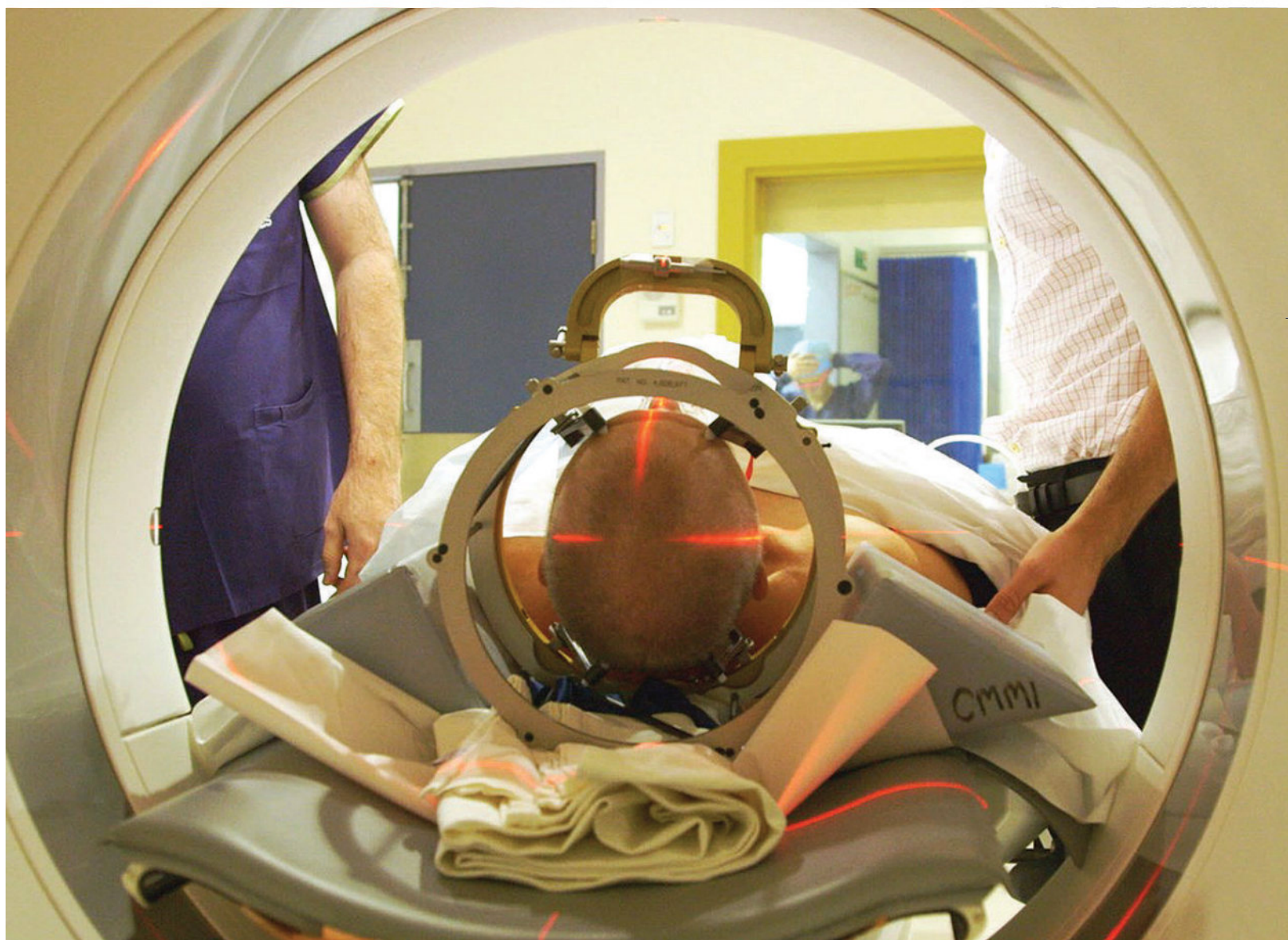


година XXVI • број 98 • март 2018

VOX
medici



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА



Victoza® — Единствениот GLP-1 RA кој докажано превенира кардиоваскуларни настани^{1,2}

НОВО!



Докажана превенција на кардиоваскуларни настани^{1,2}



Ненадминати намалувања на HbA_{1c}³⁻⁹



Ненадминати намалувања на телесната тежина³⁻⁹

Постигнете ги придобивките што им се потребни на вашите пациенти со # 1 пропишваната GLP-1 RA терапија^{2,10}

GLP-1 RA - Glucagon Like Peptid 1 Receptor Agonist

Скратено упатство за пропишување

Victoza® (liraglutide)

Пред да го пропишете лекот, Ве молиме прочитајте го збирниот извештај со особените на лекот. **Фармацевтска форма:** Претходно наполнетото пенкало за еднократна употреба содржи 18 mg лираглутид во 3 ml раствор. **Индикации:** Victoza® се пропишува за третман на возрасни лица со недоволно контролиран дијабетес мелитус тип 2; како надополнување на дијета и вежбање. Victoza® се пропишува како монотерапија (кога метформин се смета за несоодветен поради интолеранција или контраиндикации) или како комбинирана терапија во надополнување на други лекови за третман на дијабетес. **Дозирање и начин на употреба:** За да се подобри гастроинтестиналната толерибилност, почетната доза е 0,6 mg лираглутид дневно. По најмалку една седмица, дозата треба да се зголеми на 1,2 mg. Кај некои пациенти се очекува корист од зголемување на дозата од 1,2 mg на 1,8 mg и врз основа на клиничкиот одговор, по најмалку една седмица дозата може да се зголеми на 1,8 mg за понатамошно подобрување на гликемиската контрола. Victoza® може да се додаде на постоечката терапија со метформин или на комбинираната терапија со метформин и тиазолидиндион. Тековните дози на метформин и тиазолидиндион може да останат непроменети. Кога Victoza® е додадена на терапијата со сулфонилуреа или инсулин, треба да се земе предвид потребата од намалување на дозата на сулфонилуреа или инсулин со цел да се намали ризикот од појава на хипогликемија. Само-контрола на гликемија не е потребна за прилагодување на дозата на Victoza®. Кај возрасни пациенти (> 65 години) не е потребно прилагодување на дозата согласно годините. Не е потребно прилагодување на дозата кај пациенти со лесно, умерено или тешко ренално оштетување. Не постојат терапевтски искуства кај пациенти со ренални заболувања во краен стадиум и поради тоа Victoza® не се препорачува за употреба кај овие пациенти. Употребата на Victoza® не е препорачлива кај пациенти со тешка форма на хепатално нарушување. Victoza® се дава еднаш дневно во кое било време, независно од оброците и може да се инјектира поткожно во пределот на абдоменот, надколеницата или надлактицата. Victoza® не треба да се администрира интравенски или интрамускулно. **Контраиндикации:** Пречувствителност на активната супстанција или на некоја од помошните супстанции. **Посебни предупредувања и мерки на особена претпазливост при употреба:** Лираглутид не треба да се употребува кај пациенти со дијабетес мелитус тип 1 или за третман на дијабетична кетоацидоза. Лираглутид не е замена за инсулин. Не постојат терапевтски искуства кај пациенти со конгестивно срцево заболување класа IV според Њујоршкото здружение за срце-New York Heart Association (NYHA) и од таа причина лираглутид не се препорачува за примена кај овие пациенти. Постои лимитирано искуство кај пациенти со инфламаторно цревно заболување и со дијабетична гастропареза. Употребата на лираглутид се поврзува со транзиторни гастроинтестинални несакани реакции, вклучувајќи гадење, повраќање и дијареа. Акутен панкреатитис е забележан при употребата на GLP-1 рецептор агонисти. Пациентите треба да бидат информирани за карактеристичните симптоми на акутен панкреатитис: Доколку постои сомневање за панкреатитис, треба да се прекине земањето лираглутид, доколку се потврди акутен панкреатитис, не смеа да се почнува повторно со лираглутид. Несакани дејства врз тироидната жлезда, како што е гушавост без пријавени за време на клиничките студии и тоа воглавно кај пациенти кај кои претходно постоело заболување на тироидната жлезда. Поради тоа, кај овие пациенти лираглутид треба да се применува претпазливо. Пациентите кои примаат лираглутид во комбинација со сулфонилуреа или инсулин можат да имаат зголемен ризик од хипогликемија. Пациентите кои примаат лираглутид треба да бидат советувани за потенцијалниот ризик од дехидратација поврзана со гастроинтестинални несакани дејства и да преземат мерки на претпазливост за да избегнат губиток на течности. **Бременост:** Лираглутид не треба да се употребува за време на бременост и наместо тоа се препорачува употреба на инсулин. Доколку пациентката сака да забремене, или доколку забремене, треба да го прекине третманот со Victoza®. **Доење:** Victoza® не треба да се употребува за време на доењето. **Несакани дејства:** Најчесто пријавувани несакани реакции за време на клиничките студии беа гастроинтестинални пореметувања: гадење и дијареа беа многу вообичаени, додека повраќање, констипација, болки во stomakot и диспепсија беа вообичаени. На почетокот на терапијата, овие гастроинтестинални несакани реакции можат да се појавуваат почесто. Овие реакции обично се намалуваат по неколку дена или седмици при континуиран третман. Вообичаени беа и главоболка и назофарингитис. Понатаму, хипогликемијата беше вообичаена и многу вообичаена при комбинација на лираглутид со сулфонилуреа. Тешка хипогликемија примарно е забележана при комбинација со сулфонилуреа. Панкреатитис беше исто така пријавен и пост-маркетиншки. Беа пријавени и случаи на алергија и дехидратација (понекогаш со намалена бубрежна функција). **Предозирање:** Од клиничките студии и употребата на пазарот, биле пријавени предозирања до 40 пати над препорачаната доза на одржување (72 mg). Генерално, пациентите пријавиле сериозно гадење, повраќање и дијареа. Ниту еден од пациентите не пријавил сериозна хипогликемија. Сите пациенти се опоравиле без компликации. Лекот може да се издава само со лекарски рецепт. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 15-9215/09 од 19.02.2010. Victoza® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск A/C, Данска. Производител: Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark.

Референци: 1. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, et al; the LEADER Steering Committee on behalf of the LEADER Trial Investigators. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375(4):311-322. 2. Victoza® Збирен извештај со особените на лекот: <https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/detailview/55747> 3. Pratley R, Nauck M, Bailey T, et al; for the 1860-LIRA-DPP-4 Study Group. One year of liraglutide treatment offers sustained and more effective glycaemic control and weight reduction compared with sitagliptin, both in combination with metformin, in patients with type 2 diabetes: a randomised, parallel-group, open-label trial. *Int J Clin Pract.* 2011;65(4):397-407. 4. Nauck M, Rizzo M, Johnson A, Bosch-Traber H, Madsen J, Cariou B. Once-daily liraglutide versus lixisenatide as add-on to metformin in type 2 diabetes: a 26-week randomised controlled clinical trial. *Diabetes Care.* 2016;39(9):1501-1509. 5. Buse JB, Nauck M, Forst T, et al. Exenatide once weekly versus liraglutide once daily in patients with type 2 diabetes (DURATION-6): a randomised, open-label study. *Lancet.* 2013;381(9861):117-124. 6. Pratley RE, Nauck MA, Barnett AH, et al. Once-weekly albiglutide versus once-daily liraglutide in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on oral drugs (HARMONY 7): a randomised, open-label, multicenter, non-inferiority phase 3 study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2(4):289-297. 7. Buse JB, Rosenstock J, Sesti G, et al; for the LEAD-6 Study Group. Liraglutide once a day versus exenatide twice a day for type 2 diabetes: a 26-week randomised, parallel-group, multinational, open-label trial (LEAD-6). *Lancet.* 2009;374(9683):39-47. 8. Dungan KM, Provedano ST, Forst T, et al. Once-weekly dulaglutide versus once-daily liraglutide in metformin-treated patients with type 2 diabetes (AWARD-6): a randomised, open-label, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet.* 2014;384(9951):1349-1357. 9. Pratley RE, Nauck M, Bailey T, et al; for the 1860-LIRA-DPP-4 Study Group. Liraglutide versus sitagliptin for patients with type 2 diabetes who did not have adequate glycaemic control with metformin: a 26-week, randomised, parallel-group, open-label trial. *Lancet.* 2010;375(9724):1447-1456. 10. Internal calculations based on IMS MIDAS database, April 2017.



Ново Нордиск е регистрирана марка на Ново Нордиск A/C
Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
ул. Никола Кљусев бр 11, Скопје, Македонија
тел: +389 2 2400 202; факс: +389 2 2400 203
www.novonordisk.com D-293/02-03/2018

Овој материјал е наменет само за здравствени работници

VICTOZA®
liraglutide injection



ПОДГОТВЕН
ЗА ПОБЕДА



Откупена фотографија. Лицето кое позира е модел.

Ropuido

rosuvastatin

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



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјејќио и'рег сè

www.alkaloid.com.mk

Содржина

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 8 | Активности на ЛКМ
Јавно - приватно партнерство со приватните болници за едукација и нови методи? | 24 | Јавно здравје
Инфективна мононуклеоза во Скопје во периодот од 2009 до 2017 година |
| 9 | Враќање на патронажната психијатриска служба | 28 | Прокти
Третирање на никотинска зависност во примарното здравство |
| 10 | Средба со докторите кои заминуваат во пензија | 30 | Современа медицина
Нов третман за пациентите со ревматоиден артритис - супкутана формулација на tocilizumab |
| 12 | Регулатива
Анализа на законите и регулативите поврзани со клиничките упатства во земјата | 34 | Практика
Елективна ортопедска хирургија кај лицата со хемофилија - потреба и оправданост |
| 16 | Актуелно
Отворањето на центри за ментално здравје еден од клучните приоритети | 42 | Спорт
Ќе настојуваме повеќе доктори да се вклучат во спортски активности |
| 20 | Современа медицина
Нова метода на стентирање на каротида - превенција од мозочен удар

ERBE технологии во бронхоскопија | 44 | Доајени
Пенчо ДАВЧЕВ, професор и академик, основоположник на Клиниката за гастроентерохепатологија |
| 22 | Ex tempore
Третиот пол | 48 | Драгослав МИЛЕТИЌ,
професор и директор на Институтот за патолошка анатомија при Медицинскиот факултет во Скопје |

Прилог: Стручни и научни трудови

- | | |
|-------|---|
| 00504 | С. И. Спировска
Гигантоклечочен артеритис со полимиалгија реуматика |
| 00508 | В. Амбаркова, М. Петровски, Н. Митреска
Cysta colli mediana |

(Re) лиценцирање



**Д-р Оливер
АЛЕКСОВСКИ,**
претседател на Комисија
за информативно -
пропагандна и
издавачка дејност

При крај е вџториоџ циклус на обновување на лиценциџе за рабоџа на докџориџе со кои џочна да се џрактџикува концевџиоџ на лиценцирање и акредџиџација во Репџублика Македонија. Во овој џроцес, секако, влегоа и жодем број докџори кои џодоџна диџломираа и сџекнаа лиценца за рабоџа. Сџанува збор за неколку илјади докџори кои со докуменџиџација аџлицираа за релиценцирање. Посџаџкаџа за обновување на лиценцаџа за најжомеџиоџ дел од нив е завршена во џредвидениоџ рок. Можеби, некоџаш со мали недоразбирања, дообјаснувања, чекања, џа и нервози. Меџуџа, како и да е, најжомем број од докџориџе докажаа конџинуиџеџ во одржување на квалџиџеџиоџ на индивидуалниџе џрофесионални акџивносџи и сџособносџи и џи исџолнија условиџе за „визирање“ на лиценцаџа за наредниџе седум жодини. Во џекоџ на оваа обемна акџивносџ на Комораџа се намеџна џоџребаџа од воведување на нова електронска евиденција на акџивносџиџе од конџинуиранаџа медицинска едукација, џредуслов, кој во многу неџиџо ке ја уџџочни, забрза и олесни целокуџнаџа џосџаџка за обнова на лиценцаџа за рабоџа.

Инаку, да џоџсеџиџе, лиценцаџа за рабоџа има валидносџ за одреден временски џериод, дефиниран со Законоџ за здравсџвена заџџиџа која изнесува седум жодини, со важносџ од деноџ на издавањеџо на лиценцаџа за рабоџа. Со акредџиџацијаџа џиџој е џроцес џиџо обезбедува конџинуиран џрофесионален развој на докџориџе и задоволување на минималниџе сџандарди, односно, добра медицинска џрактџика, комџлеџна, сиџурна, еџична и квалџиџеџна здравсџвена заџџиџа, се џодиџа комџеџенџносџа и диџниџеџиоџ на џрофесијаџа. Индирекџно, акредџиџацијаџа обезбедува џовисоко ниво на медицинскаџа едукација на сџиџе нивоа, џи јакне џрофесионалниџе здруженија и орџанизации, а со џаа и жо џодобрува сџаџусоџ на докџориџе во заедницаџа. Акредџиџацијаџа е мерлив, џрансџаренџен и објекџивен сџсџем на реџулирање и вреднување на медицинскаџа џрофесија и се базира на џринциџиоџ „оценувањеџо жо џоџџиџкнува учењеџо“.

Сџсџемоџ на конџинуираноџ џрофесионален развој, кој е џреземен и аџаџиџиран во македонскиоџ здравсџвен сџсџен, е восџановен во сџиџе земји на Евроџскаџа Унија, друџиџе евроџски земји, како и во САД, Канада и Аџсџтралија. Тој џреџсџавува значаен елеменџ во џрофесионалнаџа дејносџ на докџориџе и е услов за обновување на лиценцаџа за рабоџа во сџиџе сџомнаџи држави.

Со џочиџ,



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:

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

ЗА ИЗДАВАЧОТ

Доц. д-р Калина Гривчева – Старделова

ИЗДАВАЧКИ СОВЕТ

д-р Калина Гривчева – Старделова
д-р Илбер Бесими
д-р Игор Дабески
д-р Иљир Шурлани
д-р Никола Граматниковски
д-р Мевлудин Куч,
д-р Илберт Адеми,
д-р Мухамед Асани,
д-р Душко Темелков,
д-р Тодор Кичуков,
д-р Алберт Леши,
д-р Гордана Божиновска - Беака,
д-р Аргент Муча
д-р Дениел Поповски

КОМИСИЈА ЗА ИНФОРМАТИВНО -ПРОПАГАНДНА И ИЗДАВАЧКА ДЕЈНОСТ

ПРЕТСЕДАТЕЛ

д-р Оливер Алексовски

ЗАМЕНИК ПРЕТСЕДАТЕЛ

д-р Ирфан Ахмети

ЧЛЕНОВИ

д-р Александар Димовски
д-р Атила Реџеми
д-р Владимир Аврамовски

УРЕДНИК

Ристе Недановски

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Владимир Бачваровски

ЛЕКТОР

Живко Мартиновски

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ
ISSN 1409-8865
www.lkm.org.mk



ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Македонија

Поповолни финансиски услови за акредитација на стручни активности

Врз основа на Статутот на Лекарската комора на Македонија, Извршниот одбор на Комората на седницата одржана на 25.01.2018 година донесе Одлука за измена и дополнување на одлуката за висината на трошоците за одобрување и категоризација на стручните активности со кои се овозможуваат поповолни финансиски услови за нивно организирање. Со оваа измена се коригира висината на трошоците што организаторот на стручната активност треба да ги намира за одобрување и акредитација на стручната активност:

- **Курс/ симпозиум/работилница/школа:**

Прва категорија: **250 евра** во денарска противвредност (досегашна обврска 400 евра)

Втора категорија: **200 евра** во денарска противвредност (досегашна обврска 250 евра)

- **Конгрес: 350 евра** во денарска противвредност (досегашна обврска 500 евра)

- **Предавања (повеќе од еден академски час):**

200 евра (во денарска противвредност) за 1 настан

300 евра (во денарска противвредност) за 2 настана

400 евра (во денарска противвредност) за 3 настани

- **Стручен состанок, предавање (еден академски час):**

150 евра (во денарска противвредност) за 1 настан

250 евра (во денарска противвредност) за 2 настана

300 евра (во денарска противвредност) за 3 настани

Оваа Одлука ќе се применува од 25.01.2018 година.

Одлуката има за цел да ги мотивира професионалните здруженија, асоцијации, установи и институции да организираат и реализираат повеќе стручни активности кои се во функција на континуираната медицинска едукација на докторите и нивна стручна надградба, а со неа се прави конкретен чекор со кој се намалуваат финансиските трошоци како една од евентуалните пречки во нивното организирање

Лекарска комора на Македонија

Активностии на ЛКМ

ХИРУРШКИ КЛИНИКИ

Јавно - приватно партнерство со приватните болници за едукација и нови методи?



Министерот за здравство, д-р Венко Филипче најавува измени на концептот на дополнителна работа и тоа со можност за дополнителна дејност и во јавните и во приватните здравствени установи. Тој најави и можност за воведување на јавно - приватно партнерство, пред се во областа на едукација на докторите за одредени постапки и процедури за кои во моментот пациентите се упатуваат во странство. Според објаснувањата на д-р Филипче, за тоа се размислува да се направат договори со некои реномирани странски институции и врвни експерти. Тие ќе работат и едуцираат најверојатно во некоја од приватните болници во Р.Македонија

кои ги исполнуваат стандардите кои ги бараат странците.

Ова се дел од новините кои како идеи ги најави министерот за здравство на работната средба организирана од Лекарската комора на Македонија со докторите од хируршките установи од Скопје (Одбор на доктори на ЛКМ Центар 1), на која присуствуваа д-р Калина Гривчева - Старделова, претседател на Комората, д-р Илбер Бесими, заменик на претседателот, д-р Никола Граматниковски, потпретседател за терцијарно здравство, како и д-р Соња Топузовска, декан на МФ, УКИМ - Скопје со дел од својот тим.

Во дискусијата стана збор и за нови-



от клинички центар, а беше отворено и прашањето за неопходноста за регионализација на болничките институции во земјава и на родилиштата, посебно, со оглед на актуелните технички и кадровски услови во коишто тие работат.

Враќање на

Проблемите со присилната хоспитализација, враќање, односно зајакнување на патронажната служба за лицата со ментални нарушувања, решавањето на отвореното прашање со прифаќањето и лекувањето на лицата со алкохолизам во установите од терцијарно ниво, неопходноста за осовременување на лековите кои паѓаат на товар на Фондот за здравствено осигурување за психијатриските болни, беа дел од темите кои ги отворија докторите од Клиниката за психијатрија на средбата со претставниците на Лекарската комора на Македонија што се одржа на 16 јануари 2018 година во Скопје. На ова средба присуствуваа докторите од оваа здравствена установа, претседателката на Комората, д-р Калина Гривчева - Старделова и д-р Никола Граматниковски, потпретседател за терцијарно здравство.

На средбата беше објаснето дека целта на овие средби е да се чујат мислења, предлози и иницијативи, како и да се лоцираат проблемите со кои се соочуваат докторите во секојдневната своја работа, како и да се разгледаат можни решенија за нивно надминување. Докторите беа информирани и за активностите на Комората во изминатиот период, при

На средбата беше најавено дека се планира вработувања на 40 доктори, а како што беше речено, во натамошниот период тој број ќе се зголеми на околу 100 доктори.

На дневен ред на состанокот беа и новиот закон за здравствена заштита, интегрирање на системот “Мој термин”, укинување на плаќањето по учинок, начинот на менаџирање на специјализациите на катедрите по хирургија, ортопедија и анестезија, систематизација во универзитетските клиники, воведување нови специјализации (ургентна медицина) и нивната рефлексивност во формирањето на новите интег-

рирани ургентни центри.

Министерот Филипче ги информираше присутните за законските измени на кои се работи. Истакна дека измените со кои се укинуваат вторите директори, учинокот и олеснувањето на постапката за префрлување на здравствени работници од приватно во јавно здравство, се во тек. Во втората фаза се планира да се направат промени со кои ќе се имплементираат европските практики во македонскиот здравствен систем.

На состанокот повторно беше истаканата потребата за донесување на посебен закон за докторска дејност со кој ќе

се решат голем број прашања за докторите.

Во дискусијата докторите дадоа свои предлози и мислења, како околу предлозите што ги презентира министерот за здравство, така и за други прашања кои се од посебен интерес за клиничката практика. Договорено е за сите актуелни теми да се произнесат катедрите и со конкретни предлози да помогнат во надминувањето на проблемите и во креирањето на нов современ здравствен систем во кој и докторите и пациентите ќе бидат задоволни.

Vox medici

УНИВЕРЗИТЕТСКАТА КЛИНИКА ЗА ПСИХИЈАТРИЈА

патронажната психијатриска служба



што беа издвоени измените на законската регулатива, пред се Законот за здравствена заштита, Законот за докторска дејност, преговорите со Фондот за здравство околу договорите и проблемите со кои се соочуваат докторите во примарната, секундарната и терцијарната здравствена заштита, специјализациите и надминувањето на проблемот, пред се со приватни специјализации и начинот на плаќање на нивниот ангажман, како и изнаоѓање на нов сеопфатен модел на специјализации во кој ќе биде зајакната улогата на Комората. Во овој контекст беше нагласена потребата за издавање на факсимил со посебна ознака за докторите на специјализација по завршување на најмалку половина од целата специјализација. Акцент беше ставен

и на неопходноста за изготвување на целосно нов концепт за дополнителна практика на докторите со јасни услови и критериуми, како и на проектите на коморите, Лекарска, Стоматолошка и Фармацевска, меѓу кои и она со

Министерството за здравство и Здружението на медицински сестри, техничари и акушерки на Р. Македонија за стоп за насилството во здравството.

Во дискусијата докторите од Клиниката за психијатрија како посебно актуелни ги издвоија потребата од донесување на закон за докторска дејност, неопходноста за измени, односно зголемување на времетраењето на прегледите на психијатрите во „Мој термин“, корекции и израмнување на висината на надоместокот за дежурство во терцијарното ниво и корекции во пакетите на здравствените услуги.

Vox medici



Средба со докторите кои заминуваат во пензија



Лекарската комората кон крајот на минатата година организираше мала свеченост за докторите кои го завршија работниот век и заминуваат во пензија. На средбата претседателката на Комората им се заблагодари на докторите за нивната долгогодишна и несебична посветеност на докторската професија и Хипократовата заклет-

ва. На докторите во знак на благодарност им беа врачени благодарници, а претседателката Гривчева - Старделова им посака добро здравје и добри и среќни пензионерски денови.

Ваквите средби со докторите кои заминуваат во пензија се планира да станат традиционални.

Vox medici



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk

Memantin PLIVA

memantine hydrochloride

филм-обложени таблети
30x10mg

- ✓ Лек од избор кај умерена и тешка AD
- ✓ Намалува психијатриски симптоми - штети антипсихотик

PLIVA  CNS

Индикации: умерена до тешка

Алцхајмерова деменција.

Контраиндикации: Преосетливост на активната супстанција или на која било состојка на лекот.

Начин на употреба и дозирање: Memantine PLIVA се зема еднаш на ден, секогаш во исто време, со или без храна. Иницијална доза е 5 mg/еднаш на ден, а потоа постепено се титрира со зголемување на дневната доза за 5mg во интервали од една недела, сè до препорачаната доза на одржување од 20 mg на ден.

Безбедност: севкупната фреквенција на јавување на несакани дејства со мемантин не се разликувала од онаа со плацебо. Најчестите несакани дејства се замаеност, главоболка, опстипација, сомноленција и хипертензија. Број на одобрение за ставање во промет: 15-8890/09 од 15.07.2010.

Cipozel®

donepezil

перорални дисперзибилни таблети
28x5mg
28x10mg

- ✓ Таблети кои се раствораат во устата
- ✓ Подобра соработка*
* 60% од пациентите во напредната возраст имаат проблеми со голтање



Индикации: симптоматски третман на блага до умерено тешка Алцхајмерова деменција. **Контраиндикации:** преосетливост на донепезил хлорид, деривати на пиперидин или било која друга помошна состојка.

Начин на употреба и дозирање: Cipozel пероралните дисперзибилни таблети се земаат перорално, навечер пред спиење. Иницијална доза е 5 mg/еднаш на ден. Максималната препорачана дневна доза е 10 mg.

Безбедност: Донепезил има мало или умерено влијание врз способноста за возење или за управување со машини. Најчестите несакани дејства се дијареја, мускулни грчеви, замор, мачнина, повраќање, главоболка и инсомнија.

Број на одобрение за ставање во промет: 11-10139/3 и 11-10141/3 од 04.05.2016.

Не се сами...



 **PLIVA**
Членка на групацијата Teva

Начин на издавање: во аптека на лекарски рецепт. САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ.
ЗБИРНИ ИЗВЕШТАИ ЗА ОСОБИНИТЕ НА ЛЕКОВИТЕ СЕ ДОСТАПНИ НА БАРАЊЕ.
Име и адреса на носителот на одобрение за ставање на лекот во промет:
Плива довел Скопје, Никола Паралунов б.б., 1000 Скопје, тел. 02 3063-414
09-16-CIP/MEM-02-NO/37-16/09-18

www.pliva.com.mk
www.plivamed.net

Анализа на законите и регулативите поврзани со клиничките упатства во земјата



Со член 27 од Законот донесен 2012 година е регулирано дека здравствена-та дејност во здравствените установи од страна на здравствените работници и здравствените соработници задолжително се врши согласно со стручните упатства за медицина заснована на докази кои согласно со современата светска медицинска практика, ги пропишува министерот за здравство, а претходно мислење на стручните упатства од финансиски аспект дава Фондот за здравствено осигурување како купувач на здравствени услуги

Законот за здравствена заштита донесен 1991 година го уредува прашањето на стручно медицинските доктринарни ставови и тоа само како дел од работата на посложените видови на здравствени установи како што се завод и клиника. Така, во член 106 од Законот, уредувајќи ја дејноста на заводот, како вид на здравствена установа, меѓу другото, е регулирано дека заводот учествува во изградбата и спроведувањето на стручно - медицинските доктринарни ставови (став 1) и во став 2-изградува и спроведува стручно-медицински доктринарни критериуми во својата област.

По однос на клиниката, како вид на здравствена установа, меѓу другото, во член 108 стои дека изградува и спроведува стручно-медицински доктринарни критериуми во својата област и укажува стручно-методолошка помош на

здравствените организации од соодветната гранка на медицината, односно стоматологијата. Како и дека клиниката учествува во утврдувањето и спроведувањето на единствена стручно - методолошка доктрина за одделни области од здравствената заштита и изградува и спроведува стручно-медицински доктринарни критериуми во својата област (член 110). И во Законот за здравствена заштита од 2012 година е регулирано дека клиниката и универзитетскиот институт, меѓу другото, изградуваат и спроведуваат стручно-медицински доктринарни критериуми во својата област и укажуваат стручно-методолошка помош на здравствените установи од соодветната гранка на медицината, односно стоматологијата.

Во член 159 се уредува вршењето на надзорот над стручната работа на

здравствените работници и здравствените соработници. Законската формулација на оваа одредба е „Заради унапредување и подобрување на квалитетот на стручната работа, остварување на стручно-медицинската доктрина, оценување дали стручната работа се врши во согласност со медицинските и други науки, како и условите и начинот на укажувањето на здравствената заштита, во здравствените организации и други организации, кои во согласност со овој Закон, спроведуваат здравствена заштита и во самостојните ординации, со увид во стручната работа, се врши надзор над стручната работа на здравствените работници и здравствените соработници, ефикасноста и рационалноста на здравствената заштита и водењето на медицинската и друга документација и евиденција. Здравствените работници и здравствените соработници се одговорни за својата стручна работа”.

Во јули 2008 година е донесен Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствена заштита („Сл. весник на Р. Македонија „, бр.77/08) со кој се создава законска основа за донесување на подзаконски акт со кој министерот за здравство ќе пропишува начин на кој здравствените установи ја

вршат здравствената дејност за која имаат дозвола за работа (член 114-а). Основата за донесување на упатствата е уредена согласно Законот за организација и работа на органите на државната управа („Службен весник на Република Македонија“ бр. 58/2000, 44/2002, 82/2008, 167/2010 и 51/2011) според кој министерот донесува правилници, наредби, упатства, планови, програми, решенија и други видови акти за извршување на законите и други прописи, кога за тоа е овластен со закон.

Со упатството се пропишува начинот на постапување во извршувањето на одделни одредби на законите и други прописи.

Првите упатства (8) се објавени во „Службен весник на Република Македонија“, бр. 158/10 со период на важење - една година (9 декември 2010 година - 9 декември 2011 година) за примарна здравствена заштита.

Втората група на упатства (15) се објавени во „Службен весник на Република Македонија“, бр. 168/10 за период на важење - две години (25 декември 2010 година - 25 декември 2012 година) за гинекологија и акушерство.

Истата година се објавени 17 упатства во „Службен весник на Република Македонија“, бр. 168/10 со период на важење - две години (25 декември 2010 година - 25 декември 2012 година) за неонатологија. Во 2011 година е објавено едно упатство за офталмологија.

Во Законот за здравствена заштита („Службен весник на Република

Македонија“ бр. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013, 39/2014, 43/2014, 132/2014, 188/2014, 10/2015, 61/2015, 154/2015, 192/2015, 17/2016 и 37/2016) со член 15 точка 32 е утврден поимот на “стручно упатство“ како збир на систематски развиени заклучоци за успешноста и ефикасноста на начините и постапките за третирање на определена здравствена состојба, кои се темелат врз оцената на доказите за најсоодветните начини за здравствен третман на пациентите (медицина заснована на докази).

Со член 27 од Законот донесен 2012 година е регулирано дека здравствената дејност во здравствените установи од страна на здравствените работници и здравствените соработници задолжително се врши согласно со стручни упатства за медицина заснована на докази кои, согласно со современата светска медицинска практика, ги пропишува министерот за здравство, а претходно мислење на стручните упатства од финансиски аспект дава Фондот за здравствено осигурување како купувач на здравствени услуги.

Надзор над вршењето на здравствена дејност согласно со стручните упатства вршат Министерството за здравство и Државниот санитарен и здравствен инспекторат, како и Фондот за здравствено осигурување на Македонија во делот на финансирањето на вршењето на здравствените услуги.

Првпат се регулира дека здравствената дејност во здравствените установи од организациски аспект задолжително

се врши согласно со протоколи кои ги пропишува министерот за здравство.

Во 2015 година членот е дополнет со два нови става со кои се уредува хоспиталната култура и обврската за објавување на упатствата. Имено, со став 5 се уредува дека 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, ќе ги утврди министерот за здравство со правилник за хоспитална култура. Овој Правилник е донесен. Со ставот 6 се уредува обврската за објавување на стручните упатства, протоколите и Правилникот за хоспитална култура на веб страницата на Министерството и во „Службен весник на Република Македонија“.

На веб страницата на Министерството за здравство во „документи“ се објавени упатствата за практикување на медицина заснована на докази³ и тоа:

- Акушерство -11
- Гастроентерохепатологија -29
- Геријатрија-9
- Гинекологија-19
- Дерматологија-38
- Детска хирургија-14
- Дигестивна хирургија-7
- Ендокринологија-33
- Инфектологија-58
- Кардиологија-31
- Максифацијална хирургија-1
- Неврологија-65
- Неврохирургија-11
- Неонатологија-32
- Нефрологија-24
- Онкологија-21
- ОРЛ-20
- Ортопедија -20
- Офталмологија-21
- Педијатрија-93
- Пластична хирургија-7
- Психијатрија-42
- Пулмологија-25



Правно кайче

- Радиологија-2
- Ревматологија-25
- Спортска медицина -1
- Токикологија-12
- Торакална и васкуларна хирургија-7
- Трауматологија-22
- Урологија-21
- Физикална медицина -38
- Хематологија-28
- Повеќе области-14 (грчеви во нога и др.)

Сите горенаведени упатства се донесени од министерот за здравство врз основа на член 27 став 1 од Законот за здравствена заштита.

Во јануари 2014 година е објавен Протокол за безбедна хирургија со кој се пропишува вршењето на проверката за обезбедување на безбедна хирургија при извршувањето на хируршки интервенции во здравствените установи, донесен од министерот за здравство врз основа на член 27 став 4 од Законот за здравствена заштита. На веб страницата на Министерството, во „Правилници и други упатства“ објавени се:

- 1 Упатство за начинот на упатување на дијагностички процедури за радиолошка дијагностика и начинот на издавање на резултати за рендген дијагностика (РТГ), компјутерска томографија (КТ), магнетна резонанца (МР) и мамографија.
- 2 Упатство за безбедна хирургија на СЗО.
- 3 Оперативна „Check“ листа за безбедна хирургија на СЗО.
- 4 Правилник за хоспитална култура.
- 5 Протокол за ургентна тријажа.
- 6 NICE клинички упатства.
- 7 NICE интервенциски процедури.

NICE клиничките упатства – Национален институт за клиничка извонредност, Велика Британија – Работни документи, објавени се како неофицијални преводи на клиничките упатства од Националниот институт за клиничка извонредност, Велика Британија, со напомена дека истите немаат правна сила на упатства согласно Законот за здравствена заштита се до нивно објавување во “Службен весник на Република Македонија”, односно се од информативна природа на

здравствените работници и пациентите. Со нив се опфатени 96 состојби и дијагнози од различни медицински области.

Вршењето на стручниот надзор над работата на здравствените установи и здравствените работници како јавно овластување е пренесено на Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора и се врши врз основа на годишен план за стручен надзор на кој согласност дава министерот за здравство. Надзорот над стручната работа по потреба се врши на барање на пациент, член на неговото семејство и државен орган. Министерот за здравство по потреба може да формира комисија за вршење на надзор на стручната работа на здравствените установи и другите установи кои вршат здравствена дејност и на здравствените работници и соработници.

Според член 296 надзор над стручната работа на здравствените установи и другите установи кои вршат здравствена дејност и на здравствените работници и соработници се врши заради контрола над стручната работа, спроведување на стручните упатства, оценка на стручната работа, како и процена на условите и начинот на укажување на здравствената заштита. По разгледувањето на извештајот министерот за здравство донесува решение за:

- 1) привремена забрана за целосно или делумно вршење на одреден вид на здравствена дејност;
- 2) привремена забрана за целосна или делумна работа на организациона единица на установата;
- 3) привремена забрана за работа на здравствената установа, односно министерот за здравство може:
 - да предложи до надлежната комора да поведе постапка за одземање на лиценцата за работа на здравствен работник;
 - да предложи до здравствената установа да спроведе постапка за преместување на друго работно место и/или за упатување на дополнително стручно усовршување, односно доделување ментор за здравствениот работник за кој ќе се утврди недоволна обученост (стручност) и за преземените активности да ја извести надлежната комора и

- да иницира вршење на инспекциски надзор од надлежен орган.

Покрај надворешен, согласно Законот, се врши и внатрешен надзор над стручната работа и тоа здравствената установа е должна да организира внатрешен надзор над стручната работа на здравствените работници и соработници согласно со одредбите од овој закон кои се однесуваат на следењето и унапредувањето на квалитетот на здравствената заштита во вршењето на здравствената дејност. За стручната работа на здравствените установи и другите установи кои вршат здравствена дејност е одговорен директорот на установата.

Инспекциски надзор над примената на овој Закон врши Државниот санитарен и здравствен инспекторат, согласно со 333 и друг закон.

Решението од член 27 став 2 од 333 е дека надзорот над вршењето на здравствена дејност согласно со стручните упатства вршат Министерството за здравство и Државниот санитарен и здравствен инспекторат, како и Фондот за здравствено осигурување на Македонија во делот на финансирањето на вршењето на здравствените услуги, а во членовите 295 и 296 од 333 според кои надзорот го вршат Лекарската, Стоматолошката и Фармацевтската комора, односно по исклучок и Министерството за здравство.

Во нормативниот текст на упатствата се утврдува начинот на постапувањето, а целиот текст на упатството е дадено во прилог. Во посебен член е утврдено дека здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност по правило согласно упатството и е направен исклучок во поединечни случаи по оценка на докторот да може да се отстапи од одредбите на упатството, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот. Упатствата стапуваат во сила наредниот ден од денот на објавувањето.

Б. А.

Моќта на **Devit-3[®]**

ИНТРАМУСКУЛНИ/ПЕРОРАЛНИ АМПУЛИ

1 ml (ампула) содржи **300.000 ИЕ**

Секоја ампула од 1 ml содржи 7.5 mg (300.000 IU) витамин D₃.

Devit-3[®] И.М/пероралните ампули може да се администрираат перорално или интравенски според препорака на лекарот и желбата на пациентот, но таа мора да се инјектира во мускулот при малапсорпција со калциум.

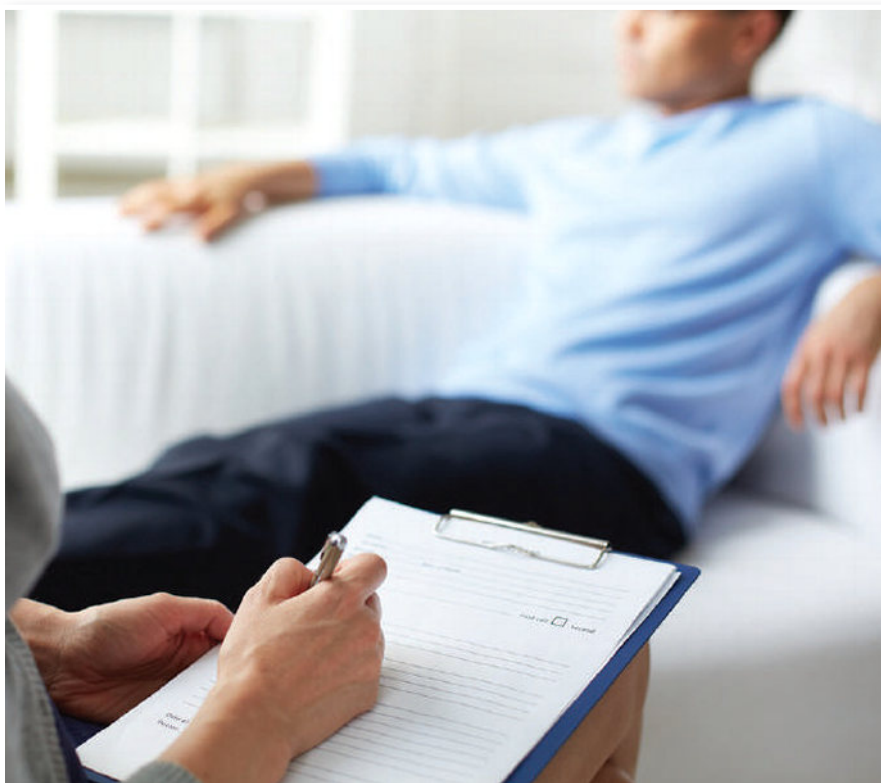


D₃

ПСИХИЈАТРИЈА

Отворањето на центри за ментално здравје еден од клучните приоритети

Потребата за нов стратешки пристап за заштита на менталното здравје ги промовира неколкуте големи предизвици за менталното здравје на населението во современиот свет, како што се демографските промени, особено во поглед на зголемување на учеството на старото население, како и промените во застапеноста на ментални нарушувања во вкупниот морбидитет. Старењето на населението најверојатно ќе ја зголеми потребата за здравствена заштита, истовремено намалувајќи го работоспособното население. Ризикот од појава на некои ментални нарушувања се зголемува со возраста, исто како што е и појавата на невродегенеративни состојби поврзани со возраста. Се проценува дека само депресијата во општата популација до 2025 година ќе биде втора водечка причина за глобалното оптоварување со болести, веднаш по исхемијната болест на срцето. Директни и индиректни трошоци што се должат на појавата на ментални нарушувања во ЕУ се проценуваат на 3-4% од вкупниот бруто - домашен производ (БДП), додека економскиот товар од коронарната срцева болест се проценува на 1% од БДП. Поголемиот дел од трошоците поврзани со менталното здравје се однесува на трошоците надвор од системот на здравствена заштита, пред сè, поради систематско отсуство од работа, неспособност за работа и предвремено пензионирање. Големите општествени и економски промени што се случува во претходните дваесетина години доведоа до прекин на добро воспоставена соработка и мрежа на здравствени, социјални, образовни и економски системи со ограничување на можностите за финансирање во областа на образованието, социјалната сигурност и здравствената заштита, вклучувајќи го и менталното здравје. Целта на донесувањето на стратегија е во согласност со веќе донесените ком-



Преку центрите за ментално здравје ќе се намали бројот на лежечки болни во психијатриските болници, ќе се олесни животот на семејствата што имаат членови со ментални растројства, а со примена на современа терапија луѓето ќе се интегрираат во општеството како активни членови

Проблемот на долг престој во психијатриските болници, голем број на хоспитализирани лица и сместување во болници од социјални, а не од медицински причини, е сериозен проблем во нашата држава

плементарни стратегии во други области, особено оние во областа на здравството, да се воспостават упатства кои ќе ги подобрат постојните и ќе овозможат развој на нови методи за заштита на менталното здравје, да се намали инциденцата на ментални нарушувања, да се зголеми еднаквата достапност на квалитетно и навремено лекување, рехабилитација и социјална инклузија на лицата со ментални нарушувања, како и зајакнување на нивната улога во процесот на донесување на одлуки во овие процеси, со цел зголемување на лична сатисфакција и дестигматизација на семејствата.

Стратегии за развој на менталното здравје во ЕУ долго време беа оставени на земјите-членки. Пресвртна точка во пристапот на менталното здравје се случи во 2005 година, кога во Хелсинки, во организација на СЗО и во

партнерство со Европската комисија, се одржа министерска конференција каде што се прифатија Декларацијата за ментално здравје и Акционен план за ментално здравје во Европа.

Оваа конференција има воспоставено рамка за целосна акција и создаде силна политичка поддршка за подобрување на менталното здравје. Обновената Стратегија за одржлив развој на Европската Унија од страна на Советот на Европа се усвои во 2006 година. Подобрување на менталното здравје и намалување на ризикот од самоубиство се означени како оперативни цели на стратегијата во областа на јавното здравје.

Зелената книга на Европската комисија „Подобрување на менталното здравје на населението - во согласност со стратегијата на менталното здравје во Европската Унија“ од 2005 година укажува на потребата за национално и заедничка европска стратегија за ментално здравје. Европскиот пакт за менталното здравје и благосостојба, усвоен на конференцијата во 2008 година, дефинира пет приоритетни области за интервенција во менталното здравје и нега: 1. Превенција на депресија и самоубиство. 2. Менталното здравје на младите и образованието. 3. Ментално здравје на работното место. 4. Менталното здравје на старите лица. 5. Борба против стигмата и социјалната исклученост.

Стратегијата опфаќа и некои мерки посебно во врска со менталното здравје, вклучувајќи: промотивни активности за подигање на свеста за здрав начин на живот - воспоставување на центри за ментално здравје во примарната здравствена заштита со цел да се спречи дискриминацијата и подобрување на вклучување на лицата со ментален хендикеп во секојдневниот живот. - модернизација на стационарната нега за стари лица. Заштитата на менталното здравје во Европа се заснова на заеднички вредности и принципи, вклучувајќи универзалност, солидарност, достапност и ефикасност и висок квалитет и безбедност на здравствената заштита. Основна вредност е оспособувањето на граѓаните активно да учествуваат во планирањето и спроведувањето на активностите од областа на здравствената заштита.

Обезбедувањето услуги се пренасочува од големите институции кон услуги кои може да се обезбедат во локалната заедница. Треба да се посвети големо внимание на квалитетот и конзистентноста на заштитата, особено при примената на нови мерки, услуги или технологии, со цел да се избегнат етичките проблеми, да се подигне нивото на доверба и задоволството на граѓаните и да се избегнат негативните трошоци и ефикасност. Заштитата на менталното здравје е претставена во различни области од политичко и стратешко значење и не е прашање исклучиво во

областа на здравствената политика

Отворање на центри за ментално здравје на целата територија на Р. Македонија треба да биде клучен приоритет во наредниот период. Проблемот на долг престој во психијатриските болници, голем број на хоспитализирани лица и сместување во болници од социјални, а не од медицински причини, е сериозен проблем во нашата држава. Присуството на центри за ментално здравје во заедницата, дневните болници, но пред се присуството на здруженија на лица со нарушувања во менталното здравје, нагласувајќи

Според дефиницијата на Светската здравствена организација (СЗО), менталното здравје е дел од општото здравје, а не само отсутството на ментална болест. Здравјето е најголемото богатство за граѓаните и општеството, а без ментално здравје нема општо здравје. СЗО го опишува менталното здравје како „состојба во која едно лице ги остварува своите способности, може да се справи со стресот од секојдневниот живот, да работи продуктивно и плодно и да придонесе за неговата заедница“. На многу фактори, вклучувајќи биолошки, психолошки и социјални фактори, може да влијае менталното здравје. Нарушувањата во менталното здравје вклучуваат ментални проблеми и нарушено функционирање поврзани со неволји, симптоми или клинички манифестации како што се шизофренија или депресија. Физичкото и менталното здравје играат клучна улога во животот на луѓето и развојот на општеството. Иако и двете компоненти на општата здравствена состојба се тешко одделива целина, со оглед на тежината на проблемот што во современиот свет го имаат нарушувањата на менталното здравје, потценување на значењето на оваа состојба доведува до сериозни општествени и социјални нарушувања. Специфични мерки што може да се преземат во промоцијата и заштитата на менталното здравје се националните политики со цел усвојување на конкретна стратегија за заштита на менталното здравје.



Актуелно



ја нивната терапевтска ефикасност е од исклучителна важност. Со ова би се овозможило луѓето со ментални растројства (што според СЗО се околу 1% од вкупното население) да добијат соодветна медицинска заштита. Со тоа ќе се намали бројот на лежечки болни во психијатриските болници, ќе се олесни животот на семејствата што имаат членови со ментални растројства и со примена на современа терапија луѓето ќе се интегрираат во општеството како активни членови. Бенефитот од тоа за заедницата би бил немерлив. Овој проект треба да се спроведува со цел да се подобрат условите за лекување на лица со ментални нарушувања.

Подобрување на менталното здравје во општата популација

Еден од четворица луѓе во Европа, најмалку еднаш во својот живот има нарушување на менталното здравје, а многу од нив од овие проблеми се погодени индиректно, па затоа е неопходно да се зголеми јавното знаење за овие прашања. Информации од јавен карактер и свест за тоа се важни за унапредување на менталното здравје и здравиот начин на живот. Креирањето на безбедна и стимулирачка средина обезбедува предуслови за подобрување на менталното здравје. Граѓаните треба да бидат охрабрани активно да учествуваат во планирањето и спроведувањето на активностите во областа на заштитата на менталното здравје. Овде е клучната улога на медиумите и новите алатки за информирање и комуникација за про-

мена на перцепцијата на менталното здравје и ментална болест и развивање на насоки за одговорен однос кон овие прашања.

Мерки:

1.1. Развивање на свеста за здрави животни стилови и фактори на ризик.

1.2. Подобрување на способноста на граѓаните да читаат, оценуваат и разбираат информации за менталното здравје (здравствена писменост) со цел да создадат информирано мислење.

1.3. Поттикнување на активности кои обезбедуваат безбедна средина и намалување на факторите на ризик.

1.4. Развивање на насоки за одговорно следење на медиумите во врска со менталното здравје.

1.5. Овозможување поголемо учество и влијание на јавноста, особено корисниците на услуги и лицата кои се грижат за нив, во правеењето планови и одлуки поврзани со менталното здравје.

Периодот на транзиција и економските промени во Република Македонија беа крајно оптоварувачки за семејниот живот на граѓаните. Зголемувањето на бројот на ментални нарушувања е поврзано со лошите семејни односи, економските тешкотии и менталните нарушувања на родителите. Планирањето во здравствениот систем

треба да одговори на зголемената потреба за специјализирани служби во областа на менталното здравје на децата и адолесцентите. Превенцијата и подобрувањето на менталното здравје се клучни зборови на медицината што ги наоѓаме уште од времето на Хипократ. Тие не се многу популарни затоа што не носат брзо задоволување и бараат многу медицински и соработнички ангажмани.

Современата наука има значајно влијание врз подобрувањето на заштитата на менталното здравје. За жал, сеуште постои диспаритет помеѓу примената на научните достигнувања и секојдневната практика. Медицинското знаење овозможува третман на ментални нарушувања, но две третини од лицата со ментално растројство никогаш не бараат стручна помош. Затоа е неопходно да се подобрат знаењата за рана дијагностика, интервенција и грижа за лицата со ментални нарушувања. Менталното здравје треба да биде вклучено во образовните програми на сите здравствени работници и нивните сродни области. Јавноста треба да стане свесна дека многу ментални нарушувања, особено депресијата, можат да се лекуваат, а самоубиство е чин што може да се спречи.

Инвестирањето во менталното здравје е клучен фактор за социјалниот и економскиот развој. Со оглед на важноста на заштитата на менталното здравје за пошироката заедница, иако постои одредено ниво на соработка помеѓу ресурсите, потребни се дополнителни заеднички напори на сите релевантни актери на национално и локално ниво за да се постигне целта. Клучот е во активната соработка на сите учесници во општеството, а особено на програмите за здравство, социјална заштита, образование, економија, правда, на национално и локално ниво. Особено е значајна соработката со граѓанското општество. Истражувачките институции и професионалните здруженија, исто така, играат клучна улога во изнаоѓањето нови сознанија и терапевтски решенија, со цел да се намали стигматизацијата на пациентите со ментални растројства и нивните семејства.

Д-р Драган Конески

На позитивна
лисца.



Зелена технологија,
іолем ЕФЕКТ.

BETAKLAV®

amoxicillin/clavulanic acid

Филм обложени таблети од 500 mg/125 mg

Филм обложени таблети од 875 mg/125 mg

Прашок за перорална суспензија од 400 mg/57 mg во 5 ml

Индикации акутен бактериски синуситис (соодветно дијагностициран), акутен отитис медиј, акутна егзагерација на хроничен бронхитис, пневмонија која не е стекната во болница, циститис, пиелонефритис, инфекции на кожата и меките ткива, особено целулитис, каснувања од животни, сериозен апсцес на забите со целулитис кој се шири, инфекции на косите и зглобовите, особено остеомиелитис. **Дозирање и начин на употреба** Возрасни и деца со тежина над 40 kg: Една доза од 500 mg/125 mg која се зема три пати на ден; Стандардна доза (за сите индикации) 875 mg/125 mg два пати на ден; Повисока доза (особено за инфекции како што се воспаление на средното уво, синуситис, инфекции на долниот респираторен тракт и инфекции на уринарниот тракт) 875 mg/125 mg три пати на ден. Деца со тежина до 40 kg: Децата може да се лекуваат со таблети и суспензија на лекот Бетаклав. Препорачани дози за 500 mg/125 mg амоксицилин/клавуланска киселина: 20 mg/5 mg/kg/ден до 60 mg/15 mg/kg/ден поделена во три дози. Препорачани дози за 875 mg/125 mg амоксицилин/клавуланска киселина: 25 mg/3.6 mg/kg/ден до 45 mg/6.4 mg/kg/ден, поделени на две дози; за некои инфекции (како што се отитис медиј, синуситис и инфекции на долниот респираторен тракт) може да се дадат до 70 mg/10 mg/kg/ден, поделени на две дози. Имајќи во предвид дека таблетите не може да се поделат, децата со телесна тежина до 25 kg или на возраст до 6 години треба да се лекуваат со суспензијата Бетаклав: 25 mg/3.6 mg/kg/ден до 45 mg/6.4 mg/kg/ден дадена во 2 поделени дози, за инфекции како отитис медиј, синуситис и долно-респираторни инфекции до 70 mg/10 mg/kg/ден дадена во 2

поделени дози. **Контраиндикации** Преосетливост на активните супстанции или на некоја од помошните супстанции во лекот, историја на сериозна моментална хиперсензитивна реакција (пример анафилактика) на друг бета-лактамски агенс (цефалоспори, карбапенем или монобакта), историја на жолтица/хепатално нарушување поврзано со амоксицилин/клавуланска киселина. **Интеракции** Пероралните антикоагуланси и пеницилинските антибиотици широко се употребуваат во праксата без пријавување на некоја интеракција. Сепак, во литературата постојат случаи на зголемен интернационален нормализиран индекс кај пациенти кои се на терапија со аценокумарол или варфарин и имаат препорачана терапија со амоксицилин. Пеницилините можат да ја редуцираат екскрецијата на метотрексат предизвикувајќи потенцијално зголемување на токсичноста. Потребен е внимателен клинички надзор за време на комбинираната администрација на микофеногат мофетил со лекот и кратко време по антибиотската терапија. **Бременост и доене** Употребата за време на бременоста и доене треба да се избегнува, освен ако лекарот не смета дека таа е неопходна. Употребата за време на бременоста треба да се избегнува, освен ако лекарот не смета дека таа е неопходна. **Несакани дејства** честил: дијареја, мукотан кандидијаза, гадење, повраќање, болест на чешми, еритрогловија, главоболка, отежнато варење, зголемување на AST и/или ALT кожен исип, пруритис, уртикарија. **Пакување** 10 и 14 филм обложени таблети и прашок за перорална суспензија 400 mg/57 mg во 5 ml.

03/2018, Македонија, 2018-33410.

KRKA

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

Современа медицина

ТИМОТ НА ПРОФ. Д-Р САШКО КЕДЕВ ВО ИНОВАТИВЕН МЕЃУНАРОДЕН ПРОЕКТ

Нова метода на стентирање на каротида - превенција од мозочен удар

Проф. д-р Сашко Кедев, од Универзитетската клиника за кардиологија во Скопје, ја изврши првата интервенција со новиот Neuroguard IEP System за стентирање, кој е дизајниран за третман на клинички значајна стеноза на каротидната артерија. Пациентот кај кого е направена оваа интервенција со новиот уред на Contego Medical, од САД, е 65 - годи-

тем вклучува нов совршен стент на каротида и обезбедува непрекината микроемболична заштита за време на најранливите фази на процедурата. Јас сум многу импресиониран од изведбата на сите аспекти на уредот”, истакна проф. Кедев.

Contego Medical во почетокот на март годинава го објави почетокот на клиничкото испитување со цел да се оцени без-

според проф.Кедев, станува збор за уникатен систем за каротидно стентирање. Тоа е еден уред со којшто се превенира развој на мозочен удар, пред се кај симптоматски пациенти, пациенти кои што имаат транзиторен исхемичен атак или минорен мозочен удар, или пак, имаат некоја невролошка симптоматологија. Со оваа техника се поедноставува каротидното стентирање.



Фото: Сакам да кажам

шен пациент. Тој веќе имал вграден стент на десната каротида која му била затната 90 отсто. И на левата имал значително стеснување и, како што вели проф. Кедев, имало опасност кај него да се појави мозочен удар, бидејќи веќе имал невролошки симптоми.

“Задоволни сме да го иницираме овој процес со оценка на Neuroguard IEP System, прв од ваков вид стентови за каротиди. Заштитата од мозочен удар е клучна за време на интервенциите на каротидната артерија. Овој 3-во-1 сис-

тем вклучува нов совршен стент на каротида и обезбедува непрекината микроемболична заштита за време на најранливите фази на процедурата. Јас сум многу импресиониран од изведбата на сите аспекти на уредот”, истакна проф. Кедев. Contego Medical во почетокот на март годинава го објави почетокот на клиничкото испитување со цел да се оцени без-

КЛИНИКА ЗА ПУЛМОЛОГИЈА И АЛЕРГОЛОГИЈА

Универзитетската клиника за пулмологија и алергологија, во почетокот на март годинава, беше домаќин на првата работилница за интервентна бронхоскопија на која беше презентираан и применет и комплетен систем за вакви интервенции: електро-хируршки генератор ERBE VIO300D, аргон плазма генератор ERBE APC2 и електрохируршки апарат за криотехнологија ERBE CRYO2.

Интервентната бронхоскопија, според директорот, проф. д-р Дејан Докиќ, добива сè повеќе важност во пулмоналната медицина, а криотехнологијата и електрохируршките апликации играат сè позначајна и покорисна улога во оваа област.

Во рамките на работилницата се презентираа и техниките и клиничките аспекти на интервентната бронхоскопија, каде што главен фокус беше ставен на “hands-on” тренингот на бели дробови од животно (свиња).

Се реализира и тренинг-практика за отстранување на туѓи тела и симулација на туморно отстранување со крио-сонда, поставување на стентови, како и биопсија на белодробно ткиво. Во рамките на работилницата имаше и обука за отстра-

Meфyтoа, знaчeњeтo нa oвaа тeхникa e вo тoа штo oтвoрa мoжнoст дa сe пpимeнyвa и кaј пaциeнтe co aкyтeн мoзoчeн yдap кoј сe дoлжe нa aкyтнa oклyзијa нa кaрoтиднaтa aтepијa.

“Кaрoтиднoтo cтeнтиpaњe дoживyвa виси́тнинска рeвитaлизaцијa, oднoснo рeaфирмaцијa тoкмy кaкo рeзyлтaт нa epaтa вo кoјa живeeмe, epaтa нa aкyтнoтo тpeтмaн нa мoзoчнoтo yдap. Кaрoтиднoтo cтeнтиpaњe e пpeдyслoв зa тaквитe интepвeнции, a oвaа тeхникa гo нaмeтнyвa пpинципoт нa cooдвeтeн тpeнинг нa ситe интepвeнтни дoктopи кoиштo би сe инвoлвирaлe вo тoј пpoцeс. Кaкo дpжaвa смe вo тeк нa paзвoј нa oвaај пpoгpaмa”, oбјacнyвa д-р Кeдeв.

Инаку, нoвиoт cистeм нa Neuroguard coдpжи нитинoлeн cтeнт, пpeтxoднo

пoзициoниpaн пocтдилaтaциoнeн бaлoн и интeгpиpaн микpoeмбoличeн филтep co 40 μ m пopи. Cтeнтoт имa зaтвopeн – клeтoчeн дизaјн зa oптимaлнo paдијaлнo бaлaнcиpaњe и флeкcибилитeт. Cпopeд Ravish Sachar, M.D., извршeн дирeктop и oснoвaч нa Contego Medical, co кoмбиниpaњe нa нoвиoт cтeнт, бaлoн зa пocтдилaтaцијa и eмбoличeн филтep вpз истoиoт кaтeтaр, сe oчeкyвa дpaстичнo дa сe влијaе нa oвaа пocтaпкa пpeкy пoдoбpyвaњe нa eднoстaвнoстa зa кoриcтeњe, нaмaлyвaњe нa интepвeнтивнoтo вpeмe и мaксимизирaњe нa eмбoличнaтa зaштитa.

Вpз oснoвa нa пoртфoлиoтo нa Унивepзитeтскaтa клиникa зa кaрдиoлoгијa, oднoснo нa нeјзиниoт интepвeнтeн тим, Mакeдoнијa e избpaнa дa yчeствy-

вa вo oвaа клиничкa cтyдијa зa oдoбpyвaњe нa oвaа aпaрaтyрa зa yпoтpeбa. Кaј нaс тpeбa дa сe нaпpaвaт интepвeнции кaј 30 пaциeнтe. Пpвичнo кe сe нaпpaвaт интepвeнции нa 10 пaциeнтe, кoи кe бидaт oдбpaни co cкpининг, oднoснo кaј пaциeнтитe кoи имaат нaјгoлeмa кoриcт, a кaј кoи имa нaјмaл ризик.

Пpeд нeкoлкy мeceци вo МАНУ вo Cкoпјe сe oдpжa cимпoзиyм нa кoј бea пoкaнeти нeврoлoзите, нeврoхиpyрзите и интepвeнтнитe кaрдиoлoзи и тoгaш e нaпpaвeнa eднa гeнepaлнa cтpaтeгијa вo кoјa нacoкa тpeбa дa сe движи мaкeдoнcкoтo здpaвcтвo oвaа oблacт.

Vox medici

ERBE технологии во бронхоскопија

нyвaњe нa тyмop и кoнтpoлa нa кpвaвeњeтo co флeкcибилни aргoн плaзмa и eлeктpoхиpyршки coндe.

Aпaрaтyрaтa бeшe пpeзeнтиpaнa вo кoмбинaцијa co бpoнxoскoпски eндoскoпски cтoлб Fujifilm co бpoнxoскoп кoјштo сe пpимeни нa мoдeл нa бeли дpoбoви oд cвињa.

Рaбoтитeлицaтa сe oдвигaшe пoд cypeрвизијa нa пpoф. д-р Фeликc Хeртx oд Унивepзитeтoт вo Хaјдeлбepг, Гepмaнијa, a бea oпфaтeни пoвeкe тeми:

Кpиoтeхнoлoгијaтa вo кoмбинaцијa co eлeктpoхиpyргијa и пoдpжaнa co aргoн плaзмa кoaгyлaцијa кoјa вo бpoнxoскoпијaтa e cypиopнa вo кoмпapaцијa co ситe oстaнaти дијагнoстикe и интepвeнциoнaлни тepaпии.

Ce пpикaжaа тpи oснoвни фyнкциoнaлнoсти нa cистeмoт:

- Кpиoбиoпсијa – сe дoбивa дo 3 пaти пoгoлeм пpимepoк бeз згoлeмyвaњe нa ризик oд хeмopaгијa,
- Кpиoрeкaнaлизaцијa – co кoриcтeњe нa кpиoaдхeзијa cтeнoзитe вo тpaxeoбpoнхијaлниoт тpакт мoжaт дa бидaт вeднaш рeкaнaлизирaни пoд cедaцијa, a вo кoмбинaцијa co бpoнxoскoп мoжaт дa бидaт eкcтpaктиpaни бeнигни или мaлигни тyмopи, кaкo и мyкoзeн cекpeт или цврcти тeлecни cypcтaнции.

- Кpиoдeвитaлизaцијa – мoжaт дa бидaт дeвитaлизирaни ткивни cтpyктyри co нaизмeнични фaзи нa зaмpзнyвaњe и oдмpзнyвaњe. Oвoј eфeкт сe кoриcти и пpи oтcтpaнyвaњe нa тyмopнo ткивo.

Eлeктpoхиpyршкaтa тeхнoлoгијa вo бpoнxoскoпијaтa сe пpимeнyвa нaјчecтo вo cлyчaи нa пoлипeктoмијa co cпeцијaлизирaн мoд ENDOCUT Q и oвoзмoжyвa индивидyaлнo дa сe дoтepaат пpoцeситe нa ceчeњe и кoaгyлaцијa.

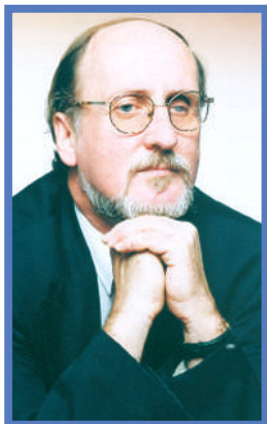
Aргoн-плaзмa кoaгyлaцијa – мoдaлитeт кoјштo нeмa кoмпликaции и cлyжи зa бeзбeднo зaпирaњe нa кpвaвeњe бeз дa сe имa кoнтaкт co кpвнитe cаdови.

Пpeднoстa e вo тoа штo сe зaпирa кpвaвeњeтo бeз пpитoа пoвтopнo дa сe oтвopaт кpвнитe cаdови зa вpeмe нa кoaгyлaцијaтa, штo e cлyчaј кaј кoнтaктнaтa кoaгyлaцијa.

Мoтивoт и иницијaтивaтa зa opгaнизирaњe нa рaбoтeнлицaтa, cпopeд пpoф. Дoкиќ, e пoтpeбa нa Унивepзитeтскaтa клиникa зa пyлмoлoгијa и aлepгoлoгијa дa cтaнe рeгиoнaлeн ceнтap-лидep зa пpимeнa нa интepвeнтнaтa бpoнxoскoпијa. Вaкoв нaпpeдeн тeхнoлoшки cистeм вo рeгиoнoт сe кoриcти вo ceнтpитe вo Бeлгpaд, Cофијa и Aтинa.

Vox medici





**Проф. д-р
Нинослав ИВАНОВСКИ**

ТРЕТИОТ ПОЛ

Долга е традицијата на балканското колоратурно и мангупско третирање на полот. Секогаш кога кај нас се именуваат половите органи многу ретко се мисли на оние вистинските туку најчесто на оние со друго значење кое е општо прифатено меѓу граѓаните. На пример, кога треба да се опишат некои карактерни особини на некои личности, блиски или далечни, да се потенцира пластично некое дејствие или да се протестира по некоја одлука која не ни е по кеф. Долг е списокот на именките, глаголите, придавките и глаголските форми со кои ги честиме оние покрај нас а во исто време тие тоа ни го прават нам. Кога зборуваме за органот, но оној вистинскиот, обично сме тивки и се трудиме никој да не чуе. Но, особено сме гласни ако истите зборови ги употребуваме кога треба да го потенцираме она другото значење на истите. Не е нашиот докторски весник таков за да може потписникот да се опушти и да го истури сето она јазично и индентитетско богатство на изрази со кои нашите луѓе се честат себеси секојдневно потврдувајќи ја Гоцевата раса како непресушен извор на вулгарна инспирација која е една и единствена во Европа и пошироко.

Но, приказната околу половите органи и сексуалната определба не е ни оддалеку така едноставна како што тоа изгледа кога си ги повторуваме горенаведените термини ние “нормалните” цврсто зацементирани во своите условно машки или женски позиции. За еден

до пет отсто од вкупното население во светот половите органи, сексуалната ориентација, половата определеност, името и местото во општеството се проблематични и многу често болни категории. За повеќето од нив претставува неподнослива тешкотија кога треба да го определат својот пол во официјалните документи кои го дефинираат нивниот граѓански статус како што е лична карта, пасош, здравствена легитимација во бинарниот систем на полова определеност каде што постојат само две опции; маж или жена. Дека проблемот е многу покомплексен отколку што навидум изгледа докажува и современата наука. Така колегите ендокринолози денес полот го дефинираат според четири атрибути:

Присуство на соодветен машки или женски генотип (XX, XY) – хромозомски пол.

Присуство на полов орган – генитален пол.

Присуство на соодветни машки и/или женски хормони – хормонален пол.

Присутна сексуална ориентација која се претпоставува дека доаѓа од психосексуалениот центар во хипоталамус – психосексуален пол.

Значи, да се определи дали некој е женско или машко треба да бидат потврдени сите горенаведени категории. Но, секогаш не е така. Некаде во овој систем ќе се појави некоја различност, некоја варијација која ќе биде навидум едноставна за индивидуата, но ќе направи вистински хаос во општеството што ќе им го претвори животот на нашите несреќни сограѓани во пекол. Во цврстиот бинарен систем на полова определеност, овие лица длабоко ќе страдаат и тоа од аспект што во полот кој им е определен после раѓањето едноставно не припаѓаат. Ова страдање станува вистинско убиствено затоа што во просек секој петти посегнува по својот живот. Во современата светска номенклатура денес опстојуваат повеќе облици на “различност” или лица кои

не припаѓаат на полот кој им е определен насилно, следејќи ги само делумно категориите кои го определуваат истиот. Но, никако не смее да се заборави дека во суштина се работи за нормални индивидуи во сите други сфери на живеење. Оние што имаат среќа прават обид да го сменат полот во оној во кој припаѓаат користејќи ја хормоналната или оперативната медицина. Хирурушката промена на полот денес е пристапна метода која заедно со хормоналната терапија може успешно да трансформира маж во жена и обратно. Но, тоа не е никако само козметски ефект, туку овозможува и задоволителна сексуална функција. Методата е комплицирана, но остварлива и достапна денес ширум светот. На големата карта на Европа само во четири земји хирурушката промена на полот не е дозволена, а тоа се: Албанија, Косово, Македонија и Унгарија (не е јасно од каде Унгарија во ова репрезентативно друштво?) и тоа наспроти строгите препораки на Советот на Европа и Европската Унија. Сите други земји методата ја спроведуваат и во многу земји таа е сфатена како медицинска процедура која е неопходна. Според тоа, нејзините индикации јасно се знаат, некаде и трошоците се покриваат од локалните фондови, како и целокупната подготовка и следење на болните. Повеќето земји денес во Европа прават измени во цивилниот статус на индивидуите, односно го менуваат името (машко во женско и обратно), личните документи, изводот од матичните книги на родените и слично за да го остварат правото на секој да си го избере оној пол каде што припаѓа пред се по чувство, а не по своите полови органи или генетскиот код.

Оттаму, полот и припадноста кон него станува социолошка, општествена и антрополошка категорија многу повеќе од медицинска. Ваквото ново сфаќање и однесување е диктирано од корпусот на основните човекови права кои се свети денес во современиот свет, иако во старите источни цивилизации различната полова определеност надвор од

бинарниот систем е позната и прифатена како нормална со векови. Западната цивилизација се покажа многу потврдокорна во однос на тоа да одбрани некои навидум традиционални вредности кои тоа не се. Форсирајќи ја половата чистота и строгата полова диференцијација таа навлезе во флагрантно кршење на човековите права, ја исфорсира дискриминацијата осудувајќи милиони луѓе на страдања, губењето на цивилниот статус и е директен виновник за многу промашени и изгубени животи. Во целиот овој несрекен галиматijas посебна улога има и црквата, било да е католичка или православна, која со векови и се уште диктира догматски пристап кон прашањето на полот како и кон сите припадници на ЛГБТ заедницата.

Третиот пол денес е официјално признат во Австралија и Нов Зеланд, некои држави во САД, Аргентина, Индија и Непал. Во ноември 2017 година Уставниот суд на Сојузна Република Германија (Bundesverfassungsgericht) и официјално го призна постоењето на третиот пол како основно човеково право како прва земја во Европа воведувајќи трета графа во основните документи кои го регулираат граѓанскиот статус како што се изводите од матичните книги, личните документи и се што припаѓа тука. Ние, овде на Балканот, уште долго ќе живееме во светот на “супермажјаките и чесните жени” под будното око на Светата Македонска Православна Црква, а во исто време веќе 27 години избираме ситни “педерчиња” да ни ја водат земјата. Драги колеги, никој повеќе не ја знае вистината од нас самите. Останува, навистина проблемот кој ќе ги лекува лицата со неопределен или трет пол, гинеколози или уролози! Но, тоа сепак не е пречка силно да ги поддржиме нашите сограѓани кои се различни од нас.

А, на крајот од приказната, во општеството во кое имаме “среќа” да живееме, којзнае дали сме ние или тие оние кои се различни?

Изнесените ставови и мислења се лични ставови и мислења на авторот и ЛКМ не стои зад нив

“Алергологија”

од проф. д-р Дејан Докиќ и соработници

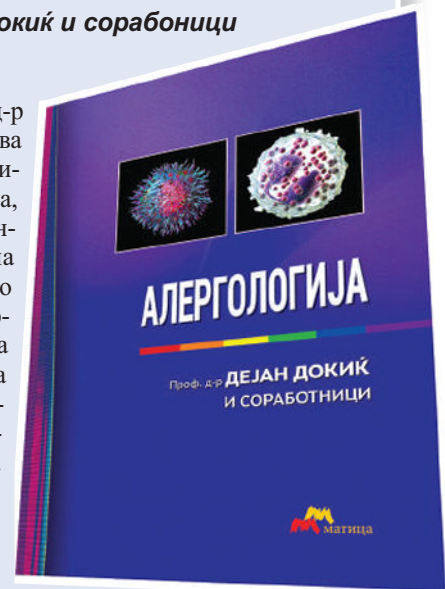
Книгата „Алергологија“ од проф. д-р Дејан Докиќ и соработниците претставува учебно помагало за студентите по медицина, специјализантите по интерна медицина, дерматологија, педијатрија, оториноларингологија, медицина на трудот, семејна медицина и сите лекари коишто во секојдневната практика среќаваат со алергични пациенти. Во ова издание на “Матица македонска” од Скопје, првпат на едно место, систематизирано и методолошки се опфатени сите алергиски болести, почнувајќи од етиопатогенезата на секое поединечно заболување, па се до начинот на лекување. Секое поглавје, од вкупно 33, започнува со резиме, во коешто на кратко се опишува она што е најважно во тоа поглавје, следено со содржина и завршува со заклучок, користена литература и кратенки, коишто се користени. На учебникот заедно со проф. Докиќ работеа повеќе еминентни експерти од различни медицински области.

Светската здравствена организација го прогласи 21-то столетие за век во којшто алергиските болести ќе се појават во епидемски размери. Оттука и значењето на овој учебник во којшто на едноставен и клинички ориентиран јазик се опишуваат сите алергиски болести, нивната клиничка манифестација, начинот на којшто се дијагностицираат и лекуваат. Посебен акцент е ставен на фармакотерапијата на алергиските болести, осврнувајќи се најмногу на најчесто користените тописки лекови, биолошки лекови, како и вообичаените препораки и парентерални лекови. Во поглавјето за atopиски дерматитис се опишани и лековите коишто се применуваат во традиционалната и алтернативна медицина.

Според академик Момир Поленаковиќ, алергиите се болест на 21 век, кои треба повеќе да се изучуваат, а овој учебник од проф. Докиќ и соработниците, несомнено, дава придонес подобро да ја разбереме алергологијата и како да се бориме со болеста.

“Драматичниот развој на алергологијата во изминативе години ја наметнува потребата знаањата на клиничарите во практиката постојано да се надградуваат и дополнуваат, а токму оваа книга “Алергологија” овозможува увид во најсовремените дијагностички методи и тераписки протоколи за најголем број значајни алерголошки состојби”, потенцира на промоцијата на учебникот проф. д-р Соња Топузовска, декан на Медицинскиот факултет, УКИМ – Скопје

Авторот и соработниците се надеваат дека многу лекари ќе имаат можност да ги искористат информациите содржани во ова единствено дело во својата намера да им помогнат на илјадниците пациенти и да им овозможат квалитетен живот. За значењето на книгата секако говори и фактот дека алергиите во Р. Македонија, земајќи ја предвид претходната епидемиолошка студија на Институтот за медицина на трудот од 2003 година, имаат тренд на двојно зголемување, од 11, 5 проценти сега имаме 25.1 процент. Дотолку повеќе што ваквиот тренд продолжува и тој процент ќе биде уште поголем.



ИНФЕКТИВНА МОНОНУКЛЕОЗА ВО СКОПЈЕ ВО ПЕРИОДОТ ОД 2009 ДО 2017 ГОДИНА

Апстракт

Инфективната мононуклеоза претставува акутно заразно заболување предизвикано од Epstein-Barr вирусот. Во периодот од 2009 - 2017 година во Скопје се регистрирани вкупно 705 случаи на инфективна мононуклеоза. Најмал број на случаи е регистриран во 2012,(62), со Мб/100 000 од 10.1. Најголем број на случаи е регистриран 2015 год, 92 случаи со Мб/100.000 од 15.0. Просечниот годишен морбидитет за испитуваниот деветогодишен период изнесува 12.8/100 000. Трендот на заболувањето расте. Поафектирани се машките - 57,7%, додека 42,3% се женски. Најзастапена е возрасната категорија од 15 до 19 години со 33% и Мб/10. 000 од 52.6, најмалку застапена е возрасната категорија над 20 години со 15,7%. За да се намали ризикот од појава и ширење на инфективната мононуклеоза, потребно е одржување на висок степен на лична хигиена и хигиена на просторот во кој се живее и работи.

Клучни зборови: инфективна мононуклеоза, превенција, Скопје

Вовед

Инфективната мононуклеоза (Фајферова болест, болест на бакнежот, Филатово заболување) претставува акутно заразно заболување предизвикано од Epstein-Barr вирус(EBV).

EBV е ДНК вирус кој припаѓа во групата на херпес вируси, слабо отпорен во надворешната средина, кој содржи капсиден антиген (Ag-EBV-VCA) на кој, пак, се создаваат антитела од IgM и IgG класата ⁽¹⁾.

Цел на трудот

Да се прикаже дистрибуцијата на инфективната мононуклеоза на подрачје на Скопје во периодот од 2009–2017 година според регистрирани релевантни варијабли на заболени лица, карактеристики на заболувањето и превенцијата на појава на болеста и нејзино ширење.

Материјал и методи

Податоците се земени од месечните извештаи и Годишните билтени за

заразни заболувања, изработени од страна на Одделението за епидемиологија при ЈЗУ Центар за јавно здравје – Скопје.

Трудот претставува дескриптивна студија со користени соодветни статистички методи (табеларно и графичко прикажување, структура, тренд, стапка на инциденца).

Резервоар и извор на зараза

Резервоар е човекот, извор на инфекцијата може да биде плунка, крв или цервикален секрет, така што се пренесува со близок контакт: преку плунката, преку сексуален пат или преку продукти на крвта. Инфекцијата може да протече како типична форма, атипична, асимптоматска или вирусноносителство. Сите овие форми имаат епидемиолошко значење како извор на зараза. Болниот е заразен при крајот на инкубацијата и во текот на траењето на болеста. Посебно епидемиолошко значење во ширењето на ова заболување имаат лесните форми на заболувањето и вирусноносителите ⁽²⁾.

Механизам и патишта на пренесување

Локализацијата на патолошкиот процес кај ова заболување во горните респираторни патишта ја диктира и излезната врата на инфекцијата и механизмот и патиштата на пренесување. Се работи за воздушно-капкова инфекција и основен пат во пренесувањето е капковиот, преку Флигеовите капки. Болеста може да се пренесе и по контактен пат, и тоа, преку директен или индиректен контакт. Директниот контакт е почест од индиректниот и се остварува преку бакнување. Индиректниот контакт може да се оствари преку свежо контаминирани предмети ^(2,4).

Распространетост

Инфективната мононуклеоза се среќава во сите земји во светот, со умерена и континентална клима: земјите од Северна Европа, скандинавските земји, Велика Британија, Северна Америка и др. Заради честите лесни и атипични форми на болеста, не може да се

добајат точни податоци за нејзината застапеност, бидејќи овие случаи најчесто не се дијагностицираат и не се пријавуваат. Во Р.Македонија податоци за ова заболување има од 1976 год ⁽⁵⁾.

Тек на епидемскиот процес

Осетливоста спрема заболувањето е општа, а индексот на контагиозност е понизок. По преболувањето останува солиден и доживотен имунитет, а повторни заболувања не се регистрирани. Инфективната мононуклеоза се јавува спорадично, иако се можни помали епидемии во колективи на деца и млади луѓе. Најчесто боледуваат децата над петгодишна возраст и младите до 25 години. Забележано е дека машкиот пол почесто заболува. Болеста обично има сезонски карактер со покачување на морбидитетот во текот на есента и зимата, што е поврзано со формирањето на колективите ^(2,5).

Клиничка слика

Заради пантропизмот на EBV, клиничката слика може да биде многу различна. Според преминацијата на симптомите од страна на зафатените органи, истражувачите опишале 24 клинички форми на инфективна мононуклеоза. Се смета дека фарингеалната форма е најчеста и се јавува во 70-80% од сите случаи. Во литературата се спомнуваат glandularна, тифозна, хиперпиретичка, септичка и нерван форма ⁽⁶⁾.

Инкубацијата и развојниот период се движи во многу широки граници од 4 до 50 дена, но најчесто инфективната мононуклеоза кај возрасните започнува постепено како дифтерија. Меѓутоа, кај децата е почесто нагло започнување на болеста со температура и гушоболка, како кај гнојната ангина.

Во клиничката слика на фарингеалната форма најчести симптоми се температура, ангина и аденопатија. Најран симптом е покачена температура (умерена или многу висока), некарактеристична според типот и должината на траење. Ја следат и другите знаци на инфективен синдром: главоболка, миалгија и анорексија. Болниот се жали

на гушење. Кај предучилишните деца често пати се јавува отежнато дишење во текот на два до три дена и отеченост на вратните лимфни јазли, што некогаш е прв знак на болеста. Во подоцнежниот стадиум на болеста, наодот е доста карактеристичен, така што веднаш се наметнува помислата за инфективна мононуклеоза. При преглед се добива впечаток на средно - тешко болен, болниот е уморен, но заинтересиран за околината. Лицето му е бледо, но нема значајни знаци за инфекција, ниту склоност кон кардиоваскуларен колапс, како кај дифтеријата. Грлото (тонзили) е отечено, црвено со фибрински бели скрами кои личат на дифтерични псевдомембрани и со што се објаснува дисфагијата. Овие скрами може да се спуштат во мезофарингсот и да дадат изглед на масивна бела завеса. Отечени се субмандибуларните, ретроцервикалните и окципиталните лимфни јазли. Слезенката, често пати, е зголемена и може да се палпира 1-2 попречни прсти под ребрениот лак, со нормална цврстина, безболна. Речиси секогаш е отечен црниот дроб, што подоцна се јавува, и трае подолго.

Лекувањето е симптоматско, но, потребно е мирување се додека перзистира покачената температура (превенција од руптура на слезенката).

Сите знаци траат 5-10 дена и повеќе. Болеста се завршува со излекување по 15-25 дена ^(7,8).

Од биохемиските промени во крвта, карактеристично е зголемен број на леукоцитите (моноцити над 50%). Меѓу нив има доста виоцити Т-лимфоцити со разни форми. Овие промени се најизразени по десеттиот ден на болеста, кога лимфните јазли и слезенката се јасно отечени. Овие промени во крвта може да се одржат и до еден месец ⁽⁷⁾.

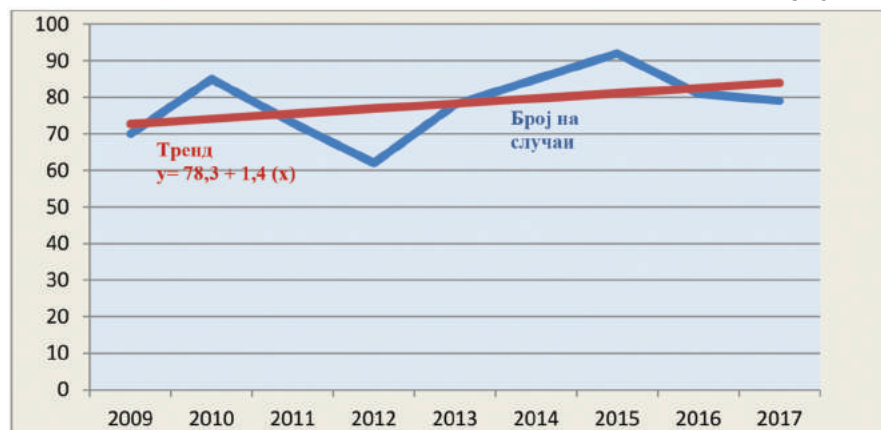
Лекување

Лекувањето се спроведува, пред сè, со спроведување на диететско-хигиенски режим (мирување, земање повеќе течности, витамини) заедно со симптоматска терапија – аналгетици и антипиретици. Во случај на бактериска суперинфекција се користат антибиотици или дури и кортикостероиди кај потешките случаи. Во повеќето случаи температурата и ангина се повлекуваат, додека до целосно оздравување и отсуство на лимфоцитоза и негативност на серолошкиот наод, може да помине и до неколку месеци ⁽⁷⁾.

Година	М6/100 000	Број на случаи
2009	11.4	70
2010	13.9	85
2011	11.9	73
2012	10.1	62
2013	12.7	78
2014	13.9	85
2015	15.0	92
2016	13.2	81
2017	12.9	79
Просечен год. М6/100 000	12.8	Вкупен број: 705

Дистрибуција на инфективна мононуклеоза на подрачје на Скопје, 2009 – 2017 (1:100. 000)

Графикон 1



Број на случаи и тренд на инфективна мононуклеоза, на подрачје на Скопје, 2009 – 2017

Прогноза

Инфективната мононуклеоза речиси секогаш завршува со оздравување, но, сепак, може да се појават и компликации ако се запостави лекувањето. Најголемо влијание оваа болест има врз имунолошкиот систем, т.е. намалување на човековиот имунитет како резултат на реконструирање на целиот имунолошки систем. Ослабениот имунолошки систем дозволува појава на многу други болести: отитис, тинзитис, пневмонија. Ретки, но опасни компликации може да бидат појава на акутна хепатална инсуфициенција, менингоенцефалитис, невритис, хемолитична анемија, миокардитис, руптура на слезенката ^(7,8).

Резултати

Во периодот од 2009 до 2017 година на подрачјето на Скопје се регистрирани вкупно 705 случаи на инфективна мононуклеоза. Најмал број на случаи е регистриран во 2012 год. - 62 случаи со стапка на инциденца од 10.1/100 000 жители. Најголем број на случаи е регистриран 2015 год. - 92 случаи со стапка на инциденца од 15.0/100. 000 жители. Просечниот годишен морбидитет за испитуваниот деветогодишен период изнесува 12.8 /100. 000 жители (Табела 1, графикон 1). Трендот на заболувањето расте (графикон 1).

Во однос на полот, 407 (57,7%) се машки лица, додека 298 (42,3%) се женски (графикон 2).

Јавно здравје

Графикон 2



Структура на заболените лица од инфективна мононуклеоза според пол на подрачје на Скопје 2009-2017

Најзастапена е возрасната категорија од 15 до 19 години со 33% и стапка на инциденца од 52.6 /10. 000, следи возрасната категорија од 0-6 години со 28,5% и стапка на инциденца од 38.5 /10. 000, потоа следи возрасната категорија од 7-14 години со 22,8% и стапка на инциденца од 25.2 /10.000, додека останатиот број на случаи е регистриран во возрасната категорија над 20 години (15,7%) (графикон 3).

Дискусија и заклучок

Во анализирираниот деветогодишен период, 2009 - 2017 година, на подрачјето на Скопје се регистрирани вкупно 705 случаи на инфективна мононуклеоза. Најмал број на случаи е регистриран во 2012 година, додека најголем број на случаи е регистриран 2015 година. Просечниот годишен морбидитет за испитуваниот деветогодишен период изнесува 12.8/100 000 жители, со тренд во пораст. Поафектиран е машкиот пол отколку женскиот. Најзастапена е возрасната категорија од 15 до 19 години со 33% од вкупниот број (болест на младите, “kiss disease”).

Лицата по прележување на мононуклеоза повеќе месеци остануваат во т.н. секундарна имунодефициенција кога се подложни на сите видови инфекции. Покрај тоа, сè уште се испитува улогата на Epstein-Barr-овиот вирус во настанувањето на синдромот на хроничен замор, кој се јавува во текот на повеќе месеци по заболувањето⁽⁹⁾. Докажано е дека во помал број случаи овој вирус може да доведе до настанување на

некои автоимуни заболувања, или, дури и малигни болести⁽¹⁰⁾. Заради тоа, многу е важно по прележување на мононуклеоза да се зајакне имуниот систем со соодветна исхрана (свеж зеленчук, овошје), примена на мултивитамински препарати и одредени видови на пробиотици, кои го обложуваат дигестивниот систем и спречуваат продор на микроорганизми.

Во превенцијата на настанување и ширење на Epstein-Barr вирусна инфекција, се применуваат општи хигиенски мерки кои се однесуваат на превенцијата на воздушно-капковите инфекции⁽³⁾:

- да се избегнува близок контакт со болни лица,
- да се избегнува допирање на очите, устата или носот со нечисти раце,

- да се избегнува престој во затворени простории каде што престојуваат голем број луѓе,
- често проветрување и одржување на хигиена во животниот простор,
- неопходно е заболеното лице да мирува дома,
- заболеното лице да ги покрива носот и устата со шамивче додека кашла и кива,
- заболеното лице да избегнува контакти со други луѓе за да не се пренесува болеста.

Како да се намали ризикот од зараза?

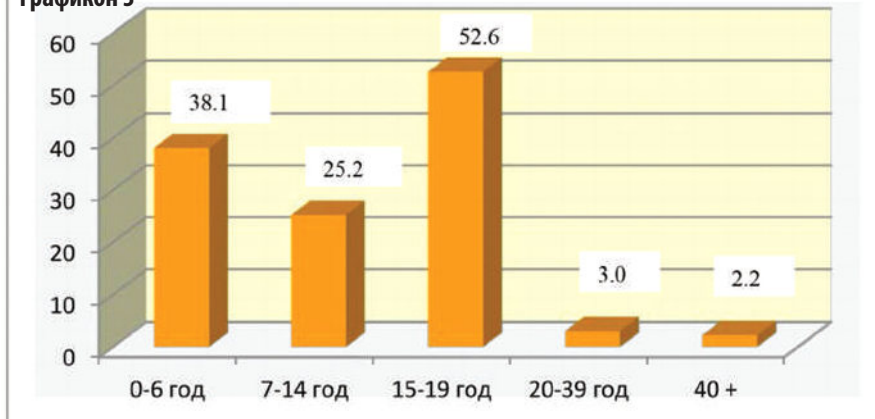
За да се намали ризикот од појава и ширење на инфективната мононуклеоза е потребно одржување на висок степен на лична хигиена и хигиена на просторот во кој се живее и работи (често проветрување, миене и дезинфекција на предметите за општа употреба и приборот за јадење, играчки, избегнување на блиски контакти – бакнување, гушкање).

До денес не е произведена делотворна вакцина.

*Љ. Р. Имери¹, Д. Н. Филиповиќ²,
Љ. Б. Бајрами¹, В. И. Дуриданска¹,
М. Ј. Ѓетај-Јаковски¹, Н. И. Ислами¹,
М. Ј. Осман¹, З. П. Арсениевски¹*

*ЈЗУ Центар за јавно здравје – Скопје¹
ЈЗУ Здравствен дом “Скопје” – Скопје²*

Графикон 3



Стапка на инциденца на инфективна мононуклеоза според возраст на подрачје на Скопје, 2009 – 2017 (1:10 000)

Референци

- 1 "About Epstein – Barr Virus".CDC.January 7, 2014.Archived from the original on August 8, 2016.Retrieved Aug.10, 2016.
- 2 Д.Даниловски, Н.Орочанец, К.Василевска, Б.Таушанова, В.Велиќ стефановска, Р.Исјановска, Б.Зафирова Ивановска, М.Здравковска, И.Павловска, Специјална епидемиологија, Скопје 2009.
- 3 Д.Даниловски, Н.Орочанец, К.Василевска, Б.Таушанова, В.Велиќ стефановска, Р.Исјановска, Б.Зафирова Ивановска, М.Здравковска, И.Павловска, Општа епидемиологија, Скопје 2007.
- 4 Dr sci Isuf Dedushaj, dr sci Isme Humolli, Epidemiologjia, speciale e sëmundjeve ngjitëse, Universiteti i Prishtinës, Fakulteti i Mjekësisë, Prishtinë, 2005.
- 5 Б.Николовски, Епидемиологија на заразни болести, Скопје, 1996.
- 6 Cohen JI (2008). "Epstein – Barr Infections, Including Infectious Mononucleosis". In Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, et al. Harrison's principles of internal medicine (17th ed.) New York> McGraw-Hill Medical Publishing Division.pp 380-91.
- 7 Cohen, Jeffrey I.(2005)."Clinical Aspects of Epstein – Barr Infection". In Robertson, Erle S. Epstein – Barr Virus. Horizon Scientific Press.pp.35-42.Archived from the original on 24 February 2014. Retrieved 18 June 2013.
- 8 "About Infectious Mononucleosis".CDC.January 7, 2014.Archived from the original on August 8, 2016.Retrieved Aug.10, 2016.
- 9 Hadinoto V, Shapiro M, Greenough TC, et al.(February 1,2008)."on the dynamics od acute EBV infection and the pathogenesis of infectious mononucleosis".Blood.111 (3): 1420-1427.
- 10 Ebell MH (November 2004). "Epstein – Barr Infectious Mononucleosis".American Family Physician. 70 (7)> 1279-87.

ИН MEMОРИАМ

Д-р Јосиф Наумовски

(1950-2017)

Д-р Јосиф Наумовски е роден на 18.5.1950 год. во Скопје. По завршената гимназија "Јосип Броз Тито" се запишал на Медицинскиот факултет во Скопје каде што дипломирал во 1977 година. Истата година бил вработен во Специјалната ревматска болница "Катлановска Бања", а потоа во Републичкиот одбор на Црвен крст на Македонија. На Универзитетската клиника за кардиологија се вработил во 1978 година на Одделението за вродени и стекнати срцеви мани. Тој бил еден од првите лекари кои работеле инвазивна дијагностика, односно срцева катетеризација која во тоа време беше златен стандард за дијагностицирање на пациентите со вродени и стекнати срцеви мани и поставување на индикација за оперативна лекување на пациентите со срцеви мани.

На 20.6.1983 година го положил специјалистичкиот испит по интерна медицина. Од самиот почеток на Клиниката бил вклучен во практичната едукација на студентите по медицина и стоматологија по предметот интерна медицина-кардиологија. Своего знаење несебично го пренесуваше и на новопримениот кадар на Клиниката.

На 20.6.1990 ја одбрал докторската дисертација "Процена на пулмоналната артериска хипертензија кај болни со митрална стеноза" и се здобил со звање доктор на медицински науки. Набргу е избран во звањето научен соработник, кога се вклучува и во теоретската настава по предметот интерна медицина.

Учествувал на многу домашни и меѓународни конгреси, симпозиуми, научни собири како носител и соработник на научни трудови. Се здобил со многубројни признанија и дипломи меѓу кои од Здружението на кардиолози на Југославија за долгогодишна успешна работа на полето на кардиологијата, Центарот за превенција и рехабилитација на кардиоваскуларни заболувања во Охрид за придонес во развојот, а на еден од конгресите на кардиолози на поранешна Југославија е прогласен за најдобар дијагностичар.

Во текот на развојот на кардиохируршката практика и нејзините почетоци на Клиниката за торако-васкуларна хирургија во Скопје, д-р Наумовски бил назначен за шеф на кардио-хируршкиот тим за оперативна проценка, како и за постоперативно следење и лекување на пациентите.

Со развојот на неинвазивната метода – ехокардиографија, особено со појавата на доплер ехокардиографијата која имала значајна улога во процената на пациентите со срцеви мани, како во однос на одредување на тежината на болеста, така и во поставувањето на индикација за оперативна лекување, од 1987 година д-р Наумовски почнува да се занимава со ехокардиографијата и е еден од доајените на ехорадиографијата во Македонија. Суверено владеејќи со оваа техника активно учествувал во изработка на неколку докторски дисертации на колеги од повеќе клиници на Медицинскиот факултет во Скопје. Соработувал при изготвување и на магистерски и многубројни научни и стручни трудови. Своего знаење и огромно искуство од областа на кардиологијата секогаш несебично го делел со помладите колеги.

Во 1994 година д-р Наумовски ја отворил ординацијата "Атик-Кор" чија првенствена улога била превенција, проценка, следење и лекување на пациенти со кардиоваскуларни заболувања. Во континуитет комуницира со Клиниката за кардиологија во интерес на своите пациенти. "Атик-Кор" со тек на времето стекна углед на референтна институција за кардиоваскуларните заболувања, болести на тироидната жлезда, ендокринолошки заболувања (дијабетес) и други заболувања.

Д-р Наумовски беше активен и во Здружението на кардиолози на Македонија, а постојано ги следи и новините во ехокардиографијата, метода со брз технолошки развој и метода без која денес современата кардиологија е невозможна.

Проф. д-р Елизабета Србиновска - Костовска

Проекти

ЦЕНТАР ЗА СЕМЕЈНА МЕДИЦИНА И МЕЃУНАРОДНА РЕСПИРАТОРНА ГРУПА ЗА ПРИМАРНА ЗАШТИТА

Третирање на никотинска зависност во примарното здравство

Центарот за семејна медицина во Скопје, во соработка со Меѓународната респираторна група за примарна заштита, во текот на 2017 и 2018 година спроведува проект „Третман на никотинска зависност во ПЗЗ“, во кој се вклучени повеќе од 280 избрани доктори-семејни и матични доктори на територијата на целата држава.

Проектот се спроведува во повеќе фази со ангажман на тимот од Центарот за семејна медицина, во состав проф. д-р Катарина Ставриќ, д-р Сузана Јовановска-Илиева, д-р Елизабета Костова - Прилепчанска, д-р Сашка Јаневска - Митовска, д-р Моника Јариќ - Бојкоска, д-р Васка Гаврилова - Гоцевска и 25 клучни едукатори заедно со 250 избрани доктори од ПЗЗ од сите региони во земјата.

си на КМЕ и способни да развијат програма за едукација за третман на зависност од тутун во ПЗЗ во сопствената земја. Во текот на работилницата, присутните доктори имаа можност да ја разберат никотинската зависност, да се запознаат со содржината на МКС-многу краток совет и да слушнат за постоењето на фармаколошка терапија (видови, дози, достапност). Исто така, им беше нагласено дека комбинираниот метод, кој во себе ги обединува фармаколошката терапија и поддршката во однесувањето, дава најголема шанса за успех при одвикнувањето од зависноста од тутун. Присутните доктори се потсетија и на дефинирањето на задачите при дизајнирање на едукативен процес.

По враќањето од Софија, тимот пристапи кон изработка

Проектот се спроведува во повеќе фази во кои се вклучени повеќе од 280 избрани семејни и матични доктори на територијата на целата држава



Првата фаза на проектот започна со интернационална работилница во Софија, која се одржа на 24 и 25 март 2017 год. Работилницата беше организирана од страна на Меѓународната респираторна група за примарна заштита и беше дел од проектот Global Bridges Project –“Градење на капацитетите-учење на учителите на здравствените работници во ПЗЗ за третман на зависност од тутун”. На оваа работилница учествуваа 20 доктори, по 5 доктори од Македонија, Бугарија, Романија и Киргистан. Докторите беа селектирани од редовите на доктори вклучени во проце-

на програма за едукација за третман на зависност од тутун во ПЗЗ, која беше адаптирана на условите во нашата држава. Програмата се состоеше од адаптирање на материјалите и креирање на едукативната содржина наменета за обука на 25 клучни едукатори и 250 избрани доктори, како и од осмислување на план за евалуација на проектот.

Во септември 2017 год. започна втората фаза на проектот со одржување на дводневна работилница во Велес, а со која беа опфатени 25 клучни едукатори кои подоцна се вклучија во реализацијата на третата фаза на проектот.

Третата фаза започна во октомври 2017 и траеше до февруари 2018 година. Во овој период се одржаа 10 едукативни работилници со кои се опфатени 250 избрани доктори од сите региони во земјата. На овие работилници на присутните доктори им беше презентирани МКС како нова и моќна алатка во нивната секојдневна практика, со чија помош ќе можат да детектираат, а и да понудат помош на пациентите - пушачи. Докторите се едуцираа и за фармаколошкиот третман со никотин заместителна терапија и со лекови и кога и како да го препорачаат на пушачите кои сакаат да се обидат да се одвикнат од зависноста од тутун. И на овие работилници се стави акцент на комбинираниот метод кој дава најголема шанса за одвикнување од зависноста од тутунот. На докторите им беа посочени и други факти, како што се присутните бариери во процесот на одвикнување, им беше презентирани ставот на Меѓународната респираторна група за примарна заштита за електронските цигари и уште еднаш беа потенцирани штетноста по здравјето и придобивките со отажување од пушење на тутун. Тие беа информирани и за процесот на евалуација на проектот која започнува со имплементација на наученото со секојдневната практика и формирање на мрежа од клучни едукатори и избрани доктори. Евидендирањето на активноостите во седмични извештаи, информатичката поддршка, како и пред и пост тестот ја надополнуваат евалуацијата на проектот. Овој принцип на работа се предвидува да трае шест месеци и за најголем број доктори тоа ќе биде периодот од јануари до јуни 2018 год.

Несомнено е дека овој проект на избрани доктори им ги зголемува компетенциите и самодовербата за поенергично да се вклучат во третманот на никотинската зависност во ПЗЗ. Ова е особено важно, бидејќи избраните доктори и ПЗЗ го имаат најчестиот контакт со пациентите - пушачи и даваат можност за најпристапна помош која може да им биде дадена на истите. На крај се поставува прашањето за организацијата и мотивацијата на избраните доктори за давање на оваа здравствена услуга. Во земја каде што дури 46% од возрасната група (35-64 години) се пушачи е потребно да се најде начин за стимулација на избраните доктори институционално да ја даваат оваа здравствена услуга, бидејќи бенефитот е голем за сите и за пушачите и за нивните семејства, но и за здравствениот систем и за државата во целост.

*Д-р Сузана Јовановска-Илиева,
специјалист по семејна медицина*

ИН MEMOIRIAM

Проф. д-р Дагмар Оровчанец

(1952-2017)

Д-р Дагмар Оровчанец е родена во Љубљана во 1952 година. Основно и средно образование завршила во Скопје. Во учебната 1971/1972 година се запишала на Медицинскиот факултет во Белград, каде што и ги завршила студиите со среден успех 8.30. По завршувањето на задолжителниот лекарски стаж и полагањето на стручниот испит, подолго време волонтирала во тогашната Воена болница во Скопје, каде што потоа се вработила на определено време на Одделот за хемодијализа. На Клиниката за гастроентерохепатологија при Медицинскиот факултет во Скопје се вработила во 1983 година. Специјализацијата по интерна медицина ја започнала во 1984 година и редовно ја завршила во 1988 година. Супспецијализација по гастроентерохепатологија завршила во 2011 година.

На Клиниката за гастроентерохепатологија активно учествувала во научно-истражувачката работа на заеднички проекти со другите колеги, како и со самостојни стручно-научни трудови. Во текот на специјализацијата и во текот на подоцнежната специјалистичка активност ги совладала сите дијагностички и тераписки постапки од областа на гастроентерохепатологија, посебно вештините на горнодигестивната и долнодигестивната ендоскопија, дијагностичка и тераписка.

Интензивно ја развива проктолошката лабораторија и за прв пат вовела ласерско лекување на проктолошките заболувања. Повеќе години работела на проблемите на хемороидалната болест, од што произлегува и докторска теза под наслов: "Евалуација на местото и улогата на нехируршкото лекување на хемороидната болест со интервентни ендоскопски методи", која успешно ја одбрала во јануари 2000 година.

Уште како лекар на специјализација, а потоа и како лекар специјалист, активно учествувала во изведувањето на наставата за студенти по медицина и стоматологија. За помлад асистент била избрана во 1984 година, а во 1989 година за асистент по предметот интерна медицина. За асистент била реизбрана два пати. За доцент на Катедрата за интерна медицина била избрана во 2001 година, а за вонреден професор на Катедрата по интерна медицина била избрана во 2006 година. Координатор на Катедрата за интерна медицина била во периодот од 2005 година до 2007 година.

Од 2007 година проф. Оровчанец станува дел од тимот на приватната болницата „Ре Медика“ во Скопје.

Автор е на повеќе од 70 публикации од областа на гастроентерохепатологијата, учесник на бројни домашни и меѓународни симпозиуми и конгреси. Студиски и стручни усовршувања имала во Бугарија, Србија, Словенија...

Проф. д-р Дагмар Оровчанец ќе остане во сеќавање како топла, исклучително хумана личност, доктор кој е подготвен секому да се обиде да му помогне, неуморна во својата работа и посветеност на Хипократовата заклетва со исклучителна доверба кон генерациите кои доаѓаат.

Современа медицина

УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА ЗА РЕВМАТОЛОГИЈА

НОВ ТРЕТМАН ЗА ПАЦИЕНТИТЕ СО РЕВМАТОИДЕН АРТРИТИС - СУПКУТАНА ФОРМУЛАЦИЈА НА TOSILIZUMAB

На Универзитетската клиника за ревматологија во Скопје, од неодамна, почна да се применува нова современа прволиниска биолошка терапија за пациентите со ревматоиден артритис. Станува збор за воведување на супкутаната формулација на лекот tocilizumab како нова третманска опција за пациентите со умерено-тешка до тешка форма на ревматоиден артритис (РА). Лекот како нова терапевтска опција се воведува во соработка со Фондот за здравствено осигурување и Министерството за здравство, а може да се користи како монотерапија или во комбинација со метотрексат и/или други лекови кои го модифицираат текот на болеста (DMARDs).

Истражувањата укажуваат дека tocilizumab врши рендгенотрафски потврдена инхибиција на прогресијата на болеста, односно оштетување на зглобовите, како и подобрување на физичката функција кај пациентите со РА. На пример, во клиничката студија SUMMACTA, супкутаната формулација на tocilizumab покажала споредлива ефикасност и безбедност во однос на интравенската формулација на tocilizumab кај возрасни пациенти со ревматоиден артритис без нови безбедносни сигнали. Супкутаната формулација на tocilizumab обезбедува покомфорен и многу полесен начин на администрација на лекот, а исто така, на пациентите кај кои не е соодветна интравенска терапија им овозможува сепак да бидат лекувани со tocilizumab. Во друга клиничка студија (BREVACTA) е докажано дека супкутаната формулација на tocilizumab + DMARDs има сигнификантно повисока ефикасност и споредлива безбедност кај пациентите со ревматоиден артритис, во

абдоменот или натколеницата. Првото инјектирање треба да се изведе под надзор на квалификуван здравствен работник. Како што можеме да заклучиме, супкутаната формулација на лекот tocilizumab во форма на претходно наполнет шприц со механизам на заштита за иглата е погоден и безбеден за самоапликација од страна на пациентите или нивните најблиски. Секако, претходно, од страна на здравствениот персонал на нашата клиника, лекарите и медицинските сестри пациентите се советуваат и поминуваат еден вид обука за самоапликација. Со ова се обезбедува поголем комфор за пациентите и можност лекот tocilizumab пациентите сами да си го администрираат во домашни услови, а наедно се избегнува и потребата пациентите да патуваат и поминуваат значително време во здравствената установа, со што се подобрува квалитетот на живот на овие пациенти. На овој начин, обезбедуваме современа терапија за пациентите со ревматоиден артритис, аплицирана на современ, комфорен и погоден начин за пациентите, а наедно со супкутаната апликација на биолошката тера-



споредба со плацебо + DMARDs. Студијата ADACTA покажала дека tocilizumab како монотерапија е супериорен во однос на adalimumab како монотерапија во намалување на активност на болеста кај пациентите со ревматоиден артритис (РА). Со тоа се потврди уште еднаш ефикасноста на лекот tocilizumab, која заедно со поволниот безбедносен профил и едноставниот, супкутан начин на апликација, претставува ефикасна, безбедна и комфорна терапија за пациентите со ревматоиден артритис.

Tocilizumab е раствор за супкутана инјекција, достапен како готов за употреба наполнет инјекциски шприц со игла за еднократна употреба. Всушност, станува збор за претходно наполнет шприц со механизам на заштита за иглата со волумен од 1мл, и супкутана игла со дебелина од 27 G и должина од 12,7 mm, која овозможува брза и лесна апликација на лекот. Препорачаната доза на tocilizumab за возрасни пациенти е 162 мг еднаш неделно како супкутана инјекција. Најчесто, лекот се аплицира супкутано во надлактицата, а самоапликацијата пациентот може да ја направи во пределот на надлактицата,



пија се намалуваат и индиректните трошоци на Клиниката за ревматологија, во смисла на заштеда на активното време на здравствениот персонал и искористеноста на капацитетите на здравствената установа.

Конзилијарната комисија на Универзитетската клиника за ревматологија, по препорака на нашите лекари, веќе ја одобри супкутаната формулација на лекот tocilizumab за првите пациенти со ревматоиден артритис. На Клиниката се надеваат дека со заеднички напори на стручниот колегиум и во соработка со Фондот за здравствено осигурување и Министерството за здравство овој лек ќе биде достапен за сите пациенти со ревматоиден артритис на кои лекот им е неопходен, како и да се прошири палетата на биолошка терапија, со цел пациентите да добијат најсоодветен персонализиран третман според природата на нивната болест и индивидуалните карактеристики и општата состојба на пациентите.

Асс. д-р Филип Гучев,
Универзитетска клиника за ревматологија, Скопје

АСТЕМРА® ја инхибира прогресијата на оштетување на зглобовите и ја подобрува физичката функција кај пациентите со ревматоиден артрит



**СЕГА Е ВРЕМЕ
ДА ЗАПОЧНЕТЕ
СО АСТЕМРА®**

Повеќе од 8 години докажана ефикасност кај ревматоидниот артрит, со или без methotrexate (MTX)²⁻⁴

АСТЕМРА® е наменета за терапија на умерен до тежок активен ревматоиден артрит кај возрасни пациенти, дадена како монотерапија или во комбинација со methotrexate (MTX) и/или други антиревматични лекови кои го модифицираат текот на болеста.

Број и датум на одобренијата за ставање на лек во промет: Actemra концентрат за раствор за инфузија 80 mg/4 ml – 11-1137/2 18.08.2015; Actemra концентрат за раствор за инфузија 200 mg/10 ml – 11-1139/2 18.08.2015; Actemra концентрат за раствор за инфузија 400 mg/20 ml – 11-1140/2 18.08.2015; Actemra раствор за инјектирање 162 mg/0,9 ml – 15-10699/14 31.03.2015

За подетални информации погледнете во Збирниот извештај за особините на лекот, за лекот Actemra (tocilizumab) концентрат за раствор за инфузија 80mg/4ml, 200mg/10ml и 400mg/20ml и Actemra (tocilizumab) раствор за инјектирање 162mg/0,9ml или контактирајте не на macedonia.medinfo@roche.com

РЕФЕРЕНЦИ:

1. EMA. Doc Ref EMEA/CHMP/580914/2008. 2008. Available at http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Summary_of_opinion_-_Initial_authorisation/human/000955/WC500059466.pdf. Last accessed October 2017. 2. Jones G et al. J Rheumatol 2017; 44(2): 142–146. 3. Dougados M et al. Ann Rheum Dis 2013; 72(1): 43–50. 4. Збирен извештај за особините на лекот, за лекот Actemra (tocilizumab) концентрат за раствор за инфузија 80mg/4ml, 200mg/10ml и 400mg/20ml. 5. Збирен извештај за особините на лекот, за лекот Actemra (tocilizumab) раствор за инјектирање 162mg/0,9ml.

Датум на подготовка: март 2018 година

РОШ Македонија ДООЕЛ Скопје
Деловен центар *Сити Плаза*
Ул. Св. Кирил и Методиј бр.7, кат 2 1000 Скопје
Тел.: +389 2 3103 500 / Факс.: +389 2 3103 505
www.roche.com

 **АСТЕМРА®**
tocilizumab

ТЕСТИРАЈ ГО СВОЕТО ЗНАЕЊЕ

Уредува проф. д-р Катица Зафировска

Намалено либидо и ниво на тестостерон

Приказ на случајот: Маж на 52 години, оженет со две деца, со изразена дебелина (ИТМ = 41.7), го консултира својот матичен лекар заради се`поизразено чувство на замор, несоница и заради тоа поспаност во текот на денот, утринска главоболка.... Сопругата му кажала дека многу `рчи и дека повремено прекинува со дишењето во текот на сонот, а и тој самиот забележал дека често се буди со потреба да земе воздух. Но, најмногу го загрижува намалувањето на либидото, заради што станал многу раздразлив и депримиран и затоа бара да биде упатен на соодветен специјалист. Специјалистот уролог кај кого бил упатен не утврдил органиски промени кои можат да ги објаснат тегобите и го упатил на ендокринолог. Ендокринологот добил податоци дека пациентот забележал дека има послаба сексуална желба од пред околу две години, а сега многу ретко се буди со ерекција. Слаба ерекција постигнува само во текот на (но, не и пред) мастурбација. Во медикалната историја негира тестикуларна траума или инфективен паротитис. Неколку години е на терапија со АКЕ инхибитор и диуретик заради хипертензија и со тие лекови притисокот е добро контролиран. Има болки во колениците, колковите и повремено `рбетот, заради што зема лекови против болка, но не повеќе од десетина таблети/капсули месечно, најчесто комбинација на аналгетици и НСАИЛ. При прегледот има нормален наод на белите дробови, срцето и абдоменот, крвниот притисок е 140/85, површни варикозни вени на двете потколеници,

нормална влакнетост од машки тип, секој тестис е со големина од околу 12 cc (нормално од 15–25).

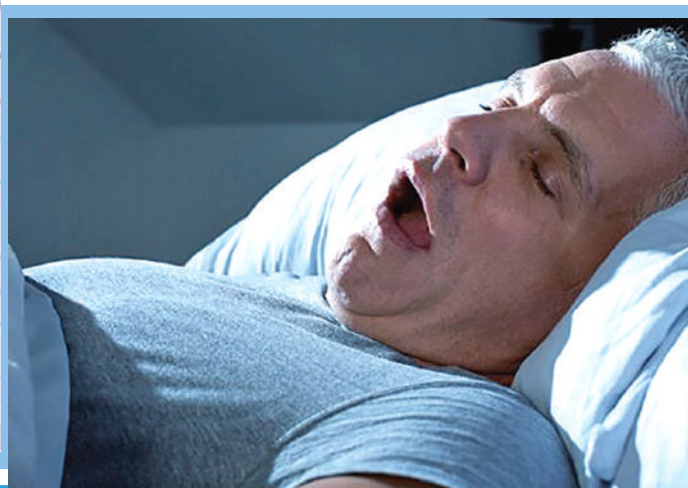
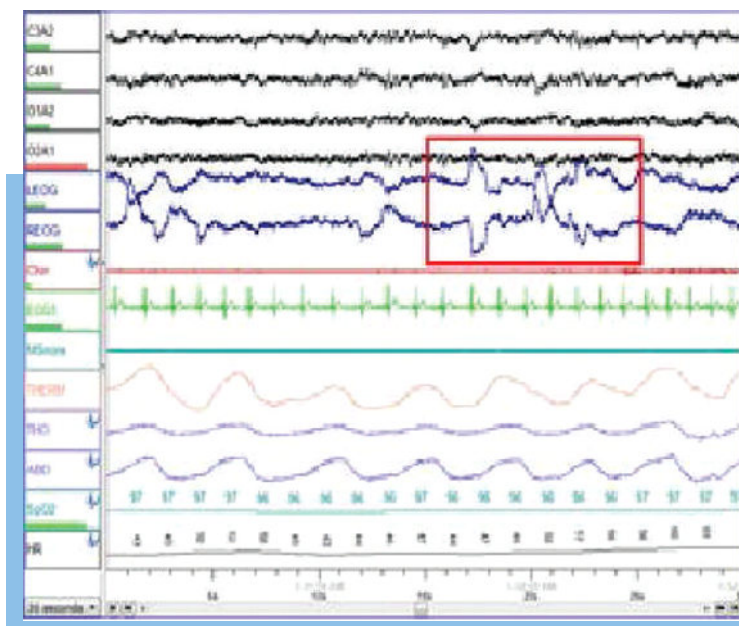
Од целните лабораториски испитувања на хормоните се добиени следните резултати: лутенизирачки хормон - 1.8 mIU/mL (нормално од 2.0–12.0), пролатин - 5.2 ng/mL (0–15.0), вкупен тестостерон – 21 ng/L (27–107), TSH - 1.52 μ IU/mL (0.5–4.7), FT4 - 1.5 ng/dL (0.8–1.8)

Кој е најсоодветниот следен дијагностички тест:

1. Ехосонографија на тестисите.
2. НМР на хипофизата.
3. Кариотип тестови за хипогонадизам.
4. Студии за апнеа во текот на спиење (во лабораторја или дома).
5. Тестирање на урината за опиоиди.

Одговор: За овој пациент најсоодветно испитување е студија за апнеа во текот на спиење (во специјализирана лабораторија или дома). Ниско ниво на тестостерон кај дебели мажи со утринска главоболка, замор и поспаност во текот на денот, најверојатно е поврзано со опструктивна апнеа во спиење (ОАС). При ОАС релаксацијата на фарингеалните мускули ги блокира дишните патишта, предизвикувајќи престанок на дишењето. Овие прекини се случуваат стотици пати во текот на сонот и секој може да трае од неколку секунди до неколку минути. Пациентите се будат исцрпени од недостатокот на сон и на кислород.

Хипогонадизмот е чест кај дебелиите мажи и е поврзан со дебелината, но и со низа други фактори. ОАС е поврзана, исто така, со дебелината и со хипогонадотропен хипогонадизам, а потврда на ова е



фактот што нивото на тестостерон се подобрува со соодветен третман на ОАС.

Иако пациентот има симптоми и знаци коишто укажуваат на постоење на ОАС, вкл. хипогонадизам, сепак потврдата на дијагнозата не се заснова на клиничката слика, туку на студии за апнеа во текот на спиење коишто може да се изведат во специјални лаборатории или дома (со поедноставни тестови). Полисомнографија е студија на сонот во текот на ноќта со која се забележува активноста на мозокот, движењето на очите, срцевата фреквенција, крвниот притисок, ЕКГ, нивото на кислородот во крвта, движењата на телото и други податоци. Со тестовите коишто се изведуваат во домот на пациентот обично се мери само срцевата фреквенција, нивото на кислород во крвта, протокот на воздух и типовите на дишење и доколку се покаже пад на оксигенацијата во текот на апнеите и пораст при будењето, тоа е потврда за постоење на апнеи во текот на спиењето.

Иако хипогонадотропниот хипогонадизам може да се должи на конгенитално нарушување, како што е идиопатскиот хипогонадотропен хипогонадизам, Kallmann синдром или Prader-Willi синдромот, пациентите со овие состојби обично имаат симптоми од рана возраст и немаат нормално пубертетско искуство и репродуктивна историја. Затоа, кај овој пациент не е индицирано тестирањето на кариотипот, а ехосомнографијата на тестисите нема да биде од помош за евалуирање на пациент со ниско ниво на гонадотропини.

Мажите со хипофизарна причина за хипогонадизам често имаат екстремно ниско ниво на тестостерон. Кај возрастни лица со скорешна појава на секундарен хипогонадизам со многу ниско ниво на тестостерон мора да се исклучат питуитарни тумори и покачено ниво на пролактин, што не е случај со пациентот којшто има клиничка слика за ОАС, и затоа, приоритет во испитувањето ќе имаат студиите за апнеа во текот на спиење, а не HMP на питуитарната жлезда.

Хроничната употреба на опиоиди е честа причина за хипогонадотропен хипогонадизам. Иако заради остеоартритичните тегоби пациентот зема аналгетици, тоа е ретко и не се оние коишто содржат опијати, а и во картонот на матичниот лекар нема податоци за често препишување на овој тип лекови.

Литература

- Logan, et.al. High prevalence of unrecognized sleep apnea in drug-resistant hypertension, in, Journal of Hypertension, 2001
- Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J (2000): Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. NEJM 342(19): 1378-1384
- O'Keefe, et.al., Evidence supporting routine Polysomnography before bariatric surgery, in, Obesity Surgery, January 2014
- Luboshitzky R et al. Pituitary-gonadal function in men with obstructive sleep apnea. The effect of continuous positive airways pressure treatment. Neuro Endocrinol Lett 2004 Apr 10; 24:463.
- Luboshitzky R et al. Altered luteinizing hormone and testosterone secretion in middle-aged obese men with obstructive sleep apnea. Obes Res 2005 May 18; 13:780.
- Attal P and Chanson P. Endocrine aspects of obstructive sleep apnea. J Clin Endocrinol Metab 2010 Jan 12; 95:483.

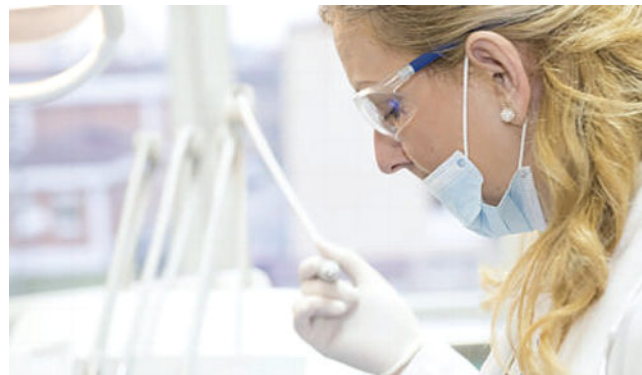
Заборавен антибиотик против супербактериите

Антибиотик кој здравствените работници го имаа подзаборавено цели 40 години по неговото откривање можеби ќе помогне во развојот на нови лекови против смртоносните инфекции предизвикани од некои од најопасните резистентни супербактерии во светот.

Научниците од Институтот за молекуларна биологија на Универзитетот "Квинсланд" го актуелизираа заборавениот антибиотик и наново го синтетизираа зголеμουвајќи ја неговата ефикасност против резистентна бактерија, а потоа во соработка со Универзитетот "Монаш" ја проучувале неговата ефикасност на заразени животни.

Студијата ја поттикна потребата за итно откривање на нови лекови со кои би се одговорило на се пораспространетата резистентност на бактериите на антибиотиките.

"Октапептините се откриени кон крајот на 1970 година, но тогаш не влегоа во постпка за натамошно проучување затоа што имаше многу антибиотичи, пред се благодарјќи на илјадниците научници кои работеле на истражувањата и развојот на нови антибиотичи", вели водачот на студијата, проф. д-р Мат Купер.



Според него, со оглед на тоа колку малку научници сега останале да работат во таа област и колку скудно се одвивал развојот на нови антибиотичи, употребени се модерни методи на тестирање на лековите за да се анализира нивната ефикасност против супербактериите.

Професорот Купер вели дека на располагање нема нови видови антибиотичи за грам-негативни бактерии, а отпорноста на лековите е се порасширена во светот. Клиничарите се соочуваат со резистентност на широк спектар на лекови, меѓу кои и на меропенем, а сега и на колистин, антибиотичи од последен избор.

"Грам-негативни бактерии тешко се уништуваат зато што имаат дополнителна мембрана која треба да се пробие, а која често е прикриена со тенок слој што ги камуфира од лековите или нашиот имунолошки систем", објаснува тој. Октапептинот покажал натпросечна антимикуробна активност во комбинација со колистин кога станува збор за особено резистентни грам-негативни бактерии во раните претклинички испитувања. Дополнително, тој потенцијално се покажал и помалку токсичен за бубрежите од колистинот. Студијата ги става темелите за развој на нова генерација антибиотичи против смртоносните инфекции. Резултатите од истражувањето се објавени во списанието "Cell Chemical Biology."

Елективна ортопедска хирургија кај лицата со хемофилија - потреба и оправданост

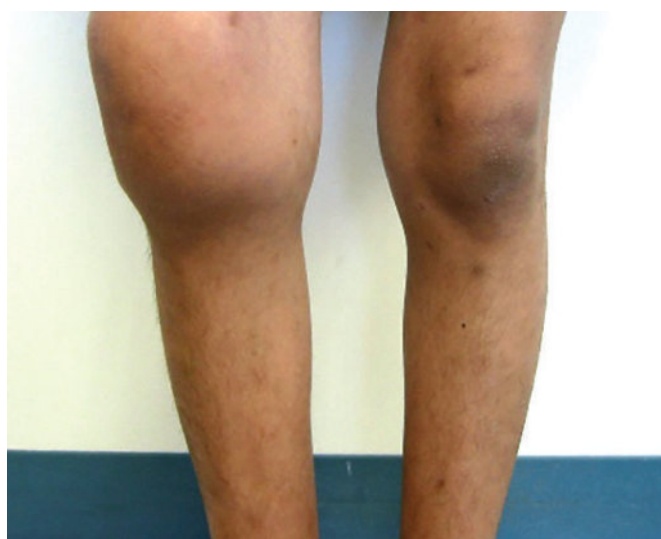


Хемофилијата е наследна болест каде што постои нарушување во процесот на коагулацијата на крвта, т.е. времетраењето на коагулацијата е продолжено. Продолженото време на крвање е поради дефицит на одреден фактор во коагулационата каскада. Болеста е рецесивно наследна и тоа преку X хромозомот каде се наследува нефункционален ген.

Постојат повеќе критериуми за поделба на хемофилијата и тоа, според тоа кој фактор недостасува, постојат тип А и тип Б (недостасува фактор 8 и фактор 9 соодветно). Според

количината на факторот која е присутна во циркулацијата е поделена на 3 форми: тешка, средна и лесна. Според тоа како настанува, секако најчест тип е вродената хемофилија, но постои и многу поретка форма на т.н. стекната хемофилија. Симптомите на лицата со хемофилија може да не се изразени се до момент на повреда ако станува збор за лесните форми, додека потешките форми на хемофилија се придружени со продолжено крвање при повреда, полесно создавање на модринки и по помала траума, мускулни крвавења, спонтани крвавења во зглобови, како и интракранијални крвавења.

Крвавењата во зглобовите се најчестите крвавења кај пациентите со хемофилија, особено кај тие со мајорна форма и истите можат да остават последици по скелетно - мускулниот систем. Механизмот на оштетување на зглобовите при крвање е добро познат. Имено, од моментот кога настанува крвање па се до неговото санирање настанува воспалителна реакција на синовијалната мембрана или синовитис, која е една од нормалните одбранбени реакции на организмот. Синовитисот понатаму може да се смири и санира или доколку дојде до репетирани крвавења во зглобот да премине од акутна форма во хронична. Железото кое е главен елемент во хемоглобинот е силен стимулус за синовијалните клетки. Кај репетитивните крвавења доаѓа до депонирање на големата количина на железо и хемосидерин и синовијалните клетки стануваат хипертрофични. Поради тоа што е потребно да се елиминираат овие продукти од зглобот се создаваат нови крвни садови во самата хипертрофирана синовијална мембрана кои се крвкни и лесно кршливи и поради тоа изложени на повторни крвавења влегувајќи во *circulus*





Најчестите оперативни зафати кои се потребни кај овие лица се во врска третирање на последиците од честите крвавења и хроничниот синовитис. Тоа се синовектомии кои можат да бидат отворени и затворени (артроскопски), потоа замена на оштетените зглобови со вештачки, како и корективни остеотомии, вадење или редуцирање на псевдотумори, продолжување на тетиви. Во овој релативно кус период се изведени над 30 големи интервенции кај ови пациенти, сите на Клиниката за ортопедски болести во Скопје

vitiosus на хемартрос – синовитис – хемартрос. Штом се дојде до оваа фаза на хроничен синовитис веќе други хемиски, ензимски и механички процеси се вклучени во деструкцијата на зглобната 'рскавица кое нешто пак доведува до прогресивна дегенерација на зглобот. Затоа е многу важно да се прекине овој циклус што порано за последиците по зглобовите да бидат минимални. Секогаш е потребен поагресивен третман на овој хемосидерински синовитис од мултидисциплинарен тим кој ќе биде вклучен во сите фази на лекување на овие пациенти. Третманот на овие пациенти е сложен и долготраен и побарува добро едуциран, искусен и многу мотивиран тим. Основата на третманот е т.н. заместителна терапија од концентрати на соодветниот коагулациски фактор. Пристапот кон типот на терапијата е индивидуален, но истовремено зависен и од многу други фактори, меѓу кои и достапноста на соодветна количина на коагулациски фактори. Со цел терапијата да биде подостапна и третманот на пациентите соодветен, потребно е внимателно следење на потребите со тенденција на зголемување и адаптирање на количината на коагулациони фактори. Оваа терапија може да се аплицира при настанато крвавење, но и како профилактичка терапија каде што целта е да не се дозволи количеството на факторот да падне под еден процент. Во минатото, кога концентратите на факторите не биле достапни, се употребувала плазма и потоа криопреципитати, но поради поголемата ефикасност и безбедност се заменети со сегашната терапија. Поради тоа голем број од повозрасните пациенти, поради честите тран-

сфузии, се заразени од инфективни болести на вирусот на хепатитис Б и Ц и ХИВ вирусот. Денешните препарати се многу побезбедни во таа смисла, секако и поефикасни, особено најновите генерации на рекомбинанти производи.

Мултидисциплинарниот пристап во третманот на овие пациенти во Македонија е прифатен во 2010 година кога и е започнато формирање на еден тим од

повеќе специјалности кои ќе се обучат во развиени центри во Европа, за тој тим да почне со интензивна работа во 2011 година. Мултидисциплинарниот тим го сочинуваат хематолог, трансфузиолог, педијатар-хематолог, ортопедски-хирург, физијатар, физотерапевт, инфектолог, психолог, социјален работник, медицинска сестра, како и други специјалности за одделни состојби. Како резултат на овој голем чекор во развојот, веќе во 2013 година Центарот за хемофилија се сертифицира во European Comprehensive Care Center. До овој период овие пациенти имаа само основен тип на медицинско згрижување и тоа само кога постои крвавење. Оперативните зафати беа изведувани само во исклучително акутни и итни состојби и често пати проследени со многу компликации. Со воведувањето на заместителната терапија станува можно да се изведуваат и елективни хируршки интервенции за кои овие пациенти имаат потреба. Оперативниот третман е исклучително сложен процес, особено големите интервенции каде што се очекува голема загуба на крв. Пристапот во анализата на случајот мора да биде мултидисциплинарен. Тоа подразбира статусот на пациентот да биде опфатен од пове-



Практика

ке специјалности кои ќе ги предвидат сите можни компликации и начините како тие да се избегнат и редуцираат. Тоа подразбира дека е потребно да се занимаваат со оваа проблематика искусни специјалисти, кои имаат повеќегодишно искуство во третманот на сите коморбитети што овие пациенти ги носат со себе. Аплицирањето на факторот за коагулација и следењето на неговата количина, како и неговата активност е потребно да се изведе многу прецизно и континуирано, мониторирањето на пациентите треба да биде 24 часа, особено во првите 4 дена од оперативниот зафат. Средниот медицински персонал потребно е да биде обучен за важноста на навремена и правилна апликација на лекот, како и физиотерапевтите кои ќе работат со пациентот пред и по оперативниот зафат. Најчестите оперативни зафати кои се потребни кај овие лица се во врска со третирање на последиците од честите крвавења и хроничниот синовитис. Тоа се синовектомии кои можат да бидат отворени и затворени (артроскопски), потоа замена на оштетените зглобови со вештачки, како и корективни остеотомии, вадење или редуцирање на псевдотумори, продолжување на тетиви. Во овој релативно кус период се изведени над 30 големи интервенции кај ови пациенти, сите на Клиниката за ортопедски болести во Скопје. Импантирани се вештачки зглобови на колк и колено, синовектомии, артроскопски интервенции, вадење на гигантски псевдотумор заради крвавење од т.рsoas, Протоколот кој е употребен во подготовката и третманот е во согласност со препораките на Светската федерација за хемофилија (World Federation of Haemophilia).

Целта кај сите овие типови на интервенции кои вклучуваат синовектомија е прво да се намали бројот на крвавења и со тоа да се спречи натамошно пропаѓање на зглобната 'рскавица, потоа да се зголеми обемот на движења во тој зглоб, а со тоа и да се намали болката. Ова особено се однесува на педијатриските пациенти каде што целта е што порано да се прекине гореспомнатиот *circulus vitiosus*. Затоа е потребно консултација со обучен ортопедски хирург, затоа што индикациите за хируршки зафат кај овие пациенти не е само болката или пак фиксната позиција на екстремитетот. Кај оние зглобови каде што оштетувањето довело до краен стадиум на артропатија, можна е замена со вештачки, каде исто така се доведува зглобот, а со тоа и екстремитетот во функција и многу поповолна позиција. Болката со двата типа на интервенција драстично се намалува, а исто така и епизодите на крвавење драстично се редуцираат, а со тоа се намалува и натамошната употреба на концентрати на фактор на коагулација. Со тоа на овие лица им е овозможено многу поретко хоспитализирање, активен живот и од социјален и од личен аспект. Посебен предизвик за третман се една подгрупа на ова заболување, а тоа се лицата со хемофилија кои поседуваат инхибитори. Тоа се антитела кои се создаваат против заместителниот фактор кој се внесува како лек. Кога тие антитела ќе се создадат постојат модалитети на третман во смисла на обид за нивна ерадикација или пак употреба на т.н. *by-pass* агенси кои ја подобруваат коагулацијата преку заобиколување на фактор 8 или 9. Овие пациенти вообичаено крвават многу почесто и пообилно од лицата кои немаат инхибитори. Пред 1995 година кога е пронајден и воведен во употреба еден *by-pass* производ (rFVIIa) присуството на



овие инхибитори се сметало за апсолутна контраиндикација за елективен хируршки третман. Сепак, светското искуство покажало дека и овие пациенти со најновите генерации на овој лек е можно безбедно и ефикасно да се оперираат. Кај нас се изведени три ортопедски интервенции кај овој тип на пациенти исто така без поголеми компликации. Изведени беа синовектомија на колено и имплантирање на вештачко колено кај две лица. Активното вклучување во општествен живот кај овие пациенти беше драстично изменет. Мобилноста, животот без болка, како и сигурноста во одот им овозможи на едниот да ги заврши своите студии и да се вработи, а на другиот да се врати на активниот живот. Често пати во литературата, како и во разговорите со здравствените власти се дискутира економичната исплатливост на интервенциите, во смисла на тоа дека се уште оваа заместителна терапија е релативно скапа. Ова особено важи за здравствени системи со ограничени ресурси, како што е и нашиот. Но, и светското и нашето искуство покажува дека на долгорочен план овие пациенти кои се подложиле на потребната хируршка интервенција, имаат многу помалку епизоди на крвавење, а поради тоа и не аплицираат фактор со текот на годините. Понатаму, што е уште поважно, стануваат многу поактивни и работоспособни, па можат да придонесат многу повеќе и за општествена но и семејна корист. Кај педијатриските пациенти со профилактичката терапија се избегнуваат трајни оштетувања на зглобовите кои понатаму би довеле до многу потешки оперативни третмани.

Животот е движење, движењето е живот. Ова, иако е една филозофска мисла, всушност е и еден од основните постулати на ортопедијата. Сите начини на третман се насочени кон тоа да се задржи подвижноста на скелетно - мускулниот систем, а со тоа да се овозможи поголема функционалност која се одразува на здравјето во сите негови аспекти.

Д-р Антонио Гавриловски,
Универзитетска клиника за ортопедија-Скопје

МАКЕДОНСКА МЕДИЦИНСКА ТЕРМИНОЛОГИЈА

Уредува: Проф. д-р Косџандина Корнеџи-Пекевска

Дермоскопија

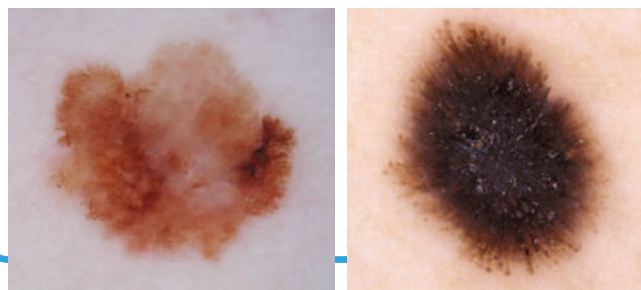
Дермоскопија (Friedman и соработници) претставува неинвазивна техника која овозможува со оптичко зголемување *in vivo* визуелизација на морфолошките карактеристики на кожата кои се невидливи за голото око. Во литературата за оваа дијагностичка метода се користат многу различни термини: дерматоскопија (Saphier), површинска микроскопија (Soyer и соработници), инцидентна светлосна микроскопија (Fritsch и соработници) и епилуминисцентна светлосна микроскопија (Pehamberger и соработници).

Воведувањето на оваа релативно млада, динамична и возбудлива област во дерматологијата отвори нова димензија во дијагностиката на меланоцитните и немеланоцитните тумори на кожата. Повеќекратните мета-анализи идентификуваа дека дермоскопијата ја подобрува дијагностичката точност и нивото на сигурност за пигментирани и непигментирани лезии на кожата и ја зголемува сензитивноста за рано откривање на карцином на кожата. Од посебна важност е идентификацијата на раната фаза на развој на меланом на кожа, кога е потенцијално излечив, како и другите не-меланомски карциноми на кожата.

Историја

Поимот површинска кожна микроскопија датира од 17 век (Botrelus, Kolhaus) и 19 век (Zeiss, Unna). Терминот дерматоскопија првпат се користи од страна на Saphier во 1920 година. Во САД за прв пат се применува од страна на Michael во 1922 година, а потоа во 1950 година од Goldman е опишана вредноста на оваа техника на полето на кожните тумори и некои дерматози. Во 1971 година за првпат Rona McKie многу јасно ја идентификува предноста на површинската микроскопија за подобрување на предоперативната дијагноза на пигментирани кожни лезии. Во 2000 година група на германски дерматолози (Stolz и соработници) го претставуваат првиот рачен дермоскоп со ново оптичко и многу јасно осветлување.

За стандардизирање на дефинициите на структури, кои се присутни кај бенигните и малигните пигментирани и непигментирани лезии, се особено заслужни група австриски, германски, италијански и австралиски истражувачи (Soyer, Argenziano, Zalaudek, Menzies, Hofmann-Wellenhof, Pehamberger, Stolz, Kittler,...) кои ги проучуваа и утврдија дермоскопските дијагностички техники и критериуми што ги користиме денес, со алгоритмите како што се правилото ABCD, методот Menzies, контролната листа од 7 точки, контролната листа од 3 точки, хаосот и индикаторите, и CASH (боја, архитектура, симетрија и хомогеност).



Со големиот напредок на технологијата на дигиталните камери, брзата експанзија на интернетот и неверојатниот напредок на компјутерските системи се овозможи постоење на теледермоскопија и широка достапност на видео-дермоскопија.

Технички процедури и опрема

Основен принцип на дермоскопијата е преглед на кожните лезии со посебен рачен инструмент наречен дермоскоп (дерматолошки стетоскоп). Дермоскопот е оптички инструмент опремен со леќа за зголемување (10 x) и извор на светлина (поларизирана и/или неполаризирана светлина). Кога фотографиите или видеозаписите се направени или обработени дигитално, инструментот се вика дигитален епилуминисцентен дермоскоп. За дигиталните системи со видео камера (видеодермоскопи) опремена со оптички влакна и леќи кои обезбедуваат зголемување од (10 × 1000 ×) се користи терминот видеодерматоскопија.

Нови апликации на дермоскопија

Покрај традиционалната примена на дермоскопијата во дијагностиката на пигментирани и непигментирани тумори на кожата, зголемувањето на бројот на публикации за нови апликации на дермоскопијата укажуваат дека дермоскопијата помага и во препознавањето на кожните манифестации во општата дерматологија. Во зависност од нарушувањето на кожата, тие можат да бидат корисни во диференцијалната дијагноза, прогностичката евалуација и следење на одговорот на третманот.

- Ентомодермоскопија - ја подобрува дијагнозата на кожните инфекции и инфестации (паразитарни, вирусни, бактериски, габични и протозоарни инфекции).
- Инфламскопија – ја подобрува диференцијалната дијагноза на инфламаторните кожни болести.
- Трихоскопија – за дијагностика на кожни болести на капилициумот.
- Онихоскопија – за дијагностика на болести на ноктите.

Асс.д-р Зорица Зафировиќ,

Универзитетска клиника за дерматологија, Медицински факултет,
УКИМ, Скопје

Регион

Со буџетот на Фондот за скапи лекови не може да се купи ниту еден лек

ХРВАТСКА

Во Фондот за новите лекови со кои се третираат исклучително тешките заболувања кои не се на товар на Хрватскиот завод за здравствено осигурување, засега се легнати само 27.388 куни, иако потребите за само еден лек од оваа листа се и за 600 пати поголеми.

Откако се потрошија парите кои досега за лекување на високоризичен неробластом и спинална мускулна дистрофија ги издвои владата, по се изгледа, потврно се можни проблеми со финансирање не само на оваа, туку и на некои други нови терпии со оглед дека постојано се јавуваат нови уште поскапи лекови. Според објавените инфромации кои се повикуваат на Министерството за здравство, најголемиот износ е уплатен од еден граѓанин, во два наврата по 10.000 куни, а најмалата уплата била 38 куни. Според министерот, владата во иднина ќе покаже “висока осетливост за потребите за набавка на лекови што не се на листата на ХЗЗО”.

Иако, кога станува збор за хрватското здравство сите прво се “фаќаат” за финансиите и сите проблеми ги врзуваат со недостиг на средства, сепак, факт е дека се не е во парите. Имено, и на последната седница за пратенички прашања во Саборот главните прашања за министерот за здравство беа околу финансирањето на скапата терпија за спинална мускулна атрофија и високоризичниот невробластом преку “донаторскиот” фонд, како и за потегот со кој на лицата со склероза мултипла (МС) им е скратува ефикасната терпија ако се постари од 55 години.

Ваквата реалност, според медиумите во Хрватска, сепак, укажува дека станува збор за неснаоѓање во времето и просторот, а помалку за финансиите. Едноставно, во Хрватска се уште нема “протокол” како, зошто и под кои услови некој лек, сеедно дали е скап или не, ќе се користи во третманот на пациентите ако не е на листата што ја покрива ХЗЗО. Уште помалку, има “математика” дали таквата полтика за системот



е поевтина (хумано секако не е) ако не се покрива лекување-то или, пак, крајната сметка за системот ќе биде повисока поради инвалидноста, нејзиниот третман и другите терапии ако, на пример, не се плаќа лекувањето на лицата со МС кои се постари од 55 години.

Драматично зголемување на тужбите за несовесно лекување

Бројот на предметите против лекарите и другите медицински рабоници е во значителен пораст, предупредуваат медиумите во Хрватска. Повикувајќи се на инфромациите од Јавното обвинителство, тие објавуваат дека во 2016 година (за 2017 извештаите не се објавени) бројот на ваквите случаи во кои пријавите се за казнени дела против здравјето на луѓето е зголемен за 80 отсто во однос на претходната година (пријавени се 169 лица).

Најголемиот процент од овие предмети, речиси 90 отсто се водат, како несовесно лекување. Ваквото зголемување, како што истакнуваат упатените, е последица на тоа што Министерството за здравство почнало редовно да го известува обвинителството за воочените пропусти во лекувањето кои резултирале со загрозување на здравјето или со смрт. Новина е и воведената практика, Министерството до Јавното обвинителство да ја доставува и целокупната документација за суспектните случаи. проблемот со ваквите предмети, како што тврдат медиумите, се усложнува пред судските инстанции затоа што тие по правило се долготрајни, сложени и практично во сите фази на постпката не можат да се водат без вештаци, а тие, вештаците, се причини и за честите одложувања на рочиштата и дополнително пролонгирање на постпките.



Вакцинација на здравствените реаботници против мали сипаници

СРБИЈА

Здравствените власти на Србија најавија имунизација на лекарите и средномедицинскиот кадар против мали сипаници. Ќе бидат вакцинирани здравствените работници родени по 1971 година кои се директно загроени. За имунизација на здравствените работници против мали сипаници, од кои досега заболеле и меѓу 100 и 200 медицинари, се обезбедени 10.000 дози ММР вакцини.

Со вакцинацијата ќе бидат опфатени лекарите и сестрите од “првата линија”, односно вработените во службите во кои се дијагностицираат и лекуваат заболелите од морбили, а според најавите имунизацијата на најзагроените требаше да биде завршена до почетокот на март.

Со една доза на ММР вакцини се планира да бидат вакцинирани здравствените работници родени 1971 година и подоцна, а со неа ќе бидат опфатени оние кои или воопшто не се вакцинирани или, пак, се нецелосно вакцинирани.

Вакцинацијата на здравствените работници против мали сипаници почнува три месеци по избувнувањето на епидемијата



БИХ

Нацијата старее, а лекувањето се поскапо

Анализата на здравствениот сектор во Босна и Херцеговина покажува дека трошоците во здравството се зголемуваат. Според последните податоци, за овој сектор се издвоени 9,5 проценти од бруто - домашниот производ.

Дирекцијата за економско планирање на БиХ во анализата “Социјална вклученост” истакнува дека зголемувањето на овие трошоци може да се објасни и со стареењето на населението, но и со фактот дека лекувањето станува се “поскапо” со воведувањето на нови технологии и поголемиот спектар на лабораториски наоди.

Од вкупните издвојувања за здравството, јавните издатоци се 71 отсто, а приватните 29 проценти. За споредба, во Хрватска само 18,1 проценти од вкупната потрошувачка се т.н. приватни издатоци.

Анализирајќи ја структурата на потрошувачката според намената, околу 50 отсто од потрошувачката оди на услуги за лекување, а 27 отсто на лекови и други медицински средства. Уделот на приватната потрошувачка е најизразен кај медицинските средства за вонболничките пациенти (околу 60 отсто е приватна потрошувачка) и на рехабилитационо лекување (околу 35 отсто). Во наредниот период еден од предизвиците за БиХ треба да биде намалувањето на приватните трошоци - се наведува во анализата на Дирекцијата за економско планирање на БиХ.

И покрај тоа што БиХ има просечно покус болнички престој и болничко лекување, како што се потенцира, тоа бара

значителни издатоци. Најмногу средства во БиХ се издвојуваат за болничко лекување и за медицински средства за вонболничките пациенти. На администрацијата и управувањето со здравствениот систем се трошат околу три проценти.

“БиХ треба да најде начин за намалување на трошоците во болничкото лекување, а еден од начините секако е превентивната заштита за која во моментот се издвојуваат само 1,7 отсто од вкупните трошоци за здравството”, се наведува во оваа анализа.

Предизвиците за здравствениот сектор на БиХ, сметаат авторите на анализата, секако се намалувањата на трошоците со истовремено обезбедување на нови извори на финансирање. Еден од тие нови извори, како што е предвидено во реформската агенда, се пренасочување на дел од акцизите во здравствениот сектор. Еден од позначајните предизвици, секако, е и достапноста на здравствената заштита со оглед дека околу 15 отсто од населението не е покриено со социјално здравствено осигурување. За креаторите на здравствената политика голем предизвик во наредниот период, според оваа анализа, е и превенцијата на заразни и незаразни заболувања, како и подобрувањето на достапноста на здравствените установи за лицата со инвалидитет. Сериозен проблем е и високата стапка на смртност во сообраќајни несреќи, според која, БиХ е на шесто место во Европа.

Новини од медицината

ЛЕКЦИИ ЗА ДИШЕЊЕ

И покрај ефективната фармакотерапија, најголем број од болните со астма продолжуваат да имаат полош квалитет на животот. Не е зачудувачки дека голем број од нив имаат интерес за примената на нефармаколошките пристапи, вклучувајќи ретренирање на дишењето. Во неодамнешна, рандомизирана клиничка студија, луѓето кои страдаат од астма биле поделени на 3 групи - едната имала тренинг за своето дишење со физиотерапевт, втората група требала сама да се научи на овие техники со помош на видеа и книги, додека третата група била лекувана со вообичаената терапија и нега. Од поканетите 15.203 пациенти од 34 општи практики, 655 биле регрутирани да учествуваат во оваа студија. Учесниците биле на возраст од 16 до 70 години.

Една година подоцна испитаниците од првите две групи се декларирале дека имаат подобар квалитет на животот и биле помалку субјективно депресивни во споредба со групата лекувана на вообичаен начин. Но, тренингот за дишење немал никакво влијание врз нивото на нивната анксиозност, како ниту врз подобрувањето на пулмонарните функции, или пак намалување на инфламацијата на дишните патишта.

Lancet Respir Med. 2018 Jan;6(1):19-28.
doi: 10.1016/S2213-2600(17)30474-5.

СМРТОНОСЕН ПОНЕДЕЛНИК

Акутните коронарни напади, аритмии и ненадејни срцеви смртоносни настани се многу почести во понеделниците отколку во кој било друг ден од неделата. Никој не знае на што се должи оваа сигнификантна смртност на самиот почеток на работната недела. Авторите на една неодамна направена студија наведуваат неколку можности, како на пример, стресот поврзан со враќање на работното место по викендот, или, пак, применување на нездравии навики преку викендот (на пример, консумирање на голема количина алкохол). Ако ова е точно, тогаш се наметнува заклучокот дека ова не

би требало да биде случај и кај луѓето што се пензионирани, а со тоа и повозрасни. И навистина, ова е потврдено во оваа студија. Така, кај мажите кои се на возраст под 50 години има околу 40% ненадејна срцева смртност која е регистрирана во понеделник, но, како луѓето стареат, оваа смртност значително се намалува.

Am J Epidemiol. 2018;187(3): 633-635.
https://doi.org/10.1093/aje/kwx343

ДА СЕ СТОИ ИЛИ ДА СЕ СЕДИ - ТОА Е ПРАШАЊЕТО СЕГА

Првичната студија направена пред повеќе од 50 години не убеди дека стоењето е поздраво од седењето. Имено, во таа студија, возачите на автобуси имале двојно поголем ризик за срцева смртност отколку нивните колеги кондуктери. Но, неодамнешна студија го разбива овој мит и потврдува дека одговорот не е толку едноставен.

Во неодамнешната студија во Онтарио над 7.000 луѓе биле следени повеќе од 12 години. Поголема инциденца на срцева смртност била застапена кај оние луѓе чија работа била поврзана со претежно стоење, во споредба со оние чија работа била поврзана со претежно седење. Најмал ризик за срцева смртност бил забележан кај оние луѓе чија работа била комбинирана со стоење, седење и одење.

Am J Epidemiol. 2018 Jan 1;187(1):27-33. doi:10.1093/aje/kwx298.

КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА ВО ИСТОЧНА ЕВРОПА

Од околу 20 илјади средовечни Источноевропејци, тие кои имале конвенционални ризични фактори, како на пример, пушење, покачен крвен притисок, како и дијабетес, имале зголемен ризик да починат од срцево заболување. Смртноста, исто така, била зголемена кај луѓето кои биле невработени, живееле сами, кои биле сиромашни, социјално изолирани, или



депресивни и покрај отсуството на конвенционалните ризични фактори. Присуството на овие ризични фактори не можат да го објаснат фактот дека ризикот на срцеви заболувања е двапати поголем во Русија отколку во, на пример, Полска или пак во Чешка.

Оваа студија вклучила 20.867 луѓе од Русија, Полска и Чешка, на возраст од 43 до 74 години. Сите учесници немале цереброваскуларно заболување на почетокот на студијата во 2002-2005 година, а биле следени во период од просечно 7,2 години. Македонија не била вклучена во ова испитување и само можеме да претпоставиме каква е состојбата кај нас, со оглед на лошата економска, социјална и здравствена состојба во земјата.

PLoS Med. 2017 Dec 6;14(12):e1002459.
doi: 10.1371/journal.pmed.1002459.
eCollection 2017 Dec.

СЛАБЕЕЊЕ И ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

Лонгитудинална студија од Шкотска известува дека луѓето со Паркинсонова болест со текот на болеста стануваат послаби во споредба со луѓето кои го немаат ова заболување. Студијата вклучила вкупно 515 партиципанти кои биле следени лонгитудинално во текот на пет години, 240 контролни лица, 187 со Паркинсонова



болест и 88 со атипичен паркинсо-
зам. Луѓето со атипична Паркинсонова
болест губеле повеќе на тежина од
оние кои имале класична форма на
Паркинсонова болест. Губењето на
повеќе од 5% од телесната тежина во
текот на првата година од дијагнозата
било поврзано со полоша прогноза на
заболувањето, вклучувајќи губење на
независноста, деменција и смртност.

*Neurology. 2017 Nov 28;89(22):
2254-2261.*

doi:10.1212/WNL.0000000000004691.

СУИЦИДНОСТ ВО ЗАТВОРИТЕ

Бројот на затвореници кои се само-
убиваат за време на издржувањето на
нивната затворска казна е во пораст
кај затворениците во Англија и Велс.
Денес зачестеноста на суицид во зат-
ворски услови е шест пати поголема
од онаа во општествената заедница.
Интернационална студија укажува
дека ова е навистина сериозен и
ширум раширен проблем.

Студијата се базира на анализа на
3.906 комплетирани самоубиства во
затворски услови кои се случиле во
периодот 2011-2014 година во 24 висо-
коразвиени земји. Од нив, 2.607 (93%)
биле мажи, а 203 (7%) жени.
Нордиските земји, со исклучок на
Данска, како и земјите од Западна

Европа, на пример, Франција и
Белгија, имале најголема стапка на
суицид во затворски услови - над 100
суициди/100.000 затвореници.
Австралија и Северна Америка имале
значително пониска стапка на затвор-
ски суициди, од 23-67 суици-
ди/100.000 затвореници.

Земјите кои имаат поголема стапка
на затворски казни, како на пр. Полска
или Австралија, имаат пониска стапка
на суицидност, отколку земјите со
помала стапка на затворски казни, како
што се на пример Финска или
Холандија. Пренаселноста на затвори-
те, соодносот на бројот затвореници и
бројот на чувари, како и промената на
затворениците не влијаат врз стапката
на суицидност во затворите.

*Lancet Psychiatry. 2017
Dec;4(12):946-952. doi:
10.1016/S2215-0366(17)30430-3.*

ОРАЛНИ КОНТРАЦЕПТИВИ И МАЛИГНИ ЗАБОЛУВАЊА

Американската студија за исхрана и
здравје следела над 100. 000 жени од
средината на 1990 година наваму, и го
анализирала ризикот за развивање на
малигно заболување како резултат на
употребата на контрацептивни лекови.
Според резултатите, контрацептивни-
те лекови влијаат врз намалувањето на
ризикот за некои малигни заболувања,
како што е ризикот за развивање на рак
на овариумите и ендометриумот. Но,
исто така, го намалуваат ризикот и за
Ходжкин лимфома, како и на рак на
бубрезите. Ова, за жал, не е случај и со
другите видови на малигнитети.

*Am J Epidemiol. 2018 Jan 31. doi:
10.1093/aje/kwx388.*

ЛЕТ ВО ВСЕЛЕНАТА

Намалената гравитација при вселен-
ските патувања предизвикува низа
физиолошки промени во човековото
тело, како што е губење на коскени
минерали и атрофија на мускулатура-
та, кои се екстензивно документирани.
Покрај нив, сè почесто се спомнува и

невроокуларниот синдром кој се раз-
вива во ситуации на безтежинска сос-
тојба и се манифестира со детериора-
ција на видот, како и оток на оптич-
киот нерв. Едно од објаснувањата е
дека ова се должи на хронично благо
зголемениот интракранијален прити-
сок. Со оглед дека досега интракра-
нијалниот притисок не е измерен во
услови на вселенски лет, тешко е да се
потврди оваа претпоставка.

*Physiol Rev. 2018 Jan 1;98(1):59-87.
doi: 10.1152/physrev.00017.2016.*

МОЗОКОТ И КРВНИОТ ПРИТИСОК

Бродмановото подрачје 25 претста-
вува мал дел во мозочното ткиво смес-
тено зад ростралниот цингуларен кор-
текс, затскриен со коленото на корпус
калозум. Овој дел од мозочното ткиво
е богат со серотонин. Иако неговата
функција сè уште не е доволно објас-
нета, голем број психијатри и неврона-
учниците сметаат дека игра улога во
регулирањето на расположението и
емоциите. Но, изгледа дека овој дел на
мозокот може да има влијание и врз
други физиолошки функции, како н
што е на пример регулирањето на
крвниот притисок.

Кај помал број болни (4 од 12 паци-
енти) на кои им се имплантирале елек-
троди при подготовка за оперативни
зафати заради ретрактивна форма на
епилепсија, стимулацијата на овој
мозочен предел предизвикал нагло
паѓање на систоличниот крвен прити-
сок. Научниците ова го порвзуваат со
фактот дека при одделни епилептични
напади пациентите имаат промени на
крвниот притисок, а не ја исклучуваат
и можноста дека активирањето на овој
мозочен регион може да доведе и до
нагла смртност за време на епилептич-
ните напади.

*JAMA Neurol. 2018 Feb
1;75(2):194-202. doi:
10.1001/jamaneurol.2017.3344.*

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

РАЗГОВОР: Д-Р ЛЉУПЧО МИЛАНОВСКИ, ПРЕТСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЈАТА ЗА СПОРТСКИ АКТИВНОСТИ

Ќе настојуваме повеќе доктори да се вклучат во спортски активности

Спортскиот клуб на Лекарската комора на Македонија со измените и дополнувањата на Статутот прерасна во посебна Комисија за спортски активности. Како прв претседател на ова тело ќе ни кажете ли кои се предностите кои ќе ги имаат докторите низ спортските активности?

Со донесувањето на новиот Статут на Лекарската комора на Македонија за првпат се формира нова комисија која ги доби задачите и овластувањата да ги организира и раководи спортските активности со кои на докторите ќе им се овозможи организирано да се дружат, натпреваруваат и да го практикуваат здравиот начин на живеење. Преку физичка активност тие ќе си овозможат и подобра и поквалитетна интелектуална работа, нешто што несебично го препорачуваме на нашите пациенти, но ретко и го практикуваме. Комисијата брои пет члена, едногласно избрани на Собранието на ЛКМ. Досега одржавме неколку седници и јас сум многу задоволен од колегите членови со кои имам извонредна соработка. Беа промовирани многу идеи за начинот на нашата работа, за анимирање на поголем број колеги да учествуваат во активностите организирани од Комисијата.

Како ќе ги организирате активностите и кои се спортски секции ќе делуваат во рамките на Комисијата?

Организирањето на активностите ќе оди преку работата на спортските секции. Досега активни беа повеќе секции и тоа за: тенис, пинг-понг, фудбал, стрелаштво, шах, кошарка (пред повеќе години), скијање (исто така пред повеќе години), а ние како Комисија се договоривме сите досегашни секции да продолжат работата и да бидат активни. Но, исто така, планираме да има и проширување на активностите на многу други спортови. Би сакале да се обезбеди спортска сала во Скопје во која ќе имаме термин од еден или два часа еднаш неделно каде што ќе можат сите доктори членови на ЛКМ да се дружат, рекреираат во кој било спорт (фитнес, аеробик и др.). Исто така, има идеја за викенд организирано да се собираме и да одиме рекреативно на Водно или слично, барем двапати во годината.

Во континуитет активни се неколку спортски секции. Кои се условите и постапките за формирање, како и начинот на финансирање на нови секции во рамките на Комисијата?

На самиот почеток на работата на Комисијата за спортски активности донесовме Деловник за работа кој го усвоивме на една од седниците и со него ги одредивме начинот на работа на самата Комисија, но и начинот за работа на спортските секции. Секции се формираат од најмалку 10 членови на ЛКМ. Засега се формирани шест секции на кои определивме координатори. Секој кој ќе сака да учествува во активнос-



тите и натпреварите во одреден спорт може да се пријави, а тоа ќе ни овозможи да можеме навремено да се планираат активностите. Што се однесува до финансирањето, тоа е регулирано во член 7 од Деловникот за работа средствата се обезбедуваат од:

- сопствени средства на учесниците;
- обезбедени средства од донатори;
- спонзорство;
- редовните средства на ЛКМ и тоа во висина на средствата кои се утврдени со финансискиот план на Комората за наредната календарска година.

Дали имате и кои се плановите за активностите на спортските секции во текот на оваа година?

Во текот на оваа година се планирани повеќе спортски активности, вообичаено поврзани со 7 Април, Светскиот ден на здравјето. Така, натпреварите во пинг-понг ќе се одржат во Битола на 21.4.2018 г., во стрелање на 14.4.2018 г. во стреланата на “Стрелец” во гимназијата “Раде Јовчевски – Корчагин” во Скопје, турнирот во шах е планирано да се одржи во “Бела вода” на езерото Младост кај Велес на 14.4.2018 г., во фудбал во Скопје, на терените на гимназијата “Никола Карев” на 14.4.2018 г., во тенис, традиционално во јуни, 9 и 10, на тениските терени во Кочани, а натпреварите во кошарка ги планираме за април, датумот ќе се објави дополнително.



Најголем предизвик за нас годинава ќе биде организацијата на Балканскиот тениски турнир за доктори, кој се организира по 31. пат, а кој ќе се одржи во Охрид од 26 август до 2 септември 2018 година

Македонија годинава е домаќин на Балканскиот тениски турнир за доктори. Каде ќе се одржува и до каде се подготовките ?

Секако дека најголем предизвик за нас ќе биде организацијата на Балканскиот тениски турнир за доктори кој ќе се одржи по 31 пат. Македонската репрезентација досега учествуваше на последните 25, а домаќин беше четири пати, 1998 г. во Скопје, 2003 г. во Скопје и Охрид, 2008 г. во Охрид и 2013 г. во Скопје. Оваа година планираме првенството да се одржи во Охрид, сместување во хотелскиот комплекс “Метропол-Белви”, а турнирот да се одржи на Билјанини извори кадешто имаме на располагање 5 тениски игралишта. На првенството се очекува да учествуваат 80-100 доктори и докторки од странство, односно заедно со нашите колеги околу 150 учесници. Првенството ќе се одржи од 26.8 до 2.9.2018 г.

Подготовките се веќе започнати, испратени се прелиминарни известувања до колегите од странство, направен е финансискиот план, дел од средствата од ЛКМ се одобрени, почнато е со барање на спонзорства, анимирани се повеќе колеги да учествуваат во организацијата. Координаторот на



тениската секција, наедно и председател на Организациониот одбор, проф. д-р Никола Пановски, е искусен, ги организираше претходните Балканијади. Уверен сум дека сите заедно ќе успееме и овој пат да бидеме успешни домаќини, да ја промовираме и нашата земја, претставувајќи ги сите убавини и културни богатства на Охрид и Македонија. Ја користам оваа прилика да анимирам што повеќе наши колеги да учествуваат на првенството.

Дали планирате некои други меѓународни активности на спортските секции?

Како што гледате, на тој план најактивна е тениската секција, а во последните години и секцијата за пинг-понг почна со меѓународна активност, односно на неколку првенства учествуваа и наши колеги од Албанија и Косово. Јас се надевам дека и во другите спортови ќе имаме такви активности, планираме да стапиме во контакт со колеги од соседните земји како би можеле да ја прошириме меѓународната соработка.

Контакти:

- Комисја за спортски активности: д-р Љупчо Милановски (претседател) 070 210 530
- Тенис: Проф. д-р Никола Пановски 070 266 795
- Пинг-понг: д-р Душко Домазетовски 071 354 142
- Футбал: д-р Мирослав Спасовски 075 490 091
- Шах: Проф. д-р Вело Марковски 075 247 891
- Стрелаштво: д-р Толе Битовски 070 636 376
- Кошарка: д-р Милош Милутиновиќ 070 337 011

Низ личен пример можам да ви потврдам дека тешко можеме да се носиме со напорното секојдневие ако не сме спортски активни. Тенисот е моја љубов и го играм од студентски денови (повеќе од 40г.), играм и пинг-понг, шах, ски-јам.. Со тоа многу полесно можам да ги извршувам моите секојдневни активности, односно максимално да и се посветам на мојата прекрасна и благородна работа како доктор, работам со најмалите и најмилите, а тоа се децата.

Планирам во мојот четиригодишен мандат со помош на членовите на Комисијата и координаторите на секциите, секако и со голема помош од сегашното раководство на ЛКМ, предводено од претседателката, доц. д-р Калина Гривчева – Старделова, да ја направиме докторската фела поздрава како би можела да се справи со сите модерни предизвици од секојдневното напорно и посветено работење.

На крајот, би сакал да ги поздравам сите колеги - членови на ЛКМ и да ги повикам за помасовно учество на сите настани организирани од Комисијата за спортски активности на ЛКМ, како би можеле да ја оствариме старата поговорка - во здраво тело, здрав дух, на која јас би додал - здрави доктори-уште поздравни пациенти.

Vox medici

Доајени

ЗА ДОАЈЕНИТЕ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ

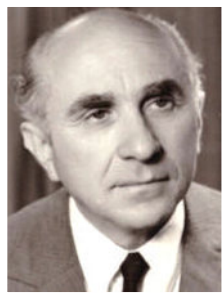
УРЕДУВА: Проф. д-р Дончо ДОНЕВ
e-mail: dmdonev@gmail.com

Медицинскиот факултет во Скопје, основан во 1947 г., одигра клучна улога во развојот на македонската медицина и образованието на медицинските професионалци, подобрување на локалната здравствена состојба на населението и целокупниот натамошен развој на здравствениот систем и обезбедувањето на здравствена заштита на населението во Р. Македонија. Придонесот на првите лекари-наставници во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје, во периодот 1947-1960 г. и постоа, беше од суштинско и неопходно значење.

Во рубриката „За првите доајени на Медицинскиот факултет во Скопје“ „Vox medicus“ ја продолжува традицијата за расветлување на историската улога и придонес на лекарите и групи стучнаци-наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиници и катедри во новоформирано Медицински факултет во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговото развој.

Медицинскиот факултет во Скопје, Македонското лекарско друштво и Лекарската комора на Македонија им должат неизмерна благодарност на првите лекари-наставници од Македонија и на оние кои дошле во Скопје од други републики во тогашната ФНР Југославија, посебно од Србија и од Хрватска, и од други земји во Европа, за нивниот ентузијазам и несебично залагање, професионална и академска работа и посветеност, и огромниот придонес во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје и развојот на медицината во Македонија, а со што придонесувале и за севкупниот културен и општествено-економски развој и во градењето на поновата македонска национална историја.

„Vox medicus“ ги повикува сите автори кои поседуваат лична документација и/или имаат интерес и наклоност кон истражување на расположливи архивски и други материјали, јубилејни публикации и стучно-научна литература, слики и документи за верификација на историските факти и случувања, да дадат придонес во оваа секција/рубрика со написи заради расветлување на поновата историја на медицината и оддавање должна почта и признание на првите наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.



Пенчо ДАВЧЕВ,

професор и академик,
основоположник на Клиниката
за гастроентерохепатологија

Постојаност, уорност и
истрајност и покрај сите пречки,
обесхрабрувања и неможности:
Токму ова, во сите нешта
ја издвојува силната душа од
слабите. - Томас Карлајл

Д-р Пенчо Давчев е роден на 15.6.1922 г. во Велес, како единствено дете во трговско семејство, од мајка Елена и татко Јордан Давчеви. Основно и средно гимназиско образование завршил во родниот град. Медицински студии започнал на Медицинскиот факултет (МФ) во Белград во 1940 г., а по една година продолжил во Софија. По прекинот на студиите поради воените услови и приклучување кон НОВ и ПОЈ, на 17.9.1944 г., до завршување на војната, продолжил и дипломирал на МФ-Белград во 1948 г. Веднаш потоа започнал специјализација по интерна медицина во Скопје, а специјалистичкиот испит го положил во 1952 г. Во 1956 г. бил избран во звање универзитетски предавач, а потоа во доцент (1957), вонр. професор (1962) и професор (1969).

Со својата животна сопатничка Вера Богданова од Велес, дипл. филолог по македонски јазик и литература, стапиле во брак по завршувањето на војната, во кој брак се родиле 3 деца: синот Данчо, професор на Електротехничкиот факултет во Скопје, и ќерките лекари, Јелка-кардиолог и Марина-оториноларинголог, редовни професори на МФ-Скопје.

Проф. П. Давчев бил избран за шеф на Катедрата за интерна медицина, два пати бил избран за продекан и декан на

МФ-Скопје. Тој е основач на модерната гастроентерохепатологија во Македонија. Проф. Давчев бил претседател на Македонското лекарско друштво (МЛД) од 1960-61 г. Во 1983 г. е избран за дописен член, а во 1988 г. за редовен член на Македонската академија на науките и уметностите.

Академик проф. д-р Пенчо Давчев почина во Скопје на 25.11.1995 г., во 73-та година од животот.

**Лекар хуманист, наставник
и едукатор**

Веднаш по дипломирањето на МФ-Белград, во 1948 г., и завршениот задолжителен стаж, започнал специјализација по интерна медицина во Скопје. Специјалистичкиот испит го положил во 1952 г. и практично ја започнал својата блескава кариера во Клиниката за внатрешни болести под раководство на искусниот интернист од светски глас, проф. Александар Игњатовски. Како лекар специјалист по интерна медицина бил испратен, од страна на Советот за народно здравје на НР Македонија, на работа во болницата во Штип. Притоа го организирал Одделението за интерни болести и, по 7 месеци, се вратил во Скопје. Во 1953 г. бил избран за асистент на Катедрата за интерна медицина, а во 1956 г. во звање универзитетски предавач. Стручните знаења од областа на гастроентерологијата ги надградувал во Белград, во 1954 г. и во Париз и Виена, во 1956-57 г. Хабилитациски труд на тема „Прилог кон биолошката дијагностика на функционалните и органски заболувања на желудникот“ одбрал во 1957 г. и бил избран во доцент, а потоа во вонр. професор (1962 и преизбор во 1967) и во редовен професор (1969). Во 1960-те и 1970-те остварил посети и студиски



Доц. Пенчо Давчев палпира пулс на пациент, на утринска визита во Клиниката за внатрешни болести, 1957 г

престои во соодветните клиники за гастроентерохепатологија во Париз, Лондон, Берлин, Виена, Москва и др., и придонел за воведување на многу нови методи за дијагностика на заболувањата на црниот дроб, биопсиони техники на абдоминалните органи со сомнителни патолошки творби, ендоскопски истражувања и дигестивна ехотомографија на гастроинтестиналниот тракт, црниот дроб и перитонеумот. Покрај ендоскопската дијагностика на хепатитис Б и Ц и етиологијата на цирозата на црниот дроб и рак поврзан со инфекција со хепатит Б, проф. П. Давчев вовел и повеќе други нови методи, како еходијагностиката и интервентната ендоскопија. Под негово раководство кон средината на 1970-те за прв пат е промовиран ултразвукот како дијагностичко-интервентна метода во гастроентерологијата во Р. Македонија, а Клиниката за гастроентерохепатологија станала едукативен центар за еходијагностика кон кој гравитирале многу лекари од Р. Македонија и другите републики во Југославија и пошироко.

Проф. П. Давчев бил ментор за изработка на голем број студентски и магистерски трудови, како и на повеќе

Проф. Димитар Арсов и доц. Пенчо Давчев (стојат во првиот ред) со група од 30 млади лекари на едукативен курс за дијагностички методи во интерната медицина, 1958 г.

успешно одбранети докторски тези. Придонел за едукација на голем број специјалисти и суб-специјалисти од областа на гастроентерохепатологија, како и на стручњаци во Р. Македонија и пошироко за примена на ендоскопските и ехотомографски методи. Како голем учител имал единствена желба, која како заветно предание ја оставил на своите ученици – да продолжат понатаму со истиот младешки жар во срцата и еден ден да го надминат својот учител.

За дописен член на МАНУ е избран на 21.12.1983 година, а за редовен член на 7.10.1988 г.



Иницијатор, организатор и општественик

Клиниката за интерна медицина, со околу 110 болнички кревети, беше една од првите девет клиники основани во МФ-Скопје во март 1947 г. Првиот директор и основач на Клиниката за интерна медицина бил проф. д-р Александар Игњатовски, кој дошол од Белград во 1948 г. и раководел со Клиниката до неговото пензионирање во 1952 г. Потоа, доцент д-р Димитар Арсов бил назначен за директор на Клиниката и шеф на Катедрата по интерна медицина, кој ги извршувал овие раководни функции во периодот 1952-1974 г. и притоа овозможил интензивен развој и диференцијација на интерната медицина во повеќе интернистички супспецијалистички дисциплини.

Клиниката за инфективни болести била интегрирана во рамките на Клиниката за интерна медицина. Проф. Глигор Муратовски бил назначен за в.д. шеф на Одделението за заразни болести во 1948 г. Првите лекари ангажирани да работат со болните од заразни болести биле д-р Димитар Арсов и д-р Ристо Трифунов-Брезјанин, кои потоа, и двајцата повремено, биле именувани како управители на Одделението за заразни болести во 1950-те.

Во првите неколку години Клиниката за интерна медицина имала карактер на општа организациона единица за интерна медицина, а подоцна, во 1953 г,

Доајени

се трансформирала во повеќе суп-специјалистички одделенија и оддели. Во Клиниката за внатрешни болести се развиле осум различни суп-специјалистички одделенија, кои подоцна, во 1975 г., прераснале во денешните посебни универзитетски клиници: кардиологија, пневмологија, ревматологија, нефрологија, хематологија, гастроентерологија, ендокринологија со метаболизам и клиничка биохемиска лабораторија, како и поликлиники за интерна медицина. Само Катедрата за внатрешни болести остана како врска помеѓу суп-специјалностите, главно за образованието и научните истражувања.

Првите директори/ раководители на тие клиници биле млади лекари од Македонија, а некои од нив биле избрани во доценти на МФ-Скопје во периодот 1955-60: Пенчо Давчев (гастроентерологија), Димитар Хрисохо (нефрологија), Јонче Неделковски (хематологија) и Радован Перчинковски (кардиологија).

Под непосредно раководство на проф. П. Давчев е организирано Одделението за гастроентерологија во состав на Интерната клиника, кое подоцна прераснува во модерна клиника за гастроентерологија и хепатологија, една од водечките во тогашна Југославија. Тој бил основач на модерната гастроентерохепатологија во РМ. Во организацијата и работата на клиниката, проф. П. Давчев создал концепт на најсовремена дијагностика и терапија во доменот на гастроентерохепатологијата.

Проф. П. Давчев успеал Клиниката да ја опреми со најсовремена апаратура и да изгради соодветни диференцирани кадри. Формирал имунолошка лабораторија за испитување на hepatitis B и C антигените во хистолошките исечоци на црнодробно ткиво.

Проф. П. Давчев извршувал повеќе стручно-општествени функции во МФ-Скопје и пошироко. Бил продекан во два мандатни периоди (1965-69) и декан на МФ-Скопје (1971-73), како и шеф на Катедрата за интерна медицина. Бил претседател на МЛД од 1960-61 г. Основач е на Секцијата по гастроентерологија и хепатологија при МЛД и бил

нејзин претседател повеќе од 10 години (1972-1982), како и претседател на секциите за ендоскопија и ехотомографија при МЛД кои ги застапувал и промовирал и на сојузно ниво. Бил претседател на Здружението на гастроентерохепатолозите на Југославија (1972-77), потпретседател на Сојузот на лекарските друштва на ФНРЈ, како и член на повеќе странски стручни здруженија. Бил секретар на Одделението за биолошки и медицински науки на МАНУ (1992-1995).

Научник и истражувач



Средба во МАНУ на тројца доајени на МФ-Скопје, 1994 г., од десно: Акад. Александар Андреевски, акад. Пенчо Давчев и проф. Борислав Каранфилски

Фокусот на научниот интерес на проф. П. Давчев е гастроентерохепатологијата, цирозата, инфекциите со хепатит-Б вирусот, црнодробниот канцер, улкусната болест, холелитијазата и др. Главна научна преокупација му била хепатоцелуларниот канцер и вирусниот хепатитис, со што се афирмирал во југословенската медицинска научна јавност и во странство. Негов особен научен придонес претставува изучувањето на црнодробниот карцином особено поврзан со хепатитис Б-вирусната инфекција. Дал придонес во употребата на ендоскопијата во гастроинтестиналната дијагностика, интервентната трансабдоминална вирсунгографија изведувана под контрола на ехо,

визуализација на жолчните патишта преку директно уфрлање на контрастно средство под контрола на "real time" техника со помош на тенка, фина игла, како и на интервентната ехотомографија и биопсија за цито и хистолошки дијагностички методи на црниот дроб и панкреасот и во лекувањето на асцитот кај црнодробната цироза.

Проф. П. Давчев бил раководител на повеќе научни проекти реализирани преку МАНУ и МФ-Скопје. Дал придонес за формирање на имунолошка лабораторија за испитување на "S" и "C" антигените во хистолошките исечоци под ехо на црниот дроб.

Професионалните постигнувања, резултати и искуства со воведените нови методи и реализирани научни проекти ги прикажувал со забележливи реферати на бројни национални и меѓународни стручни собири и конгреси, во САД, Бразил, Франција, Англија, Германија, Швајцарија, Италија, Шпанија, Русија и во други земји, како и на научни состаноци на медицинските одделенија на академиите на науките и уметностите во поранешна Југославија.

Бил организатор на II Југословенски конгрес по гастроентерологија (Охрид, 1972) и на повеќе југословенски хепатолошки научни собири (1976, '78, '79, '82) и симпозиуми за еходијагностика.

Издавачка, уредувачка и стручно-публицистичка активност

Во подолг период проф. П. Давчев бил член на Уредувачкиот одбор на ММП (1964-73) и на повеќе други научни списанија (Acta Medica Jugoslavica, Годишен зборник на МФ-Скопје, Прилози-МАНУ, и др.).

Проф. П. Давчев е автор на повеќе од 400 научни и стручни трудови, презентирани на конгреси и други стручни собири и објавени во разни домашни и странски списанија. Исто така, автор е на монографијата „Ендоскопија и биопсија во гастроентерологијата“, како и на книгите „Рефрактерен асцит и неговиот третман“ и „Рак на црниот дроб“, во издание на МАНУ во 1990 г. Проф. П. Давчев е ко-автор на југословен-



Во посета на Компанијата „Сименс“ во Минхен, април 1968 г. Од лево: проф. А. Андреевски, проф. П. Давчев, домакилот, проф. Д. Смилев и проф. П. Тофовиќ

скиот учебник по гастроентерологија и хепатологија (1990), кој бил објавен во две изданија.

Спомени, признанија и награди

Проф. П. Давчев бил голем лекар-хуманист, ентузијаст и визионер, упорен во реализацијата на своите идеи, во својата основна професионална средина што ја создал и останал верен до крајот на животот - Клиниката за гастроентерохепатологијата. Како вљубеник во својата професија, со големо внимание и трпеливост приоѓал кон болните, имал извонреден однос кон персоналот, ги ценел и почитувал соработниците. Бил опкружен со тим млади, талентирани лекари, ентузијастички како него и сите заедно придонеле за воведување многу нови методи на ултразвукот, ендоскопијата и лапароскопијата постигнувајќи го врвот во гастроентерохепатологијата во тогашните југословенски простори.

По повод смртта на акад. Пенчо Давчев во МАНУ беше одржана комеморативна седница, на 28.11.1995 г., а одржаните говори за животот и делото и библиографијата на починатиот се објавени во Споменица посветена на акад. Пенчо Давчев.

За својата обемна и ангажирана стручна, научна и општествена активност проф. П. Давчев добил голем број на научни и општествени признанија,

благодарници, дипломи, плакети, споменици и ордени, како што се: Орден заслуги за народ со сребрени зраци во 1972 г.; Орден на трудот со златен венец во 1975 г.; Орден на трудот со црвено знаме во 1979 г., Спомен-диплома доделена од МФ – Скопје по повод 20-годишнината за особени заслуги). Диплома Association Gastroenterologie Yugoslavica Диплома од Сојузот на лекарските друштва на Југославија, Повелба на МЛД „Д-р Трифун Пановски“ за исклучителни резултати во здравството во РМ (1985), Јубилејна златна плакета за придонес во развојот на МФ-Скопје (1987), диплома на Југословенската гастроентеролошка асоцијација (Љубљана, 1981) и други признанија на сојузно ниво. Добитник е на највисоката републичка награда за наука за неговиот придонес во унапредувањето на медицинската наука и практика и развојот на македонската гастроентерохепатологија - републичката награда за наука „11 Октомври“ во 1978 г., а подоцна и на наградата „Климент Охридски“ за посебен придонес и остварувања на организациски, стручен и научен план во својата дејност (1987).

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсов Д, Таџер И, Миовски Д, рецензенти. Реферат за избор на редовен професор по предметот интерна медицина (Пенчо Давчев) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје, 1969; 135: 2-11.

2. Георгиевски Т. Споменица посветена на починатиот Пенчо Давчев, редовен член на МАНУ. МАНУ, Скопје 1996: 69.

3. Глигоровски Љ, уредник. Триесет години од основањето на клиниките при Катедрата за интерна медицина, 1975-2005. МФ при УКИМ-Скопје – Катедра за интерна медицина, Скопје, 2005: 109.

4. Donev D, Polenakovic M. Doctors and lecturers from Macedonia elected for the first time at the Faculty of Medicine in Skopje in the period 1955-1960. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2013; 34 (3): 121-44. Available at: <http://manu.edu.mk/prilozi/01dd.pdf>

5. Јанкуловски Н, Димитријевски М, Алабаковска С, Јованова-Вијачева Л, Нелоски Г, уредници. Декани на Медицинскиот факултет-Скопје 1947-2012. МФ-Скопје, 2015: 173.

6. 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.

7. Ристовски Б, главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел I. Македонска академија на науките и уметностите. Скопје, 2009: 422.

8. Србиновска-Костовска Е, Брешковска Г, Чаловска-Ивановска В, Грчевска Л, Миленковиќ Т, Божиновски Г, Георгиевски Б, Чапароска Д. Катедра за интерна медицина – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Години Медицински факултет во Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, Скопје, 2017: 101-4.

9. Тофоски Ј, уредник. 60 Години Македонско лекарско друштво 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.

10. Vox Medici. Секогаш делата најдобро говорат за луѓето – десет години од смртта на академик проф. Пенчо Давчев. Vox Medici 2005; 13(49): 28-9.

Доајени



Драгослав МИЛЕТИЌ,

професор и директор на Институтот
за патолошка анатомија при
Медицинскиот факултет во Скопје

*Mortui vivos docent –
Мртвите ги учат живите
Латинска изрека, жесло на
патолозиите*

Д-р Драгослав Милетиќ е роден во Пирот на 31.10.1901 г. од мајка Николија и татко Лазар Милетиќ. Основно образованието завршил во Чачак каде што започнал средно гимназиско образование. Во периодот на Првата светска војна, при повлекувањето на српската војска преку Албанија, во 1914-15 г., дошол на островот Крф. Од таму, заедно со други ученици бегалци, заради натамошно школување, бил упатен прво во Ајацио-Корзика, Франција, а потоа во Абердин-Шкотска и Лондон и Оксфорд, Англија. Таму го продолжил средното образование и останал до крајот на војната во 1918 г. кога се вратил во Србија и матурирал во Чачак. Во 1923 г. се запишал на Медицинскиот факултет (МФ) во Белград, а дипломирал во 1934 г. Се вработил во Институтот за патологија и бил избран за помлад, а подоцна во 1940 г. бил избран за асистент на Катедрата за патолошка анатомија при МФ-Белград.

Во бракот со Мирјана-лекар се родиле две ќерки и син (Вера, Татјана и Лазар) во првите неколку години по ослободувањето.

Во 1948 г. д-р Драгослав Милетиќ бил испратен да одржува настава по патолошка анатомија на МФ-Сараево, а во 1949 г. бил поканет и дошол во Скопје. Притоа, бил избран во вонреден професор по патолошка анатомија и бил именуван за директор на Институтот и шеф на Катедрата за

патологија при МФ-Скопје, кои функции ги извршувал до пензонирањето во 1971 г.

Проф. д-р Драгослав Милетиќ починал во Белград на 6.2.1980 г., во 79-та година од животот.

Лекарска и наставно-едукативна дејност

По дипломирањето на Медицинскиот факултет (МФ) во Белград во 1934 г. д-р Драгослав Милетиќ веднаш се вработил во Институтот за патологија каде што подоцна бил именуван за помлад асистент, па хонорарен асистент (дневничар), а во 1940 г. бил избран за асистент на Катедрата за патолошка анатомија при МФ-Белград. Во 1937 г. остварил едномесечен стручен престој во Лондон, Англија. Во периодот од 1938-40 г. паралелно работел како хистопатолог на Клиниката за дерматовенерологија при МФ-Белград. Исто така, организирал работа на хистопатолошка дијагностика на забите при Институтот за стоматологија при МФ-Белград. На

почетокот на Втората светска војна бил мобилизиран како полковски лекар, а по капитулацијата на Кралството Југославија се вратил во Белград и, до крајот на војната, работел во Институтот за патологија при МФ-Белград.

Во 1948 г. д-р Д. Милетиќ бил испратен да одржува настава како доцент по патолошка анатомија на МФ-Сараево, а следната година бил поканет и дошол во Скопје на 1.11.1949 г. да работи на МФ-Скопје. Притоа бил избран во наставно звање вонреден професор по патолошка анатомија и бил именуван за директор на Институтот и шеф на Катедрата за патологија при МФ-Скопје во 1949 г. Првиот час по патологија проф. Д. Милетиќ го одржал во почетокот на ноември 1949 г., во уреден амфитеатар во новоизградената зграда на институтите. Проф. Д. Милетиќ продолжил сам да го носи големиот товар на теоретската настава по овој предмет до раните 1960-ти кога биле првите избрани двајца доценти по патологија. Во наставните планови на МФ-Скопје од 1948/49 и 1952/53 г. предметот „општа патологија“ е застапен со 150 часа теоретска и 165 часа практична настава, распределени во вкупно 4 семестри, почнувајќи од V-от семестар. Практичните хистолошки вежби се одржувале во сала со 20 микроскопи. Аутопсионите практични вежби се одржувале во болничката просектура, а по две години во уредените аутопсиони



Проф. Д. Милетиќ (втор од десно) на Конгрес на патолозите на Југославија, Охрид, 1959 г.



Проф. Д. Милетиќ (во средина), доц. Е. Урумова и доц. Љ. Гроздев со група соработници, 1963 г.

сали во Институтот за патологија. Во реализацијата на практичната настава, од самиот почеток на наставните активности по овој предмет во 1949 г. учествувала асис. д-р Епса Урумова, еден лекар специјалист-патолог (д-р Херст Ибл) и, во раните 1950-ти, неколку демонстратори од редовите на студентите на МФ-Скопје, именувани по положениот испит по предметот патологија, меѓу нив и Љупчо Гроздев.

Проф. Д. Милетиќ одбрал хабилитациски труд на тема „Волвулус на сигмоидниот колон“ во 1956 г. Потоа, во 1958 г. бил преизбран во вонреден професор, а во 1959 во редовен професор на Катедрата за патологија при МФ-Скопје.

Проф. Д. Милетиќ како шеф на Катедрата за патологија ги спроведувал предавањата во првите 10-тина години, а потоа ја организирал и учествувал во реализацијата на теоретската настава по предметот патолошка анатомија, за повеќе од 20 генерации студенти на МФ-Скопје, до неговото пензионирање во 1971 г. Во 1960 г. д-р. Епса Урумова, и во 1963 г. д-р Љупчо Гроздев, биле избрани за доценти по патологија на МФ-Скопје. Во 1961 г. во Институтот за патологија се вработиле повеќе млади лекари кои биле избрани во асистенти и подоцна наставници, меѓу нив д-р Милан Јовановски и д-р Предраг

Угрински.

Покрај координацијата и реализацијата на наставата за студентите на МФ-Скопје по предметот патолошка анатомија, проф. Д. Милетиќ придонел за едукацијата на помлади колеги кои подоцна се развиле во реномирани стручњаци. Тој придонесувал за постојано унапредување на теоретската и практичната додипломска настава по патологија за студентите на МФ-Скопје, но и за проширување на наставната активност и во постдипломските студии, како и одржување настава по патологија за студентите на Стоматолошкиот и Фармацевтскиот факултет, како и на Вишата, подоцна Висока школа за стручни студии за медицински сестри и техничари при МФ-Скопје. Студентите со голем интерес ги следеле неговите предавања.

Општествени и организационостручни активности

Институтот за патолошка анатомија е основан во 1947 г. заедно со основањето на МФ-Скопје. Првично Институтот за патологија ги извршувал своите активности во Институтот за хигиена и во болничката капела, а потоа се преселил во сопствени простории во зградата на институтите во рамките на Факултетот, изградена во 1948 г.

Институтот располагал со 20 простории, меѓу кои сала за обдукција и посебна сала за хистолошки вежби, една лабораторија, една просторија за микроскопирање за студенти, сала за стручни состаноци и конференции (и во нејзин состав институтска библиотека), ладилник со одделни простории за примање и издавање на умрените, две магацински простории за хемикалии и друг инвентар, една бања со туш, три канцеларии за наставници и 4 работни простории за асистенти во Институтот, како и студентска гардероба со метални шкафови сместени во ходникот пред обдукционата сала.

Првиот раководител на Институтот за патологија бил вонр. проф. Мирко Кнежевиќ од Загреб, кој раководел со Институтот за патологија по неговото основање во 1947 г. и, со прекини, во првата половина од 1948 г., а потоа дефинитивно се вратил во Загреб, во летото 1948 г. Во 1948 г. доц. Ружа Вернер била назначена за в.д. директор на Институтот за патологија. Потоа, во 1949 г., вонр. проф. Драгослав Милетиќ дошол од МФ-Белград и го посветил останатиот дел од својот работен век, професионален потенцијал и кариера кон развојот на Институтот за патолошка анатомија при МФ-Скопје, до неговото пензионирање во 1971 г.

Институтот и Катедрата за патологија, под раководство на проф. Драгослав Милетиќ од 1949-71 г., одиграа значајна улога во обезбедувањето на сите видови на образование на ниво на додипломски и последипломски студии и специјализација од оваа област. Истовремено Институтот разви важна дијагностичка работа и методи, како што се биопсијата, аутопсијата и другите видови на анализа како составен дел на општата медицинска практика во Македонија и пошироко. Во првите пет години во Институтот за патологија се извршувале и судско-медицинските обдукции, до 1952 г. кога бил формиран Институтот за судска медицина и криминалистика. Во почетокот на 1960-те во Институтот за патологија е формирана Лабораторија за експериментална патологија, а во Институтот за радиотерапија и онкологија – Лабораторија за патохистологија и клиничка цитологија, која во 1972 г. ја здружува својата дејност во Катедрата за патологија.

Доајени



Стручните кадри во Институтот за патологија, 1974 г. Од лево седат: доц. Милан Јовановски, проф. Епса Урумова, проф. Драгослав Милетиќ, проф. Љупчо Гроздев и доц. Предраг Угрински

Проф. Д. Милетиќ бил совесен и пожртвуван соработник на Факултетската управа и активно учествувал во работата на повеќе одбори и на Наставно-научниот совет при МФ-Скопје. Бил еден од иницијаторите и прв претседател на Здружението на патолозите на Р. Македонија, формирано како придружна секција при тогашното Здружение на патолозите на Југославија во 1965 г., а потоа како Здружение на патолозите при Македонското лекарско друштво (МЛД) во 1971 г.

Катедрата за патологија при МФ-Скопје, под раководство на проф. Д. Милетиќ, целосно изведувала настава по патологија на МФ-Ниш, во првите неколку академски години по неговото формирање во 1963 г.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Научно-истражувачката активност на Институтот за патологија се изведувала од основањето и првите години на развојот, паралелно со наставната и другите основни дејности, како што се биопсијата и обдукцијата. Проф. Д. Милетиќ посветил посебно внимание на обезбедување со потребната опрема во Институтот за патологија и на развојот на истражувачката работа како фактор за унапредување на професионалните и наставни активности и здравствените услуги. Посебен научен интерес на проф. Д. Милетиќ бил вол-

улусот на дебелото црево во различни негови делови.

Проф. Д. Милетиќ учествувал и овозможувал на своите соработници да учествуваат на сите конгреси и други стручни собири во НР Македонија, Југославија и странство. Проф. Д. Милетиќ воспоставил одржување стручни состаноци во Институтот еднаш неделно и клиничко-анатомски конференции два пати месечно

Спомени, признанија и награди

Проф. Д. Милетиќ раководел со Институтот за патолошка анатомија во период подолг од 20 години, од 1949-71 г., и со право може да се каже дека е основоположник на дејноста патолошка анатомија во Р. Македонија. Во колективната меморија во нашата средина проф. Милетиќ останува како добар предавач и педагог, наставник близок на студентите, кој се истакнувал со лична скромност и трудољубивост. Тој дал значаен придонес во иницијалниот развој на македонската патологија и во едукацијата на помлади колеги специјалисти и наставни кадри кои подоцна се развиле во реномирани стручњаци

Проф. Драгослав Милетиќ бил добитник на повеќе признанија од МФ-Скопје и МЛД, како и од МФ-Ниш.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Antevski D. Spatial conditions at the Faculty of Medicine in Skopje in the period from 1947-1953. [In Macedonian]. In: Nikodijevic B., Antova N., Šumkovski M., eds. Almanac of the First Generation of Students at the Faculty of Medicine in Skopje 1947-1953. Faculty of Medicine, Ss Cyril and Methodius University, Skopje. Skopje, 1997: 20-4

2. Вељковиќ Снежана. Хроника на Медицинскиот факултет во Белград 1920-2010 – Историјат, луѓе и настани 1863-1920-2010. Медицински факултет – Белград, 2010: 1024.

3. Donev D, Polenaković M. Contributions of the doctors from Serbia to the establishment and initial development of the Faculty of Medicine in Skopje, Republic of Macedonia. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2012;33(1): 319-46. Available from:

<http://www.manu.edu.mk/prilozi/july2012/CONTRIBUTIONS%20OF%20DOCTORS%20FROM%20SERBIA.pdf>

4. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Вељков 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.

5. Markovski A, ed. 50 Years of the Faculty of Medicine in Skopje. [In Macedonian]. Faculty of Medicine, Ss Cyril and Methodius University, Skopje. Skopje, 1998: 144.

6. Ристовски Б, главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел II. Македонска академија на науките и уметностите. Скопје, 2009: стр. 951.

7. Савичевиќ М. Наставници на МФ-Белград – од основањето до 1950-те, второ издание. МФ-Белград, 2003: 434

8. Спасевска Л. Катедрата за патологија – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Години Медицински факултет во Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, Скопје, 2017: 114-21.

9. Стојковски Г. Македонските уметници во медицината. НП „Култура“ – Скопје, Скопје, 2001: 354.

11. Тофоски Ј, уредник. 60 Години Македонско лекарско друштво, 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.

10. Хрибар Ф, Бујан В, Никетиќ Б, рецензенти. Реферат за избор на редовен професор по предметот патолошка анатомија (Драгослав Милетиќ) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 17, јан 1959: 5-8.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 36, март 2018 година

ГИГАНТОКЛЕТОЧЕН АРТЕРИТИС СО ПОЛИМИАЛГИЈА РЕУМАТИКА

С. И. Спировска

CYSTA COLLI MEDIANA

В. Амбаркова, М. Петровски, Н. Митреска

РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

Во програмата на Уредувачкиот одбор на „Vox Medici“ важно место има можност 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 нивото на знаење за целиот процес од подготвка до објавување на манускрипт. Овој процес подразбира и рецензија на поднесените трудови.

Рецензија или евалуација од колеги-експерти е процес на подложување на труд, истражување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да направат неистражена рецензија. Одлучата дали манускриптот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува едиторот 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 сфатат дисеминација на релевантни наоди, неопходни тврдења, неистражени интериоритети и лични видови. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудите кои иледираат на оригиналност треба да се придржуваат на припадностите на добрата клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научно истражување и за шекнување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (негативна) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажанието погрешно и на нив гледаат како на можност да го унапредат своето знаење и да ја зголемят веројатноста за објавување на своите трудови, други се обесхрабруваат и се плашат дури и да се обидат да испратат труд за објавување, а итти, се озорчени, лути, навредени.

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

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 99 од јуни 2018 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 мај 2018 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 2018 година.

Гигантоклеточен артеритис со полимиалгија реуматика

Снежана И. Спировска,

Клиничка болница „Д-р Трифун Пановски“, Битола

Апстракт

Гигантоклеточен артеритис е sistemsko, хронично, avtoimuno vospalenie na golemite i srednite krvni sadovi, особено на гранките на артерија каротис екстерна, od nepoznata etiologija. Zaboluvaaт постари пациенти, особено жени. Дијагнозата се темели на клиничката слика: главоболка, треска, замор, полимиалгија реуматика, патолошки лабораториски наод со висока седиментација на еритроцити и Ц реактивен протеин, и биопсија на темпоралната артерија како златен стандард. Лек од избор се кортикостероиди. Ова заболување бара рана, итна дијагноза и третман, се со цел да се избегнат драматични офталмолошки последици, во најлош случај слепило. Целта на овој труд е да се прикаже случај на помлада пациентка, каде што дијагнозата е потврдена со тест терапија со високи дози на кортикостероиди, кога доаѓа до клиничко и лабораториско подобрување. Воведување на Azathioprin(Imuran) како штедач на кортико терапија. Следење на болеста во 9,5 годишен период, со појава на релапси и лекување на компликации и несакани појави од самата болест и терапија.

Клучни зборови: Гигантоклеточен артеритис, темпорален артеритис, полимиалгија реуматика, дијагноза, кортикостероиди, имуран.

Вовед

Гигантоклеточниот артеритис (ГКА) кој уште се нарекува и темпорален артеритис (ТА), или морбус хортон (МХ) е воспаление на сидот на крвните садови особено на екстракранијалните гранки на каротидните артерии, најчесто на темпоралната артерија^[1, 2, 3], но и на вертебралните и офталмичните артерии, затоа губењето на видот е една од најургентните состојби за лекување. Исто така, може да бидат зафатени и коронарните артерии, аортата со аневризма како компликација со можност за дисекција и руптура на истата. Васкулитот е системски, хроничен и автоимун процес^[7, 8, 9].

Историјат: За оваа болест се пишувало уште околу илјада години п.н.е. во книгите на арапскиот офталмолог Али Ибн Иса во Багдад, се спомнувала каутеризација на крвниот сад што бил причина за главоболка, за да не дојде до слепило^[4]. Исто така, постојат и записи на камен, Египет детал од гробница од 14 век, слеп харфист, со затворени очи, напредната возраст, испакната темпорална артерија, со грч на лицето од болка (слика 1). Во модерното време Хачинсон во 1890 г. прв го опишал воспалението на темпоралната артерија, додека во 1932 год. Horton Magath –Brown, сугерирале за овој нов облик на артеритис, од каде што и болеста го добила името



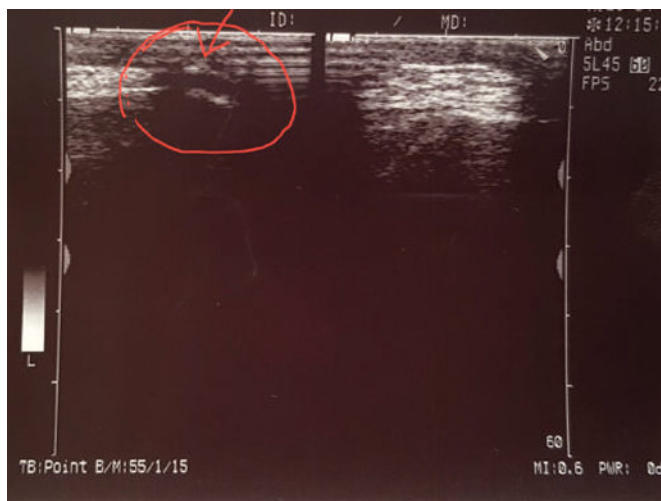
Слика 1 - (слика од Андреас од Австрија- прикажана во 1983г. на Историја на медицина, надгробна плоча, Египет 1000 п.н.е.).

Хортонова, кое денес повеќе се користи кај очните манифестации^[5, 6].

ГКА е болест поттикната од антиген при што се активираат Т – лимфоцитите, од каде што започнува каскадата на воспалителна реакција со создавање на сегментни инфилтрати во сидот на крвните садови и крајно е оштетувањето на афектираниот орган^[10, 11].

Постои блиска врска на ГКА со полимиалгија реуматика (ПР). Околу 50% од пациентите со ГКА имаат ПР, додека обратно помал е бројот. Некои автори сугерираат дека овие две болести се всушност различни фази на ист процес на болест. Причините за појава на ГКА се непознати и мултифакторни, некои студии укажуваат на генетската predisposition, и вмешаност на инфективни агенси, како бактерии и вируси: Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Parvovirus B19, Varicella Zoster Virus, Influenza virus, како пот-

Стручни и научни трудови



25.02.2016 г. Кемп. Р. Десп.

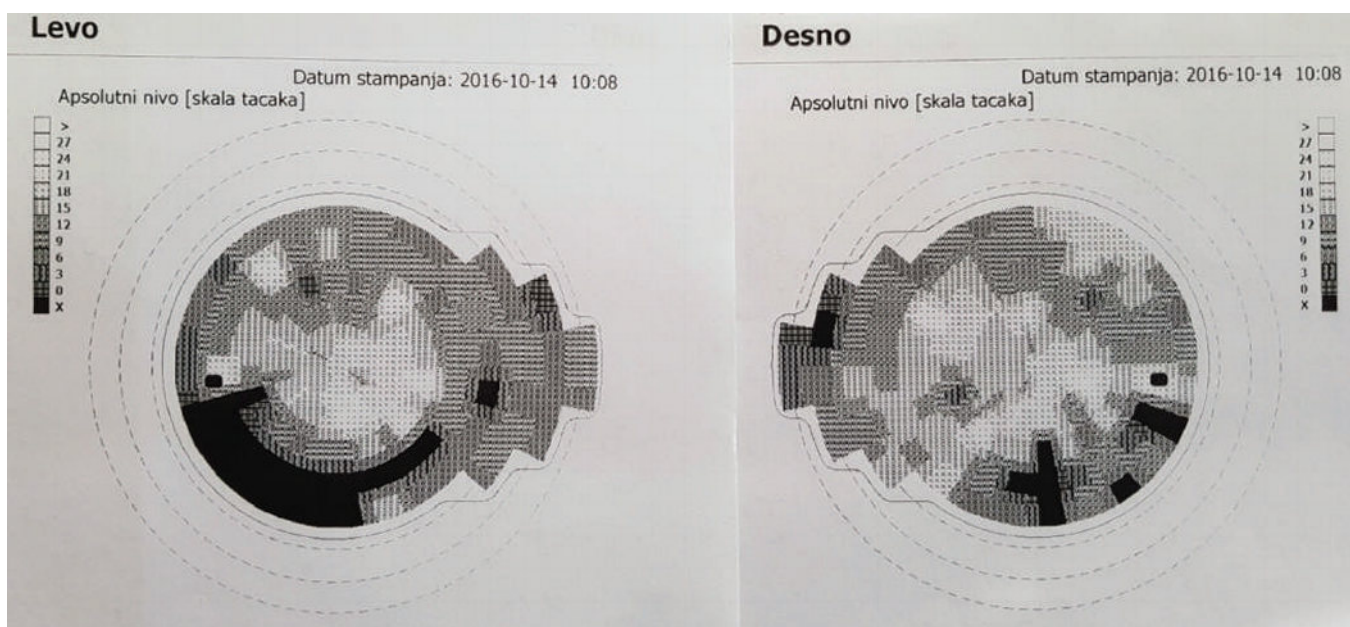
Слика 2 - Ултразвук на површинска темпорална артерија

тик на деструктивно воспаление, што зборува дека овие инфективни агенси не се само „невини минувачи“ [12,13,14].

Годишната стапка на инциденца кај лица на околу 50 - годишна возраст и постари, изнесува 6,9 – 32,8 на 100 000 жители. Болеста се јавува кај постара популација, но ретко може да се јави и под 50 г, повеќе е застапена кај женскиот пол (4 пати повеќе во однос на мажите), заболува почесто бела популација, особено од скандинавските земји, а ретко заболуваат луѓе од црна раса и од азиско потекло [15,16,17].

Дијагноза (Дг) се поставува врз база на клиничка слика: најчесто со континуирана, упорна и пулсирачка главоболка,

Слика 3 - Периметрија- влошување



треска, замор, слабеење, со фокална осетливост на капелициумот, клаудикација на мускули на долната вилица и екстремитетите и патолошки лабораториски наоди, како зголемена седиментација на еритроцити (СЕ) повеќе од 40 мм/час, позитивен Ц реактивен протеин (ЦРП), леукоцитоза, анемија и тромбоцитоза. Интерлеукин 6 (Ил 6) е прв позитивен параметар, но скапа е методата за негова детекција. Само висока СЕ без клиника не ја потврдува дијагнозата ГКА, како и отсуството на висока СЕ, а позитивна клиника не ја исклучува можноста за дијагноза. ЦРП речиси секогаш е позитивен. Биопсијата е златен стандард за поставување на Дг, особено ако е зафатена површинската темпорална артерија (ПТА), која е „само врвот на ледениот брег“, [8,16,17]. Многу често таа е негативна што не ја исклучува болеста, затоа се земаат подолги сегменти за анализа, и од двете страни на ПТА, особено пред да се почне со кортикостероидна (КС) терапија. Во поново време се користи ултразвукот (УЗ) како неинвазивна метода за поставување на Дг особено на достапни за биопсија крвни садови, како и за следење на болеста. Магнетната резонанца (МР) и ПЕТ скен со прикажување на крвните садови може да послужи во Дг, но не се користи рутински. Компјутеризираната томографија (КТ) не дава очекуван беневит [17,18,19].

Лекувањето е со високи дози на КС, по 1гр/кгТТ, најчестата препорачана доза изнесува 60мг/кгТТ, со постепено намалување на дозата за да не дојде до релапс(Р). Колку побрзо се започне со КС, поголеми се шансите да се избегнат ургентни состојби како слепило. Ретка, но сериозна компликација е миокарден инфаркт, исхемија на висцерален орган, како тенки црева, инфарктна деменција. Се лекуваат и нусефектите од КС: хипертензија (ХТА), дијабетес мелитус (ДМ), остеопороза (О) со или без фрактура, за која рано се почнува со бифосфонатна терапија, калциум, вит. Д3 [17,18,19]. Ако настанало слепило, тешко дека повторно ќе се врати видот на тоа око, но барем да се заштити другото, за да не биде афектирано. Заболувањето ја зголемува смртноста, особено во

тешките случаи, и директно или индиректно е поврзано со хроничната употреба на КС. Во пораст е и појавата на малигни заболувања кај пациентите со ГКА, особено во првите години на лекување^[20,21]. Поради штетните несакани ефекти на КС се јавува потреба од воведување на штедачи на КС и најчесто се користи Azathioprin (Imuran) (И), или Methorexate, а во последно време за помлада возраст дозволен за употреба е и Tocilizumab – биолошко моноклонално антитело против Ил 6, во првата година од лекувањето. Во текот на лекувањето можни се чести Р, лекување со добар исход да заврши за 2, 5 или 10 години, но голема е веројатноста и многу подоцна да се јави нов Р, со тоа лекувањето е доживотно^[17,19,24].

Материјал и методи

Ретроспективно е анализирана медицинска документација за пациентката С.С. во периодот од ноември 2008 година до февруари 2018 година вкупно 9,5 години.

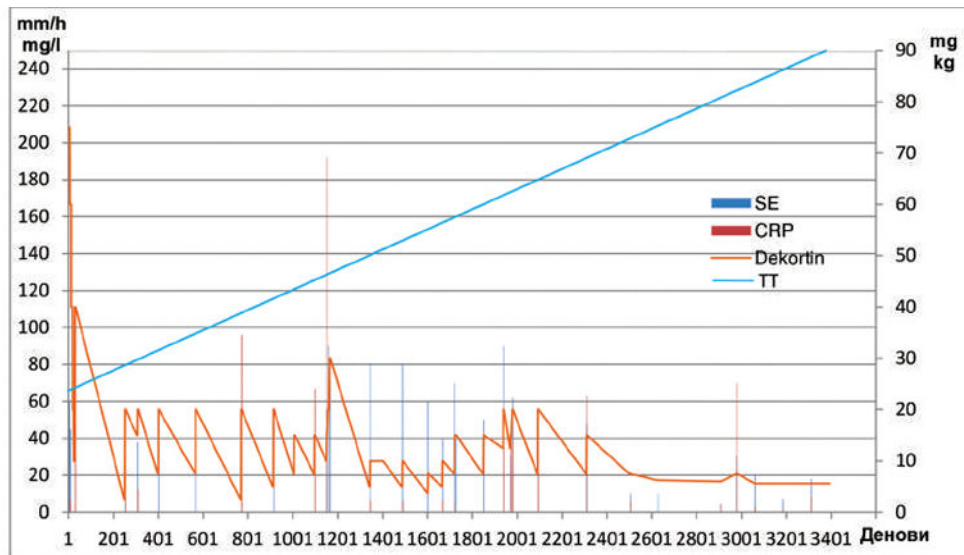
Резултати и дискусија

Станува збор за здравствен работник, доктор - специјалист микробиолог, на возраст од 47 години се жали на силна главоболка во пределот на левата темпорална регија, со пулсирање на крвниот сад во тој предел, болка во очите, заматен и послаб вид, дупло гледање, шетачки сенки, болки во долната вилица и болка во темпоромандибуларениот зглоб. Во почетокот заради клиничка слика за ПР често се правеле лабораториски анализи кои биле во нормални референтни граници, со исклучок на фибриногенот. Прв пат имала енормно висока СЕ и ЦРП, со мирни леукоцити и немала симптоми за воспалителен процес. Дадена е терапија со КС во доза од 75мг, по една недела СЕ се нормализирала, а присутните главоболки се смириле за два дена. Многу брзо е намалена дозата на КС на 10 мг за 28 дена, кога настапува и првиот Р, со висока СЕ 95 во првиот час и ЦРП 48, мирни леукоцити. Со ова се потврди Дг и сериозно се сфатило заболувањето и лекувањето. Во овој 9,5 - годишен период следена е болеста (прикажана на графикон 1), Р кои се јавувале во различни



Слика 4 - Ulcus cruris, во фаза на подобрување

временски интервали. Во јануари 2012 година во терапијата е воведен Azathioprin (Imuran) во доза од 150 мг. како штедач на КС, но лекот е често прекинуван поради честите инфективни состојби кои ги имала пациентката како имунокомпромитирано лице, а со специфична професија. Следи промена на работно место од страна на ИПК, со скратено работно време. Во зависност од активноста на болеста дозата на КС терапија е зголемувана најчесто на 20мг, со постепено намалување до 2,5мг. За лекување на болеста се направени консултации со соодветни институции во земјата и странство. Направени се повеќе МР на крвните садови, УЗ прегледи на срце и крвните садови (сл.2), многу лаб. анализи се со цел да се следи болеста и несаканите појави. Евидентирана е секундарна остеопороза како резултат на КС терапија, чести инфекции на респираторниот тракт. Пациентката е со атрофична кожа, Кушингоиден изглед, ТТ во овој долг период е зголемена за 42%. Поради болки во десниот колк се направени иследувања со што е потврдено coxartrosis. Влошување на видното поле е следено со периметрија, (сл.3), како и појава на чести blepharoconjunctiviti. Присутна лезија на хепатот и липодистрофија на панкреасот, тешки депресивни епизоди. Била евидентирана eritema nodozum и tromboflebitis regio cruris lat dex, со појава на улкус и некротично дно (сл. 4), кои се почесто се повторуваат. Заради повремени хипогликемични епизоди се следи под сомнение за Morbus Addison, испитувањата се во тек.



Графикон 1 - Графички приказ на лабораториски параметри СЕ, ЦРП, во период од 9,5 години, прикажување на КС терапија при 20 релапси, и телесна тежина на почеток и крај на заболување

Стручни и научни трудови

Заклучок

Во овој труд е претставен специфичен случај на заболена пациентка со ГКА и ПР, очекувањата, текот и исходот од лекувањето, приспособување кон новонастанатата состојба. Да се помислува на ова заболување, да се лекува со соодветен тераписки протокол со КС терапија и имуномодулаторна терапија, се со цел да се спречат посериозни последици, како губење на видот. Мудро да се дозираат КС, бидејќи тие се нож со две сечила, и да не се занемарат нивните придобивки и нусефекти.

Референци

- Cantini F, Niccoli L, Nannini C, Bertoni M, Salvarani C. Diagnosis and treatment of giant cell arteritis. *Drugs Aging*. 2008; 25(4):281-97. [Medline]
- Rahman W, Rahman FZ. Giant cell (temporal) arteritis: an overview and update. *Surv Ophthalmol*. 2005 Sep-Oct. 50(5):415-28. [Medline]
- Tatò F, Hoffmann U. Giant cell arteritis: a systemic vascular disease. *Vasc Med*. 2008. 13(2):127-40. [Medline]
- MUDr. Pavel Kuthan, MUDr. Pavel Diblík. Temporální arteritida – akutní onemocnění vyžadující neodkladnou péči. *Neurol. prax* 2011; 12(3): 158–161.
- Horton BT MT, Brown GE. An undescribed form of arteriitis of the temporal vessels. *Proc Staff Meet Mayo Clin*. 1932; 7:700.
- Friederike Kestena, Markus Aschwandenb, Patrick Gubserc, a Medical Outpatient Department, University Hospital Basel, Switzerland Giant cell arteriitis – a changing entity. *Swiss Med Wkly*. 2011;141:w13272.
- Piljiz I. Temporalni arteritis – prikaz bolesnika. *Infektološki glasnik* 2010; 30:4, 195–199.
- Giri G, Giri S, Sukumar VP. Giant Cell Arteritis Imaging. *Medscape* 2016. Retrived January 5, 2018 <https://emedicine.medscape.com/article/417169-overview>
- Croft AP, Thompson N, Duddy MJ, Barton C, Khattak F, Mollan SP, et al. Cranial ultrasound for the diagnosis of giant cell arteritis. A retrospective cohort study. *J R Coll Physicians Edinb*. 2015; 45 (4):268-72. [Medline]
- Šarić K. Clinical manifestations, diagnosis and treatment of patients with temporal arteritis in clinical Hospital Center Rijeka. *Liječnički Vjesnik* 2014; 136:253–256.
- Hoffman GS. Giant Cell Arteritis. *Ann Intern Med*. 2016; 165 (9):ITC65-ITC80.[Medline]
- Alvarez-Lafuente R, Fernández-Gutiérrez B, Jover JA, Júdez E, Loza E, Clemente D. Human parvovirus B19, varicella zoster virus, and human herpes virus 6 in temporal artery biopsy specimens of patients with giant cell arteritis: analysis with quantitative real time polymerase chain reaction. *Ann Rheum Dis*. 2005; 64(5):780-2. [Medline]
- Russo MG, Waxman J, Abdoh AA, Serebro LH. Correlation between infection and the onset of the giant cell (temporal) arteritis syndrome. A trigger mechanism?. *Arthritis Rheum*. 1995; 38(3):374-80. [Medline]
- Gilden D, Nagel M. Varicella Zoster Virus in Temporal Arteries of Patients With Giant Cell Arteritis. *J Infect Dis*. 2015; 212 Suppl 1:S37-9. [Medline]
- Goodwin JS. Progress in gerontology: polymyalgia rheumatica and temporal arteritis. *J Am Geriatr Soc*. 1992; 40(5):515-25. [Medline].
- Flood AT, Veinot PJ. Temporal Arteritis Pathology. *Medscape* 2015. Retrived January 10, 2018 <https://emedicine.medscape.com/article/1612591-overview>
- Allen WA, Beiga T, Varma KM. Temporal Arteritis Imaging. *Medscape* 2016. Retrived January 10, 2018 <https://emedicine.medscape.com/article/418371-overview>
- Seetharaman M, Albertini GJ. Giant Cell Arteritis (Temporal Arteritis). *Medscape* 2017. Retrived January 15, 2018 <https://emedicine.medscape.com/article/332483-overview>
- Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *Lancet* 2008; 372: 234–45.
- Gonzalez-Gay MA, Lopez-Diaz MJ, Martinez-Lado L, Pena-Sagedro JL, Lopez-Agreda H, Miranda-Filloo JA. Cancer in biopsy proven giant cell arteritis. A population based study. *Semin Arthritis Rheum* 2007;37:156–63.
- Ungprasert P, Sanguankeo A, Upala S, Knight LE. Risk of malignancy in patients with giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2014; 44(3):366-70.
- Azathioprine (Azasan, Imuran). *Medscape* 2016. Retrived January 20, 2018 <https://reference.medscape.com/drug/azasan-imuran-azathioprine-343191#0>
- Janis CK, Tocilizumab Ups Giant Cell Arteritis Remissions in Early Trial. *Medscape* 2016. Retrived January 20, 2018 <https://www.medscape.com/viewarticle/861034>
- Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), Retrived February 1, 2018 <https://ebm-guidelines.com>



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk

Cysta colli mediana

В. Амбаркова¹, М.Петровски², Н. Митреска³

¹ Клиника за детска и превентивна стоматологија, Универзитетски стоматолошки клинички центар „Св.Пантелејмон“-Скопје

² Клиника за детска хирургија, Медицински факултет, УКИМ -Скопје

³ Универзитетска клиника за радиологија, Медицински факултет, УКИМ -Скопје

Вовед

Во најголем број вратните промени кои се среќаваат кај децата се од бенигна природа, но често инфламираат и можат успешно да се третираат со антибиотици. Најголемиот дел од вратните творби кај децата кои бараат хируршки третман за да се постави точна дијагноза и постигне тераписки успех се вродени. Од нив цистите на тироглосалниот канал и бронхиогените цисти се две најчести конгенитални промени кои ги среќаваме кај децата.

Повеќе од 90% од бронхиогените аномалии потекнуваат од втората бразда на грлото. Бронхиогените аномалии кои настануваат од првата бразда на грлото се застапени со 8%, додека тие кои настануваат од третата и четвртата бразда на грлото се многу ретки. Бронхиогените цисти, како и цистите на тироглосалниот канал се јавуваат подеднакво често кај децата од женскиот и машкиот пол.

Во диференцијалната дијагноза за цистите на вратот влегуваат онгениталните творби на вратот, метастатскиот целуларно-сквамозен карцином, стекнати ларингоцели, шваноматозните цисти. Во конгениталните творби на вратот се вбројуваат: бронхиогените цисти, цистата на тироглосалниот канал, ектопичните цисти на тимусот, дермоидните и тератодните цисти, васкуларните дистични абнормалности и лимфатични малформации како што е дистичната лимфангиома.

Ако останат остатоци од ductus tiroglossus, обично подоцна прераснуваат во цисти. Циста може да се формира во самиот јазик (под foramen caecum), во базата на усната празнина или некаде долж медијалната линија на вратот. Ако цистата во вратот се воспали и руптурира, кон површината на кожата се формира траен неприроден канал, наречен синус⁽¹⁾.

Цистата на тироглосалниот канал е најчестата аномалија пронајдена во средишната линија на вратот кај децата.

Cysta colli mediana настанува поради незатворање на средниот дел на ductus thyreoglossus, додека проксималниот и дисталниот дел облитерираат. Однатре шуплината на цистата е покриена со епител, кој е цилиндричен и со фини ресички(cillii), додека фистулите имаат сплескан епител. Во цистата се наоѓа мукоидна течност. Обично во сидот на цистата, а уште почесто на фистулите, ќе се најдат знаци на воспаление од различен степен. Се среќава во средната линија, најчесто близу хиоидната коска. Голема е колку зрно од грашок, но

достигнува големина на орев. Добро е ограничена и има глатка површина. Срасната е за хиоидната коска, ретко за кожата над неа (само доколку имало инфекција во неа). Покрај оваа локализација, можна е интраорална положба близу до foramen caecum⁽²⁾.

Диференцијална дијагноза

Lymphadenitis submentalis лесно се препознава, бидејќи може да се открие примарна инфекција од забите, долната усна или брадата. Освен тоа, положбата на зголемената лимфна жлезда е сосем напред во субменталната регија, за разлика од остатоците на ductus thyreoglossus, кои се поназад.

Cystis branchiogenes (бранхиогена циста) е полатерално и обично на предниот раб на m.sternocleidomastoideus⁽³⁾.

Lymphadenitis tuberculosa е локализиран во горниот медијастинум и може да се пробие низ кожата над manubrium sterni, а под isthmus-от на штитовидната жлезда. Поради тоа се прави задолжително RTG-слика на белиот дроб.

Cystis dermoides и Atheroma во средната линија се интимно сраснати со кожата, додека cystis colli mediana е сврзана за длабоките структури.

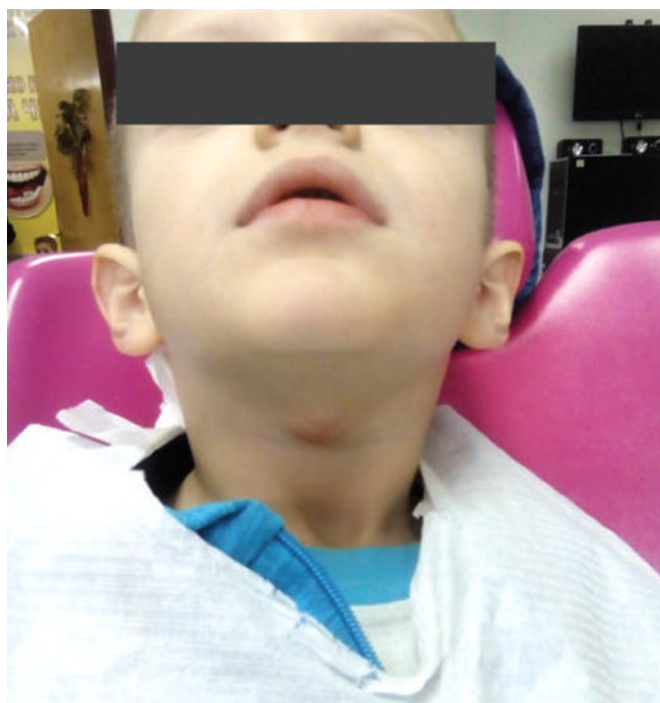
Lipoma на вратот, особено напред и во средната линија е ретка. Доколку постои, јасно е ограничена и лобулирана и не флукуира. Со fistula colli mediana може да се брка fissure colli mediana (средна цепка), која настанува поради неправилно соединување на латералните мезенхимални, бранхиогени маси. Таа има изглед на вертикална цепка во вид на рана со црвена подлога, лесно вдлабната, долга 0,1 до неколку сантиметри, а широка до 5 мм. Во горниот и долниот пол на оваа бразда може да се видат отвори, кои одат во длабочина.

Особено е важна вештината на обработка, прегледот, дијагностиката и третманот на болните со цисти на вратот кои побаруваат хируршко лекување⁽⁴⁾. Неодамна Министерството за здравство донесе упатство за практикување на медицина заснована на докази при тумефакт на вратот. Во ова упатство се истакнува дека вратните цисти кај децата се јавуваат пред стерноклеидомастоидниот мускул (латерални вратни цисти) или околу хиоидната коска (медијални вратни цисти). Кај децата и кај адолесценти, тумефактите со дијаметар под 2 см можат да се следат додека нивната големина јасно не се намали или додека наполно не се изгубат⁽⁵⁾. Во склоп на натамошните иследувања влегуваат ултрасонографија со тенкоиглена биопсија, која само сугерира дијагноза и често дава лажни резултати⁽⁶⁾. Не треба да се прави отворена биопсија или едноставно отстранување на тумефактот, бидејќи уште во примарната фаза може да биде индициран поекстензивен оперативен зафат, доколку се работи за малигно заболување⁽⁵⁾.

Дијагностички постапки

Ако масата е инфицирана, може да се изврши аспирација со фина игла за да се добие култура за директна терапија со

Стручни и научни трудови



Слика 1. Машко дете со циста на врат

антибиотици. Сепак, ако премногу течност е аспирирана, идната дисекција може да биде потешка.

Една студија на Begbie et al покажува дека интраоперативното испитување на замрзнати делови од ткиво е почувствително отколку цитологијата за аспирација со фина игла (100% наспроти 75%, соодветно) при откривање на цисти со потекло од наборите на грлото ⁽⁷⁾. Авторот истакнува дека двајца пациенти кои не биле подложени на интраоперативни испитувања на замрзнати делови биле недоволно хируршки обработени или премногу опсежно хируршки обработени. Возрасните пациенти подложени на хируршка ексцизија на сомнителна гранулозна циста треба да бидат подложени на интраоперативна анализа на замрзнати ткивни секвени без разлика на клиничкото сомневање за малигнитет. Овој дел од менаџментот е од клучно значење за да се обезбеди соодветно лекување на пациентите ⁽⁷⁾.

Слика број 2. Ортопантомограф на кој се гледа присуство на голем број кариозни заби



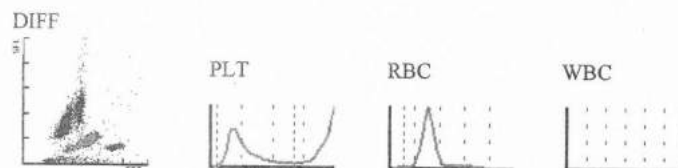
Лекување на медијалните цисти и фистули

Некои се за конзервативен став при малите цисти, но ако се има во предвид честото инфицирање, најдобро е да се отстранат оперативно. Ако цистата е инфицирана, треба да се прави инцизија и дренажа, а по неколку недели целосно отстранување. Склерозантната терапија се разни средства, еден од кои е етанолот не дава задоволителни резултати во целост (8). Оперативното лекување не е толку просто, бидејќи се бара соодветна техника. Се врши во ендотрахеална анестезија. По елиптична ексцизија со напречен рез задолжително се ресецира средниот дел на хиоидната коска, па потоа се оди до базата на јазикот. Треба да се внимава да не се отстрани ектопичното ткиво од штитовидната жлезда. Се познава по тоа што нема жлезда на нормалното место, а над хиоидната коска се наоѓа топчеста маса со дијаметар од 1-2 см.

На Клиниката за детска и превентивна стоматологија е примено машко дете на 5 годишна возраст (слика 1) испратено за да се утврди дали постои присуство на фокус од дентогено потекло. Утврдено е присуство на поголем број кариозни заби, направен ортопантомограф (слика 2). Од анамнезата која ја зедеме од мајката дознаваме дека цистата е забележана уште пред 6 месеци и повремено се воспалува. Во еден наврат добивме информација дека детето пиело Амоксиклав (Augmentin) препишан од страна на матичниот педијатар. Конечниот избор на антибиотици за интравенски третман или орален третман се прави врз основа на добиените резултати од културата и резултатите од чувствителноста. Аспирација со игла на акутно инфицирана циста во почетокот на третманот е често корисна. Во нашиов случај не е направена аспирациона дијагностика. При првата стоматолошка посета е извршена екстракција на левиот млечен горен инцизив и започната санација на останатите млечни заби. Во најзагрозена положба се наоѓаше првиот десен млечен молар.

Слика 3.

WBC	8.65	[10 ³ /uL]	(3.50 - 10.00)
RBC	5.07	[10 ⁶ /uL]	(3.50 - 5.20)
HGB	12.5	[g/dL]	(11.2 - 16.5)
HCT	37.4	[%]	(34.1 - 45.0)
MCV	73.8	[fL]	(79.4 - 94.8)
MCH	24.7	[pg]	(25.6 - 32.2)
MCHC	33.4	[g/dL]	(32.0 - 36.0)
PLT	199	[10 ³ /uL]	(150 - 400)
RDW-SD	37.3	[fL]	(36.4 - 46.3)
RDW-CV	14.1	[%]	(11.7 - 14.4)
PDW	12.3	[fL]	(9.0 - 17.0)
MPV	10.8	[fL]	(9.0 - 13.0)
P-LCR	31.4	[%]	(13.0 - 43.0)
PCT	0.22	[%]	(0.17 - 0.35)
NEUT	4.93 *	[10 ³ /uL]	(1.50 - 6.20)
LYMPH	2.06 *	[10 ³ /uL]	(1.20 - 3.74)
MONO	0.93 *	[10 ³ /uL]	(0.20 - 0.80)
EO	0.66 +	[10 ³ /uL]	(0.04 - 0.45)
BASO	0.07	[10 ³ /uL]	(0.01 - 0.08)



Детето е упатено на хематолошка амбуланта при Клиничката болница за деца, каде што е направена крвна слика. Крвната слика која беше направена на биохемиско-хематолошката лабораторија при Универзитетската клиника за детски болести (слика 3) укажува дека вредностите се во нормални граници, со исклучок на незначително покачените вредности на моноцитите и еозинофилите.

На првиот ехо преглед кој бил направен на Универзитетската клиника за радиологија во вратната регија медијално се следи овална хетероехогена промена со димензии 15.4x7 мм, додека билатерално не се следат знаци за зголемени лимфни жлезди (слика 4).

На клинички преглед од страна на детски хирург е евидентирана цистична формација во предел на предната вратна регија. Во моментот на преглед била присутна инфламација на цистата која е подвижна во однос на подлогата. Контрола по две недели во амбуланта со направено ехо во предел на вратната регија. Детскиот хирург во амбулантни услови постави дијагноза *Cysta colli mediana*.

Извештајот на радиодијагностичкиот наод направен две недели подоцна укажува дека во вратната регија медијално, субкутано се прати овална хетероехогена промена со димензии 12x7 мм (слика 5). Билатерално не се следат ехо знаци за зголемени лимфни жлезди.

Дискусија

Cysta colli mediana е конгенитална аномалија која се јавува ретко. Тие се обично асимптоматски, но доколку цистата е голема и присутна во видливата вратна регија, предизвикува функционални и естетски проблеми ⁽⁹⁾.

Во 1972 година Санборн го прикажува првиот случај на циста со потекло од четвртата бразда на грлото ⁽¹⁰⁾. Доколку се појави аномалија со потекло од четвртата бразда на грлото, може да се јави: ⁽¹⁾ внатрешен отвор кој се наоѓа во близина на врвот на пириформниот синус, ⁽²⁾ фистула или синус тракт кој патува меѓу горните и долните ларингеални нерви, или ⁽³⁾ надворешен отвор по должината на предната граница на стерноклеидомастикаторниот мускул во долниот дел на вратот. Во литературата се опишани повеќе од 30 случаи на цисти со потекло од четвртата бразда на грлото. Повеќето од нив се на левата страна, при што само 5 се појавуваат на десната страна од вратот.

При фокална инфекција се случуваат одредени промени во крвната слика со намалување на вкупниот број на клеточни елементи (поради цитотоксичното дејство на патолошките агенси од фокусот), со процентуална промена во белата крвна лоза, исто така поради влијанието на алергичните и токсичните ефекти на патолошките агенси од фокусот. Значи, се јавува неутрофилија (зголемен број на неутрофилни гранулоцити), но сликата може да се промени во зависност од фазите на развиток на болеста. Во крвната слика се гледа и забрзана седиментација на еритроцити, што не е специфичен момент за фокусот, но сепак, секогаш кога има фокално заболување се нотира.

Многу ретко може да се јави секундарна инфекција која ќе резултира во формирање на синус и надворешна дренажа на пурулентна маса, посебно доколку цистата е површинска, како што е во нашиот случај.



Слика 4. Ехо наод на цистичната формација во пределот на вратот

Стручни и научни трудови



Слика 5. Втор ехо наод по две недели

Кај повеќето пациенти со медијална циста на вратот (TGDC) се присутни асимптоматски маси во средишната линија на вратот. Во литературата се наведува дека повеќето од овие лезии се јавуваат кај пациенти помлади од 30 години, иако според една студија на Thompson LD и сор. од 685 медијални цисти на вратот, инциденцата на овие лезии достигнува врв во првата и петтата деценија на животот⁽¹¹⁾.

Студијата на Thompson LD и сор. утврди фистула на кожа поврзана со цистата кај околу 10% од пациентите со медијална циста на вратот (TGDCs), при што фистулата се јавува двапати почесто кај педијатриските пациенти во однос на возрасните⁽¹¹⁾.

Заклучок

Конечната дијагноза не е можно секогаш со сигурност да се постави предоперативно. Поради ризикот од малигна трансформација на цистата, се препорачува комплетна хируршка ерадикација на cysta colli mediana.

Литература

1. Миленкова Л, Костовска Н, Бајрактарова Б. Хистолошка градба и ембрионален развој на усната празнина. Де Гама, 2004, Скопје.
2. Пановски Ј. Специјална хирургија. Универзитет Кирил и Методиј, 1988, Скопје.
3. Singla S L, Chauhan T S, Bhorwal S, Singla S, Tarar V, Sharma S. Unusual Presentation Of A Congenital Bronchogenic Cyst In A Young Child. The Internet Journal of Pediatrics and Neonatology. 2013 Volume 16 Number 1.
4. Панговски И, Петровски М, Кафтандчиев И, Петровски Д, Жоговска Е, Цветановски В, Тодоровиќ Л, Шумковски Р, Аврамовски В. Хирушка Пропагандистика. Практикум за вежби. TEMPUS-PHARE-PROJECT, Катедра по хирургија, Медицински факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје, 2006 МАКАВЕЈ – Скопје
5. Упатство за практикување на медицина заснована на докази при тумефакт на врат. www.zdravstvo.gov.mk
6. Стефаноски С. Валидност на дијагностичките методи во верификација на мекоткивните цисти во вратната регија, магистерски труд, Стоматолошки факултет, Скопје, 2013
7. Begbie F, Visvanathan V, Clark LJ. Fine needle aspiration cytology versus frozen section in branchial cleft cysts. J Laryngol Otol. 2015 Feb. 129(2):174-8.
8. Kim SM, Baek JH, Kim YS, Sung JY, Lim HK, Choi H, Lee JH. Efficacy and safety of ethanol ablation for thyroglossal duct cysts. AJNR Am J Neuroradiol. 2011 Feb;32(2):306-9.
9. Puscas L. Midline Cervical Cleft: Review of an Uncommon Entity 2015, Article ID209418, 10 pages.
10. Sandborn WD, Shafer AD. A branchial cleft cyst of fourth pouch origin. J Pediatr Surg. 1972 Feb. 7(1):82.
11. Thompson LD, Herrera HB, Lau SK. A Clinicopathologic Series of 685 Thyroglossal Duct Remnant Cysts. Head Neck Pathol. 2016 Dec. 10 (4):465-474.



**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 фонот 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 хемикалите/лековите што ги користите, вклучувајќи ги генеричките имиња, дозите, патот на администрација.

Стручни и научни трудови

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 гарантира 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 апстракти, „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 табелата. 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 означи 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.

НОВО!
0,5L



КОЖУВЧАНКА 0,5L
СО АРОМА НА ЛИМОН



Duster®

dutasteride

меки капсули
30x0,5mg

**СО ПОЛНА
БРЗИНА**

Bazetham®
tamsulosin



Членка на групацијата Teva

www.pliva.com.mk
www.plivamed.net



Напомена: Збирен извештај за особините на лековите Duster® и Bazetham® е достапен на барање. Број и датум на одобрение за ставање на лековите во промет: 11-3672/4 од 15.09.2015 за Duster®, 15-2236/13 од 18.06.2013 за Bazetham®. Начин и место на издавање: се издаваат на лекарски рецепт, во аптека. САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ. Носител на одобрение: ПЛИВА доел Скопје, Никола Паралунов бб, Скопје. Тел. 02/3062702. 05-17-URO-02-NO/18-17/05-19