специјализацијата
Австрија	Не
Естонија	Не
Германија	Не
Унгарија	Не
Ирска	Не
Италија	Не
Литванија	Не
Малта	Не
Холандија	Не
Норвешка	Не
Португалија	Не
Словенија	Да, договорна обврска за одработување по завршување на специјализацијата
Шведска	Не

на медицина во државите членки на ЕУ

Кој го надгледува спроведувањето на специјалистичкото усовршување?	Кој ги распишува специјализациите?	Кој ги финансира специјализациите?	Има ли слободен избор на ментор?
Министерството надлежно за здравство	Здравствените установи во согласност со Министерството надлежно за здравство	Здравствените установи од средствата на ХЗЗО	Не
Лекарската комора	Лекарската комора	Здравствените установи во кои се спроведува специјализацијата	Да
Универзитетот	Универзитетот во согласност со Министерството за социјална политика	Универзитетот во согласност со Министерството за социјална политика	Понекогаш
Лекарската комора	Здравствените установи во кои се врши специјализацијата	Здравствените установи во кои се спроведува специјализацијата од државните средства за здравство	Да
Организацијата на докторите специјализанти	Националниот совет за специјалистичко усовршување	Централизирано од државните средства за здравство	Главно не
Заеднички Лекарската комора, здравствените установи и Министерството за здравство	Здравствените установи во кои се спроведува специјализацијата	Здравствената установа од средства на Министерството за здравје	Менторство формално не постои
Министерството за наука и образование	Министерството за наука и образование	Министерството за финансии	Понекогаш
Министерството за наука и образование	Универзитетите	Централизирано од државните средства за здравство	Не
Министерството за здравство	Независна државна комисија	Министерството за здравство	Да
Лекарската комора	Здравствените установи во кои се спроведува специјализацијата	Централизирано од државните средства за здравство	Да
Заеднички Лекарската комора и Министерството за здравство	Здравствените установи во кои се спроведува специјализацијата	Заеднички Лекарската комора и здравствените установи во кои се спроведува специјализацијата	Не
Лекарската комора	Заеднички Лекарската комора и Министерството за здравство	Министерството за здравство	Не
Лекарската комора	Лекарската комора	Централизирано од државното осигурително друштво	Да
Лекарската комора	Здравствените установи во кои се спроведува специјализацијата	Здравствените установи во кои се спроведува специјализацијата од средства на единициена регионалната и локалната самоуправа	Да

Во Хрватската лекарска комора проценуваат дека вкупниот трошок за специјализација, според новите правила, не би бил поголем од околу 6.500 евра. Нема прецизни податоци колку до направените измени чинела специјализацијата, но отштетните побарувања на болниците беа астрономски

специјализацијата во Словенија влегуваат исклучиво вистинските трошоци за самата едукација на младите доктори, а никако сумите на заработените плати или дополнителни фиктивни трошоци. Анкетата потврди дека специјализантите во Хрватска (и Словенија) автоматски се во понеповолна состојба во споредба со колегите во ЕУ: Со тоа се добива впечаток дека недоволно се вреднува нивната работа за време на специјализацијата, па оттаму и незадоволството и желбата за заминување во странство.

Значајна улога на лекарските комори

Во анкетата е испитан и начинот на распишување на специјализациите, како и тоа кои институции се надлежни за нивното спроведување. Резултатите се разликуваат по држави, но по правило е присутна значителна улога на лекарските комори во спроведувањето на специјалистичкото усовршување. Покрај лекарските комори, значајна улога имаат и органите на државната управа кои се надлежни за здравството, како и телата надлежни за науката и образованието.

Финансирање од државниот буџет

Начинот и дистрибуцијата на финансирањето на специјалистичкото усовршување е различно во државите членки на ЕУ, а има случаи кога тие понекогаш се разликуваат и внатре во некоја држава, кон единиците на регионалната и локалната самоуправа. Сепак во повеќето земји специјализациите се финансираат од државниот буџет преку различни тела на државната управа. Трошоците за специјализацијата во Хрватска (трошоците за главниот ментор, менторот и коменторот, трошоците на здравствените установи каде се врши специјалистичкото усовршување, трошоците за последипломските специјалистички студии, трошоците за завршниот и специјалистичкиот испит, трошоците за книшката за специјалистичкото усовршување на докторот на медицина, трошоците за дневникот на работа на докторот на медицина специјалистичко усовршување) ги финансираат работодавците (матичните установи), а средствата за таа намена им ги обезбедува Хрватскиот завод за здравствено осигурување.

Незадоволство од менторите

Анкетата за задоволството на младите лекари во Хрватска покажа нивното големо незадоволство со определените ментори. Тоа делумно би можело да се реши со слободен избор на мен-

тор, што е веќе препознато во ЕУ: Во повеќето држави кои се опфатени во анкетата постои систем кој овозможува слободен избор на ментор, додека во Хрватска таква можност засега не постои. Со рedefинирањето на системот на менторство секако би се овозможила подбра едукација на младите доктори.

Работа без специјализација

Сите држави, освен Естонија и Италија, имаат посебен закон или некој подзаконски акт кој го регулира подрачјето на специјалистичкото усовршување. Моќностите за добивање државни/институционални стипендии за специјализации постои само во Унгарија, Латвија и Словенија. Во повеќето држави е овозможена самостојна работа на младите доктори без специјализација во здравствениот систем. Исклучок се Германија, Австрија, Италија и Словенија, каде таква можност не постои.

Резултатите од анкетата даваат увид за специјалистичкото усовршување на докторите на медицина по земјите на ЕУ. Иако имаат и заеднички точки меѓу државите, системите за пропишување, надзор и финансирање на програмите за специјалистичко усовршување се разликуваат, најмногу во делот на институциите и установите кои се одговорни за нивно спроведување, со важна напомена дела само Хрватска (и Словенија) се издвојуваат во негативен смисол. Не постои совршен модел за управување со специјалистичкото усовршување, но во Хрватска, секако, има простор за напредок.

Ист третман на сите специјализанти

Нагласуваме дека во секој пропис кој се однесува на специјалистичко усовршување на докторите на медицина треба да се обезбеди еднаков третман на сите специјализанти, а тоа се однесува и на специјализантите по семејна медицина кои треба да се изедначени во нивните права со другите доктори во Хрватска.

Потребно е, значи, да се ревидира целиот систем на спроведување на специјалистичкото усовршување на докторите за медицина заради негово подобрување, што подразбира подобра едукација и работни услови, можност за мобилност на територија и во системот на Хрватска и ЕУ, како и создавање на правни рамки со кои прецизно ќе се регулира оваа област, а во согласност со уставот на Р. Хрватска.

(„Лјечничке новине“)

Вработувања само на лекари од странство кои добро владеат словенечки



Лекарите од странство како и другиот медицински персонал од земјите членки на ЕУ, но и од другите држави, во Словенија нема да може веќе легално да се вработат ако не докажат дека активно го владеат словенечкиот јазик. Ова е одлуката на владата на Словенија во предлог-законот кој ја регулира организацијата на јавната здравствена дејност од почетокот на ноември годинава.

Лекарите, медицинските сестри, дипломираните бабици и магистрите по фармација според овој предлог-закон, за да можат да работат во Словенија ќе треба да приложат доказ дека имаат висок степен Ц1 на познавање на словенечкиот јазик кој им овозможува комуникација со колегите и пациентите, како и пишување на наоди, упати и рецепти, е став на владата на премиерот Миро Церар.

За другите странци кои веќе работат или конкурираат за работа во словенечкото здравство ќе важи правилото дека мора најмалку да имаат степен на знаење на словенечкиот јазик Б2, што ќе го проценува нивниот работодавец. Во словенечкото здравство работат помалку од 6.000 доктори на медицина и на стоматологија, а според процените на синдикатот на докторите недостасуваат најмалку 1.000 доктори за да се дојде до европскиот просек за број на лекари на популацијата која ја покриваат. Според направените проекции, до 2025 го-

дина во Словенија поради стареењето на населението и заминувањето на докторите во пензија и дел во странство ќе треба да се вработат 1.800 доктори, а најмногу се бараат доктори по семејна медицина и анестезиологи, особено во североисточниот регион на земјата. Неодамна во словенечката јавност вистин-

ска полемика предизвика хонорарното вработување на анестезиолози од Истра, Хрватска, во Клиничкиот центар во Марибор, регион во кој во моментот недостасуваат околу 300 доктори, поради тоа што според нивните словенечки колеги со нив не може добро да комуницираат затоа што не го знаеле словенечкиот јазик.

Ограничените наставни капацитети на Медицинскиот факултет во Љубљана и новите студии на медицина во Марибор кои се активни само 10 години, Словенија со години беше ориентирана на “увоз” на лекари, но и друг медицински кадар, пред се, од просторите на поранешната СФРЈ, што по осамостојувањето на овие држави како практика значително се проретчи.

СРБИЈА

Позитивната листа проширена со 23 иновативни лекови

Во Републичкиот фонд за здравствено осигурување на Србија кон крајот на ноември почна потпишувањето на посебни договори со 11 фармацевтски компании со што се создаваат можности 18 иновативни лекови за возрасни и пет за деца да бидат ставени на позитивната листа и да станат достапни на товар на осигурувањето.

Ова е прво проширување на позитивната листа со иновативни лекови по пет години. За ставањето на овие лекови на листата се издвоени речиси една милијарда динари, а одлуката за тоа кои лекови ќе бидат во првата приоритетна група на проширувањето е донесена од посебна експертска комисија.

Министерот за здравство на Србија, Златибор Лончар, претходно за медиумите појасни дека станува збор за нови лекови кои веќе се применуваат во земјите на ЕУ и во регионот.

„Лековите да се стават на листа бараа

здруженијата на пациенти, но нашите стручни комисији проценуваат кои од тие лекови се најдобри и имаат најдобар ефект”, објасни тој. Приоритети, според него, ќе бидат децата, младите и заболелите од карцином. Планот, како што истакна Лончар, приоритетите да се определат прво за наредните четири години, а на структурата е да определи што е неопходно.

Надлежните најавуваат дека во иднина иновативните лекови континуирано ќе бидат додавани на позитивната листа. “Тоа значи дека точно ќе се знае динамиката кој иновативен лек се воведува оваа, а кој наредната година. Ние работиме на приоритети и распоред до 2020 година. Приоритет се оние кои имаат најдобар ефект”, вели министерот Лончар.

Надлежните најавуваат дека во иднина иновативните лекови континуирано ќе бидат додавани на позитивната листа.

ТЕНИС

Турнирот во Белек го одржа континуитетот на Балканските првенства



На 29.Балканско првенство за доктори во тенис, што се одржа кон средината на септември годинава, учествуваа најмал број доктори досега

Балканското првенство за доктори во тенис, кое се одржа кон средината на септември годинава во Белек, Турција, е турнир на кој по 25-ти пат учествуваше и екипа од Македонија составена од четири доктори и две придружни лица. Ова е петто учество на докторска тениска екипа од Македонија на Балканско првенство во Турција (по Истанбул 1996 и 2001 год., Памукале, Денизли 2006 год. и Белек, Анталија 2011 година). Турнирот се одржа во ексклузивниот

хотел "Риу Каја" во Белек, 30 километри источно од Анталија, на 10 земјани терени, во истиот хотелски комплекс и тениски клуб на кој се играше и првенството пред пет години.

За жал, ова беше првенство со најмал број учесници досега. Главната причина се состојбите во Турција, терористичките напади и вонредната состојба по државниот удар, а секако и далечината на местото на одржување на турнирот и релативно високите цени



Екипата на Македонија во Белек, Турција



Носителите на трофеите во категоријата доктори 60+

Проф. д-р Здравко Тројачанец

(1933-2016)

за авионски превоз. Грција го откажа учеството, а од Бугарија и Романија учествуваа по 8, односно 6 доктори, или заедно со пријателите, околу 25 лица. Се разбира, бројот на учесници од Турција беше над 30. Имаше предлози, особено од Грција, да не се одржи првенството, да се одложи за идната година, но организаторот не попусти со образложение дека се е под контрола. На крајот можеме слободно да заклучиме дека не згрешија, бидејќи важен е континуитетот, а политичката нестабилност и тероризмот, за жал, се чини, ќе бидат наше секојдневие и во иднина.

Во ваква состојба резултатите и играта беа во втор план. Единствениот пехар за Македонија го освои д-р Никола Пановски во категоријата доктори 60+, освојувајќи го третото место. Ова е негов 12-ти трофеј, од нив по шест пехари поединечно и во двојки, од 23 првенства на кои има учествувано. На првенството учествуваа и д-р Вело Марковски и д-р Мирослав Гроздановски во категоријата 50+, како и д-р Љубомир Димитровски, кој инаку живее и работи во Малта, во категоријата 40+.

Првенството беше одлично организирано, во ексклузивен хотелски комплекс, со мноштво тениски терени, терен за голф, клуб за јавање и други содржини. Единствени недостатоци, ако така може да се каже, беа далечината, 1.700 километри од Скопје, релативно високата цена на сместувањето, како и топлото и влажно време. Вонредната состојба воопшто не се чувствувааше, а хотелите беа полни. Главното мото во говорите на дел од гостите на свеченото отворање на првенството гласеше “Ние сме херои”, во смисла, и покрај сите опасности сме пристигнале!!! За нас, кои патувавме со сопствено возило до Анталија и минавме 3.500 километри во двата правци, оваа изјава делуваше изнасилено. По седум 7 дена all inclusive престој, на свеченото затворање никој не го спомна ова таканаречено “херојство”.

Следното, јубилејно 30. Балканско првенство за доктори во тенис ќе се одржи од 3 до 9 септември 2017 година во Бугарија, а во “игра” се Албена или Дуни кај Созопол, познати одморалишта на брегот на Црното Море.

Проф. д-р Никола Пановски

Професор д-р Здравко Тројачанец, редовен професор на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Свети Кирил и Методиј“ во Скопје, долгогодишен директор на Институтот за физиологија и експериментална медицина, професор на повеќе факултети во земјава и надвор од неа, специјалист по спортска медицина, човекот кој целиот работен век, а и периодот по пензионирањето го посвети во научно-истражувачка и здравствена дејност. Неговото долгогодишно искуство како наставник е преточено во голем број учебни помагала и многу научни трудови, кои и денеска се значајни и се користат од студентите, докторите по спортска и физикална медицина, луѓето со добар „вкус“ од научната фела, како и спортските тренери.

Професор д-р Здравко Тројачанец е роден во Загреб на 7 мај 1933 год. Татко му Методиј бил лекар кој далечната 1927 год. дипломира на Медицинскиот факултет „Фрае“ во Берлин, Германија, а мајка му Марионка дипломирала со ло пеење на француски колеџ. „Непослушност“ на неговиот татко била казнета со наредба „ако сакаш да бидеш доктор, можеш да работиш само од другата страна на Сава, па затоа неговото семејство најнапред престојувало во Шабач, а потоа и во Загреб. Пред почетокот на Втората светска војна, кога имал само осум години, пред налетот на усташките сили, семејството се вратило од Загреб во Македонија, поточно во Прилеп, од каде што се и неговите корени. Средно училиште и Медицински факултет завршува во Скопје, каде што дипломира во далечната 1959 год. Диференциран спортски лекар станува од 1959 г., специјалист по спортска медицина во 1972 година. Професор на Медицинскиот факултет во Скопје на Катедрата за физиологија беше од 1981 год, а одбрани хабилитација на труд од областа на функционалната антропометрија со моторика. Од 1974 год. се занимава и со алтернативна медицина – акупунктура, но не е помал неговиот интерес и за физикалната медицина.

Во спортската фела најдолго време е присутен во кошарката, дваесет години во златното време на фудбалскиот клуб Вардар, претседател на здравствената комисија при Карате-федерација на Македонија и на други здравствени комисии, претседател на Здружението на лекари-специјалисти по спортска медицина при МЛД и многу други волонтерски функции во спортот. Овие и многу други се фактите во професионалната биографија на нашиот драг професор, учител, ментор и пријател. Но, по многу човечки карактеристики тој беше посебен и остави драги спомени кај своите колеги, студенти, а посебно кај своите спортисти. И самиот во младите години беше спортист (ракомет, бокс, скијање, шах). „Професор Балтазар“, како што луцидно го нарекуваа спортистите, беше надежта и решението за секој нивен проблем. Мирно, тивко, со голема смиреност, која ја наследил од својата мајка и железната германска дисциплина која, пак, му е наследство од татко му, нашиот професор беше омилен кај студентите и колегите, но во исто време вистински авторитет. Неговото сублимирано научно знаење од повеќе области, стручно и на лесен пристапен начин го пренесуваше. Секогаш отворен кон сите за соработка и совет ја правеше големината, респектот и почитта на сите оние што го познаваа и имаа привилегија да бидат во директен контакт со него. Ние специјалистите по спортска медицина, кои имавме шанса да сме во непосреден контакт со професорот Тројачанец, имавме привилегија да го имаме блиску до нас човекот, професорот, менторот кој е виновен за сè она што научивме, можевме и можеме да направиме во се она што се нарекува спортска медицина. Човекот кој за цело време чекорел цврсто во својот животен пат ќе признае: „Сфатив дека возраста е прескапа цена за зрелоста”.

Вашата скромност, никогаш не ја намали Вашата величина.

Со почит, докторите по спортска медицина

Прим. д-р Нада Темелкоска,
претседател на Здружението по спортска медицина

МАКЕДОНСКА МЕДИЦИНСКА ТЕРМИНОЛОГИЈА

Уредува: Проф. д-р Косџангина Корнеџи-Пекевска

Умбиликален нодус: Sister Mary Joseph nodule
(Папочниот јазол на сестра Мери Џозеф)

Епонимот : “ Нодусот на сестра Мери Џозеф -“ Sister Mary Joseph nodule “, измислен од Sir Hamilton Bailey првпат се појавил во медицинската литература во 1949 год во неговата позната книга “Демонстрација на физичките знаци во клиничката хирургија”.

Нодусот на сестра Мери Џозеф претставува метастаза во кожата од папокот, која е видлива и палпабилна, го испакнува умбиликусот, а често е превидена или погрешно интерпретирана, како од пациентот, така и од неговиот лекар.

Најчесто метастазата е последица на интраабдоминална малигна неоплазма, кај половина од случаите станува збор за карцином на желудникот, дебелото црево или панкреасот, а во 25% од пациентите причината е гинеколошки карцином (на матката или јајниците). Понекогаш оваа метастаза е прв знак на примарниот карцином на апендиксот (т.н. “псевдомиксом на перитонеумот”). Во 15% од случаите примарниот карцином не може да се идентификува, а метастазата се јавува како прв знак на малигната болест.

На инспекција се забележува најчесто во форма на цврст васкуларизиран оток кој може да улцерира и да даде серозна, мукозна, дур и пурулентна и крвава секреција. Метастазата е најразлично опишувана: како белузлава, синовиолетова или кафеавкасто црвена, може да биде причина за јадеж, но најчесто е безболна и помала од 5 см. Вообичаено е придружена со многубројни симптоми кои укажуваат на присуство на абдоминална малигна неоплазма, како што се губење на апетитот, болка лоцирана во лажичката, дистензија на абдоменот, асцитес или ректално крвавење. Лезијата се дијагностицира и со абдоминален ултразвук, претставена како една нејасно ограничена хипоехогена маса, а се докажува со биопсија.

Знакот е првпат идентификуван од Julia Dempsay (1856-1939) од Саламанка, Њујорк, која во 1878 влегувајќи во редот на “St. Francis” во Рочестер се замонашила, земајќи го името “Sister Mary Joseph”. Сè до 1889 год се школувала на повеќе места, за на крајот да се работи во болницата “St. Mary’s Hospital”, која била изградена со нејзина иницијатива по едно големо торнадо, а во лекарската екипа биле William Warrall Mayo (1819-1911) и неговите двајца синови (подоцна основачи на денес познатата “Mayo” клиника).

Посветената сестра Мери Џозеф го забележала умбиликалниот нодус и го привлечла вниманието на William James Mayo, кој прв го публикувал овој знак во 1928 година нарекувајќи го знакот на “папок како копче од панталони” (“pants button umbilicus”), а конечно го именувал во чест на сестрата Мери Џозеф, како што рековме на почетокот, е даден од Sir Hamilton Bailey во 1949 година.

Мери Трајковска MD, PhD,

супспецијалист – гастроентерохепатолог,

Универзитетска клиника за гастроентерохепатологија, УКИМ Скопје

Д-р Зоран Андоновски

(1963 -2016)

На 29.10.2016, почина д-р Зоран Андоновски, хирург, супспецијалист по трауматологија. Со неговата смрт, македонската трауматологија загуби еден од своите еминентни претставници, меѓу другото, основоположник на артроскопската лигаментопластика на коленото.

Д-р Андоновски е роден на 22.6.1963 во Скопје. Матурира во родниот град, како ученик на генерацијата, а натамошното школување го продолжи на Медицинскиот факултет, исто така, во Скопје. Дипломира во 1989 година со просечна оценка 8,96. Во 1992 година се вработи на Клиниката за хируршки болести на Одделот за трауматологија. Специализацијата по општа хирургија ја заврши 1995 година, а две години пред тоа, во 1993 беше избран за помлад асистент на Катедрата по хирургија на Медицинскиот факултет во Скопје.

Д-р Андоновски беше вљубеник во хирургијата. Тој самиот, поседуваше особини неопходни за брилијантен хирург: знаење, мануелност, брзо и правилно клиничко расудување, незаситна љубопитност и стремеж кон апсолутна компетентност за решавање на проблемот со кој пациентот е соочен.

Од друга страна, д-р Андоновски го сакаше и спортот. Самиот извонреден скијач, беше долгогодишен лекар на ракометниот клуб Вардар, што резултираше со неговиот интерес за спортската трауматологија, поконкретно артроскопската хирургија на коленото. Во 2001 и 2003 година претстојуваше на Cleveland Clinic Foundation, САД, каде што ја усоврши ова проблематика. На сидот во неговата работна соба ќе остане списокот на педантно забележани 235 артроскопски лигаментопластики на предниот вкрстен лигамент на коленото.

За жал, болеста со која се соочи премногу рано, не дозволи полн развој на неговата кариера. Но, начинот на кој д-р Андоновски се бореше со неа, претставува, исто така, пример за неговиот силен карактер и неизмерна желба да ѝ биде посветен на својата професија до последен здив.

Зад себе ги остави сопругата д-р Марија Андоновска, синовите Стефан и Ангел. На нив бездруго ќе им недостасува најмногу, а нам неговите колеги ни останува со пиетет да се сеќаваме на неговата личност и дело. Почивај во мир драг наш Зонде.

Д-р Емилија Стојковска - Пемовска

ЗА ПРВИТЕ ДОАЈЕНИ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ



Исак ТАЦЕР,

професор и академик, основоположник на македонската патофизиологија и нуклеарна медицина

Нуклеарната медицина е жранка на ѝаѝофизиологијата и медицинската визуелизација која користи мали количини радиоактивен материјал за ѝроценка на ѝелесните функции и дијагностицирање, како и за уѝврдување на ѝежинаѝа и ризициѝе на разни болести, вклучувајќи многу видови рак, срцеви заболувања, ѝасѝроинѝесѝинални, ендокрини и невролошки нарушувања и други абнормалности во ѝелоѝо

Д-р Исак Тацер е роден на 24.12.1916 г. во Софија, како прво од 4 деца, во имотно трговско семејство, од мајка Јоа и татко Салис Тацер. Основно и средно образование завршил во Софија, во германска гимназија „Deutsche schulle“. Во 1935 г. започнал студии на Медицинскиот факултет (МФ) во Виена, до 1939 г., а потоа продолжил и дипломирал на МФ-Софија во 1941 г. По препорака на тогашниот социјален министер за народно здравје, д-р Димитар Несторов, д-р Исак Тацер од Белград доаѓа во Скопје. По ослободувањето работел во Земската (Државна) болница во Скопје и завршил специјализација по интерна медицина во 1949 г. кога бил избран за асистент на Катедрата за интерна медицина. Потоа бил избран за доцент, во 1952 г., па за вонреден професор во 1959 г. и редовен професор по патолошка физиологија на МФ-Скопје во

1967 г. Во периодот 1950-66 тој остварил голем број професионални посети и престои во повеќе центри во Европа и САД.

Проф. Тацер е основоположник и прв директор на Институтот за патолошка физиологија, и шеф на Катедрата за патолошка физиологија во периодот од 1952-78 г., втемелувач на патофизиологијата и нуклеарната медицина и на современата македонска медицинска наука и струка. Бил продекан во 1958-60 и декан на МФ-Скопје во 1963-65 г. Потоа бил проректор на Универзитетот во Скопје, во 1965-1966 г. Бил избран за дописен член во 1969 г. и за редовен член на МАНУ во 1974 г.

Во 1946 г. стапил во брак со Милена/Мили Руех, медицинска сестра од Словенија, испратена на работа во Државната болница во Скопје. Во бракот се родиле 2 деца: Салис, кој завршил медицина на МФ-Љубљана и специјализирал/ супспецијализирал кардиохирургија во Тел Авив, Израел, а од 2010 г. работи во болницата Ацибадем-Систина во Скопје; и Силвиа, која завршила медицина на МФ-Скопје и специјализирала анестезиологија во Тел Авив каде што и сега работи.

Академик проф. д-р Исак Тацер почина во Скопје на 17.11.2005 г., во 89-та година од животот.

Револуционерна дејност

Веднаш по дипломирањето и завршениот приправнички стаж во Софија, во 1942 г. бил граѓански мобилизиран како лекар од општа медицина во разни села и двапати бил интерниран во логор во Бугарија. Во 1944 г. како доброволец стапил во редовите на НОВ и ПОЈ избирајќи го

УРЕДУВА: Проф. д-р Дончо ДОНЕВ
e-mail: dmdonev@gmail.com

Медицинскиот факултет во Скопје, основан во 1947 г., одигра клучна улога во развојот на македонската медицина и образованието на медицинските професионалци, ѝодобрување на лошата здравствена состојба на населението и целокупниот наѝамошен развој на здравствениот систем и обезбедувањето на здравствена заѝтита на населението во Р. Македонија. Придонесот на ѝрвите лекари-наѝтавници во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје, во ѝериодот 1947-1960 г. и ѝоѝоа, беше од суѝтинско и неѝроценливо ѝолемо значење.

Во рубриката „За ѝрвите доајени на Медицинскиот факултет во Скопје“, „Vox medicі“ ја ѝродолжува ѝтрадицијата за расветлување на историската улога и ѝридонес на лекариѝе и други стѝручаѝинаѝтавници во основањето на факултето и во формирањето и/или развојот на одделни инѝтитутѝи, клиници и катедре во новоформираниот Медицински факултет во Скопје во 1947 г. и во ѝрвите 10-15 години од неѝовиот развој.

Медицинскиот факултет во Скопје, Македонската лекарска друштво и Лекарската комора на Македонија им должат неизмерна благодарност на ѝрвите лекари-наѝтавници од Македонија и на оние кои дошле во Скопје од други реѝублики во ѝогаѝнаѝа ФНР Југославија, ѝосебно од Србија и од Хрватска, и од други земји во Европа, за нивниот еѝиѝуѝазам и несебично залагање, професионална и академска работа и ѝосветеност, и оѝромниот ѝридонес во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје и развојот на медицината во Македонија, а со ѝоа ѝридонесувале и за сеакупниот културен и оѝѝѝесѝвено-економски развој и во ѝрадењето на ѝоноваѝа македонска национална историја.

„Vox medicі“ ѝи ѝовикува сиѝе автори кои ѝоседуваѝ лична документација и/или имаѝ ѝнѝерес и наклоност кон ѝроучување на расѝоложливите архивски и други маѝеријали, јубилејни ѝубликации и стѝручно-научна лиѝература, слики и документи за верификација на историските факѝи и слушања, да даѝат ѝридонес во оваа секција/рубрика со најѝи заради расветлување на ѝоноваѝа историја на медицината и оддавање должна ѝочѝи и ѝризание на ѝрвите наѝтавници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.

патот за спас преку борбата и отпорот до победата и слободата.

Лекар хуманист, наставник и едукатор

Студиите по медицина ги започнал на МФ во Виена во 1935 г., а по припојувањето на Австрија кон Германија во 1938 г., му било попречено натамошното студирање. Студиите ги продолжил и дипломирал на МФ-Софија, во 1941 г. По дипломирањето, д-р Исак Таџер завршил лекарски стаж во Александровската болница во Софија. По ослободувањето, во 1945 г., започнал специјализација по интерна медицина во Софија кај проф. д-р К. Чилов, а во 1946 г. се преселил во Скопје и започнал со работа во Интерното одделение во Земската болница, кадешто ја продолжил специјализацијата кај д-р Димитар Арсов. Специјалистичкиот испит го положил во 1949 г. Од 1949-51 г. бил асистент на Катедрата за интерна медицина кај проф. д-р А. Игњатовски, а потоа бил асистент на Катедрата за патофизиологија. За доцент бил избран во 1952 г. Под негово раководство бил формиран Институтот за патофизиологија. Во 1953 г. хабилизирал на МФ-Скопје на тема „Реактивна еозинопенија во клиничката патологија“, а на 28.6.1958 г. ја одбрал докторската дисертација на тема „Влијанието на слезината на коагулациониот систем во крвта“. Во 1959 г. бил избран, и во 1964 г. преизбран, во звањето вонреден професор, а во 1967 г. во редовен професор по предметот патофизиологија на МФ во Скопје. Во периодот од 1952-78 г. бил раководител на Катедрата и директор на Институтот за патофизиологија. Изведувал настава по патофизиологија и нуклеарна медицина на МФ-Скопје и повремено, особено по пензионирањето во 1982 г., одржувал настава по овие предмети и на МФ-Бања Лука и МФ-Ниш.

Во периодот од 1950-66 г. повеќепати бил на стручно усовршување, од неколку недели до неколку месеци, во сродни институции и центри во Европа (Париз, Загреб, Лондон, Фрајбург, Лидс, Москва и др.) за примена на радиоактивните изотопи во медицината. Во 1972 г. бил на студиски престој во повеќе нуклеарно-медицински лаборатории во САД.



Претседателот на МАНУ, акад. Блаже Конески, доделува диплома на проф. д-р Исак Таџер при промоцијата во дописен член на Академијата; во позаднина од десно: акад. Никола Мартиноски и акад. Бранислав Гурѓев, претседател на АНУ БиХ, Сараево, при промоцијата на изборот за надворешен член на МАНУ, 27.5.1970 г.

Проф. д-р Таџер е познат како извонреден наставник и полиглот, кој стекнал нови знаења и достигнувања на светската медицина од бројните студиски престои во странство несебично ги пренесувал и ги вградувал во наставната дејност, истражувачката работа и публицистичката активност. Под негово раководство се едуцирани многу генерации лекари, стоматолози и фармацевти во Македонија, во нивната додипломска и постдипломска наобразба.

За дописен член на МАНУ бил избран на првото изборно собрание во 1969, а за редовен член во 1974 г., во Одделението за медицина и биологија при МАНУ.

Иницијатор, организатор и општественик

Споделувајќи ги тешките повоени состојби и ентузијазмот на тоа време за изградба на новата држава и развој на новоформираните МФ-Скопје, проф. д-р Исак Таџер целосно и несебично се вградил себеси во формирањето и растежот на факултетот, но и во унапредувањето на здравствената заштита и развојот на медицинската наука во Македонија. Институтот за патолошка физиологија од 1947-52 бил интегриран во рамките на Институтот за физиологија, раководен од проф.

д-р Милое Видаковиќ. Посебна Катедра за патолошка физиологија била формирана во 1949 г. и првиот в.д. шеф на Катедрата бил проф. д-р Видаковиќ, до 1952 г. Покрај претходно избраните двајца асистенти (Саве Миронски и Александра Волканоска), во 1951 г. д-р Исак Таџер бил избран за асистент на Катедрата за патофизиологија. Една година подоцна бил избран за доцент и назначен за шеф на Катедрата и прв директор на Институтот за патолошка физиологија. Овие раководни функции ги извршувал од 1952-78 г. и притоа дал голем придонес во натамошниот развој на Институтот и Катедрата и за воведувањето на многу нови дијагностички методи. Во 1956 г. Катедрата за патофизиологија имала 4 асистенти (Борислав Каранфилски, Никола Серафимов, Вера Долгова-Корубин и Милка Ковкарова), а Институтот за патолошка физиологија се преселил од институтската зграда во зградата на клиничкиот блок, со деловни простории на приземјето/сутеренот и 16 болнички кревети за клиничка физиологија на Клиниката за интерни болести. По земјотресот во Скопје, во 1964 г. Институтот се вселил во посебна нова зграда со околу 1200 м² корисна површина, изградена како помош од Владата на Буга-

рија на иницијатива и посредување на проф. Таџер.

Започнувајќи од 1953 г. Институтот извршувал и здравствена дејност, кога бил формиран клинички отсек со 40 кревети во сутеренот на зградата на институтите при МФ-Скопје. Покрај Лабораторија за коагулација во клиничкиот блок, во 1958 г. започнала да работи и Лабораторија за употреба на радиоизотопи во клиничките испитувања и за амбулантски услуги во Институтот со ново име - Институт за патолошка физиологија и нуклеарна медицина. Потоа била формирана Лабораторија за радиоимунологија и радиофармација, како и Кабинет за нуклеарна медицина и амбуланта за тироидни нарушувања. Со примената на радиоизотопите во медицината проф. д-р Таџер се вбројува меѓу пионерите на нуклеарната медицина кај нас и во Европа.

Проф. д-р Таџер, покрај стручно-научната и наставна работа, извршувал и широки општествени активности. Бил претседател на Советот на Факултетот во 1975-76 г. и претседател на Наставниот и Научниот одбор. Во периодот на неговото претседателство во Научниот одбор активирани се редовните научни и стручни состаноци на Факултетот, како и клиничко-анатомските конфронтации. Како долгогодишен претседател на Наставничкиот колегиум, тој со многу свои

идеи и предлози придонел за усовршување на режимот и содржината на студиските програми на Факултетот. Бил продекан на МФ-Скопје во 1958-60 г., а во годините веднаш по земјотресот во Скопје, во 1964-65 г., бил декан кога на МФ е извршена реорганизација на медицинските студии кон создавање европски систем на вредности на студиите преку т.н. систем "година за година", кој бил мошне ригорозен и барал целосно посветување на наставниот кадар и на студентите. Проф. д-р Таџер е еден од основачите на Стоматолошкиот и на Фармацевтскиот факултет во Скопје.

Бил проректор на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје во 1966-67 г., а во периодот од 1984-88 г. бил секретар на Одделението за медицина и биологија и член на Претседателството на МАНУ.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Научната дејност на акад. Исак Таџер е со широк дијапазон и богата публицистика, плод на нескротена љубопитност, посебна склоност и талент, богатство на идеи, високо етична критичност и настојчивост во потрагата по научната вистина. Како опсерватор со интуиција и креативност можел да ги забележува новите феномени и да го продлабочува ис-

тражувањето со исклучителна упорност. Бил водител на повеќе научни проекти од областа на хемостазата, радиобиологијата, хепатологијата, тироидологијата и др. Обработувал проблеми од речиси сите области на медицината, посебно од областите на експерименталната и клиничка медицина, патофизиологијата и нуклеарната медицина. Со воведување нови методи и протоколи, нови радиотрасери и посочицирани инструменти акад. Таџер отвори нови видовици и предизвици во медицината во доменот на интеракцијата на клеточните структури и визуализација на молекуларните реакции на клетката. Посебно големо значење во клиничката практика имаат истражувањата со визуелизација на хипоксијата на клетките во одделни органи, апоптозата (програмирана смрт) на клетките при исхемични оштетувања на мозокот, при мускулни, крвни и невродегенеративни болести, третмани со зрачење и цитостатици, како и процесите поврзани со промените на метаболичката состојба, мембраната и рецепторите на клетката при разни малигни и други заболувања. Акад. Таџер, преку активно учество на бројни меѓународни и домашни стручни состаноци, симпозиуми, конгреси и панел-дискусии станал афирмиран стручњак и научник во земјата и во станство. Бил организатор на многубројни стручно-научни состаноци и собири. Ги открил првите случаи со Кала-азар кај возрасните во Македонија, случаи на ретки крвни болести (hemophilia B), а иницирал истражувања на експериментална епилепсија, нарушувања на хемостазата при хепатитис, рубеола, хипотермија, од змиски отров и радиоактивно зрачење. Воведувајќи ја примената на радиоактивни изотопи ги проширил испитувањата на ендокрините жлезди и, со соработниците на Институтот за патофизиологија, дал драгоцен придонес во изучувањето на јодопенијата и гушавоста и разни други нарушувања на функциите на тироидната жлезда. Биле воведени и нуклеарно-медицински методи во испитувањето на функциите на кардиоваскуларниот и гастроинтестиналниот систем, бубрезите, белите дробови, централниот нервен систем и други области во клиничката медицина.



Од активната на МЛД - Експозе на акад. Исак Таџер (седат: Иванка Бидикова - секретар на МЛД, проф. Момир Поленаковиќ и проф. Миле Јовановски), Скопје 1985 г.

Акад. Таџер објавил околу 300 научни трудови и публикации од областа на клиничката медицина и патолошката физиологија со примена на радиоизотопи во медицината, од кои околу 200 трудови се објавени во списанија на англиски, француски, германски и српскохрватски јазик. Автор е на првата скрипта *Патофизиологија* (1961) и на првиот учебник *Патофизиологија - Општ дел* на македонски јазик (1973). Уредник и прв автор е на првиот југословенски учебник *Општа патолошка физиологија* (Белград-Загреб, 1976). Под негово редакторство и авторство е напишан првиот учебник по *Специјална патолошка физиологија* (Белград-Загреб, 1979), а потоа и преработените изданија на овој учебник (1983, 1985, 1988 и 1989). Проф. Таџер, во соработка со други автори, во 1981 и 1985 г. издава практикуми по патолошка физиологија за студентите на Стоматолошкиот, Фармацевтскиот и МФ-Скопје, а во 1985 г. прва скрипта со наслов *Вовед во нуклеарната медицина*. Автор е на поглавјето *Нуклеарна медицина во хематологијата* објавено во учебникот *Хематологија* (Стојчевски Т, и сор., 1995), и на поглавјето *Примена на нуклеарната енергија во медицината*, објавено во публикацијата *Современа дијагностика и терапија во медицината - прирачник за лекари* (Никодијевиќ Б, уредник, 2000). Учебникот *Патофизиологија* на акад. Таџер, преведен од македонски на српскохрватски јазик, служел како основен учебник и „библија“ за студентите и за лекарите на специјализација во клиничките дисциплини на сите факултети во поранешна Југославија и, потоа, во повеќе земји на Балканот.

Акад. Таџер бил еден од уредниците на *Македонски медицински преглед* (ММП) во 1951-53, главен и одговорен уредник во 1954-59 и 1978-88 г., и член на Уредувачкиот одбор на ММП во 1960-70 и 1989-2005 г.

Спомени, признанија и награди

Акад. проф. Исак Таџер сиот свој професионален и творечки живот го поминал во Македонија, која ја прифатил како своја татковина. Припадноста на еден етникум по раѓање е нешто што не го избираме, но сродувањето и прифаќањето како свој, на еден друг народ, се прави со

слободен избор и претставува повисока категорија на свесна и високоцивилизирана одлука. Тоа е разбирливо во овој случај со фактот што проф. Таџер му припаѓа на еден народ чија трагична судбина низ историјата може да се спореди со судбината на македонскиот народ, кои биле поробувани и прогонувани со векови, делени и поделувани и со оспорувачан идентитет, со вековен сон за своја држава зачувувајќи го својот дух и обичаи во опстојот низ историјата. Токму затоа македонскиот и еврејскиот народ се браќа по неволја, маќа и судба. Во личноста на акад. Исак Таџер се обединуваат во неразделна целина лекарот, педагогот и научникот, со целосна посветеност кон стручната, наставната и научната работа. Тој е еден од столбовите на македонската медицина, висок македонски интелектуалец со универзално енциклопедиско познавање на медицината и биологијата, но и пошироки знаења од разни области и хуманистички идеали. Владеел со три светски јазици: англиски, германски, француски и ладино шпански (хебрејски) јазик, а се служел и со рускиот јазик. Бил многу посакуван соговорник за разни стручни и научни прашања, но и за интересни дискусии од разни области, како музиката, театарот, филмот, историјата, литературата, уметноста и општествените збиднувања. За својата целокупна активност тој е носител на бројни дипломи, плакети и признанија, а меѓу нив посебно се издвојуваат: Орден на трудот од II степен, наградата на град Скопје „13 Ноември“, државната награда „11 Октомври“ (1981), повелбата „Д-р Трифун Пановски“ (1985) и благодарници доделени од страна на Македонското лекарско друштво (МЛД) за исклучителни резултати во унапредувањето на медицинската наука, практика и развојот на здравствената заштита, и за долгогодишен придонес и афирмација на МЛД.

По повод 85 г. од животот и 60 години научно-стручна дејност на акад. Исак Таџер, на 24.12.2001 г. во МАНУ е одржан свечен собир со воведна реч на акад. Георги Ефремов, кој потоа на акад. Исак Таџер му го врачи првиот комплет од „Избраните трудови“ на акад. Исак Таџер, во три тома, подготвени како фотокопирно издание на МАНУ. На соборот стручни реферати презентираа

проф. д-р Нина Симова и доц. д-р Оливија Васкова.

Институтот за патолошка физиологија и нуклеарна медицина при МФ-Скопје од 2007 г. го носи името „Акад. проф. д-р Исак Таџер“.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсов Д, Милетиќ Д, Миовски Д, рецензенти. Реферат за избор на вонреден професор по предметот патолошка физиологија (Исак Таџер) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 77, ноем. 1964: 3-10.
2. Дејанов П. Иван Дејанов – живот и дело. Скопје, Петар Дејанов 2015: 232.
3. Donev D, Polenaković M. Contributions of the doctors from Macedonia to the establishment and initial development of the Faculty of Medicine in Skopje, R. Macedonia. *Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA* 2012;33(2): 239-77. Available at: http://www.manu.edu.mk/prilozi/2012_2/20d.pdf
4. Ефремов Г. Научно-стручното творештво и едукативната дејност на акад. Исак Таџер. Избрани трудови на акад. Исак Таџер – Том 1. МАНУ, Скопје, 2001.
5. Жантева-Наумовска М. Замина човекот со фанатична посветеност на позивот и професијата. *Vox Medici* 2005; 13(49): 62-3.
6. Јанкуловски Н, Димитријевиќ М, Алабаковска С, Јованова-Вијачева Ј, Нелоски Г, уредници. Декани на Медицинскиот факултет-Скопје 1947-2012. МФ-Скопје, 2015: 173.
7. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, и др. Развој на институциите во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.
8. Малеска-Ивановска В, Жантева-Наумоска М, уредници. 60 Годишнини Медицински факултет, Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје: 1947-2007. МФ, УКИМ-Скопје, 1997: 192.
9. Ристовски Б, главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел II. Македонска академија на науките и уметностите. Скопје, 2009: 1470-1.
10. Ристовски Б, Грозданов Ц, Симовска-Поповска Ј, уредници. Свечен собир посветен на 85 Годишнини од животот и 60 Годишнини од научно-стручната дејност на академик Исак Таџер. Летопис на МАНУ 2001. Скопје 2002: 123-4.
11. Симова Нина. Патофизиологија на клетката – предизвик за нуклеарната медицина. Избрани трудови на акад. Исак Таџер – Том 1. МАНУ, Скопје, 2001.
12. Тофоски Ј, уредник. 60 години Македонско лекарско друштво 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 31, декември 2016 година

ТРОМБОФИЛИЈА КАЈ ПАТОЛОШКА БРЕМЕНОСТ

Јани АНГЕЛОВСКИ

УЛТРАЗВУКОТ ВО ДИЈАГНОЗАТА НА ПЕРИНАТАЛНОТО МОЗОЧНО ОШТЕТУВАЊЕ

Габриела ТАВЧИОСКА

КРИЗНА СОСТОЈБА-ПОПЛАВА НА ДЕЛ ОД РЕГИОНОТ НА СКОПЈЕ, ОПШТИНА ГАЗИ БАБА

(период од 6.8 до 23.8.2016 година)

Љупчо КОСТАДИНОВСКИ, Лилјана ЛАЗАРЕВСКА,
Шемси МУСА, Верица ДОБРОСАВЉЕВИЌ,
Рената ПЕЈЧИНОВСКА, Марије ЃЕТАЈ-ЈАКОВСКИ

РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

Во програмата на Уредувачкиот одбор на „Vox Medici“ важно место има можноста за објавување на вашите стручни и научни трудови, со цел за ваша едукација, не само онаа што произлегува од читањето на објавените трудови, туку и за подигнување на нивоа на знаење за целиот процес од подготвка до објавување на манускриптот. Овој процес подразбира и рецензија на поднесениот труд.

Рецензија или евалуација од колеги-експерти е процес на подложување на труд, испитување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да направат нејспирасна рецензија. Одлучајќи дали манускриптот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува единствена на сисанието врз основа на мислењето на еден или повеќе рецензенти. Овој процес треба да ги охрабри и поттикне авторите да се придржуваат на прифатените стандарди на нивната дисциплина и да сиречи дисеминација на релевантни наоди, неопткреени тврдења, неифајливи интерпретации и лични видувања. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудот кој ќе се придржуваат на приносавките на добра клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научно испитување и за спекнување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (нејавна) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажаниот проус и на нив гледаат како на можност да го унапредат своето знаење и да ја зголемат веројатноста за објавување на своите трудови, други се обесхрабруваат и се плашат дури и да се обидат да испраќаат труд за објавување, а притоа, се озорчени, лути, навредени.

Се разбира, секој има право да не се согласи со мислењето на рецензентот или на единствениот, и доколку успее да го образложи и да го поткрепи својот став со релевантни докази, ќе придонесе за подобрување на квалитетот на рецензирањето. Иако рецензирањето има многу недосајности (најчесто се споменува бавноста), сепак, на него треба да се гледа како на чувар на профилот на едно сисание, унапредувач на квалитетот и учесник за стандардите за публикување на научно-научни трудови.

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 94 од март 2017 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 февруари 2017 година. Дополнителни информации може да добиете секој работен ден на телефоните: (02) 3 239 060 и (02) 3 124 066 локал 106

Награда за најдобар објавен стручен труд во „Vox medici“

Извршниот одбор на ЛКМ донесе одлука со која се воведува Награда за најдобар објавен стручен труд во „Vox medici“. Наградата изнесува 12.000 денари, а оценувањето и изборот на најдобриот труд ќе го прават рецензентите и Уредувачкиот одбор на „Vox medici“. Можност да учествуваат во изборот ќе имаат трудовите кои ќе почнат да се објавуваат во „Vox medici“ од 2016 година.

Тромбофилија кај патолошка бременост

Д-р Јани Ангеловски

Институт за трансфузиона медицина, Скопје

ВОВЕД

Низа промени во бременоста креираат една хиперкоагулабилност за која се верува дека има заштитна функција, која е резултат на хормонското влијание пред се од гестагените хормони. Оваа состојба е физиолошка и помага за успешна нидација на плодот како и за превенција од крвавења. Присуството на додатна, херeditарна или аквирирана причина за тромбофилија го нарушува овој природен баланс и создава услови за венски тромбоемболизам и последици по бременоста, како што се спонтан абортус, интраутерина смрт на плодот, забавен интраутерин раст, прееклампсија и абрупција на плацентата ⁽¹⁾.

Се поголем е бројот на студии кои укажуваат на поврзаност на различни тромбофилии и компликации во бременоста. Robertson и сор. извршиле анализа на студиите во кои се обработува ова поврзаност и потврдуваат дека жените со тромбофилија имаат зголемен ризик за венски тромбоемболизам и компликации во бременоста. Сепак, клиничките студии имаат контроверзни резултати. Засега, нема контролирани и рандомизирани студии за тоа дали антиромботичните терапии ги смалуваат компликациите во бременост. Исто така, засега нема цврсти препораки за тоа дали е потребен ригорозен скрининг за тромбофилија кај секоја бременост ⁽²⁾.

Целта на нашата студија е да се утврди присуство на тромбофилија кај пациентки со патолошка бременост.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ

Студијата е дизајнирана како епидемиолошка ретроспективна студија на пресек и е спроведена на Институтот за трансфузиона медицина во Скопје, во периодот од јуни до октомври 2016 година. Во студијата беа вклучени пациентки со актуелна патолошка бременост. Критериум за исклучување беше постоење на друга причина за секундарна тромбофилија (системски болести како системски лупус, Хашимото тироидитис, ревматоиден

артритис), екстремна обезност, нефротски синдром, дислипидемии.

Од студијата, исто така, беа исклучени пациентки кои веќе примаат кортикостероидна и друга хормонална терапија. Беа собирани демографски податоци (возраст, место на живеење), гинеколошка анамнеза (спонтани абортуси, мртвородени, неуспешни ин витро фертилизации, епх гестози, прееклампсија, живородени деца со деформитети), историја за длабоки венски тромбози и други тромбоемболични настани, како и семејна анамнеза за тромбофилија. Кај сите пациентки беа иследувани следните лабораториски анализи: хемостаза, Д-димери, антиромбин III, протеин С, протеин S, антифосфолипидни антитела, лупус антикоагуланс, МТНFR, фактор V Laiden и протромбин мутација.

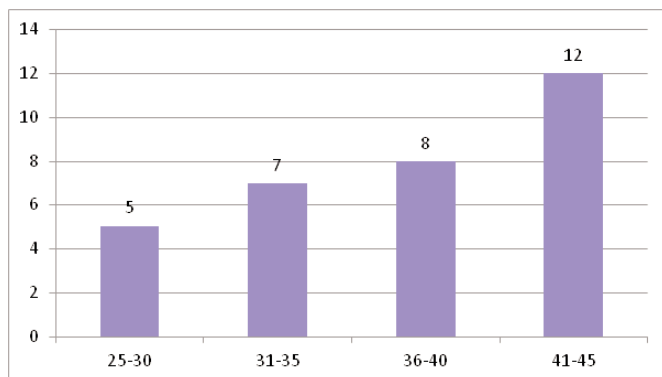
РЕЗУЛТАТИ

Во студијата беа обработени 41 пациентка, од кои 3 беа исклучени поради нејасни анамнестички податоци, 3 поради примање на кортикостероидна терапија, две поради некомплетни лабораториски анализи и една поради докажан системски лупус. Така, анализата опфати вкупно 32 пациентки на возраст од 25 до 45 години (Графикон 1). Најголем број од пациентките (27 или 84 %) се на возраст над 30 години, од кои дури 12 (37%) се на возраст над 40 години. Од нив 17 живеат на село, а 15 во град. Анализата на податоците покажа дека семејната анамнеза за тромбофилија е застапена кај 25 %.

Од гинеколошката анамнеза, најчеста компликација во претходните бремености беше спонтаниот абортус регистриран кај 18 (55%) пациентки и предвременото породување, кај 14 (45%). Хипертензија во претходните бремености беше регистрирана кај 7 (23%) пациентки.

Од лабораториските анализи, најзастапена беше МТНFR мутацијата, регистрирана кај 26 (82%), по што следеше Фактор V мутацијата, присутна кај 18 (55%) од испитуваната популација.

АТ III дефицит беше регистриран кај само една пациентка (2%). Кај 12 пациентки (35%), беше регистриран нарушен сооднос на ДД наспроти скратено АПТТ, односно несоодветно ниски вредности на ДД, што е индиректен показател за хипофибринолиза.



Графикон 1. Дистрибуција по возраст на испитуваната група

	Да	Не
Семејна анамнеза за тромбофилија (%)	8 (25)	24 (75)
Анамнеза за тромботични настани п (%)	5 (20)	27 (80)
Историја за спонтани абортуси п (%)	18 (55)	14 (45)
Историја за предвремено породување п (%)	14 (45)	18 (55)
Живородени деца со деформитети п (%)	2 (5)	30 (95)
ФМ ин утеро п (%)	10 (29)	22 (71)
Историја за хипертензија во бременост п (%)	7 (23)	25 (77)

Табела 1. Релевантни податоци од историјата на болест



Графикон 2. Компликации во бременост кај испитуваната популација

ДИСКУСИЈА

Тромбофилијата е херeditарна или аквирirана состојба која може да биде предиспонирачки фактор за тромбоемболизам ⁽¹⁾. Постојат три битни вродени фактори за тромбофилија кои се одговорни за тромбоемболични состојби кај пациенти кај кои нема друг ризик - фактор за тромбоза: хомозиготна мутација на МТХФР, мутација на Фактор V Лајден и состојба на хипофибринолиза.

Прееклампсија, абрупција на плацентата, интраутеринo заостанување на растот на плодот (IUGR) и интраутерина смрт на плодот (IUFD) се причини за морбидитет и морталитет на мајката и фетусот. Сите овие состојби може да се поврзат со абнормални крвни садови на плацентата и нарушувања на хемостазата ^(3,4).

Резултатите од нашето истражување покажуваат дека пациентките со актуелна патолошка бременост, упатени на Институтот за трансфузиологија во Скопје, најчесто веќе имаат историја за спонтани абортуси (55%), предвремени породувања (45%) и хипертензија во претходните бремености (23%). Возрasta на пациентките (84% над 30 година), како и семејната и личната анамнеза за тромботични состојби укажува на висок ризик за плацентарна хипоperfузија.

Кај три пациентки стануваше збор за зголемен ризик од абрупција на постелката кај кои веќе имаше историја за репeтирачки спонтани абортуси или претходни предвремени породувања. Покрај тоа, кај една пациентка стануваше збор за ФМ во доцна фаза од бременоста. Овие состојби се најверојатно резултат на тромбогени компликации во подоцнежните месеци од бременоста.

Во нормална бременост, трофобластот делува на спиралните артерии кои го губат својот мускулен сид и стануваат поеластични овозможувајќи максимален проток на крв во плацентата. Абнормалната интеракција помеѓу мајката и фетусот доведува до абнормална трофобластична инвазија на спиралните артерии, што резултира со стеснети крвни садови, што условува несоодветна perfузија на интервилoзните простори. Плацентарните патолози го користат терминот плацентарна васкулопатија за да опишат промени на плацентата која се карактеризира со површни ендoваскуларни аномалии на спиралните артерии, атеросклероза и тромботични процеси во спиралните артерии и / или во интервилoзните простори. Клинички, плацентарната васкулопатија е поврзана со прееклампсија, IUGR, плацентарна абрупција и во некои случаи загуба на плодот и предвремено породување ⁽⁵⁾.

Анализата на лабораториските отстапувања во нашето истражување покажа дека мутацијата на МТНFR е застапена кај 82 % од испитаниците, при што почесто се работеше за хомозиготната мутација. Кај 35% од пациентките беа регистрирана несоодветно ниски вредности на ДД, односно состојба на хипофибринолиза.

Добивме поголем процент на пациентки со мутација на Фактор V Лајден значајно повисоки од зачестеноста на оваа мутација кај општата популација. Кај овие пациентки беше забележана хипертромбогеност.

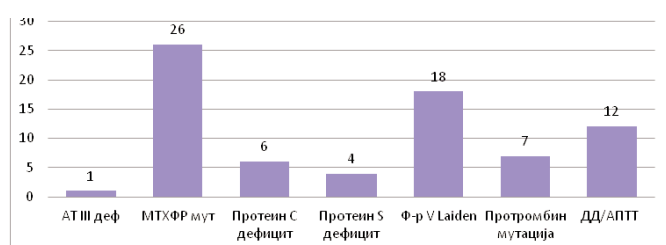
Резистенцијата на активиран протеин C предизвикана од аденин 506 гванин (A506G) и мутација на фактор V Laiden е поврзана со зголемен ризик за венски тромбоемболизам ⁽⁶⁾.

Хетерозиготност за фактор V (FV) Лајден мутација се детектира кај околу 5% од населението и мутацијата е одговорна за 20-30% од венската тромбоемболија. Гванин 20210 аденин мутација на протромбин е поврзана со повисоки плазма концентрации на протромбин и зголемен ризик од венски тромбоемболизам ⁽⁷⁾ и церебрална венска тромбоза ⁽⁸⁾.

Хомозиготноста за тимин на цитозин 677 (C677T) мутација метилен-тетра-хидрофолат редуктаза (МТНFR) резултира со намалена синтеза на 5-метилтетрахидрофолат, примарната метил донатор во имплементацијата на хомоцистеин во метионин и како резултат на зголемување на плазмат-

	Да	Не
АТ III дефицит n (%)	1 (2)	31 (98)
МТХФР мутација n (%)	26 (82)	6 (18)
Протенин С дефицит n (%)	6 (22)	26 (78)
Протенин S дефицит n (%)	4 (17)	26 (83)
Фактор V Leiden n (%)	18 (55)	14 (45)
Протромбин мутација n (%)	7 (23)	25 (77)
ДД/АПТТ (Несоодветно ј вредности на ДД наспроти изразито скратено АПТТ)	12 (35)	20 (65)

Табела 2. Лабораториски наоди кај испитуваната популација



Графикон 3. Детектирани лабораториски отстапувања

ските концентрации на хомоцистеин е фактор на ризик за тромбоза ⁽⁹⁾.

Мутацијата е одговорна за намалување на МТНFR активност и е најчеста причина за блага хиперхомоцистеинемија и може да се најде во 5-15% од населението.

Концентрација на хомоцистеин е под влијание на исхрана. Недостатокот на фолна киселина, Б-6, и / или Б-12 предизвикува покачување на хомоцистеин. На вредностите на хомоцистеин влијае и недостаток на цистатионин бета синтаза и С677Т МТНFR генетска мутација ⁽¹⁰⁾.

Многу од васкуларните ендотелни промени поврзани со хиперхомоцистеинемија може да се најде во прееклампсија ⁽¹¹⁾.

Кандидати за антикоагулантна терапија се жени со акуелна тромбоза, историја за тромбоза, тромбофилија и историја за лоши исходи во претходните бремености, или постпартален ризик од ВТЕ. Префериран лек за таа цел се хепарините, поточно ниско молекуларните хепарини. Сепак, нема доволно студии за употребата на антикоагуланс во бременост, поради што препораките се базираат на помали серии и експертски мислења. Сепак, според сегашните сознанија, се верува дека антикоагулансите ја подобруваат прогнозата кај жени со спомнатите ризици ⁽¹²⁾.

На нашиот Институт имаме долгогодишни добри искуства во превенирањето на тромбогени компликации кај пациентки со ризична бременост и ризик за тромбогени компликации, пред се во третманот со нискомолекуларни хепарини и метилирана форма на фолна киселина.

ЗАКЛУЧОК

Патолошката бременост е често асоцирана со тромбофилија. Напредната возраст на пациентката, семејната и личната анамнеза за тромботични состојби укажуваат на висок ризик за компликации во бременост. Поради зголемената

фреквенција на ризични бремености заради проблеми со циркулацијата на постелката, се наметнува потребата за се почести хемостатски испитувања кај бремените како и испитувања за генетски мутации кои резултираат со тромбофилија. Заради исклучително битната рола на хемостатскиот дисбаланс при патолошките бремености, во напор да се најде решение за овој проблем, засега имаме одлични резултати со воведувањето на нискомолекуларните хепарини како поддршка на плацентарната циркулација.

ЛИТЕРАТУРА

1. Patnaik MM, Haddad T, Morton CT. Pregnancy and thrombophilia. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2007 Jul;5(4):753-65.
2. Robertson L, Wu O, Langhorne P, Twaddle S, Clark P, Lowe GD, Walker ID, Greaves M, Brenkel I, Regan L, Greer IA; Thrombosis: Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) Study.. Thrombophilia in pregnancy: a systematic review. Br J Haematol. 2006 Jan;132(2):171-96.
3. Greer IA. The Challenge of Thrombophilia in Maternal-Fetal Medicine. N Engl J Med. 2000;342:424-425.
4. Many A, Schreiber L, Rosner S, Lessing JB, Eldor A, Kupferminc MJ. Pathologic features of the placenta in women with severe pregnancy complications and thrombophilia. Obstet Gynecol. 2001;98:1041-1044.
5. Dekker GA, Sibai BM. Etiology and pathophysiology of preeclampsia Current concepts. AJOG Review. Am J Obstet Gynecol. 1998;179:1359-1375.
6. Svensson PJ, Dahlback B. Resistance to activated protein C as a basis for venous thrombosis. N Engl J Med. 1994;330:517-552.
7. Poort SR, Rosendaal FR, Reitsma PH, Bertina RM. A genetic variation in the 3'-untranslated region of the prothrombin gene is associated with elevated plasma prothrombin levels and an increase in venous thrombosis. Blood. 1996;88:3698-3703.
8. Martinelli I, Sagghi E, Landi G, Taioli E, Duca F, Mannucci PM. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in the user of oral contraceptives. N Engl J Med. 1988;338:1793-1797.
9. Frosst P, Blom HJ, Milos R, Goyette P, Sheppard CA, Matthews RG, Boers GJ, den Heijer M, Kluijtmans LA, van den Heuvel LP, et al. A candidate genetic risk factor for vascular disease: a common mutation in methylenetetrahydrofolate reductase. Nat Genet. 1995;10:111-113.
10. Kluijtmans LA, van den Heuvel LP, Boers GH, Frosst P, Stevens EM, van OostBA, den Heijer M, Trijbels FJ, Rozen R, Blom HJ. Molecular genetic analysis in mild hyperhomocystinemia: a common mutation in the methylenetetrahydrofolate reductase gene is a genetic risk factor for cardiovascular disease. Am J Hum Genet. 1996;58:35-41.
11. Roberts JM, Taylor RN, Musici TJ, Rodgers Salafia CM, Pezzulo JC, Lopez-Zeno JA, Minior VK, Vintzileos AM. Placental pathologic features of preterm preeclampsia. Am J Obstet Gynecol. 1995;173:1079-1105.
12. James AH. Venous thromboembolism in pregnancy. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2009 Mar;29(3):326-31.

Листа на кратенки

ДД- Д – Димери
МТХФР - метилентетрахидрофолатредуктаза
ФМ - Фетус мортус (Foetus mortuus)
АТ III - антитромбин 3
АПТТ - активирано парцијално тромбoplastинско време
IUGR - интраутерин гестациски застој во растот на плодот

Ултразвукот во дијагнозата на перинаталното мозочно оштетување

Габриела Тавчиоска,

Општа болница „Борка Талески“, Прилеп

Одделение за детски болести

АПСТРАКТ

Вовед: Ултразвукот претставува метода на избор во дијагнозата и следењето на исходот на перинаталното мозочно оштетување кое може да биде хеморагично или хипоксично-исхемиско или комбинација на двете и настанува под дејство на повеќе перинатални ризик - фактори. **Цели:** Да се презентираат ултразвучните наоди на мозок кај новороденчиња и доенчиња во периодот од август 2014 година до септември 2016 година во општата болница „Борка Талески“ во Прилеп, да се презентира негативната предиктивна вредност на негативниот ултразвучен наод на мозок за појава на неуроразвојно отстапување, да се добијат податоци кои би претставувале база за наредни истражувања и можност за развој на перинатологијата во здравствена установа од секундарно ниво на здравствена заштита. **Материјал и методи:** Податоците за оваа ретроспективна студија се добиени од амбулантските дневници и медицинската документација на пациентите на Одделението за детски болести во Општата болница „Борка Талески“ во Прилеп. Негативна предиктивна вредност како статистички параметар е пресметана во рамките на статистичката анализа. **Резултати:** Од август 2014 година до септември 2016 година се направени вкупно 312 ултразвучни прегледи на мозок кај новороденчиња и доенчиња. Позитивен наод при првиот ултразвучен преглед е добиен кај 129 пациенти (59,4%). Пресметана е негативната предиктивна вредност на негативниот ултразвучен наод и добиена е вредност 0,97 или 97%. **Заклучок:** Раната дијагноза на перинаталното мозочно оштетување помага во преземањето соодветни мерки кои би превенирале евентуални неуроразвојни отстапувања.

Клучни зборови: ултразвук на мозок, перинатално оштетување, перинатални ризик - фактори

ВОВЕД

Примената на ултразвучните бранови со фреквенција поголема од 20.000 Hz во неонатологијата и педијатриската неврологија започнала пред околу 30 години.⁽¹⁾ Како безбедна, релативно евтина и едноставна за употреба алатка, ултразвукот претставува метода на избор во дијагнозата и следењето на исходот на перинаталното мозочно оштетување кое може да биде хеморагично или хипоксично-исхемиско или комбинација на двете и настанува под дејство на повеќе фактори. Ризик - фактори кои се асоцирани со перинатално мозочно оштетување се: матернален дијабетес мелитус, злоупотреба на кокаин во текот на бременоста, антикоагулантна терапија кај мајката, фебрилна болест или конвулзии во текот на бременоста, прееклампсија и еклампсија, хориоамнионитис, повеќеплодова бременост, карлична презентација при вагинално породување, гестациска старост помала од 36ГН, интраутерина рестрикција во растот, перинатална асфиксија, пролонгирана кардиопулмонална реанимација кај новороденчето, респираторен дистрес, примена на хиперосмоларни раствори (бикарбонати), конатална инфекција, неонатална сепса, неонатални конвулзии, хипотензија кај новороденчето и други.^(2,3)

Дијагностичките можности на ултразвукот во дијагнозата на интракранијалните развојни аномалии, субдуралниот хематом, како и при детектирање на причините за макрокраниум и микроцефалија се исто така големи.

ЦЕЛИ

- Да се презентираат ултразвучните наоди на мозок кај новороденчиња и доенчиња во периодот од август 2014 година до септември 2016 година во Општата болница „Борка Талески“ во Прилеп.
- Да се презентира негативната предиктивна вредност на негативниот ултразвучен наод на мозок за појава на неуроразвојно отстапување.
- Да се добијат податоци кои би претставувале база за наредни истражувања и можност за развој на перинатологијата во здравствена установа од секундарно ниво на здравствена заштита.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

Податоците за оваа ретроспективна студија се добиени од амбулантските дневници и медицинската документација на пациентите на Одделнието за детски болести во општата болница „Борка Талески“ во Прилеп.

Ултразвучниот преглед е направен на апарат Voluson E8 Expert, со променлива сонда со фреквенција од 4 до 9 MHz при што како акустичен прозорец е користена големата (предна) фонтанела. Ултразвучниот преглед бил индициран од присуство на перинатален ризик - фактор или невролошка симптоматологија. При секој преглед се направени пет коронарни и пет сагитални пресеци. Наодите се интерпретирали според класификацијата на Papille за хеморагичните промени и класификацијата на Pidcock за хипоксично-исхемиските промени. За внесување и анализа на собраните податоци се користени основните компјутерски програми.

За втората цел на студијата, според ексклузионите критериуми (возраст над 28 дена, отсуство на перинатален ризик фактор и позитивен ултразвучен наод на мозок), добиена е група од 37 испитаници со перинатален ризик - фактор и негативен ултразвучен наод на мозок кај кои на возраст од 7-8 месеци преку педијатриски невролошки преглед е проценет психомоторниот развој. Пресметана е негативната предиктивна вредност на негативниот ултразвучен наод на мозок преку формулата $NPV = d / (c + d)$ при што d е број на негативни наоди, а c е број на лажно негативни наоди.

РЕЗУЛТАТИ

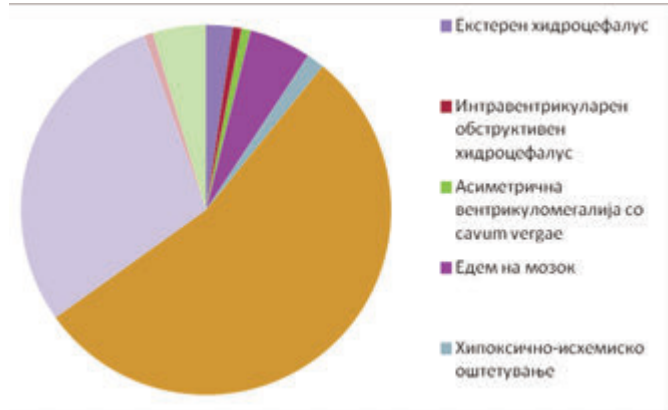
Во периодот од август 2014 година до септември 2016 година во рамките на Одделението за детски болести во Општата болница „Борка Талески“ во Прилеп се направени вкупно 312 ултразвучни прегледи на мозок кај новороденчиња и доенчиња (253 во детска амбуланта или неонатолошко одделение, 59 кај пациенти хоспитализирани на Одделението за детски болести).

Од вкупниот број на ултразвучни прегледи 217 се прв преглед, а 95 се контролни прегледи. Првиот преглед е направен кај 154 новороденчиња и 63 доенчиња. Прематурни новороденчиња со гестациска старост до 31 до 36 гестациски недели се 47.

Првиот ултразвучен преглед е направен кај новороденчиња и доенчиња поради постоење на перинатален ризик - фактор или поради невролошка симптоматологија. Позитивен наод при првиот ултразвучен преглед е добиен кај 129 пациенти (59,4%). Наод во прилог на екстерен хидроцефалус е добиен во 3 случаи, интравентрикуларен опструктивен хидроцефалус е детектиран кај 1 случај, асиметрична вентрикуломегалија со присуство на *cavum vergae* кај 1 случај, едем на мозок кај 7 случаи, благо хипоксично-исхемско оштетување кај 2 случаи, интравентрикуларна хемо-

рагија од прв степен кај 70 случаи, интравентрикуларна хеморагија од втор степен кај 38 случаи, дизгенезија на *corpus callosum* кај 1 случај, унилатерална ограничена хиперехогеност во таламус кај 1 случај, тракасти хиперехогеност во таламуси во 5 случаи. Ултразвучните наоди се сумирани во графикон 1.

Графикон 1



7 пациенти (5,4%) со позитивен наод при првиот ултразвучен наод за понатамошно иследување се упатени во здравствена установа од терцијарно ниво, односно на Клиниката за детски болести во Скопје.

За остварување на втората цел на студијата се анализирани податоците од невролошката процена на пациентите од испитуваната група. Во еден случај е нотирана хипотонија на рамен појас и горни екстремитети.

Пресметана е негативната предиктивна вредност на негативниот ултразвучен наод и добиена е вредност 0,97 или 97% што значи дека кај 97% од случаите со негативен ултразвучен наод на мозок нема да се јави неуроразвојно отстапување.

ДИСКУСИЈА

Околу 10% од новороденчињата имаат ризик - фактор за неуроразвојно отстапување, односно се неуроризични. Еден дел од нив се развиваат без проблем или со помали транзиторни проблеми. Но, кај останатите постои потреба да бидат вклучени во развојна програма при што со соодветни вежби ќе биде искористена неуропластичноста на мозокот. Од исклучителна важност е таквите деца да бидат идентификувани во најрана возраст.^(4,5)

Според добиените резултати од оваа студија предикцијата на неуроразвојниот исход со помош на ултразвучниот преглед на мозок е клинички релевантна и од голема помош на педијатрите во менаџирањето на пациентите. Високата негативна предиктивна вредност на негативниот ултразвучен наод заедно со останатите клинички параметри се сигурна поддршка на педијатарот при советувањето на родителите на неуроризичните новороденчиња.^(6,7)

Студиите на Мејашки-Бошњак со соработниците, како и на Писани со соработниците рапортираат висока сензитивност на уредниот ултразвучен наод на мозок за поволен неуроразвоен исход.^(8,9)

Хербон со соработниците во нивната проспективна студија на 70 новороденчиња со еден до три перинатални ризик - фактори ја обработуваат асоцираноста на позитивниот ултразвучен наод со појавата на невролошки секвели на возраст од 12 месеци.⁽¹⁰⁾

При транскранијалниот ултразвучен преглед на мозокот недостапни за комплетна визуелизација се структурите во задната черепна јама и дел од конвекситетот.⁽³⁾

Студијата има и одредени ограничувања кои произлегуваат од фактот што податоците се добиени од една здравствена установа ("single center study"). Предиктивната вредност во клиничката практика многу зависи од превалентата на абнормалноста кај пациентите кај кои одредена дијагностичка процедура е спроведена.

ЗАКЛУЧОК

Раната дијагноза на перинаталното мозочно оштетување помага во преземањето соодветни мерки кои би превенирале евентуални неуроразвојни отстапувања. Исто така, од голема важност е навремената детекција на ризик - факторите за потенцијални перинатални мозочни оштетувања. Ултразвукот како дијагностичка алатка помага да се предвиди неуроразвојниот исход кај новородениња и доенчиња со перинатален ризик - фактор.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Malcolm Chiswick. Ultrasound brain scanning in the newborn, British Medical Journal 1984;289:336-338
2. Ecury-Goossen GM, Camfferman FA, Leijser LM, Govaert P, Dudink J. State of the art cranial ultrasound imaging in neonates. J Vis Exp 2015 Feb 2;(96):e52238
3. Van Wezel-Meijler G, Sterrerda SJ, Leijser LM. Cranial ultrasonography in neonates: role and limitations. Semin Perinatol 2010 Feb; 34(1): 28-38
4. Yeliz Pekcevik et al. Risk factor of germinal matrix intraventricular hemorrhage in premature infants. Iran J Pediatr April 2014; Vol 24 (2):191-197
5. Christine Van den Broeck et al. Influence of gestational age on the type of brain injury and neuromotor outcome in high risk neonates. Eur J Pediatr Oct 2007;
6. Mercuri E et al. Incidence of cranial ultrasound abnormalities in apparently well neonates on a postnatal ward: correlation with antenatal and perinatal factors and neurological status. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 1998;79: 185-189
7. Yeliz Pekcevik and Esra Ozer. Relationship between ultrasonographic findings of periventricular hemorrhagic infarction and short-term survival in preterm infants. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2015; 5(1):22-27
8. Mejaski-Bosnjak V et al. Hypoxic-ischemic brain damage in term neonates-the relation of neurodevelopmental handicap to cranial ultrasound findings. Neurologia Croatia 1993;41:117-29
9. Pisani et al. Transient periventricular echodensities in preterms and neurodevelopmental outcome. J Child Neurol 21: 230-235
10. Herbon F et al. Early prediction of neurological result at 12 months in newborns at neurological risk. An Pediatr 2015;83(2):123-129



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk

Кризна состојба-поплава на дел од регионот на Скопје, општина Гази Баба

(период од 6.8 до 23.8.2016 година)

Љупчо Костадиновски, Лилјана Лазаревска,
Шемси Муса, Верица Добросављевиќ, Рената
Пејчиновска, Марије Ѓетај-Јаковски
Центар за јавно здравје- Скопје

ВОВЕД

Под елементарни непогоди (катастрофи) се подразбира неочекувана, ненадејно и непосредна опасност за животот и здравјето на луѓето и животните на одредено подрачје, при што погодената општествена заедница не е во состојба да ја отстрани со соодветни сили и средства. Според тоа, масовноста и потребата за помош се основните карактеристики.

Притоа доаѓа до нарушување на еколошката и социјалната рамнотежа на зафатеното подрачје.

Најчести катастрофи кои бараат организирана медицинска и превентивна медицинска помош се: земјотресите, поплавите, големите епидемии и друго.

Поплави и нивни карактеристики

Поплавата може да зафати потесени или поширок комплекс на земјиштето со изливање на водата од речното корито. Секоја елементарна непогода, па и поплавата се карактеризира со два периоди:

- Вонреден период - настанува веднаш на почетокот на поплавата и трае најчесто три до пет дена, понекогаш и подолго, и во тој период се изведуваат спасувачки работи, се решаваат прашањата на евакуацијата и сместување на настраданото население и давање медицинска помош на жртвите од поплавата.
- Период на обновување - почнува по неколку дена по поплавата и ја опфаќа целокупната работа на сите органи за отстранување на последиците од поплавата. Со работата раководи штаб за управување со кризи и вонредни состојби на општината. Задолжително во штабот треба да има специјалист по хигиена и епидемиологија кои ќе предлагаат мерки на лицата кои работат со превентивни медицински екипи на теренот и да вршат контрола на работата. Од јавна здравствена гледна

точка, поплавата може да го наруши пречистувањето на водата и системот на отпадни води, предизвикувајќи претекување на токсичниот отпаден материјал или пак преместување на хемикалиите затекнати на површината.⁵

Човекот создава држави и науки кои ги дефинира со физички граници на својата територија, поврзани во заедница на држави, но не е моќен да создаде лек како да ја прегради атмосферата, не создаде лек како една држава може само својот воздух да го чува незагаден и да не дозволи последиците од поплавите, од заразите да не ја зафатат неговата држава.

Бидејќи ова никогаш не може да се постигне, секоја држава поединечно и меѓународната заедница во целина, мораат постојано да преземаат превентивни мерки, да се организира за реакција и да реагираат кога ќе се случи катастрофа. Од овие активности не е исклучена ниту Република Македонија.

Република Македонија го има донесено Законот за заштита од елементарни непогоди.¹ Во овој Закон на прво место се укажува дека заштитата од елементарни непогоди е од општ интерес за државата и дека првенство на заштита има животот и здравјето на луѓето, а потоа, се разбира, заштитата на материјалните добра на граѓаните и државата.

Во Законот е утврдено дека обврски од областа на заштита имаат сите, почнувајќи од граѓаните, претпријатијата, јавните установи и служби, единиците на локална самоуправа (општините), како и државата како целина, односно органите на државната власт. Притоа, во рамките на своите надлежности и местото и улогата во државата тие учествуваат, ја организираат, спроведуваат и се одговорни за спроведување на заштита и мерките за заштита.

Учеството на органите на државната власт, координацијата на активностите и работата на Републичкиот штаб за цивилна заштита го обезбедува владата на Р. Македонија.² Во ваква ситуација владата на Р. Македонија директно, но најчесто и по правило преку Републичкиот штаб за цивилна заштита, Службата за набљудување и известување, граѓаните и другите учесници во заштитата утврдени со овој закон, а заради спречување на опасноста или отстранување на последиците од елементарните непогоди, согласно Законот за



Поплава во с. Стајковци



Поплава во с. Страцинци

управување со кризи (“Службен весник на Р.Македонија” бр.29/05 од 4.5.2005 година) се уредува системот за управување со кризи во Р. Македонија и тоа: организација и функционирање, одлучување и употреба на ресурсите, комуникацијата, координацијата и финансирањето како и други прашања сврзани со системот за управување со кризи.

Кризни/вонредни ситуации и опасности

Сите вонредни состојби претставуваат голема опасност за човекот и средината во која живеат и работат кон кои тој не може да остане рамнодушен. На сите кризни/вонредни состојби мора активно да се реагира и тоа:

- елементарни непогоди - како резултат на делување на природните сили на кои човекот не може да делува;
- останати несреќи и катастрофи чиј причинител е човекот, без оглед на тоа дали го направил свесно или несвесно (пожари во шуми, станови, магацини, сообраќајни несреќи-воздушни, железнички, по патишта и водени).

Штетите кои настануваат, а кои можеле да се спречат, денес се со такви размери што претставуваат големи суми на

пари со кои би можеле да си се обезбедат стотици станови за работните луѓе и граѓаните. И социјалната страна на проблемите го погодуваат човекот, делуваат на осиромашување на некои општествени средини, работни организации и друго. Заедничко кај сите катастрофи е што тие одеднаш ги нарушуваат условите на надворешната средина, ги уништуваат санитарните објекти и станови, ја нарушуваат исхраната и воопшто нормалниот ритам на животот, го исцрпуваат населението до максимум, како физички така и психички. Во таква ситуација, рамнотежата меѓу причинителот на заболувањето и човечкиот организам се нарушува во корист на предизвикувачот на болестите, па се создаваат услови добри за нивно развивање и штетното дејство прогресивно го зголемуваат, значи многу брзо се зголемуваат изворите на зарази, се отвораат сите патишта за нивно ширење, нивниот број прогресивно се зголемува, а со оглед на психичката и физичката исцрпеност на луѓето, отпорноста на луѓето нагло опаѓа.⁴ Во такви случаи мора да се води борба со времето, т.е. да се спречи избивањето на епидемија од заразни болести до повторно воспоставување на рамнотежата, што значи дека синџирот на инфекција мора да биде прекинат веднаш, или делумно за да се спречи негово повторно јавување.

Кога имаме поплави населението е изложено на потполн ризик од инфективни заболувања, бидејќи сите патишта за ширење на инфекцијата се отворени и условите за одржување на личната и комуналната хигиена се спаднати на нула, исхраната е нарушена и психички трауми се доживевани. Во тој случај доаѓа до нагло и драстично усложнување на хигиенската и епидемиолошката состојба.

Брза процена на состојбата од здравствен аспект

Во управувањето во услови на кризна/вонредна состојба, процената подразбира собирање на субјективни и објективни информации со цел да се измери штетата и да се идентификуваат основните потреби на зафатената популација за кои е потребно да се преземат итни мерки. Процената е замислена да биде секогаш брза, бидејќи таа мора да се изврши во ограничен период, за време или непосредно по настанувањето на вонредната ситуација.³ Целта на брзо донесената процена е:

- да се потврди ургентноста на кризната/вонредната ситуација;
- да се опише видот, влијанието на кризната/вонредната ситуација;
- да се измери нејзиното моментално и потенцијално влијание на здравјето на загрозеното население;
- да се изврши процена на адекватноста на постојниот капацитет за одговор и непосредните дополнителни потреби;
- да се препорачаат приоритетните акции за итен одговор.⁶

Табела бр. 1 Табеларен приказ за резултатите од извршените физичко-хемиски и бактериолошки анализи на земените примероци вода за пиење во поплавените подрачја во периодот од 8.8. до 25.8.2016 година (водоснабдување, квалитетот и здравствената исправност на водата за пиење)

Земените води во поплавените подрачја по хигиено-епидемиолошки индикации														
Населени места	Вкупно	Исправни	Неисправни (Бактериолошки (Б), физичко-хемиски (Ф-Х))			Хлорирана вода		Дид на водоснабдителен објект						
			Неисправни Б. и Ф-Х	Неисправни Ф.	Неисправни Ф-Х	Да	Не	Градски водовод	Локален водовод	ЈКП Газизбаба 2000	ЈКП Плинден	Копирски мост	Копар сунар	Бучан бунар
1. С. Виличе	7	4	1	1	1	3	3	-	-	6	-	1	-	-
2. С. Стајковци	6	6	-	-	-	5	1	6	-	-	-	-	-	-
3. С. Брзарци	7	-	5	2	-	-	-	-	-	-	-	3	4	-
4. С. Сингалиј	4	4	-	-	-	4	-	4	-	-	-	-	-	-
5. Н. Сингалиј	6	6	-	-	-	4	-	4	-	-	-	1	-	-
6. С. Ивриско	6	6	-	-	-	5	1	6	-	-	-	-	-	-
7. С. Прешпо	6	6	-	-	-	5	1	6	-	-	-	-	-	-
8. С. Смилковци	7	7	-	-	-	7	-	7	-	-	-	-	-	-
9. С. Булачани	10	5	4	4	-	3	0	-	4	5	-	1	-	-
10. С. Стрчици	11	1	1	2	4	-	3	-	4	-	-	3	1	-
11. Економија	6	6	-	-	-	4	-	4	-	-	-	-	-	1
12. С. Челинговци	1	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-
13. С. Арачиново	6	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3
14. С. Пудотен	5	2	2	1	-	-	1	-	1	-	-	4	-	-
Вкупно	14	32	52	15	10	6	41	18	37	9	11	1	13	7
Вкупно неисправни 30														

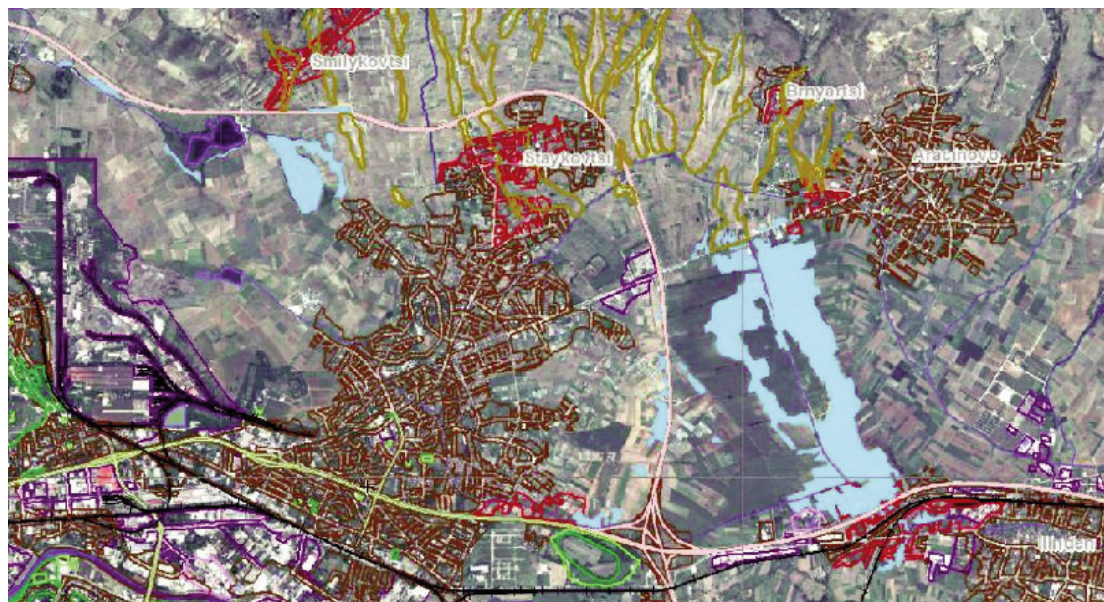
РЕЗУЛТАТИ И ДИСКУСИЈА

Поплавите во Општина Гази Баба се резултат, пред сè, на голем интензитет на врнежи за околу 4 часа според официјалните податоци на УХМР на РМ, при што наврнеа околу 93 мм (или 93 литри) врнежи на квадратен метар, што е навистина големо количество. Дополнително, се јави главен максимум на врнежи од околу половина час, со близу 35 мм или повеќе од 1 мм/минута што е многу висок интензитет. Ваков или поголем интензитет на врнежи (од близу 30-40 мм/час) се јавува ретко и се забележани само неколку појави со досегашните мерења. Поради правецот на движењето на облаците кон Скопска Црна Гора (како средно-висока бариера со 1.651 m), најголемо количество врнежи наврнеа токму на јужните падини на оваа планина, односно северниот дел на Скопската котлина. Вертикалниот огромен облак кумулонимбус со диференцијален електрицитет беше причина и за големиот број електрични празнења кон земјината површина.

Јужните падини на Скопска Црна Гора се доста стрмни, оголени, со мали, поројни сливни подрачја, што условува нагло собирање и површинско истекување на водата од врнежите, кон подножјето, односно во правец на Скопје и ре-

ката Вардар. Доколку пошуменоста беше поголема или растителната покривка погуста, значителен дел од врнежите ќе се впијеа во вегетацијата и во почвата (која денес е речиси целосно однесена поради оголеноста). Огромната концентрација на водна маса, бара коридор по кој ќе дојде кон Вардар. Сепак, запустените дренажни канали, често полни со шут и отпадоци, издигнатите објекти и сообраќајници без пропусти и канали, ниските и слабо пропусни мостови, предизвикуваат насобирање на водата и формирање на мали езера. Од притисокот на водата, пречките на патот попуштат и водата се излева силно низводно или странично, предизвикувајќи поплави. Втора непогодност е високото ниво на подземните води во пониските делови на котлината, поради што земјиштето не може да апсорбира голем квантитет на вода. Затоа, најризична е состојбата долж јужното подножје на Скопска Црна Гора, од Арачиново до Смилковци.

Проблем се и огромниот број бесправно, неправилно и проблематично изградени објекти, особено во ризичните зони, кои го отежнуваат протокот на атмосферската вода, го комплицираат каналско-дренажниот систем или се испречени токму на него. Најголем дел од населението, исто така, не е доволно подготвено и едуцирано за справување со поплави и други непогоди, за што е неопходно подигање на јав-



Топографска
карта на
поплавени
подрачја

ната свест на населението (всушност, од паника предизвиканите сообраќајни незгоди и други причини, сообраќајот на некои места беше целосно препречен, што предизвика уште поголем ризик).

Санитарно-хигиенски и противепидемиски мерки преземени од Центарот за јавно здравје-Скопје

Во периодот од 8.8. 2016 до 25.8.2016 година Одделение-то за хигиена изврши 82 увиди на водоснабдителни објекти во присуство на доктор-специјалист по хигиена. Притоа, беа доставувани секојдневно два пати во текот на денот извештаи за состојбата во поплавените подрачја до координаторот на Кризниот штаб од Институтот за јавно здравје на Р. Македонија, проф. д-р Михаил Кочубовски, специјалист по хигиена, до Министерството за здравство и до Кризниот штаб.

Земени се вкупно 82 примероци на вода, од 14 населени места од кои исправни се 52, а неисправни се 30 примероци на вода, од кои неисправни (бактериолошки и хемиски) се 15, само бактериолошки 10, и хемиски 5 примероци на вода.

Во 41 примерок имало хлор во водата, а во 16 примероци немало присуство на хлор во водата. Од градски водовод земени се вкупно 37 примероци, а од локален водовод 9, од јавни комунални претпријатија Гази Баба вкупно се земени 11 примероци на вода, ЈКП Илинден 1, од каптиран извор 13, од копан бунар 7 и од дупчен бунар 4 примероци вода (Табела 1).

Неисправноста на водите се должеше на неприсуство на резидуален хлор во водоводната мрежа во оние селски водоводи кои и претходно не вршеа дезинфекција на водата за пиење, прекин на водоснабдувањето од локалните водоводи и индивидуалните водоснабдителни објекти.

Согласно Законот за води ("Службен весник на РМ", бр. 87 од 15.7.2008) Владата на Република Македонија, на пред-

лог на Центарот за управување со кризи, утврден во согласност со органот на државната управа надлежен за вршење на работите од областа на животната средина, ги пропишува мерките, активностите, начинот на набљудување и начинот за рано предупредување, плановите во случај на вонредна состојба, како и начинот на информирање на јавноста и соседните држави. Во случај на поплава, земјотреси и некои други природни катастрофи СЕ ЗАБРАНУВА водата за пиење од водоснабдителните објекти и се препорачува населението да се снабдува со вода во шишиња или со цистерни со вода. Цистерните со вода секојдневно беа контролирани од Центарот за јавно здравје-Скопје за движењето на резидуалниот хлор во водата кој беше секогаш во граници од 0,2 мг/л до 0,5 мг/л. Инсистирало е да се зголеми резидуалниот хлор во водоводната мрежа превентивно да спречиме некои несакани хидрични епидемии.

Во истиот период Одделението за епидемиологија при ЈЗУ Центар за јавно здравје Скопје спроведе активности согласно изготвениот Акционен план при што вршеше секојдневно следење на појава на заразни болести во поплавените подрачја и тоа со посебен акцент на болестите со краток и подолг инкубационен период. Изврши епидемиолошки увиди на терен во поплавените подрачја (n=100), увиди во интернатите каде што беа прикрупени раселените лица (n=30), увиди во здравствените установи лоцирани во критичните подрачја (n=22), увиди во предучилишните и училишните установи (n=26) и други. Притоа беа преземени санитарно-хигиенски и противепидемиски мерки и тоа: доставени беа флаери, изготвени од Институтот за јавно здравје на Република Македонија и Министерството за здравство во однос на чистење на куките, водата и санитарните прашања, подготовка на храна и хигиена и глодачи и инсекти (Последици од поплавите: сè што треба да знаете за да го заштитите своето здравје).

Во истиот период беше извршена дезинфекција на површина од 35.484.373 м², при што беа опфатени 6.055 куќи во 17 населени места, дворови, патишта, 10 училишта и други придружни објекти зафатени со поплава.

Извршена беше дератизација во 4.503 куќи, при што беа поставени 67.547 мамци.

Ларвицидна дезинсекција беше извршена на Смилковско, Стајковско и Железарските езера, како и каналите во поплавените подрачја со површина од 66 ха и терестичка дезинсекција со површина од 1600 ха.

Поради обемноста и итноста на извршување на задачите беа ангажирани екипи и од сите центри за јавно здравје на РМ во делот за спроведување на ДДД активностите.

За да се спроведат сите овие активности постоеше висока координираност меѓу менаџерскиот тим на Центарот за јавно здравје Скопје со Институтот за јавно здравје на Република Македонија и Министерството за здравство.

ЗАКЛУЧОЦИ И ПРЕПОРАКИ

Потребни се интегрални мерки за идентификација и заштита на поројните сливни подрачја, утврдување на потенцијално ризични подрачја подложни на наведените непогоди.

Долгорочни мерки- дренање на вишокот атмосферски води преку уреден и соодветен каналски (колекторски) систем, пошумување, подигање на зелени појаси (наместо нивно уништување), изработка на катастар на ризични точки и нивно средување со доволна пропусна моќ за водната маса, смирување на свлечишните зони и многу друго. Неопходно е натамошно стручно, кадровско и техничко подобрување на Управата за хидрометеоролошки работи, со поголем број мерни станици (посебно автоматски), подобра предикција на временските неприлики. Исто така, треба подобра соработка на институциите со научните работници и експерти од соодветните области, во вид на почести консултации, состаноци, размена на мислења и слични мерки. Потребно е подигање на јавната свест на населението, посебно од последиците на уништување на шумите, зеленилото, фрлањето шут, градбата на попречни објекти или насипи, депонии, попречни сидови, јами, особено во зони со високи подземни води, информирање за постапки во случај на непогоди и др.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Закон за заштита и спасување ("Службен весник на РМ", бр.93 од 24.7.2012 година).
2. Закон за управување со кризи ("Службен весник на РМ" бр.29/05 од 04.05.2005 година).
3. План за подготовка и одговор на здравствениот систем при вонредни кризни состојби во Република Македонија, Кочубовски М., јуни 2009 година.
4. Закон за јавно здравје ("Службен весник на РМ" бр. 22 од 15.02.2010 г.)
5. Здравствено-еколошки активности во вонредни услови (општи принципи), специјалистички труд, Костадиновски Љ. Скопје; 1998 година.
6. Хигиена и здравствена екологија, Д. Ѓорѓев, М. Кочубовски, Скопје 2008.



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

„Vox Medici“ ќе објавува стручни, научни и ревијални трудови, прикази на случаи или кратки извештаи. Авторите се должни да се придржуваат на правила за подготовка на трудовите. Уредувачкиот одбор на „Vox Medici“ нема да ги прифати за разгледување и/или рецензија трудовите што нема да ги задоволат овие барања.

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

Манускриптот треба да биде подготвени во електронска форма со двоен проред, големина на букви 12 точки, со македонска поддршка, користејќи го фонтот Times New Roman или Ariel. Бројот на страниците (без табели и/или фигури/илустрации) зависи од типот на трудот:

1. за оригинален научен труд 12 страници и најмногу 6 табели и/или графикони/слики;
2. за стручен труд или ревијален труд 8 страници и најмногу 4 табели и/или графикони/слики;
3. приказ на случај или краток извештај 6 страници и најмногу 3 табели и/или графикони/слики.

Секој дел од трудот треба да започнува на нова страница: насловна страница, апстракт со клучни зборови, текст на трудот, референци, индивидуални табели, илустрации и легенди. Нумерирањето на страниците треба да биде во долниот десен агол, почнувајќи од насловната страница.

Прва страница - насловна страница: Треба да содржи: (а) наслов на трудот, краток, но информативен; (б) првото име, иницијали на средното име и презимето на секој автор (в) институција; (г) називот на одделот; (д) името и адресата на авторот со кого ќе се кореспондира во врска со

манускриптот (ѓ) извор/и на поддршка во форма на грантови, опрема, лекови...

Авторство: Сите лица наведени како автори треба да се квалифицираат за авторство - секој автор треба да учествувал доволно во работата за да може да ја преземе јавната одговорност за содржината. Редоследот на авторите треба да биде заедничка одлука на сите автори. Авторството треба да се засновува само на значајно учество во: (а) конципирањето и дизајнот или анализата и интерпретацијата на податоците; (б) правењето на нацрт на трудот или критичко рецензирање за важна интелектуална содржина; (в) финално одобрување на верзијата за публикација. Условите под (а), (б) и (в) мора да бидат исполнети. Учество само за обезбедување финансирање или само на собирање податоци не го оправдува авторството. Секој дел од трудот во однос на главните заклучоци мора да биде одговорност на барем еден автор. Труд со корпоративно (колективно) авторство мора да го специфицира клучното лице кое е одговорно за трудот.

Едиторите може да бараат авторите да го оправдаат авторството.

Втора страница - апстракт и клучни зборови: Апстрактот треба да е напишан со најмногу 150 збора за неструктуриран апстракт и 250 збора за структуриран апстракт (ги содржи деловите: цел/и на студијата или истражувањето, основни процедури, како што е селекција на испитуваните лица или лабораториски животни, опсервационите и аналитичките методи, потоа, главните наоди/резултати (податоците и нивната статистичка значајност, ако е можно), и главните заклучоци. Истакнете ги новите и важните аспекти на студијата или опсервацијата.

Под апстрактот идентификувајте ги и напишете ги клучните зборови: 3-5 збора или кратки фрази кои ќе по-

могат во индексирањето на трудот и при публикувањето на апстрактот. Користете термини од листата на Index Medicus за медицински наслови (MeSH); ако нема соодветен MeSH термин за некои новововедени термини, може да се користат други термини.

Трета и понатамошни страници - текст на трудот: Текстот од опсервациони и експериментални трудови обично треба да биде, но не е задолжително, поделен на делови со следните наслови: вовед, материјал и методи, резултати и дискусија.

Вовед: Изнесете ја целта на трудот. Сумирајте ја оправданоста за изведување на студијата или опсервацијата. Дајте ги само референците строго поврзани со предметот на истражување или опсервација, не правете обемен преглед на предметот на истражување/опсервација. Не ставајте податоци или заклучоци од работата за која се известува.

Материјал (се однесува на материјал врз кој се врши истражувањето: луѓе, животни, крв, мочка... картони на болни...) и методи: Изнесете ја општата дескрипција на методите. Опишете го јасно изборот на вашите опсервациони или експериментални субјекти (паценти или лабораториски животни, вклучувајќи ги и контролните). Изнесете ги методите, опремата (производител, име и адреса во заграда), и процедурите во доволно детали што ќе дозволат други да ги постават методите, вклучувајќи ги и статистичките. За методи кои се веќе публикувани, напишете ја референцата/ите и дајте само краток опис на методите што се публикувани и се добро познати; опишете ги новите или значително модифицираните методи, изнесете ја причината заради што ги користите и евалуирајте ги хемикалиите/лековите што ги користите, вклучувајќи ги генеричките имиња, дозите, патот на администрација.

Статистика: Ако податоците се сумирани во делот резултати, специфицирајте ги статистичките методи што сте ги користеле за да ги анализирате. Опишете ги статистичките методи со доволно детали за да му овозможите на секој читател со доволно знаење да има пристап до оригиналните податоци за да се верифицираат изнесените резултати. Кога е можно, квантифицирајте ги наодите и изнесете ги со соодветни индикатори на грешките на мерење (како што се интервалите на доверба - CI). Избегнете потпирање само на статистичко тестирање на хипотеза, како што е употреба на „п“ вредноста, ако не можат да пренесат важна квантитативна информација. Дајте детали за рандомизацијата; опишете ги методите за успехот од опсервациите со примена на слепост на пробите. Дајте го бројот на опсервации. Известете за губење на опсервации (како што се исклучувањата од клиничките истражувања). Специфицирајте ја компјутерската статистичка програма што сте ја користеле.

Избегнете нетехничка употреба на техничките термини во статистиката, како што е „случаен“ (укажува на рандомизација), „нормално“, „значајно“, „корелации“, и „мостра“. Дефинирајте ги статистичките термини, кратенки и повеќето симболи.

Дискусија: Истакнете ги новите и важни аспекти на студијата и заклучоците што ќе следуваат од нив. Не повторувајте ги во детали податоците или другиот материјал даден во претходните делови. Изнесете ги импликациите на наодите и нивните ограничувања, вклучително и импликациите за идните истражувања. Компарирајте ги опсервациите со други релевантни студии. Поврзете ги заклучоците со целите на студијата и избегнете неквалифицирани искази, тврдења и заклучоци кои не се потполно поткрепени со вашите податоци. Избегнувајте да давате приоритет на работите што не се завршени. Изнесете нова хипотеза само кога е јасно дека може да гарантирате дека може да биде означена

како таква. Може, ако е соодветно, да се дадат и препораки.

Референци: Референците се внесуваат во текстот со арапски број ставен во заграда, според редот на првото јавување во текстот. За пишување на референците во библиографијата, користете го начинот и форматот што се користи во Index Medicus Consult list of Journals indexed in Index Medicus (види примери подолу).

Избегнете да користите како референци апстракт, „непублицирани податоци“ и „лични комуникации“. Може да се користат референци, трудови прифатени, но сè уште не публикувани - напишете го списанието и додадете „во печат“.

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

Трудови во списание: Стандарден труд во списание (набројување на сите автори, но ако бројот надминува шест, напишете ги имињата на првите три автори и додајте „et al“).

1. You CH, Lee KY, Chey RY, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 2001; 79(2): 311-4.

КНИГИ И ДРУГИ МОНОГРАФИИ

2. Colson JH, Tamour NJJ. Sports injuries and their treatment. 2nd ed. London: S. Paul, 2006.

Табели: Секоја табела треба да биде пратена посебно, изработена според истите правила како за текстот. Не испраќајте табели како фотографии. Табелата не смее да има повеќе од 6 колони и 8 реда. Обележете ги табелите еднопруго со арапски бројки, според редоследот на појавување во текстот. Дајте кратко објаснување на табелата во продолжение на насловот. Сите дополнителни објаснувања, легенди или објаснувања на нестандартните кратенки, ставете ги веднаш под та-

белата. Секоја табела треба да биде цитирана во текстот.

Илустрации: Фигурите треба да се нумерирани според редот со кој прв пат се цитираат во текстот. Графиконите и фигурите треба да бидат професионално изработени, црно - бели или во боја. Рендгенограмите и друг вид илустрации од патохистолошки препарати или слично, треба да бидат поставени во текстот, но и да бидат одделно доставени во електронска форма (pdf, eps, jpg, tif) со висока резолуција. Буквите, бројките симболите и друго треба да бидат јасно видливи и по редуцирање на големината на илустрацијата. Насловите и деталите за илустрацијата треба да се дадени во легендата во текстот, а не на самата илустрација.

Секоја илустрација (графикон, слика...) треба да биде обележена со податоци за бројот на илустрацијата, името на авторот и со стрелка да се означат насоката на фотографијата (горе, долу).

Ако се даваат фотографии на лица, тие треба да бидат или со добиена писмена дозвола да бидат објавени, или такви лицата да не може да бидат идентифицирани.

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

Користете ги стандардните кратенки. Избегнете кратенки во насловот или во апстрактот. Целиот термин на кој се однесува кратенката треба да претходи на нејзината прва употреба во текстот, освен ако е стандардна единица мерка.

НАПОМЕНА

Во сите манускрипти кои се испраќаат до главниот и одговорен уредник треба да стои, како напомена, дали тие се наменети за рубриката „Стручни и научни трудови“ или за другиот дел од списанието.

На крајот од трудот треба да дадете изјава дека трудот не е понуден за публикување и нема да се испраќа истиот текст до други стручни списанија.



*ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Македонија*

lkm.org.mk
lkm@lkm.org.mk



PLIVA **antilectives**

-

[illegible]

Живо и здравствено пожелание за добробитиот на сите на светот во времето ПУБЛИЦИСТИКА, Економика Паризово 66, Савоја
10-16-2016-02-10-05-10-00-10