

година XXVII • број 102 • март 2019



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

Новиот консензус извештај на ADA/EASD 2018 за дијабетес тип 2:



Кога е време за инсулин, изберете базален
инсулин со помал ризик од хипогликемија¹

НАМАЛЕТЕ ГО РИЗИКОТ ОД ТЕШКА ХИПОГЛИКЕМИЈА ЗА 40% КАЈ ВАШИТЕ ПАЦИЕНТИ СО ТРЕСИБА® СПОРЕДЕНО СО GLARGINE U100²

Пред да го пропишете лекот, Ве молиме прочитајте го Збирниот извештај со особините на лекот. Квалитативен и квантитативен состав: Едно претходно-наполнето пенкало содржи 300 единици insulin degludec во 3 ml раствор. 1 ml раствор содржи 100 единици insulin degludec (еквивалентно на 3,66 mg insulin degludec). Фармацевтска форма: Раствор за инјектирање. Индикации: Третман на дијабетес мелитус кај возрасни, адолесценти и деца на возраст над 1 година. Позволба: Тресоба® претставува базален инсулин наменет за еднаш дневно супкутано администрирање, во кое било време од денот, пожелно во исто време секој ден. Кај пациенти со дијабетес мелитус тип 2, Тресоба® може да се употребува сам, или во која било комбинација со орални анти-дијабетични лекови, ГЛП-1 рецептор агонисти и со болус инсулини. Кај дијабетес мелитус тип 1, Тресоба® мора да се комбинира со кратко-брзо-дејствуваачки инсулин за да се покријат инсулинските потреби за време на оброкот. Дозирањето на Тресоба® треба да се прилагоди индивидуално согласно потребите на пациентот. Се препорачува оптимизација на гликемската контрола преку прилагодување на дозата, базирано на плазма гликемија на гладно. Како и со сите инсулини, прилагодување на дозата може да е неопходно, доколку пациентите ја зголемат нивната физичката активност, го променат нивниот вообичаен режим на исхрана или за време на придружни болести. Во случаи кога администрирање во истото време од денот е невозможно, Тресоба® дава флексибилност во времето за инсулинска администрација. Секогаш треба да се обезбеди минимум од 8 часа помеѓу две инјектирања. Нема клинички искуства со флексибилност во времето на дозирање на Тресоба® кај деца и адолесценти. Внимателно мониторирање на гликемијата се препорачува за време на префрлувањето и за време на иницијалните недели потоа. Треба да се прилагоди дозите и времето на примена на брзо-дејствуваачки или кратко-дејствуваачки инсулински препарати како и придружниот антидијабетичен третман. Начин на администрација: Тресоба® е наменета исклучиво за супкутана употреба. Тресоба® не смеа да се администрира интравенски, интравенски нити со инсулински инфузиони пумпи. Тресоба® не смеа да се префрлува од патронот на претходно наполнетото пенкало во шприц. Контраиндикации: Прекучувствителност на активната супстанција или

на некоја од помошните супстанции. Предупредувања и претпазливост при употреба: Хипогликемија може да се појави доколку инсулинската доза е превишка во однос на инсулинските потреби. Кај деца, треба да се води грижа за прилагодување на инсулинските дози (особено кај базал-болусните режими) со земањето храна и физичките активности со цел да се минимизира ризикот од хипогликемија. Пациентите чијашто контрола на гликемија е значително подобрена, може да почувствуваат промена во нивните вообичаени предупредуваачки симптоми на хипогликемија и треба да бидат соодветно советувани. Вообичаените предупредуваачки симптоми може да исчезнат при долготраен дијабетес. Во случаи на тешка хипергликемија, се препорачува администрирање на брзо-дејствуваачки инсулини. Несоодветното дозирање или прекин на третманот кај пациенти на инсулин, може да доведе до хипергликемија и дијабетична кетоацидоза. Понатаму, придружните болести, посебно инфекциите, може да доведат до хипергликемија и да ја зголемат потребата од инсулин. Префрлувањето на пациентот од други инсулински медицински производи треба да се изведе под строг лекарски надзор и може да доведе до потреба за промена на дозата. Случаи на срцева слабост без пријавени кога пиоглитазон беше користен во комбинација со инсулини, особено кај пациентите со ризик фактори за развој на срцева слабост. Ова треба да се има предвид доколку се разгледува третман со комбинација од пиоглитазон и Тресоба®. Доколку се користи оваа комбинација, пациентите треба да се следат за знаци и симптоми на срцева слабост, пораст на тежината и едем. Пиоглитазонот треба да се прекине доколку се појави влошување на кардијалните симптоми. Пациентите треба да бидат советувани пред секое инјектирање секогаш да ја проверат налегницата на инсулинот, како би се избегнало случајна замена на два различни јачини на Тресоба®, како и замена со други инсулински производи. Примането инсулин може да доведе до формирање на инсулински антитела. Во ретки случаи, присуството на вакви инсулински антитела, може да доведе до неопходно прилагодување на дозата на инсулин со цел да се коригира тенденцијата за хипер или хипогликемија. Бременост и лактација: Не постојат клинички искуства за употребата на Тресоба® кај бремени жени и за време на доене.

Репродуктивните студии на животни не покажаа разлика помеѓу insulin degludec и хуманиот инсулин во однос на ембриотоксичност и тератогеност. Несакани ефекти: За целосна листа на несакани ефекти, Ве молиме прочитајте го Збирниот извештај со особините на лекот. Многу често: хипогликемија, често: реакции на местото на инјектирање, невообичаено: дигестивна диспепсија и периферен едем, ретко: хиперсензитивност и уртикарија. При употреба на инсулински препарати, може да се појават алергички реакции. Непосредните алергички реакции на самиот инсулин или на експлантите можат да бидат потенцијално животозагрозувачки. Реакции на местото на инјектирање се вообичаено благи и минливи и нормално исчезнуваат при континуиран третман. Несаканите реакции од лековите може да ги пријавите во Националниот центар за фармаковигиланца при Агенцијата за лекови и медицински средства (ул. Са. Кирил и Методиј бр. 54 кат. 1) или по електронски пат преку веб-страницата на Агенцијата <http://malmed.gov.mk/>. Лекот може да се издава само со лекарски рецепт. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 15-7176/13 од 26.12.2013. Тресоба® Флекстач® Збирен извештај за особините на лекот. Јануари, 2018. Тресоба® и Флекстач® се трговски марки во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска. Производител: Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark. Носител на одобрение: Ново Нордиск Фарма доел, ул. Никола Кљусев бр. 11, 1000 Скопје, Р. Македонија.

Glargine U100 користен во сите студии е произведен од Sanofi. ADA (American Diabetes Association), EASD (European Association for the Study of Diabetes). Референци: 1. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia* 2018; doi: 10.1007/s00125-018-4729-5. 2. Marso SP, McGuire DK, Zinman B, et al for the DEVOTE Study Group. Efficacy and safety of degludec versus glargine in type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine* 2017; 377:723-732.

Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
ул. Никола Кљусев бр 11, Скопје, Македонија
тел: +389 2 2400 202
www.novonordisk.com
D-300/01-11/2018

Наменето само за здравствени работници.



TRESIBA®
insulin degludec [rDNA origin] injection



РЕШЕНИЕ ОД ДОВЕРБА



РЕСПИРАТОРЕН
ФЛУОРОКИНОЛОН

MOXIRAL

moxifloxacin

филм-обложени таблети од 400 mg



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјето пред сè

www.alkaloid.com.mk

Содржина

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 7 | Собрание на ЛКМ
Усвоен извештајот за работата 2017-2018 година и дефинирани приоритетите за наредниот период | 30 | Истражувања
Проект со кој ќе се определат рамките на вредностите на ејакулатот кај младите |
| 9 | Е - здравство
Иновациите и здравствените технологии во трансформацијата на примарното здравство

Новини во Националниот систем „Мој термин“ | 34 | Проф. д-р Весна Пановска-Гривчева:
Откривме 4 мутации на ХАЕ кои ги има само во Македонија |
| 12 | Тема на бројот
Медицинска миграција во Македонија - значење на проблемот | 36 | Современа медицина
Хемофилија А како медицински предизвик |
| 20 | Разговор:
Доц. д-р Ана Угринска, ДИРЕКТОР НА УИ ЗА ПОЗИТРОНСКО ЕМИСИОНА ТОМОГРАФИЈА | 40 | Практика
Кој решава во Франција дали некој лек ќе биде на товар на осигурувањето? |
| 24 | Компјутерска томографија
Како да се обезбеди најголем бенефит за пациентите | 48 | Доајени
Александар ЛАЗАРОВ,
Професор и основоположник на македонската оперативна гинекологија |
| 28 | Ex tempore
Иванов „CARE“ | 52 | Александар Игњатовски,
Професор и основоположник на Клиниката за интерна медицина при Медицинскиот факултет во Скопје |

Прилог: Стручни и научни трудови

00555 | **М. Павлова - Каровска**
 Акутен едем на белите дробови во тек на Sectio caesarea

„Златен стандард“



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

Луѓето во бели манџили, како што популарно сакаат да не именуваат нас здравствениите работници, го положија истиот со несреќата на автобусот во аџарот на с. Ласкарци, во која имаше голем број загинаئي и тешко повредени. Нивната пожртвуваност и посветеност е за секоја пофалба, почнувајќи од извлекувањето на повредените, прифаќањето на пациентите, нивниот транспорт до згрижувањето и преманот во болничките институции. Чинам дека сите беа на висина на задачите - од шир до доктор. Секако, тука треба да им се одаде признание и да им се симне капа и на жителите на Ласкарци, противпожарните екипи и другите служби и единици кои беа ангажирани или самоничјативно се приклучија и помагаа во клучните моменти. Тука нема никакви дилеми.

Оваа трагедија, секако, е повод да се осврнеме и на тоа колку ние како држава, како систем сме подготвени за вакви несреќи, дали и како сме екипирани, што е во функција, а што е само некаков „стапистички подготок“. И тоа без никаква намера да критикуваме или да собираме поени. Целта ни е само да се подобри состојбата. Не од аспект на човечки потенцијал, нивни вештини и знаења... Мислам дека тоа го имаме и, како така, држиме чекор. Дилемите ми се околу техничките прашања од кои во голема мера зависи дали ќе се фати „златниот стандард - еден час“ што сѐсува животи. Тоа е временскиот период во кој преживувањето е и за 50 отсто подготвено ако во тие 60 минути повредените сѐа до најблиската болничка институција. Ова е докажано и научно потврдено во медицината базирана на докази со повеќе студии кои се спроведени, независно една од друга.

Е сега се отвора прашањето дали со ова што го имаме како техника ние можеме да го „фатиме“ тој златен час. Дали неколкуте возила на скопската итна помош, главно амортизирани, може да одговорат на она што им е обврска, колку и како тие се екипирани и опремени, до каде сме со телемедицината... Во регионот, односно во некогашните ЈУ републики сѐа тоа веќе подолго време функционира во практика, а не како кај нас - некаква недефинирана „спрашежија на кабинети“ изгубена и во простор и во време.

Се разбира, до првиот ПР настан во кој ќе се сликаме со две или три нови возила.

Поинаку кажано, состојбата налага системско решение кое ќе функционира и ќе обезбедува континуитет. Особено во услови кога и противпожарните екипи кои се десна рака во масовните несреќи е во слична форма како и итната помош.



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

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 Реџеџи
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



ГОДИНИ

ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Македонија

СОБРАНИЕ НА ЛКМ

Усвоен извештајот за работата 2017-2018 година и дефинирани приоритетите за наредниот период

Лекарската комора на 15 февруари 2019 година во Скопје ја одржа IV седница на Собранието, со кворум од 48 делегати, на која беше усвоен Извештајот за работата на органите и телата на Комората за периодот јуни 2017 - декември 2018 година.

Членовите на Собранието ги верифицираа и мандатите на д-р Дритон Селмани и д-р Љубомир Стефановски, делегати од одборите на лекари Тетово 2 и Кисела Вода - приватни. На седницата беше формирана статутарна комисија која ќе го разгледува актуелниот Статут и врз основа на нејзината процена ќе се предложат измени и дополнувања на Статутот или подготовка на нов. Собранието го разреши претседателот на Централната изборна комисија д-р Александар Стојковски, поради неактивност, а на негово место го именува д-р Денил Петровски.

Претседателката на Лекарската комора на Македонија, доц. д-р Калина Гривчева-Старделова, во својот извештај потенцира дека во изминатиот период во остварувањето



Членовите на Собранието ги верифицираа и мандатите на д-р Дритон Селмани и д-р Љубомир Стефановски, делегати од одборите на лекари Тетово 2 и Кисела Вода - приватни

на функцијата на Лекарската комора активно беа вклучени сите нејзини органи и тела. Активностите беа насочени, пред се, кон донесување на новиот Закон за здравствена заштита и Законот за докторска дејност, изме-

ните и корекциите во системот “Мој термин” и во издавањето упати, измените во правото за дополнителна дејност за докторите, создавање на единствена мрежа на здравствени установи, единствен електронски картон, и електронската евиденција на податоците, проблемите со и околу специјализациите, кон подобрување на економскиот статус на докторите, реализирање на кампања за подигнување на достоинството на здравствените работници....Таа ги истакна и заложбите за промена во концептот на избор на лекар, односно потребата пациентите да избираат матична установа, за неопходноста за нов систем на специјализации, како и за голем број други актуелни прашања.

На седницата на Собранието на Комората беа донесени и Деловникот за работа на Комисијата за етички и правни прашања и Деловникот за работа на Комисијата за спортски активности



Актуелно



Во оваа функција, според д-р Гривчева-Старделова, беа и средбите и соработката со пратениците – доктори, членови на Комисијата за здравство на Собранието.

Претседателката на Комората ги истакна и реакциите на случаите на насилство врз докторите и јавната осуда на ваквите инциденти, најавувајќи дека се подготвува веб-апликација за пријавување насилство. Таа објасни дека во соработката со Министерството за здравство, а на иницијатива на Лекарската, Стоматолошката и Фармацевската комора, како и на Здружението на медицински сестри, техничари и акушерки е потпишана Декларацијата „Стоп на насилството во здравството“. Во средината на септември 2017 година Декларација „Стоп на насилството во здравството“, според д-р Гривчева-Старделова, потпишаа и членките на ЗЕВА, асоцијација во која се обединети 17 комори од земјите на Централна и Источна Европа.

Во овој период е потпишан и Меморандум за соработка меѓу Лекарската, Стоматолошката и Фармацевтската комора. Во соработката со ФЗОМ, активностите, според

Собранието го разреши претседателот на Централната изборна комисија д-р Александар Стојковски, поради неактивност, а на негово место го именува д-р Денил Петровски

претседателката на Комората, беа насочени кон преговори во врска со актуелни проблеми со кои се соочуваат докторите во работењето како и кон Анекс – договорите (6 месеци) за плаќање на здравствените услуги во ПЗЗ, гинекологија, специјалистичко консултативна здравствена заштита и лаборатории, а, како што нагласи таа, беше договорено да се стави мораториум на договорните казни во овој период, освен за случаите кога со повредата е сторено кривично дело.

Лекарската комора, како што рече д-р Гривчева-Старделова, оствари и неколку средби со претставници од тимот на Светска банка кои беа во функција на техничка асистенција за помош за зајакнување на здравствениот систем во земјава, вклучувајќи ја и примарната здравствена заштита.

Таа истакна дека е востановена посебна награда „Прим. д-р Димитар Ивановски“ за најдобрите студенти

на медицинските факултети во земјава. Во извештајот беа потенцирани и активностите и приоритетите на Комората за наредниот период.

На седницата на Собранието на Комората беа донесени и Деловникот за работа на Комисијата за етички и правни прашања и Деловникот за работа на Комисијата за спортски активности. Собранието ја прифати иницијативата планинарската секција да го носи името на д-р Ѓорѓи Петков, член на Извршниот одбор во претходниот состав кој како пасионир алпинист го загуби животот во една од експедициите на Хималаите.

Собранието го усвои Извештајот на Надзорниот одбор за материјално-финансиското работење на Лекарската комора за 2017 година и донесе одлуки за усвојување на Годишната пресметка на Лекарската комора за 2017 година, со извештај за финансиското работење, како и за усвојување на финансискиот план на Лекарската комора за 2018 година. На седницата беше донесена одлука за укинување на потсметките на општинските одбори на Комората.

Vox medici

Е-ЗДРАВСТВО

Иновациите и здравствените технологии во трансформацијата на примарното здравство

Електронското здравство е еден од најважните фактори кога станува збор за здравствена реформа. Имено, електронското здравство во чекор ги следи сите реформи кои се спроведуваат во здравството, но електронско здравство, исто така предизвикува реформи што здравствениот систем ги прифаќа и спроведува.

Националниот систем за електронска евиденција во здравството („Мој термин“), почнувајќи од 2013 година претставува интегриран систем во кој се создаваат и складираат податоци и информации од областа на здравството. Области на имплементација на системот се :

- здравствена заштита (примарно, секундарно и терциерно ниво)
- превентивна здравствена заштита
- јавно здравје

На Првиот Национален форум за здравство (13-14 февруари) во чиј фокус беше трансформацијата на примарната здравствена заштита, зборувавме за тоа дека Националниот систем „Мој термин“ претставува солидна основа за надградба со нови иновативни модули, кои треба да овозможат полесна и поефикасна трансформација на примарната здравствена заштита.

Модулите кои сега се дел од системот, а се во областа на примарната здравствена заштита, ги опфаќаат следните сегменти:



- избрани лекари: евиденција на преглед, издавање упати и рецепти, медицински дневник, увид во медицинска евиденција за пациентот, увид во резултати од спроведен скрининг, доставување на индивидуални евиденции за болести, фактори на ризик, алергии и интолеранции, пријава на несакани реакции од лек, мајчина книшка (гинеколог), состојба на заби (стоматолог);

- превентивна здравствена заштита: систем за имунизација, систематски прегледи за деца (предучилишна и училишна возраст), патронажна служба и скрининг програми за рано откривање на малигни заболувања.

Прашањето кое се поставува и на кое даваме одговор е како до реформи преку е-здравство?

Се фокусираме на неколку сегменти во кои може да се понудат соодветни информатички и комуникациски решенија:

1. Е-здравство – алатка за пациентите.
2. подобрување на квалитетот во работата на здравствени професионалци.
3. Подобрување на перформансите на здравствениот систем.

Системот за е-здравство во служба на пациентите. Националниот систем за електронско здравство треба да се надградува во насока да биде што повеќе прилагоден на потребите на граѓаните, односно да биде алатка која ќе понуди повеќе услуги и пристап за самите пациенти. Во овој поглед,



Актуелно

а земајќи ги предвид сите постојни модули кои се дел од Националниот систем, би можеле да се спроведат неколку решенија кои ќе го подобрат пристапот на пациентот до неговиот лекар и истовремено ќе му овозможат пристап до сопственото медицинско досие (Електронско закажување на преглед, Пристап до медицинското досие, Комуникација со својот лекар - „е-консултации“).

Системот за е-здравство во служба на професионалците. Електронското здравство, исто така, има важна улога во насока на подобрување на квалитетот на работата на здравствените работници, што подразбира подобрување на услугите

кои избраниот лекар им ги дава на пациентите. Од достапните алатки кои можат да се воведат за релативно краток временски период, ќе ги посочиме можностите за воведување на мерливи индикатори за работење на лекарот (тимот), што ќе овозможи воведување на соодветни стимулации за лекарите во зависност од нивните достигнувања. Преку модерни алатки за анализа на податоци и визуелизација, секој доктор (тим) ќе добие повратни информации за неговите достигнувања во споредба со лекарите од неговиот регион и област, како и со лекари од целата земја. Друга можност што значи подобрување на квалитетот на работата на лекарите е импле-

Новини во Националниот систем „Мој термин“

Процесот на изработка на последните промени во Националниот систем за електронски евиденции во здравството започнаа во август 2018 година како подготовка и измени на апликациското решение, како и изработката на веб сервисите за интеграција на здравствените установи на сите нивоа на здравствена заштита.

Со цел подобрување на здравствената евиденција и поедноставување на работата на здравствените работници, но пред се заради оптимизација на процесот на упатување на пациентите и побрз пат до услугата која им е потребна, се воведоа нови обрасци за упатување и извештаи од преглед. Управата за електронско здравство заедно со ФЗОМ во изминатиов период работеше на подготовка и на правната регулатива. Во август 2018 г. донесен е Правилник за измена на упатувањето. Бидејќи станува збор за голема техничка промена, во која покрај Националниот систем „Мој термин“, промени требаше да направат сите софтверски компании со кои работат установите, во изминативе шест месеци од донесувањето на Правилникот се вршеа сите подготовки, кои вклучуваа и низа презентации и состаноци со сите засегнати корисници од страна на здравствените установи, а беа организирани во соработка со ЛКМ и ФЗОМ. На 22 февруари во употреба е пуштена нова верзија на Националниот систем - „Мој термин“ 2.0 во која се вградени предвидените измени.

Најголемата и значајна новина која се воведува се двата нови типови на

упат, односно упатот што го нарекуваме **Итен 24** и кој е предвидено да се издава во случај кога лекарот кој врши преглед утврдува дека пациентот заради неговата состојба (животоzagрозувачка/итна состојба) неопходно е да биде прегледан од страна на специјалист/супспецијалист или да му биде извршена одредена дијагностичка процедура.

Вториот тип на упат се нарекува **Упат без термин** кој ќе се користи во случај кога пациентот има потреба од некој преглед поврзан со остварување на одредено право, а истиот е неопходно да се изврши во следните 7 дена. Овој тип на упат ќе се користи доколку во установата каде што се упатува пациентот не постои слободен термин во следните 7 дена за т.н. регуларен преглед.

Имено упатот без термин нема да се користи за прв преглед, туку за остварување на права и обврски на осигурениците од задолжително здравствено осигурување и тоа за:

- препорака за боледување,
- препорака за користење хронична терапија,
- препорака и издавање на ортопедски помагала,
- остварување на право на БПО,
- остварување на други права за кое е потребно мислење од специјалист/супспецијалист/ конзилиум на лекари,
- преглед / аплицирање на терапија која поради здравствената состојба мора да се изврши во рок од 24/48/72 часа.

Во делот на болничко работење промената се однесува на Отпусното

писмо кое задолжително ќе мора да се издава на денот на испишување на пациентот од болница, а најдоцна во рок од 24 часа. Доколку за пациентот се чека хистопатолошки наод се издава отпусно писмо со работна дијагноза, а по добивање на резултатите и отпусно писмо со конечна дијагноза.

Интерклиничкиот упат и Интерболничкиот упат се спојуваат во еден тип на упат и тоа **Упат за трансфер на хоспитализиран пациент**. Работиме на прашањето за воспоставување на систем за комуникација помеѓу установите, што би значело дека за секој пациент кој треба да биде префрлен на болничко лекување од една во друга установа ќе биде потребно трансферот да биде одобрен од страна на установата каде што ќе биде пренесен пациентот. Сегашните искуства и поплаките од пациентите и установите се дека заради не направена претходна консултација пациентите се доведуваат во ситуација да бидат трансферирани непотребно или дури да бидат вратени во местото од каде доаѓаат. Ова не се однесува на итните случаи, иако се работи и на таа тема, како да се подобри комуникацијата помеѓу итните служби и установите во кои се врши прием на ургентните пациенти.

Како нови обрасци се појавуваат и **Извештај од Итна медицинска помош** кој ќе го користи лекар од итна медицинска помош за запишување на податоците за пациентот за анамнеза и наод, дијагноза, аплицирана и препорачана терапија, како и упатства за понатамошно лекување. Извештајот

ментација на Систем за поддршка на одлуките кој врз основа на претходно поставени параметри ќе овозможи оптимизација на системот за упатување и издавање на рецепти. Комуникацијата помеѓу лекарите заради размена на искуства за пациентите како и комуникација со специјалисти и супспецијалисти може да се овозможи преку воведување на комуникациска платформа за таа намена.

Системот за е-здравство во служба на здравствениот систем. Националниот систем за електронска евиденција „Мој термин“ создаде национална база на податоци во областа на здравството. Оваа база на податоци треба да се користи

динамично и да биде основа за креирање на мерливи индикатори за следење на перформансите на целиот здравствен систем; да биде основа за креирање стратегии, предлагање мерки за подобрување на системот, како и основа за подготовка на национални студии за здравствениот статус на населението.

Жаклина Чагороска,
Советник во Управата за електронско здравство

од Итна медицинска помош лекарот ќе го предава во здравствена установа на лекарот кој прв ќе го прегледа пациентот во иднина.

Втор образец е **Извештај од домашно лекување** кој ќе го користи лекар од домашно лекување за запишување на податоците за пациентот за аплицирана терапија. Извештајот од домашно лекување лекарот ќе го предава на пациентот на последниот ден од укажаната услуга.

Како трет образец се појавува **Извештајот од дежурна служба** кој образец ќе го користи лекар од дежурна служба за запишување на податоците за пациентот за анамнеза и наод, дијагноза, аплицирана и препорачана терапија, како и упатства за натамошно лекување. Извештајот од дежурна служба пациентот го предава во здравствена установа на лекарот кој прв ќе го прегледа.

Како нов образец се воведува и **Извештај за рурален лекар** кој образец ќе го користи рурален лекар за запишување на податоците за пациентот за анамнеза и наод, дијагноза, аплицирана и препорачана терапија, издадено боледување, како и упатства за натамошно лекување. Извештајот од рурален лекар пациентот по потреба го предава на избраниот лекар.

За прв пат се воведува **Барање за обдукција** кое ќе се издава во случај кога пациентот егзистирал во установата, а службите кои вршат обдукција ќе издаваат **Наод од обдукција**.

Во системот се воведуваат и други новини, како што се:

- можноста да се прикачи резултат



од микробиологија и патологија како резултат на издаден упат (ова беше досега овозможено за лабораториските упати). Ова значи дека лекарот кој го издал упатот, во истиот момент кога установата која го прави испитувањето ќе прикачи резултат, тој ќе биде видлив за него. Пациентот нема да има потреба да оди два пати до установата;

- ги воведуваме и сите лекари кои не се во мрежата на здравствени установи (приватните) кои во системот ќе добијат корисничка сметка и обврска да ги пополнуваат сите евиденции кои сега се во електронска форма согласно закон (пријави за породување, пријави за болести и др.);

- изработен е модул за Пријава на смрт (извештај) која е предвидено да се пополнува електронски од страна на специјално обучени лица од здравствените установи;

- изработен е модулот за акушерска и гинеколошка историја која ќе ја пополнуваат установите од областа на гинекологијата и акушерството;

- се воведува модул за работа на

патронажната служба. Овој модул ќе овозможи евидентирање на прегледите кои ги извршила патронажната служба.

Идни планови за надградба на системот

Ќе наведат некои од новините кои ги разгледуваме и за кои правиме планови, а од кои еден дел произлегоа како резултат од потребите за трансформација на примарното здравство:

- воведување на систем за закажување на преглед кај матичен лекар;
- систем за оптимизација на упатувањето од страна на матичен лекар – т.н. „паметно упатување“;
- платформа за комуникација меѓу пациентите и нивните лекари како и меѓу самите лекари;
- пристап на пациентите до сопственото медицинско досие;
- воведување на целосно решение за електронски рецепт;
- воспоставување на Национален систем за телерадиологија.

Тема на бројот

ИСТРАЖУВАЊЕ

Медицинска миграција во Македонија - значење на проблемот

Апстракт

Вовед: Глобалната миграција на висококвалификувани работници, вклучително и лекари претставува сериозна закана за економскиот и социјалниот напредок во светот, особено во земјите во развој. Таканаречениот “brain drain”, одлив на мозоци, е значаен проблем во земјите од Западен Балкан, меѓу кои и Македонија. До моментот, покрај неофицијални информации, нема конкретни официјални податоци за обемот и тежината на проблемот на емиграцијата на лекари.

Цел: Целта на овој проект беше да се дефинира опсегот на проблемот на емиграција на лекари и да се идентификуваат причините за одлив и факторите на ретенција.

Материјал и методи: Проектот е заеднички проект на Американско-австриската фондација-Отворен Медицински институт (ААФ-ОМИ) и Лекарската комора на Македонија (ЛКМ). Истражувањето е дизајнирано како ретроспективна набљудувачка студија со која беа опфатени лекарите лиценцирани во периодот меѓу 1950 и 2018 година.

Компаративната анализа се изведуваше меѓу лиценцираните лекари кои аплицираше за „Сертификат за состојба во Регистарот на лекари“, понатаму во текстот „Сертификат“, со намера да се користи за привремено или постојано лиценцирање во други земји, и лиценцирани лекари кои не побарале ваков сертификат. Податоците беа собрани од Регистарот на ЛКМ и од електронската база на ААФ/ОМИ. Испитувани без индивидуални и групни обележја.

Статистичка анализа: беа користени тестови за дескриптивна и споредбена статистика, како и уни и мултиваријантна линеарна или логистичка регресивна анализа со цел за идентификација на независни предиктори на набљудуваните исходи. Значајноста ја дефиниравме на ниво од 0,05.

Резултати: Испитуваната кохорта ја сочинуваа 8.436 лиценцирани лекари. Медицинската емиграција регистрирана во периодот од 2010 до 2018 година (7,5 години), изнесува 9,7%, додека вкупната емиграција од целата испитувана популација изнесува 11,8%. Емиграциониот потенцијал во земјата за периодот 2010-2018 година изнесува 14,9%.

Профилот на македонскиот лекар - емигрант е: лекар од машки пол (OR 1,3), на просечна возраст од 39,7 години, односно лекар од возрастната група ≤40 години (OR 2,5), невработен (OR 5,1), без специјализација (OR 2,1), поретко тоа е машки лекар од Скопје (OR 0,9), и лекар кој има професионално напредување (OR 0,4).

Земјите реципиенти се различни за лекарите од групата <40 години: Германија, Словенија, Северозападна Европа (Норвешка, Шведска, Финска, Данска) и помал број во Швајцарија, додека за лекарите на возраст >40 години: Германија, Блискиот Исток и Словенија. Младите лекари без специјализација избираат земји-членки на ЕУ за долгорочна емиграција, додека постарите лекари (> 40) и специјалистите, покрај земјите-членки на ЕУ (Германија, Словенија и Хрватска) се ориентирани кон земјите од Блискиот Исток како привремени емигранти.

Главните фактори за одлив се: машкиот пол, помладата возраст, невработеноста, отсуството на напредување во кариерата. Дополнителен фактор кој ја промовира медицинската емиграција, се т.н. “pull factors” во земјите реципиенти. Имено, специјалностите од типот на анестезиологија, интерна медицина, физикална терапија и рехабилитација, се во „голема побарувачка“ во одредени земји и служат како фактори на привлекување во истите.

Како фактори на ретенција беа идентификувани: рано вработување, соодветно вреднување на трудот, вклучува-

ње во програмите за едукација и обука кои го олеснуваат професионалното и академско напредување. Истовремено, женскиот пол, возрастна група > 40 години, раното вработување и можноста на професионален и академски развој се силни фактори на ретенција.

Заклучок: Македонија се соочува со сериозен проблем на лекарска емиграција. Вкупниот број на лиценцирани емигрирани лекари е 11,8%, од кои 9,7% се во последните 7,5 години, со растечки тренд. Фактори кои ја промовираат емиграцијата се невработеноста, немањето пристап до рана и квалитетна доедукација и обука и специјализација и финансискиот момент. Спротивно, фактори на ретенција се рано вработување, подобрување на образовниот и тренинг систем на лекарите што ќе им овозможи рана инклузија во медицинската заедница и финансиска самостојност.

Клучни зборови: доктори, специјалисти, медицинска миграција, фактори на одлив, фактори на ретенција.

ВОВЕД

Глобалната миграција на висококвалификувани работници претставува сериозна закана за економскиот и социјалниот напредок во светот, особено, во земјите во развој. Податоците од Светската банка покажуваат (Јан Муш, централно европски финансиски набљудувач, <https://financialobserver.eu/cse-and-cis/macedonia/macedonia-is-losing-people-due-to-brain-drain/>) дека во периодот 1997-2005 година околу 29 проценти високо образовани лица ја напуштиле Македонија, што е највисок процент во Југоисточна Европа. Во структурата доминираат ИТ специјалисти, инженери и медицински професионалци, кои бараат подобар стандард на живеење, повисоки плати или пристап до напредни технологии.⁽¹⁾ Согласно индикаторот за “brain drain”

на Светскиот економски форум Македонија е меѓу првите десет земји со најголем интензитет на емиграција во периодот 2009-2013 година, кој тренд продолжува. Одливот на мозоци е посочен како клучен проблем за македонската економија уште од почетокот на деведесеттите години.⁽²⁾ Она што, според Хорват (2004), го прави проблемот уште позначаен е фактот на отсуство на свест дека постои проблем.⁽³⁾ Факторите на одлив (“push factors”), дополнети со фактори на привлекување “pull factors” од земјите реципиенти, главно се слични на глобално ниво: ниски можности за исполнување на професионални и лични амбиции, надомест за работа кој не одговара на нивото на квалификација, отсуство на работа според квалификација или недоволна вработеност, ограничени можности за истражување, политички, економски, медицински или климатски услови, (како “push factors”) и од друга страна: престижни образовни или академски институции, подобри можности за кариера, финансиска безбедност, услови на живот како “pull factors” од земјите реципиенти.

Тенденцијата на Европската Унија да го олесни влезот, да го легализира статусот и да обезбеди повеќе поволности за висококвалификуваните работници и потенцијалните студенти, а не за постарите, помалку квалификувани работници претставува силен “pull factor”.^(4, 5)

Медицински одлив на мозоци (medical brain drain)

Тековите на македонските лекари доскоро не беа добро дефинирани и проблемот беше игнориран од официјалните власти, што пак креираше простор за многу шпекулации. Овој проект претставува прва посериозна сеопфатна анализа на проблемот на емиграција на лекари во Македонија, преку поставување на истражувачкото прашање:

Колку е изразена емиграцијата на лекари, кои се факторите на одлив, односно факторите на ретенција на лекарите во нашата земја.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ

Проектот е заеднички проект на Американско-австриската фондација-Отворен медицински институт (ААФ-

ОМИ) и Лекарската комора на Македонија (ЛКМ). Истражувањето е дизајнирано како ретроспективна набљудувачка студија со која беа опфатени лекарите лиценцирани во периодот меѓу 1950 и 2018 година.

Компаративната анализа се изведува меѓу лиценцираните лекари кои аплицираше за „Сертификат за состојба во Регистарот на лекари“, натаму во текстот „Сертификат“, со намера да се користи за привремено или постојано лиценцирање во други земји, и лиценцирани лекари кои не побарале ваков сертификат.

Метод: податоците беа собрани од Регистарот на ЛКМ и од електронската база на ААФ/ОМИ. Испитувани без индивидуални обележја: возраст, пол, место на раѓање/живеење, место на вработување, работен статус, категорија на лекар (дипломиран лекар, специјализант или специјалист), вид на специјализација, член на ААФ-ОМИ, возраст за време на првата пријава за „сертификат“, привремена или трајна емиграција, земја на дестинација, како и групни обележја: број на лиценцирани лекари, издадени сертификати, лекари кои емигрирале, на годишно ниво, опишани по пол, возраст, работен статус, специјалност, степен на образование, привремена или трајна емиграција, и по земја на дестинација.

Споредбената анализа беше правена меѓу:

- Група А: лиценцирани лекари кои аплицираше за „Сертификат за состојба во регистарот“, со намера да го користат за привремено или постојано лиценцирање во други земји, и

- Група Б: лиценцирани лекари кои не аплицираше за „Сертификат за состојба во регистарот“, што значи оние кои немаат намера да ја напуштат земјата.

Етички аспекти: сите лекари од електронската база на податоци на ААФ-ОМИ имаат дадено согласност за користење на нивните лични податоци за потребите на епидемиолошка работа и промоција. Податоците од Регистарот на ЛКМ беа добиени врз основа на барање за пристап до информации од јавен карактер, со јасна декларација на целта на истражувањето.

Статистичка анализа: беше користен SPSS статистичкиот пакет.

Дескриптивните податоци без презентирани како вкупни броеви, проценти, средни вредности и средни отстапувања. За споредбената анализа користевме параметарски тестови за континуирани обележја (t-тест), Chi square тест за категорики обележја, непараметарски тестови, odds ratio со 95% интервал на доверба. Униваријантна и мултиваријантна линеарна и / или бинарна логистичка регресиона анализа беше користена во цел на идентификација на независни предиктори на набљудуваните исходи. Значајноста ја дефиниравме на ниво од 0,05.

РЕЗУЛТАТИ

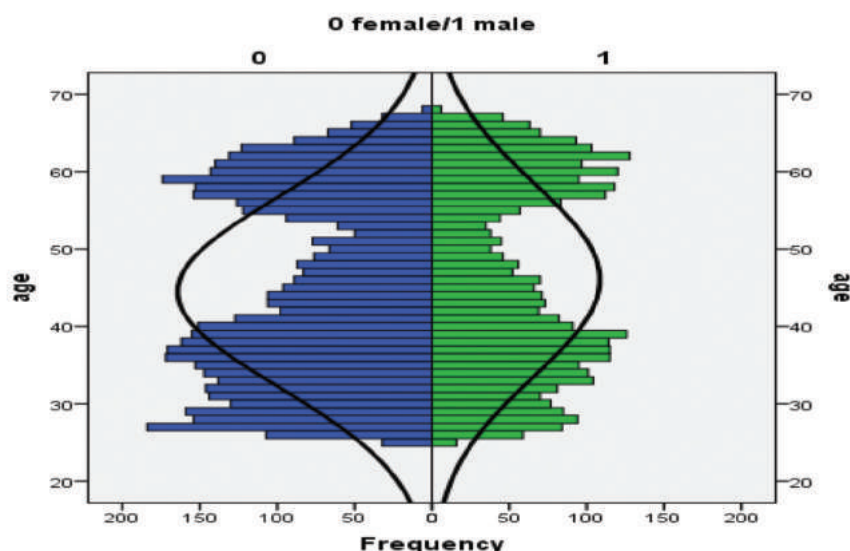
Испитуваната кохорта ја сочинуваа 8436 лиценцирани лекари во периодот 1950 - 1 јули 2018 година (работоспособна популација во моментот на анализата). Предоминираат жени лекари 59,7 версуз 40,3% ($p=0,000$), на средна возраст од 45 ± 12 години, и тоа мажите значајно постари ($p=0,000$). Доколку ја погледнеме популационата пирамида, забележлив е гапот на лекари во возрастната група од петтата декада, најработоспособни и најквалификувани специјалисти. (Графикон 1).

Емиграциониот потенцијал (потенцијални емигранти) на лекарите е дефиниран со бројот на издадени „Сертификати“, кој за периодот од 2006 година до точката на пресек 1ви јули 2018 година има растечки тренд (Графикон 2), изнесува дури 14,9% (1338 сертификати).

Средната возраст на лекарите кои побаруваат сертификати е $36,1\pm 9,6$ години, односно дури 75,2% се на возраст под 40 години. (Графикон 3)

Анализата покажа дека некои лекари имаат по повеќе од еден сертификат, како и лекари кои се во земјата, а имаат вакви сертификати. По издвојувањето на истите се доби сликата на реалната емиграција на лекари регистрирана во периодот од 2010 до 2018 година (7,5 години). Вкупната емиграција на лекари од целата кохорта изнесува 993 (11,8%), од кои дури 9,7% (814) се реализирани во периодот 2010-2018 година. Ова значи дека во просек 100 лекари ја напуштаат земјата годишно, во текот на последните 7,5 години. Доколку истите ги ставиме во релација

Тема на бројот



Графикон 1. Популациона пирамида на испитаниците според пол и возраст

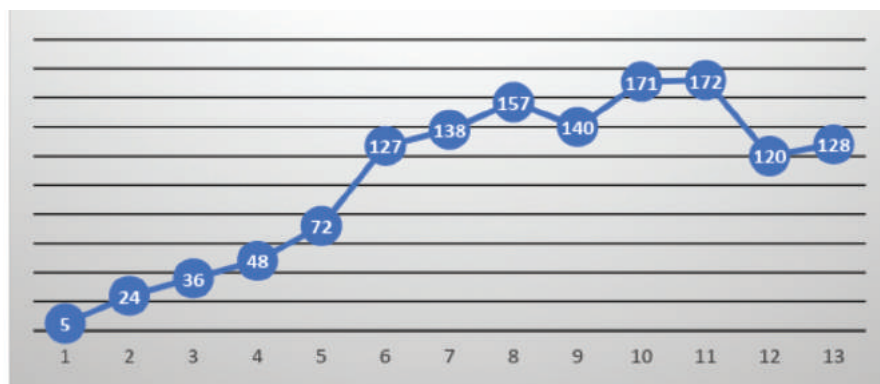
Обележје	Вкупно Бр (%)	Жени Бр (%)	Мажи Бр (%)	Sig
Возраст (mean±SD)	45,1±12,4	44,5±12,2	46,0±12,5	0,000
Пол	8436 (100%)	5033 (59,7%)	3403 (40,3%)	0,000
Општ лекар	4164 (49,4%)	2608 (30,9%)	1556 (18,4%)	0,000
Специјалист	4274 (50,6%)	2425 (28,7%)	1847 (21,9%)	

Табела 1. Дистрибуција на лекарите според пол, возраст и специјалистички статус

со бројот на де-ново лиценцирани лекари на годишно ниво во истиот период се добиваат резултати кои повикуваат на сериозно размислување, прикажувајќи состојба која посочува дека 50-60% од годишниот број на дипломирани и лиценцирани лекари има тенденција за емиграција (Графикон 4).

Како значајни униваријантни фактори на одлив “push factors” се издвоија: машкиот пол (OR 1,3; $p=0,000$), помладата возраст ($\beta -1,59$; $p=0,000$), возрасната група <30 ; 31-40; ≤ 40 годи-

ни (OR 3,1; 4,7 и 2,5 последовно; $p=0,000$), невработеност (OR 7,9; $p=0,000$), лекар без специјализација (OR 2,3; $p=0,000$), изостанување на движење во кариерата (OR 2,6; $p=0,000$), и кај специјалистите одредени специјалности: анестезиолог (OR 2,0; $p=0,005$), физијатар (OR 1,4; $p=0,000$), интернист (OR 1,4; $p=0,052$). Спротивно како фактори на ретенција се издвоија: лекар од машки пол од Скопје (OR 0,9; $p=0,051$) и движење во кариерата (OR 0,4; $p=0,000$). Во мулти-



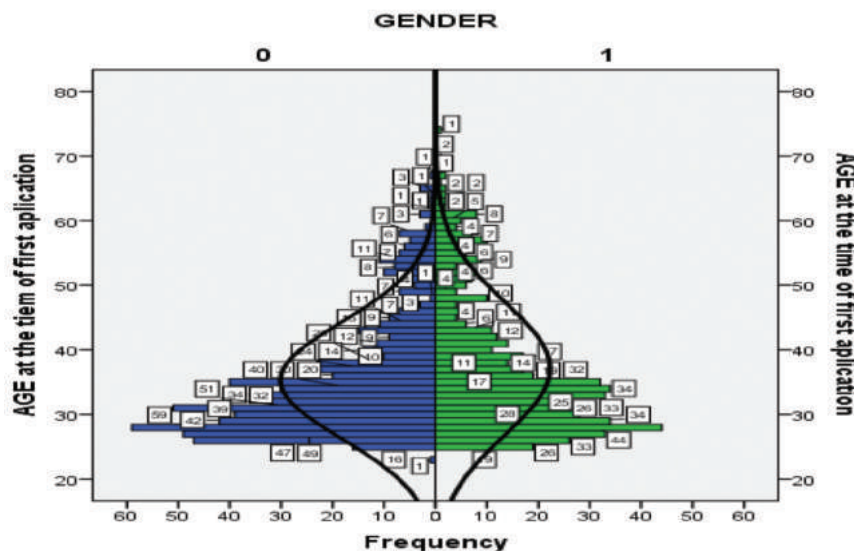
Графикон 2. Дистрибуција на издадени сертификати на годишно ниво (од 2006 до 1 јули 2018 г.)

варијантна анализа како независни “push factors” се издвоија:

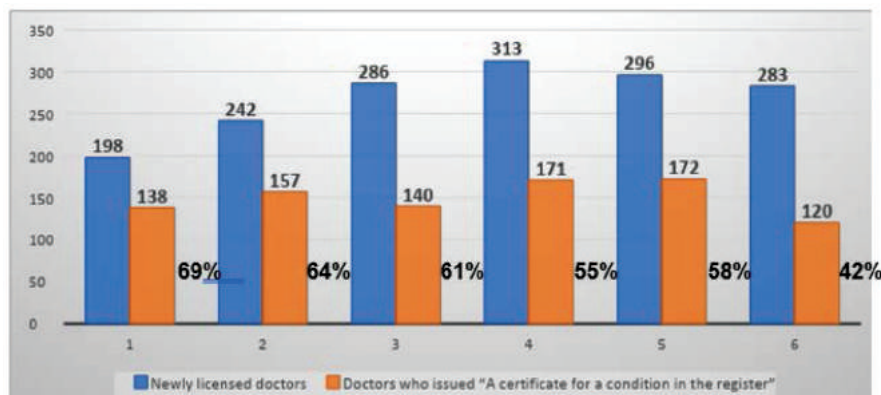
Профилот на македонскиот лекар - емигрант е: лекар од машки пол, на просечна возраст од 39,7 години, односно лекар од возрасната група ≤ 40 години, невработен, неспецијалист, односно доколку е вработен без напредување во кариерата. Земјите реципиенти се различни за лекарите од групата <40 години: Германија, Словенија, Северозападна Европа (Норвешка, Шведска, Финска, Данска) и помал број во Швајцарија, додека за лекарите на возраст >40 години, како земји реципиенти се јавуваат: Германија, Блискиот Исток и Словенија. Младите лекари без специјализација избираат земји-членки на ЕУ, за долгорочна емиграција, додека постарите лекари (> 40) и специјалистите, покрај земјите-членки на ЕУ (Германија, Словенија и Хрватска) се ориентирани кон земјите од Блискиот Исток, но како привремени емигранти (Графикон 5).

Фактори кои ја промовираат емиграцијата на лекари т.н. “pull factors” од страна на земјите реципиенти се покрај подобрите услови и можности за напредување, недостатокот на кадар во сопствената земја, кој го надополнуваат со активно привлекување на веќе едуциран кадар кој потоа се инкорпорира во тренинг системите на земјата реципиент. Типичен е примерот со Германија која има мошне активна програма на привлекување. Уште еден значаен момент важен за емиграцијата, особено за привремените емигранти е “побарувачката на пазарот”. Имено, специјалностите од типот на анестезиологија, интерна медицина, физикална терапија и рехабилитација, се во „голема побарувачка“ во одредени земји реципиенти, и служат како фактори на привлекување кон истите.

Фактори кои може да го превенираат одливот на лекари од земјава се: рано вработување, соодветно вреднување на трудот, вклучување во програмите за едукација и обука кои го олеснуваат професионалниот и академскиот развој, но и општо подобрување на социоекономскиот статус на населението во земјата. Уште една можност која може да ја преземеме од позитивните примери е т.н. “brain circulation” или “triangulation”, кадрите кои се докажале во



Графикон 3. Популациона пирамида на лекарите со емиграциски потенцијал дистрибуирани според пол и возраст



Графикон 4. Споредбен приказ на бројот на одново лиценцирани лекари и бројот на издадени "сертификати" на годишно ниво

Обележје	B	Sig.	Exp(B)
Пол (машки)	,243	0.001	1.275
Возрасна група		0.000	
• 41-50 години	-,437	0.003	,646
• 31-40 години	1,126	0.000	3.082
• <30 години	1,022	0.000	2.778
Прогрес во кариера (не)	,551	0.001	1.735
	2,460	0.000	11.708
Вработување (не)			

земјите реципиенти да се повикуваат на активна соработка и едукација на кадри во домицилната држава-Македонија.

Забелешка: Извештајот од овој проект е во изработка и наскоро ќе биде јавно достапен.

Признание: Ова е заеднички проект на Лекарската комора на Македонија и Американско-австриската фондација-Отворен медицински институт, со главни истражувачи доц. д-р Калина Старделова-Гривчева, претседател на ЛКМ и проф. д-р Марија Вавлукис, национален координатор на ААФ-ОМИ за Македонија, а истражувач на проектот е Лорета Зулус – Мрежен координатор на ААФ-ОМИ.

Овој извештај претставува извадок од Извештајот за овој проект. Од резултатите од овој проект ќе произлезе и магистерска теза: "Human capital flight: medical doctors as ideal profession for brain drain", пријавена на Danube University Krems Centre for Management in Health Care, во Виена, Австрија.

ЗАКЛУЧОК

Македонија се соочува со сериозен проблем на лекарска емиграција, кој е споредлив со регионот. Вкупниот број емигрирани лекари е приближно 12% од лиценцираните лекари во земјата во испитуваниот период, со се уште присутен растечки тренд. Најпожелни дестинациски земји се: Германија, Словенија, Блискиот Исток, Северозападна Европа и Швајцарија. Најзначајни фактори кои ја промовираат емиграцијата се невработеноста, немањето пристап до рана и квалитетна доедукација и обука и специјализација и финансискиот момент.

Мерките кои може да се промовираат во силни фактори на ретенција се подобрување на образовниот и тренинг систем на лекарите, што ќе им овозможи рана инклузија во професионалната медицинска заедница и финансиска самостојност. Не помалку важен фактор е подобрување на социо-економскиот статус на граѓаните воопшто.

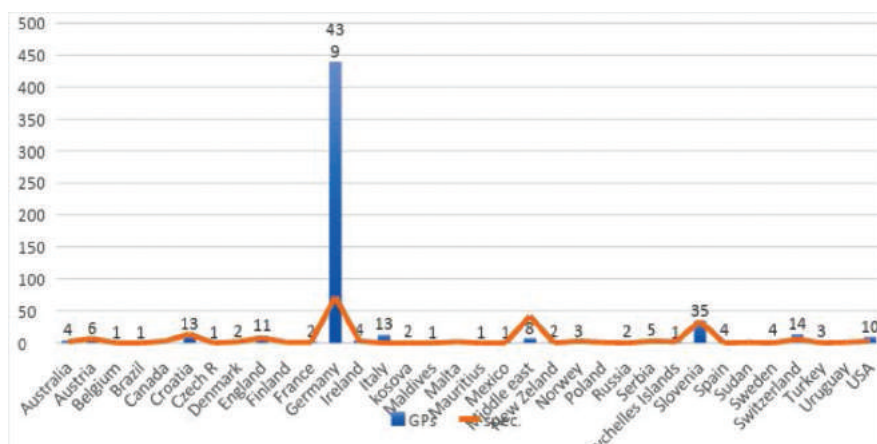
М. Вавлукис¹, К. Гривчева - Старделова², Х. Костов³

¹Универзитетска клиника за кардиологија, Медицински факултет – Скопје, УКИМ

²Лекарска комора на Македонија

³Градска општа болница „8 Септември“ - Скопје

Тема на бројот



Графикон 5. Дистрибуција на земјите реципиенти за неспецијалистите (барови со сина боја), и за специјалистите (линија со портокалова боја)

БИБЛИОГРАФИЈА

1. Mus J. (2017) "Macedonia is losing people due to brain drain" Central European Financial Observer.eu
<https://financialobserver.eu/cse-and->

[cis/macedonia/macedonia-is-losing-people-due-to-brain-drain/](https://financialobserver.eu/cse-and-cis/macedonia/macedonia-is-losing-people-due-to-brain-drain/) (Accessed 24.07.2018)

2. Kostovska I. (2016), 'Eurostat Data Reveal Scale of Macedonian Exodus' BalkanInsight

<https://balkaninsight.com/2016/02/01/eurostat-data-reveal-exodus-of-macedonians-01-29-2016/>

(Accessed on 21 October 2018)

3. Vedran H. (2004), 'Brain Drain. Threat to Successful Transition in South East Europe?', Southeast European Politics, Vol.V (1), p 76-93

<https://documents.com/s-brain-drain-threat-to-successful-transition-in-south-east-europe.pdf>

4. Dinkovski V, Markovska-Simoska S. (2005), 'Brain drain as a function of sustainable development in the Republic of Macedonia', World Bank, Development Prospects Group, Migration and Remittances Factbook

5. Siyam A, Roberto M, editors (2014), 'MIGRATION OF HEALTH WORKERS. WHO CODE OF PRACTICE AND THE GLOBAL ECONOMIC CRISIS' World Health Organisation; www.who.int (Accessed on 20 September 2018)



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk



Спреј за нос, суспензија

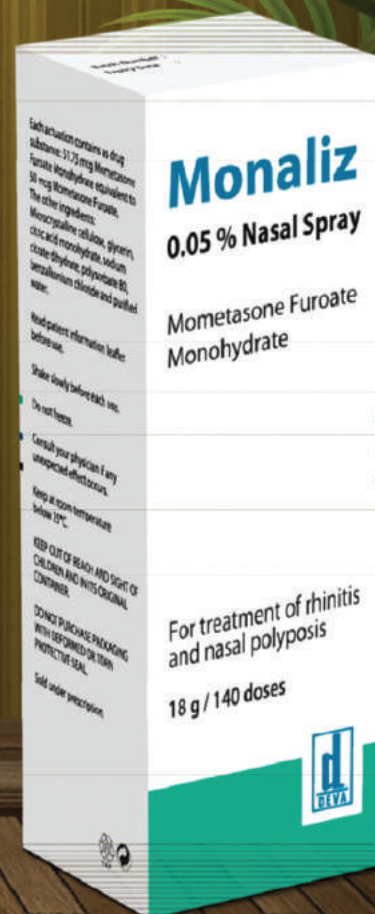
Monaliz^{0,05%}

Mometasone Furoate Monohydrate

Индииран при:

- ✓ *симптоматски третман при сезонски алергиски ринитис (поленска треска, предизвикан од алергија на полен, трева и дрва)*
- ✓ *симптоматски третман при целогодишен алергиски ринитис (алергија на животни, куќна прашина, грињи и квасници)*
- ✓ *симптоматски третман на назални полипи (мали израстоци во носот) кај лица на возраст од 18 години и постари*

За комплетни информации прочитајте го внатрешното упатство.



НАЈАВА ОД МИНИСТЕРСТВОТО ЗА ЗДРАВСТВО

Болнички гинеколзи и семјени лекари ќе бидат и матични гинеколози

Го унапредуваме здравјето на секоја жена и за таа цел е креиран план за зголемување на достапноста на гинекологите во државата. Тоа е една од клучните мерки за намалување на мајчината и новороденчката смртност.

Како Министерство креиравме план за:

- минимален пакет за сексуално и репродуктивно здравје, што ќе може да го даваат матични лекари - специјалисти по семејна медицина;
- од секундарно ниво специјалистите гинеколози ќе можат да даваат здравствени услуги како матични лекари во здравствените региони каде што нема гинеколог. Станува збор за 4 здравствени региони: Македонски Брод, Демир Хисар, Крушево и Пробиштип, кадешто опфаќаа над 16 илјади жени кои во моментот имаат потешкотии во пристапот до гинеколог;
- во здравствените региони каде што

има гинеколози, но не доволно, што значи дека еден гинеколог има во просек над 4000 жени во репродуктивен период, ќе се овластат гинеколози од секундарно ниво да работат како матични гинеколози. Приоритетно ќе бидат опфатени 5 здравствени региони: Гостивар, Тетово, Прилеп, Куманово, Струмица.

- ќе се активираат мобилни гинеколошки амбулатни за руралните средини, за да се зголеми опфатот на жени за ран скрининг од малигни заболувања.

Ова е одговорот што го добивме од Министерството за здравство побараните дополнителни информации за најавата дека болнички гинеколози ќе работат како матични, посебно во средината каде што нема доктори од оваа специјалност.

На оваа реагираа матичните гинеколози. Претседател на здружението на приватни матични гинеколози, д-р Душко

Филиповски, кој долги години е во оваа област, смета дека со овој проект не се решава проблемот во примарната гинекологија.

„Достапноста на жените до гинеколошки услуги технички ќе ја зголеми, меѓутоа она што ние како административна бројка ќе го регистрираме, не значи дека сме го решиле проблемот со примарната гинекологија. Примарната гинекологија не е само број на лекари, туку е стручност и квалитет на работењето. Се плашам да не се става квантитетот односно бројката на гинеколози пред квалитетот на давањето услуги?“ – вели во изјавите за медиумите д-р Филиповски.

Според него, и во минатото имало обид лекари од секундарното и терциерното здравство да вршат породувања во внатрешноста на земјава каде што нема гинеколози, но тој проект не заживеа. Тој се сомнева и дали семејните

Доделена благодарница на ЈЗУ Здравствен дом-Скопје, Итна медицинска помош

На 12.03.2019 година во просториите на ЈЗУ Здравствен дом Скопје - Итна медицинска помош, Комората им додели благодарница на вработените кои покажаа пожртвуваност и посветеност во згрижувањето на повредените во автобуската несреќа на 13 февруари 2019 година.

Благодарницата ја додели претседателката на Лекарската комора на Македонија, доц.д-р Калина Гривчева Старделова, а во име на вработените ја примија д-р Злате Мехмедовиќ и г-дин Бесим Кока, директори на ЈЗУ Здравствен дом - Скопје. На доделувањето беа присутни и дел од докторите од итната медицинска помош кои први пристигнале и активно биле вклучени во укажувањето на првата помош на местото на несреќата.

Доц. д-р Калина Гривчева Старделова искажа голема благодарност до сите свои колеги за несебичната заложба и посветеност во укажувањето на првата помош на повредените на местото на несреќата на автопатот Скопје Тетово кај селото Ласкарци. Екипите на итната медицинска помош веднаш по информацијата за случената стравична несреќа на патниот правец Скопје – Тетово, во близина на селото

Ласкарци, интервенираа на терен со повеќе специјализирани возила и помагаа во извлекувањето на настраданите патници во автобусот.

Д-р Злате Мехмедовиќ и г-дин Бесим Кока се заблагодарија во името на вработените за укажаното внимание, искатнувајќи дека благодарницата многу им значи, особено дека доаѓа како потврда за нивната посветеност во работењето.

Е. Георгиевска



лекари имаат услови за работа и сервисирање на новите обврски. „Прашање е колку колегите од семејна медицина се оспособени стручно за вршење на оваа работа, бидејќи во примарната гинекологија во нашите ординации ние некогаш се среќаваме со многу сериозни проблеми, коишто не трпат импровизација или препоставки“, објаснува д-р Филиповски.

Според Министерството, „за ова решение претходно била консултирана фелата. Овие консултативни процеси траеја неколку месеци со поддршка на Светската здравствена организација и Светската банка, во која беа консултирани поширок круг на чинители во здравствениот сектор. Исто така, препораки дојдоа и од локални стручни и граѓански здруженија.

„Во нашата држава има специјализација и доедукација по семејна медицина од 2010 година и нивниот број е околу 400 специјалисти по семејна медицина, кои во здравствениот систем моментално не се препознаени. И токму за тоа се залагаме. Тие да бидат препознаени по толку години. Во нивната специјализација стекнуваат компетенции за давање здравствени услуги по репродуктивно здравје.

Компетенциите предвидени со специјализациите по семејна медицина, поврзани со репродуктивното здравје, како советување за семејно планирање, контрацепција, сексуално преносливи инфекции, тестирање за бременост. Во периодот што следува ќе треба да се признаат компетенциите за специјалистите по семејна медицина, со цел да се забрза и подобри примарната здравствена заштита“.

Vox medici

СПОРЕД БЛУМБЕРГ ИНДЕКСОТ ЗА ЗДРАВЈЕ

Македонија меѓу последните во регионот

Македонија е најлошо позиционирана од сите земји на порнешна Југославија, најздрави се жителите на Шпанија, а следуваат Италија, Исланд, Јапонија и Швајцарија

Според резултатите од истражувањето по индексот на Блумберг на најздрави нации, првото место го зазема Шпанија, а Македонија се наоѓа на 56 место од 169 земји. Италија е на второто место, Исланд на третото, Јапонија на четвртото, а Швајцарија на петото место.

Од поранешните југословенски републики најздрави се Словенците на 24 место, следува Хрватска на 31 место, Црна Гора на 41 место, БиХ е позиционирана на 42 место, а Србија на 55 место.

Блумберговиот индекс ги оценува нациите според траењето на животни-

от век, дебелината, употребата на тутун, еколошките фактори, како што е пристапот до чиста вода и санитарните услови.

Според прогнозите на Институтот за мерење и процена на здравјето од универзитетот Вашингтон, жителите на Шпанија до 2040 година ќе имаат најдолг животен век, ќе живеат во просек околу 86 години, а следуваат Јапонија, Сингапур и Швајцарија.

„Новости“

ОДЛУКА НА ВЛАДАТА

Новиот клинички центар ќе се гради во Горче Петров

На владината седница во почетокот на февруари годинава, помина одлуката за избор на новата локација за изградба на долго најавуваниот нов клинички центар. Локацијата ќе биде во Општина Горче Петров, изјави министерот за здравство, Венко Филипче. Тој посочи дека била изготвена соодветна методологија од страна на работната група во Министерството за здравство, а ја сочинуваат експерти од министерствата за транспорт и врски и за животна средина и просторно планирање, агенциите за просторно планирање и за катастар.

– Се бодуваат трите локации во Карпош, Горче Петров и Петровец кои стигнаа како предлози до Министерството за здравство. Овој тим експерти работи методологија, ги бодуваа и со соодветни коефициенти ги мереше овие карактеристики, а има бројни карактеристики на земјиштето и се донесе заклучок дека е идеална локацијата во Горче Петров прво заради положбата, потоа заради тоа што најбрзо можеше да се изготват сите потребни проектни документи и заради тоа што најмалку чини, практично целото земјиште е државно, рече Филипче. Тој додаде дека со моделот за приватни јавни партнерства сакаат да ги искористат и постојните капацитети на приватните болници во смисла на заедничко менаџирање, за да обезбедат што подобри услови за лекување на пациентите. Според Филипче, изградбата на новиот клинички центар ќе чини меѓу 430 и 480 милиони евра, се бара начин на кредитирање. Одредени странски специјализирани компании веќе покажуваат интерес, вели Министерот Филипче, кој рече дека за изградба на клиничкиот центар имаат веќе изготвено физибилити студија и дека заедно со Министерството за финансии и со странски банки ќе бараат начин за кредитирање. „Искрено верувам дека до крајот на годината ќе почнеме со изградбата“, вели Филипче, а според некои процени реализацијата на проектот ќе трае најмалку 4-5 години.

Владата ја донесе одлуката за локацијата за новиот клинички центар. Претходно за овој капитален објект за македонското здравство го селеа на неколку локации, од кругот на Државна болница, преку Злоукани, Бардовци, а афинитети за ваков објект на својата територија покажала и Општина Петровец.

Vox medici

Разговор

ДОЦ. Д-Р АНА УГРИНСКА, ДИРЕКТОР НА УИ ЗА ПОЗИТРОНСКО ЕМИСИОНА ТОМОГРАФИЈА

ПЕТ дијагностиката е современ метод кој и кај нас станува дел од секојдневната клиничка практика

Пред околу половина година Универзитетскиот институт за позитронско емисиона томографија (ПЕТ Институт) што го водите почна континуирано да функционира. Какви се Вашите искуства во изминатиов период и дали кадровските и техничките потреби на ова единствена институција се покриени со оглед дека станува збор за софистицирана и современа опрема која налага специфичности како во однос на едукацијата, така и во секојдневното работење?

ПЕТ Институтот има започнато со работа пред околу две години, меѓутоа континуирана работа со пациенти и секогаш достапно ПЕТ/КТ скенирање успеавме да обезбедиме од пред малку повеќе од половина година.

Скенирањата се изведуваат со ПЕТ/КТ скенер кој во моментот е најсовремен и со најдобри можности во Македонија и во регионот. Радиофармацевтиците неопходни за скенирањето се подготвуваат во лабораториите на Институтот, при што радиоизотопите кои се циклотронски продукти исто така се добиваат од циклотронот со кој е опремен Институтот.

На нашиот Институт зад еден ПЕТ/КТ скен стои мултидисциплинарен тим составен од специјалисти по нуклеарна медицина, специјалисти по радиологија, радиолошки технолози, сестри, фармацевти, физичари, инженери, хемичари. Сите вработени од различни профили веќе имаат завршено обука во реномирани светски универзитетски центри за позитронско емисиона томографија и посветено и стручно ја извршуваат својата работа. Веќе се стекнавме и со завидно сопствени искуства. Во последниве 6-7 месеци на Институтот се реализирани повеќе од 1.000 скенирања, што претставува една сериозна бројка. Се разбира во медицината континуираната едукација е неопходност, па затоа планирани се стручни престои и усовршувања на вработените и во наредниот период.

ПЕТ центарот пред неколку години беше најавуван како единствен ваков капацитет од Атина до Виена со кој тогашната Влада ја најавуваше медицината на 21 век во земјата. Дали е така и за што, за каква апаратура, поконкретно станува збор?

ПЕТ дијагностиката е современ метод кој е дел од секојдневната клиничка практика во западните земји, особено во онкологијата во последните 20 години. За жал, во нашата земја пристигнува со задоцнување. Неможноста



Тимскиот пристап е единствен кој може да овозможи оптимално справување со малигните болести. Докторите кои работат во ПЕТ Институтот се секогаш подготвени за комуникација со докторот кој го упатил пациентот или со колегите од другите дијагностички области. Верувајте дека комуникацијата е многу важна за решавање на комплексните случаи

нашите пациенти да направат ПЕТ/КТ скен, и покрај огромната инвестиција во изградбата на ПЕТ Институтот, за мене беше неприфатливо и причина да се нафатам да го водам овој Институт. Апсолутно сметам дека ПЕТ дијагностиката е неопходна за нашите пациенти.

Првите чекори за воведување на позитронско емисионата томографија во Македонија започнаа како проект на Институтот за патофизиологија и нуклеарна медицина заедно со Меѓународната агенција за атомска енергија пред повеќе од десетина години. Далечната 2007 година јас бев еден од првите специјалисти по нуклеарна медицина испратен на обука за позитронско емисиона томографија. Подоцна проектот го презеде Владата, при што честопати потоа изградбата на ПЕТ Институтот се користеше за дневно политички маркетинг. Оттука, приказната за единствен ваков центар од Атина до Виена кој ќе носи големи приходи во јавното здравство како центар кој ќе продава радиоизотопи во регионот. Можеби оваа изјава би била точна пред 10 години, но не и сега. ПЕТ центри со циклотронски постројки денес има во

Загреб, Софија, во моментот се гради циклотрон во Солун, Белград планира сличен центар на нашиот. Можноста за продажба на радиофармацевтици треба да биде разгледана во рамки на една сериозна физибилити студија, што беше најавено од Министерството за здравство, за да се изнајде сериозен бизнис модел за вакво нешто доколу има услови за тоа на пазарот. Досега такво нешто не било направено.

Од друга страна, пак, опременоста со циклотрон и лаборатории за подготовка на радиофармацевтиците е голема предност со оглед на тоа дека радиоизотопите со кои се обележуваат радиофармацевтиците се со кус полуживот и нивното набавување од странство би било многу скапо. Можеби грешам, но сметам дека јавното здравство во Македонија не би можело да ја обезбеди оваа услуга за нашите пациенти доколку би требало да се купуваат радиофармацевтиците од странство. Денес токму благодарение на ваквата опременост успеваме да ги покриеме потребите на пациентите од нашата земја на кои им е потребна ваква дијагностичка процедура.

Имајќи предвид дека ПЕТ скенот влегува во групата на дијагностички процедури од областа на нуклеарната медицина, би ни појасниле ли за каков дијагностички метод станува збор и какви се неговите карактеристики?

Токму така, позитронско емисионата томографија е дел од нуклеарната медицина и претставува функционален дијагностички метод за разлика од анатомско - морфолошките модалитети како КТ или МР кои се дел од радиодијагностиката. Со ПЕТ скенот ја следиме биодистрибуцијата на радиофармацевтикот во организмот кој е обележан со позитронски

емитер, за разлика од другите нуклеарно —медицински методи каде што се работи со еднофотонски емитери. Најчесто употребуван радиофармацевтик за ПЕТ дијагностика е аналог на гликоза радиообележан со изотоп на флуор - флуородеоксигликоза. На овој начин можеме да го следиме интензитетот на метаболизмот во ткивата кои користат гликоза, вклучително и малигните ткива. Наедно, ПЕТ скенот го фузионираме со КТ скен кој го правиме со помош на нашиот хибриден ПЕТ/КТ скенер. Со тоа ги користиме предностите и на функционалната и на морфолошко-анатомската дијагностика.

Во кои области е неговата примена?

ПЕТ/КТ дијагностиката најголема примена има во онкологијата, иако се поголема станува употребата на овој дијагностички метод и во неврологијата, кардиологијата, ревматологијата и други гранки на медицината. Можностите се големи заради тоа што со примена на различни радиофармацевтици може да се следат различни метаболни процеси, распределба на рецептори, дистрибуција на антитела.

Во онкологијата ПЕТ скенот може со многу поголема сензитивност од другите методи да ги детектира малигните лезии заради што е незаменлив за одредување на стадиумот на болеста, за проценка на операбилност на пациентите, следење на одговор на хемотерапија, проценка на појава на рецидив на болеста. Ваквата дијагностика е дел од стандардните протоколи кај хематолошките заболувања, карциномот на белите дробови, колоректалниот карцином, карциномот на дојка и други онколошки заболувања.

Вие сте дел од сегментот на јавното здравство и сте во системот “Мој термин”. Каква е процедурата на упатување во Вашиот центар?

Веќе напмнав дека ПЕТ скенирањето е дел од протоколите за следење на онколошките пациенти, но потребно е да се познаваат точните индикации и оптималното време кога треба да се употреби оваа процедура. На пример, ПЕТ скенирањето веднаш по хируршки зафат или хемотерапија може да даде лажно позитивни резултати. Кај некои пациенти за дијагностика се доволни радиодијагностичките методи и методите на конвенционалната нуклеарна медицина. Заради тоа пациентите кај нас ги упатуваат специјалистите од терцијарното здравство, од универзитетските клиники кои ги лекуваат овие пациенти и се запознаени со можностите и индикациите за ПЕТ/КТ. Дополнително, со упатот за секој пациент е потребно конзилијарно мислење од тројца специјалисти. Закажувањето се одвива преку системот “Мој термин”.

Каква е соработката со колегите, со универзитетските клиники?

Извонредна. Тимскиот пристап е единствен кој може да овозможи оптимално справување со малигните болести. Докторите кои работат во ПЕТ Институтот се секогаш подготвени за комуникација со докторот кој го упатил пациентот



Разговор



или со колегите од другите дијагностички области. Верувајте дека комуникацијата е многу важна за решавање на комплексните случаи. Имаме многу добра соработка со колегите од Институтот за радиотерапија и онкологија, Клиниката за хематологија, Клиниката за педијатрија, ОРЛ клиниката, клиниките за пулмологија и торакална хирургија и многу други.

Покрај тоа, како претседател на Македонската асоцијација за нуклеарна медицина започнав една низа состаноци кои се одржуваат во ПЕТ Институтот во соработка со другите професионални здруженија на тема ПЕТ/КТ. Првиот состанок беше на тема ПЕТ/КТ кај белодробни заболувања кој го организиравме заедно со Македонското респираторно здружение. Состанокот побуди извонредно голем интерес кај колегите од различни специјалности.

Во земјава функционира уште еден ваков апарат во една приватна болница, а според Ваши процени колкави се реалните потреби за пациентите навремено да ги направат потребните прегледи?

ПЕТ Институтот има капацитет комплетно да ги задоволи потребите на пациентите од нашата земја. За тоа говори и фактот што во моментот за ПЕТ/КТ скен не се чека повеќе од една недела. Ова е од особено значење, бидејќи доколку долго се чека кај онколошките болни, прегледот губи смисла и значење. Многу нешта можат да се сменат за 2-3 месеци кај пациент со малигна болест. Затоа обезбедување на навремена дијагностика е една од целите во секојдневната организација и менаџирање на Институтот. Очекувам бројот на побарувања за ПЕТ/КТ да се зголемува, што нема да претставува проблем за нас. Институтот обезбедува услуги не само за нашите граѓани, туку и за пациентите од регионот. За овој кус период сме имале пациенти од Србија, Косово, Албанија па дури и од Русија. Секако, нашите пациенти претставуваат приоритет за ПЕТ Институтот.

Современата медицината секојдневно оди напред дали како јавна установа успевате да го одржите чекорот во однос на доедукацијата на кадарот кој кај нас е се почесто дефицитиран (младите доктори и стручњаци заминуваат во странство) и во која насока цените дека ќе се развива оваа дијагностичка метода која ја симболизира молекуларната медицина?

Одливот на млади квалитетни кадри претставува горлив проблем во Македонија. За среќа, ПЕТ Институтот не се среќава со овој проблем. Атрактивноста на областа, опременоста на центарот, можностите за напредување во струката привлекоа млади луѓе, стручни, ентузијастички, подготвени за работа. Моја лична заложба како директор е создавање на мултидисциплинарен тим, кој ќе работи заеднички, кохерентно, максимално посветено на постигнување на врвни стандарди во областа. Притоа, не зборувам само за посветеност на стручното напредување, туку и на научно-истражувачката работа. Во таа насока ПЕТ Институтот е наставна база на Медицинскиот факултет на УКИМ, соработува со Медицинскиот факултет на УГД, Институтот за физика на УКИМ, и со институции и универзитети од странство. Ваквата насоченост, не само кон пациентите, туку и кон науката чинам дека во иднина ќе ја оправда големата инвестиција која е направена во овој институт. Знаете, општество кое инвестира во науката, инвестира во иднината. Опремата,

ПЕТ дијагностиката ни овозможува во онкологијата со многу поголема сензитивност од другите методи да ги детектира малигните лезии заради што е незаменлив за одредување на стадиумот на болеста, за процена на операбилност на пациентите, следење на одговор на хемотерапија, процена на појава на рецидив на болеста.... Ваквата дијагностика е дел од стандардните протоколи кај хематолошките и онколошките заболувања, а се поголема станува употребата на овој дијагностички метод и во неврологијата, кардиологијата, ревматологијата и други медицински области



лабораториите, инвестирањето во човечкиот потенцијал претставуваат добра подлога за развој на науката во ПЕТ Институтот.

Планови за иднина?

Многу. Во наредните две години сметам дека Институтот треба да се допрофилира во онкологијата со цел да овозможиме подобра, понавремена дијагностика за овие болни. Веќе во втората половина на оваа година ќе започнеме со употреба на КТ со контраст и дијагностички квалитет во рамки на хибридниот ПЕТ/КТ кај дел од пациентите што ќе придонесе за попрецизна и поедноставна дијагноза. Во тек е проект заедно со Институтот за радиотерапија и онкологија поддржан од Меѓународната агенција за атомска енергија за воведување на ПЕТ планирана радиотерапија, што ќе придонесе за оптимизација и унапредување на лекувањето на болните. Со Институтот за патофизиологија и нуклеарна медицина работиме на воведување нови трасери за ПЕТ/КТ и СПЕКТ/КТ за болните со карцином на простата и дефинирање на оптималните индикации за секоја од овие нуклеарно медицинска дијагностички методи. Планови, идеи и уште неколку започнати студии, но за тоа во иднина, во некоја друга прилика.

Vox medici



Дијагностика на Алцхајмер со “погледот во окото”

“Погледот во окото” би можело да се покаже како точна дијагностика за рано откривање на Алцхајмеровата деменција. До таквиот заклучок дојдоа два научни тима и тоа еден од САД (универзитетот “Дуке”) и друг од Израел (“Шеба медицал центар”). Резултатите од испитувањето се прикажани на наеодамнишниот офталмолошки конгрес (AAO) во Чикаго, САД.

Станува збор за едноставен преглед на задниот дел на окото со помош на оптичка кохерентна томографска ангиографија (ОСТА), односно безболан и неинвазивен преглед кој може да ги покаже евентуалните промени на малите крвни садови на мрежницата. Научниците тврдат дека можат да ги разликуваат знаците на Алцхајмеровата болест од оние на благите когнитивни оштетувања. Нагласуваат дека со тоа порано би се овозможиле интервенции кај пациентите кај кои се евидентирани промени за да се забави напредувањето на деменцијата, со оглед дека за ова заболување се уште нема ефикасен лек.

Методата за рано откривање би можело да се примени кај милиони луѓе, за разлика од постојните или инвазивни или неефикасни дијагностички постапки. Во моментот се прават обиди Алцхајмер да се открие со мемориски тестови и следење на промените во однесувањето. Проблемот е во тоа што кога ќе се јават симптомите, болеста веќе напредувала. Истовремено, евентуалната пункција на рбетниот столб не е за поширока примена затоа што е потенцијално штетна.

Новиот предлог за дијагностицирање со ОСТА овозможува преглед на сите слоеви на мрежницата, нивно мапирање и неинвазивно мерење на нивната дебелина. Се користи техника на светлосни бранови. Во првата студија истражувачите ја споредувале мрежницата на лица со Алцхајмер и оние кои имале само благо нарушување во помнењето со оние кои немале никакви проблеми. Се покажало дека лицата со Алцхајмер ги губат малите крвни садови во мрежницата. Еден од слоевите на мрежницата бил потенок во однос на оние кои немале когнитивни проблеми. Научниците сметаат дека промените се резултат на промените на крвните садови во мозокот кои предизвикуваат Алцхајмер. Тоа е одржлива хипотеза со оглед на тоа што оптичкиот нерв го поврзува мозокот со мрежницата.

Во втората студија се испитувани 400 лица кои имале голем генетски ризик за Алцхајмер. Се покажало дека мрежницата на ризичните лица е потенка, а дополнително се покажало и дека хипокампусот, клучниот дел од мозокот за учење и помнење, бил помал. Овие два симптома на деменција се поврзани и со полоши резултати на тестот за когнитивни нарушувања.

“Јутарњи лист”

Практика

КОМПЈУТЕРСКА ТОМОГРАФИЈА

Како да се обезбеди најголем бенефит за пациентите

Компјутерската томографија (КТ) е многу корисен модалитет во радиологијата за проценување на разни абнормалности и болести, како кај возрасните така и кај педијатриските пациенти. Со воведување на оваа метода беа исфрлени многу други процедури коишто беа помалку прецизни и поинвазивни за пациентите. Компјутерската томографија овозможува брз пристап до дијагностичката информација за сите регии од телото, што е од пресудна важност за пациентите коишто се во животна опасност.

Во последните две децении, КТ технологијата бележи најголем напредок во однос сите други радиолошки модалитети. На пример, во 1980-тите години многу од КТ скенирањата се правеа за 20 до 30 минути, додека денеска истите

може да се направат од 1 до 2 секунди. Покрај технолошкиот развој, многукратно е зголемен и бројот на снимања, од 3 милиони во наведениот период до 89 милиони снимања во 2018 година во САД.

КТ модалитетот користи рендгенско зрачење за добивање на напречни пресеци на телото, коишто не можат да се добијат со другите стандардни радиографски методи. Меѓутоа, и радијационата доза што ја добиваат пациентите при снимање со КТ е поголема во однос на другите радиографски методи. Напоредно со зголемување на бројот на КТ снимањата, расте и загриженоста поради зголемувањето на радијациониот придонес од страна на оваа метода, што може да го зголеми ризикот од појава на рак кај пациентите. Ризикот е

поголем кај педијатриските пациенти во споредба со истиот кај возрасните пациенти.

Низ годините, производителите на КТ - скенери и истражувачите, воведоа такви техники на скенирање и методи за обработка на сликите, коишто овозможуваат снимање со помали дози. Сепак, лекарите што упатуваат на КТ снимање и персоналот инволвиран во самото снимање, треба да бидат свесни за радијациониот ризик и секој на свој начин, да придонесе за намалување на истиот.

Од перспектива на пациентите

Најважно прашање што пациентите може да го имаат во врска со нивниот КТ преглед е дали навистина е потребен за процена на нивната здравствена



Д-р Манудип Калра е професор по радиологија на Харвардскиот универзитетот, Бостон, САД и директор на Вебстер Центарот за квалитет и безбедност во Општата Болница Масачусетс. Раководител е на неколку научно-истражувачки проекти поврзани со оптимизација на дозите и безбедноста на пациентите. Член е на повеќе уредувачките одбори на неколку научни списанија за радиологија и член на Американскиот Националниот совет за радијациона заштита, на Научниот комитет на Здружението на радиолозите на Северна Америка, на Американскиот радиолошки колеџ и Американскиот центар за регистрација на дозите во КТ. Автор е на повеќе до 170 научни трудови и на 30 поглавја на книги, најмногу од областа на оптимизирање на КТ протоколите и намалување на дозите кај пациентите. Тој е светски признат експерт, добитник е на неколку награди, меѓу кои се “Партнери за исклучителност”, награди за “Иновации во радиологијата” и “Свезда за безбедност на пациентите”.

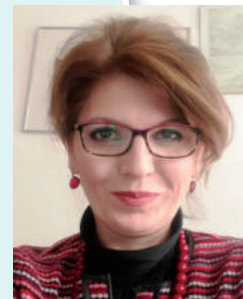
Од 31 март до 5 април 2019 година, проф. Калра ќе престојува во Република Северна Македонија во својство на експерт на Меѓународната агенција за атомска енергија. На 1 април 2019 на Природно-математичкиот факултет во Скопје, проф. Калра ќе одржи предавање посветено на оптимизирање на протоколите во КТ, со посебен осврт и анализа на постојната практика во овој модалитет во нашата држава. За време на неговиот престој ќе бидат посетени пет болници во различни градови во коишто проф. Калра ќе одржи практична обука на радиолошкиот персонал.

Д-р Весна Гершан е професор по физика на Природно - математичкиот факултет во Скопје, чија специјалност се медицинската физика и обезбедување на квалитет во радиолошките дијагностички модалитети.

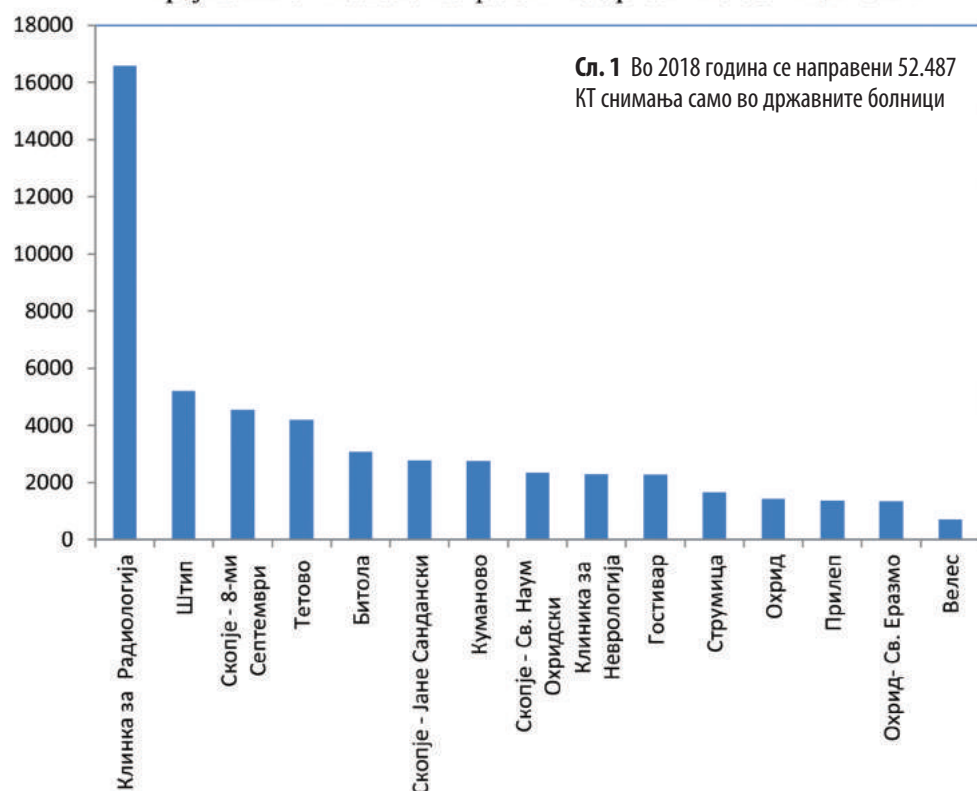
Автор е на повеќе од 30 научни трудови и член на неколку меѓународни научни комитети и уредувачки одбори. Член е на две експертски групи при Европското здружение за медицинска физика и експертскиот тим на МААЕ, кои изработија и публикуваа најнови меѓународни протоколи за контрола на квалитет во радиологијата.

Како добитник на Фулбрајт стипендија, како визитинг професор во учебната 2012/2013 година престојува во МД Андерсон центарот за рак во Хјустон, САД, каде што работи на оптимизирање на протоколите во КТ.

Раководител е на проект финансиран од Меѓународната агенција за атомска енергија (МААЕ) од Виена, преку којшто е предвидено во периодот од јуни до декември 2019 да се инсталира софтвер за online следење на дозите на пациентите при снимања во КТ, ангиографија и мамографија во државните болници.



Број на КТ снимањата направени во државните болници во 2018



состојба и дали некој друг имиџинг модалитет, каде што радијационата доза е помала или воопшто ја нема, може да ја обезбеди бараната дијагностичка информација. Потоа, пациентот треба да го информира лекарот којшто го упатува на КТ снимање дали претходно има направено други снимања, со цел да се избегне дуплирање на снимањата.

Кога и да е тоа можно, пациентите треба да побараат од лекарот кој ги упатува на КТ снимање да ја напише и причината зошто се упатуваат на таков преглед, со цел радиологот или технолотот посоодветно да го направат снимањето.

Знаејќи ги бенефитите и ризиците од КТ, суштествено прашање е како персоналот што го изведува самото снимање ќе обезбеди пациентот да добие најоп-

тимална доза. Особено е важно на кој начин персоналот го изведува КТ снимањето кај децата и кај пациентите чија состојба не е ургентна. Дали се применува клинички протокол специфичен за упатната дијагноза? Дали се подесуваат параметрите на скенирањето така што сликите ќе бидат со дијагностички квалитет, но притоа пациентот да добие колку што е можно помала доза?

Оправданост на КТ снимањето

Лекарите коишто го упатуваат пациентот на снимање со КТ имаат одговорност да обезбедат дека токму таквото снимање е најдобар избор за даден пациент и дека потребната клиничката информација не може да се добие на ефикасен и прецизен начин со други имиџинг модалитети при кои нема зрачење или пак дозата е помала.

Пример КТ на абдомен	Број на серии	Дозен индикатор (DLP mGy·cm)
Болница А	3	1549
Болница Б	4	2721
Болница В	1,3 или 4	715 / 1826 / 2115
Болница Г	3 или 4	1625 / 2440
Болница Д	2 или 3	1127 / 1474

Таб. 1 Ист тип на снимање, различни протоколи и различни дози кај пациентите

Пречестото или неоснованото упатување на снимање со КТ има за последица не само непотребно изложување на пациентите на зрачење, туку исто така ги зголемува и трошоците во здравствениот систем.

За среќа, постојат водичи за соодветна примена на КТ скенирањето кај различни клинички индикации и истите може да бидат во форма на софтверска алатка (Decision Support System) којашто му помага на лекарот да го избере најсоодветниот имиџинг модалитет за дадена клиничка индикација и состојба на пациентот. Но, за жал, ваквите алатки не се достапни во нашата држава, па дали еден пациент ќе се упати или не на КТ снимање честопати зависи од индивидуалната процена на лекарот.

Како до коректна дијагноза со најмала можна доза?

Идеално, КТ прегледот и радијационата доза треба да се оптимизираат од страна на три стручни профили: радиолози, технолози чија специјалност е КТ и медицински физичари.

Радиолозите мора да обезбедат дека одговорите на специфичните клинички прашања може да се добијат со КТ скенирање коешто е ограничено само на регијата од интерес и направено со најмал можен број на серии. Користењето на протоколи според клинички индикации придонесува за намалување на дозите кај пациенти, особено при контролно КТ скенирање на бели дробови и дијагностицирање на камења во бубрезите.

За да се имплементираат КТ протоколи според клинички индикации, радиолозите мора да бараат од лекарите што ги упатуваат пациентите на КТ снимање да ги наведат причините за истото. Исто така, радиолозите мора да обезбедат дека КТ протоколите се ревидираат барем еднаш годишно, со цел да се обезбеди дека тие се подесени според најновата технологија и според истражувањата за оптимизација на дозите. Ваквото ревидирање на протоколите треба да се направи заедно со радиолошките технолози коишто се стручни за овој модалитет.

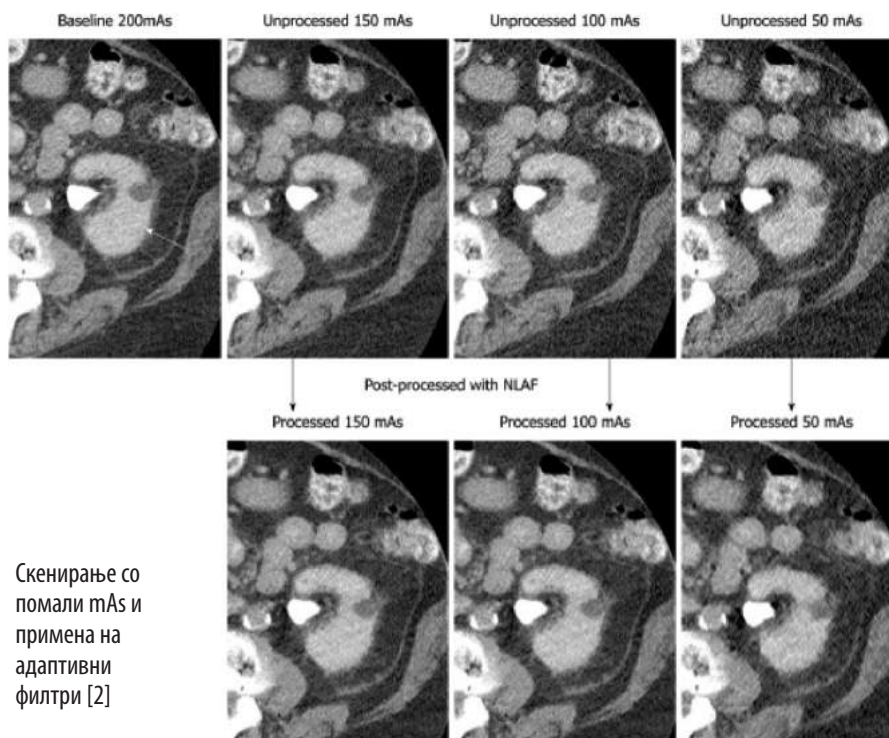
КТ радиолошките технолози мора да обезбедат дека позицијата и центрирањето на пациентот во КТ скенерот ги исполнуваат пропишаните критериуми.

Практика

Примери за оптимизирани протоколи



Скенирање на мали kV (BMI 24 kg/m², 80kV, CTDIvol 3.7 mGy) [1]



Скенирање со помали mAs и примена на адаптивни филтри [2]

За да се избегне повторување на скенирањето, давањето на соодветни инструкции на пациентот во однос на движењето и динамиката на дишење, се од суштествено значење.

Кога пациентите се скенираат со давање на интравенозен контраст, технологот мора да го иницира скенирањето во соодветно време за да се снимат токму моментот кога контрастот протекува низ крвните садови и низ органите.

Скенирањето надвор од регијата на интерес ќе ја зголеми дозата што ја добива пациентот и мора да се избегнува. Познавањето на параметрите на скенирање и на референтните дозни нивоа

за различни КТ снимања придонесува да се избегнат грешките и пациентите да добијат дози коишто не ги надминуваат препорачаните дозни нивоа за пациент со стандардна големина.

Медицинските физичари имаат важна улога во следење на радијационите дози и во обезбедување на услови при коишто веројатноста пациентите да добијат значително големи дози е минимална. За оваа цел тие може да користат софтвер со којшто автоматски ќе се надгледуваат дозите и ќе се има сознанија за тоа со кои протоколи се направени скенирањата.

Доколку се забележи дека во некоја болница или при некој протокол на скенирање дозите се повисоки од препорачаните нивоа, физичарите треба да ги известат радиолозите и технолозите. Потоа, веднаш треба да се подесат протоколите за пациентите да не добиваат поголеми дози отколку што е неопходно. Поради нивното техничко знаење на модалитетот и познавање на влијанието на параметрите на скенирање врз дозата и врз квалитетот на сликите, медицинските физичари играат голема улога во оптимизирање на квалитетот на сликите и на дозите на пациентите.

Идеални КТ протоколи и безбедни

радијациони практики, се создаваат само кога тимот од радиолози, технолози и медицински физичари работат заедно на нивно креирање и подесување.

Како се прават КТ скенирањата во македонските болници

Резултатите од истражувањата коишто беа направени покажуваат дека за иста клиничка индикација и за ист тип на преглед, од болница до болница КТ скенирањето се прави применувајќи различни протоколи. Дури и во рамките на една иста установа има разлики во зависност од тоа кој технолог и кој радиолог го прават прегледот.

На пример, при рутинско скенирање на абдомен, во зависност од тоа во која болница ќе се направи скенирањето, ист пациент може да добие доза којашто ќе се разликува 4 пати, иако КТ скенерите се сосема идентични. Ова укажува дека не постојат ниту национални, ниту институционални протоколи за КТ снимања за дадена индикација, како и тоа дека не се унифицирани техничките параметри на коишто се изведува скенирањето.

Заклучок

КТ е исклучително корисна метода кога се применува кај оправдани клинички индикации. Меѓутоа, со цел да се максимизира придобивката во однос на ризикот, и пациентот да добие помала доза колку што е разумно можно, треба сите инволвирани лица, почнувајќи од пациентите, лекарите што упатуваат на такво снимање и радиолошкиот персонал да учествуваат во процесот и да имаат активна улога во одлучувањето дали треба, кога и како да се направи самото КТ скенирање.

**Prof. Mannudeep Kalra,
Massachusetts General Hospital,
Harvard University, Boston, USA**

**Проф. Весна Гершан, Природно -
математички факултет, УКИМ,
Скопје**

Литература

1. CT Radiation: Key Concepts for Gentle and Wise Use¹, Mannudeep K. Kalra et al., RadioGraphics 2015; 35:1706–1721
2. Radiation dose reduction with application of non-linear adaptive filters for abdominal CT, Sarrajjeet Singh et al., World J Radiol. 2012 Jan 28; 4(1): 21–28.

Rinoco® 50µg

fluticasone propionate
спреј за нос



ПЛИВИН

интраназален

кортикостероид
во терапија на
алергиски
ринит!



PLIVA  allergy

ПРЕПОРАЧАНО ДОЗИРАЊЕ

ВОЗРАСНИ И ДЕЦА НАД 12 ГОДИНИ	ДЕЦА ОД 4 ДО 11 ГОДИНИ
1 x 2 прснувања во секоја ноздра (вкупно 200 µg)	1 x 1 прснување во секоја ноздра (вкупно 100 µg)

Препорака: по можност лекот да се примени наутро

Флутиказон пропионат е слабо растворлив во вода и поради тоа неговата директна апсорпција во носот и апсорпцијата на проголаната доза е занемарлива. После интраназална примена, максималните концентрации на флутиказон пропионат во плазмата не се мерливи. Во споредба со плацебо, интраназалната примена кај деца не доведува до статистички значајни разлики во брзината на раст.

Напомена: Збирен извештај за особините на лекот е достапен на барање. Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет: Rinoco спреј за нос 50 µg/доза, 120 дози, 11-185/2 од 10.08.2018. Начин и место на издавање: се издава на лекарски рецепт, во аптека. САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ. Носител на одобрение: ПЛИВА доел Скопје, Никола Парапунов бб, Скопје. Тел. 02/3062702. МК/RIN/19/0001



Ex tempore



**Проф. д-р
Нинчо ИВАНОВСКИ**

И покрај тоа што насловот на денешнава колумна можеби е збунувачки за сите оние докони колеги кои го читаат во моментот, сепак, тој треба да има длабока порака која се однесува за сите граѓани на Република Северна Македонија. Насловот е всушност парафраза на веќе легендарниот закон потпишан од претседателот Барак Обама во 2010 кој официјално гласи “Patient Protection and Affordable Care Act”, многу попознат по својот никнејм “Obama Care”. Во слободен превод тоа би бил Закон за заштита на пациентот и пристапност кон медицинска грижа. Законот инаку претставува една вистинска револуција во Здравствениот систем на САД кој овозможи околу 25 милиони американски граѓани само во 2016 година да бидат здравствено згрижени кои, без истиот, веројатно би банкротирале плаќајќи ги огромните трошоци за лекување. Прочена е и дека откако Законот се применува, практично од 2014 година наваму, спречени се просечно по 45.000 умирања годишно на американски граѓани. Со низа комплицирани административни и финансиски мерки, овој закон овозможи висококвалитетно лекување за сите граѓани со пониски примања правејќи една левичарска револуција која за прв пат после 100 години направи обид за вистинска реформа на здравствениот систем во Америка во кои се лекуваа оние што имаат подлабоки џебови. Но, не е од помал интерес фактот што претсе-

ИВАНОВ „CARE”

дателот Обама ја најави својата здравствена реформа уште за време на претседателската кампања во 2008 година и ја спроведе држејќи го своето ветување и покрај огромните сопки од десничарските републиканци.

Најновите вести потврдуваат дека претседателот Доналд Трамп со сите сили се обидува да го анулира овој Закон и дека е тоа прашање на денови. Но, без оглед на натамошната судбина на Законот на Обама, неговите ефекти никој не ќе може да ги негира пред се како обид во грубото и сурово капиталистичко општество да продрат идеите на прогресивниот социјализам, познат на граѓаните од бившата држава кои се, за жал, во природен процес на исчезнување....

Речиси во исто време францускиот претседател Емануел Макрон во својата изборна кампања ќе најави дека, доколку биде избран, ќе се погрижи за аутистичните лица во Франција. Се разбира дека и претседателот Макрон го исполни своето ветување и кон крајот на минатата година издвои 344 милиони евра за оваа група на население финансирајќи го целокупниот третман и враќањето во општеството на овие лица од кои се голем број деца.

Погодувате дека поводот за овој текст се и претстојните претседателски избори и затоа е и името на претседателот Иванов во насловот. Колку да помислат идните “татковци” на нацијата дека во земјава има многу болни луѓе кои се борат за својот гол живот на сите можни начини, а тоа е најчесто мачно, недостоинствено и исцрпувачки. Правото на лекување е основно човеково право и државата треба да стори многу повеќе тоа да се претвори во излекување или барем ублажување на погубните последици. Гледајќи ги секој ден тешко болните

граѓани нешто не можам да почувствувам дека прашањето околу Северна, Јужна, Античка или не знам каква Македонија им е суштествено. Не можам ниту да осетам дека тешко болните Албанци се нешто одушевени од идејата за голема Албанија, или дека на сите им е нешто значајно што заедно со Бугарите ќе го чувствуваме Гоце Делчев или Свети Климент. А се некако имам претчувство дека и оваа кампања нема да се занимава со нас ниту со нашите болни. А болните се намножиле и се множат се повеќе и повеќе... уште кога некому би му текнало да направат партија, каква би била таа сила...

Почитувани колеги, лесно ќе се согласите со мене дека во текот на нашите животи нема до доживееме еден сличен “Обама Кер”, или некоја добра трансфузија на евра за згрижување на дел од нашите болни. Политичарите, идниот претседател и сите други, и натаму ќе го делат овој напатен болен народ убедувајќи го дека Република Северна Македонија и Законот за јазичите се најважните работи за сите, па и за болните. Ќе ги слушаме и натаму нивните јалови дискусии и ќе гледаме колку всушност нацијата ни е поделена. Оттаму ќе бидат залудни нашите напори да докажеме дека за нас единствена вистинска поделба на нацијата е на болни и здрави луѓе кои меѓу себе се апсолутно еднакви и кои треба да имаат еднакви шанси за живот. А колку многу би ни значела една вистинска акција на идниот татко на нацијата! За почеток нека бидат тоа лицата со ретки болести, или оние со посебни потреби. А потоа и да биде со нас кога ни е потребен, да покаже вистинска (не само декларативна) грижа за нас, да не обедини во борбата за чист воздух, да ги преслуша оние што заработуваат врз нашата мака и труд,

да почувствуваме дека сите сме на иста страна во оваа сурова битка на живот и смрт. А притоа да заборави на аболитии, политички маркетинг, плукања, омаловажувања, продавање квазипатриотизам, одбрана на крајно сомнителни цели и сижеа, заземање на страна, и провинциска сервилност спрема неговите патрони од власта, без оглед дали била оваа или онаа...

Господата Обама и Макрон покажаа како тоа го прават вистинските лидери чија грижа се горливите проблеми на граѓаните. Оние пак другите, кои ги има на секој чекор во овие простори, особено на Балканот, предизборните ветувања по успешниот избор ги ставаат веднаш во втор, трет или стотти план, со надеж дека наскоро сите ќе ги заборават. А доколку, сепак, некој се дрзне да ги извлече на виделина, тогаш следува канонада од будалести оправдувања по телевизиските дебати од кои им е на сите смачено, како што е тоа во серијалот околу ПМ честичките и славните рекорди на сверно-македонските градови.

Во контекстот на она што е речено погоре, не е случајно што Французите и Американците често ги именуваат своите познати болници според имињата на нивните претседатели: Болницата „Жорж Помпиду“ во Париз, Универзитетската болница „Франсоа Митеран“ во Дижон, болницата „Едуар Ерио“ во Лион, Медицинскиот центар „Ајзенхауер“ во Калифорнија, Центарот „ДФК“ во Филадельфија и многу други.

Не сум баш убеден дека во скоро иднина некој од оваа плева од самонаречени транзициски лидери ќе заслужи некоја од нашите и онака очајни болници да го носи неговото име.

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

“IgA нефропатии”

од академик Момир Х. Поленаковиќ и соработници

Кон крајот на 2018 г. излезе од печат книгата „IgA нефропатии“ од академик. Момир Х. Поленаковиќ и неговите колеги-соработници: проф. Ладислава Грчевска, проф. Гордана Петрушевска, доц. Славица Костадинова - Куновска, проф. Билјана Поленаковиќ и проф. Соња Цикова. Книгата е издадена од Македонската академија на науките и уметностите и книгоиздателството „Матица македонска“, Скопје.

Во книгата на 280 страници првпат во Р. Македонија се обработени примарната имуноглобулин А нефропатија (мезангиопролиферативен гломерулонефритис) и други секундарни IgA нефропатии што можат да се најдат во хуманата патологија.

Примарната имуноглобулин А нефропатија (IgAN) првпат беше откриена кога имунофлуоресцентната техника беше применета во иследувањето на бубрежната биопсија. Болеста за првпат беше опишана во 1968 г. од Жан Берже (Jean Berger), патолог од Париз, па затоа е наречена и болеста на Берже (IgAN-болеста на Берже). IgA нефропатијата е единствена меѓу болестите на гломерулите што е дефинирана со присуство на имун реактант, а не со други морфолошки карактеристики најдени при бубрежна биопсија.

IgA нефропатијата е најчест облик на гломеруларна болест видена во повеќе земји на Запад и во Азија, каде што често се практикува бубрежната биопсија.

Иако во почетокот се сметало дека оваа болест има бениген тек, сега се знае дека таа бавно напредува често до терминална бубрежна болест кај 50% од заболените пациенти во текот на следењето од над 20 до 25 години.

Во книгата е претставена примарната IgA нефропатија (IgAN – болеста на Берже/Berger).

Опишани се клиничките манифестации, презентацијата на IgAN во време на ренална биопсија, лабораториските наоди, реналната биопсија кај IgA нефропатијата, патохистолошките иследувања (светлосна микроскопија, имунофлуоресцентна микроскопија, електронска микроскопија, Oxford – класификацијата на IgA нефропатијата). Дадени се промените во тубулоинтерстицијалниот компартман кај IgA нефропатијата. Разгледана е дијагнозата и диференцијалната дијагноза на IgA нефропатијата, епидемиологија и генетика, фамилијарни студии и поврзани локуси.

Опишани се клиничките асоцијации со IgAN и поврзаноста со други ентитети како IgA нефропатијата асоцирана со хепатална болест, со HIV, со системски нарушувања. Опширно е дискутирана патогенезата на примарната IgA, а дадени се и мислењата на познати клиничари и истражувачи од светот.

Во поглавјето за прогнозата и третманот на примарната IgAN дадени се современи насоки за лекувањето и следењето на оваа болест како и искуствата на нашите автори. Сите поглавја се со богата литература.

Авторите ги дијагностицирале, ги следеле и ги лекувале пациентите со IgA нефропатија од 70-тите години на минатиот век, кога на Клиниката за нефрологија почна да се изведува перкутаната бубрежна биопсија и да се иследува добиеното бубрежно ткиво со имунофлуоресцентна техника. Богатото искуство со иследувањето на пациентите со IgA нефропатија авторите на книгава го публикувале во повеќе трудови објавени во домашни и странски медицински списанија. Дел од овие публикации повторно се објавени во книгата, што само дополнително ги утврдуваат нивните сознанија.

Книгата „IgA нефропатии“ ја збогати нашата медицинска литература и ќе биде од полза, поради што им ја препорачуваме на општите лекари, на лекарите специјалисти и на супспецијалистите-нефролози за запознавање со раната дијагноза, следењето и лекувањето на оваа подмолна, тешка и релативно честа болест на гломерулите.

Проф. д-р О. Стојчева –Танева,
нефролог



Испиражувања

НА ИНСТИТУТОТ ЗА ХИСТОЛОГИЈА И ЕМБРИОЛОГИЈА ПРИ МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ, УКИМ - СКОПЈЕ

Проект со кој ќе се определат рамките на вредностите на ејакулатот кај младите

Податоците од истражувањата направени во повеќе европски центри, покажуваат дека во последниве децении квалитетот на ејакулатот кај младото население во светот е значително намален и врз основа на тие податоци во документите на Светската здравствена организација (СЗО) се направени драстични измени на референтните вредности во спермограмот. Во таа насока е и истражувачкиот проект што почна да го спроведува Институтот за хистологија и ембриологија при Медицинскиот факултет во Скопје преку кој треба да се определат рамките во кои се движат вредностите на сите параметри на ејакулатот кај младата здрава популација. Лабораторијата за анализа на хуманиот ејакулат (која е референтна лабораторија) во наредниот двегодишен период ќе дава бесплатна медицинска услуга - изработка на спермограм на секој маж на возраст меѓу 18 и 30 години. За детални информации и закажување на преглед треба да се обратат преку порака на FB: Катедра по хистологија и ембриологија – Медицински факултет, Скопје.

Целта на овој проект е:

- Да се изготви листа на регионални референтни вредности кои ќе послужат во толкување на наодите кај нашите пациенти.
- Врз основа на тие наоди, да се посочат факторите од анамнезата кои се софпаѓаат со ниските вредности на некои од параметрите на спермограмот, односно кои негативно влијаат врз плодноста.
- Да се направи споредба на нашите наоди со другите држави во Европа и светот.

Во рамките на овие активности, а по повод „Месецот на машкото здравје“, во почетокот на декември минатата година Катедрата за хистологија и

Лабораторијата за анализа на хуманиот ејакулат (која е референтна лабораторија) во наредниот двегодишен период ќе дава бесплатна медицинска услуга - изработка на спермограм на секој маж на возраст меѓу 18 и 30 години



ембриологија организира трибина насловена „Машки фертилитет“. Учесници на трибината беа проф д-р Лилјана Миленкова, асист. д-р Лена Какашева-Маженковска, асис. д-р Ирена Костадинова-Петрова, д-р Јосиф Јанчулев, специјалист уролог и студенти од Медицинскиот факултет. Трибината имаше цел слушателите да се запознаат:

- со најчестите состојби, навиките и животниот стил - кои имаат негативно влијание врз сексуалниот живот или врз плодноста;
- каде да се обратат за преглед и разговор доколку во излагањето препознаат свој проблем (да ги охрабриме и посоветуваме);
- дека најновите научни сознанија укажуваат на сериозен пад на квалитетот на ејакулатот и сериозно намалувањето на фертилноста на мажите во последниве децении;

- дека е во тек проект на Институтот за хистологија и ембриологија, насловен „Параметри на спермограмот кај здрава машка популација во Република Македонија“.

Во првото излагање беа претставени состојбите кои влијаат на сексуалната функција и нивниот посакуван медицински третман (фимозата, хипоспадијата, варикоцелата, хидроцелата, отсуството на тестисот од скротумот,

Истражувањата направени во повеќе европски центри покажуваат дека во последниве децении квалитетот на ејакулатот кај младото население во светот е значително намален и врз основа на тие податоци во документите на Светската здравствена организација (СЗО) се направени драстични измени на референтните вредности во спермограмот

мобилните тестиси, акутната повреда на скротумот, торзијата на тестисот, акутните бактериски и вирусни воспаленија на скротумот, присуството на нова безболна маса во скротумот; проблемите со ерекцијата, со ејакулацијата и оргазмот) Истовремено, беа посочени соодветните специјалистички гранки кои се занимаваат со третманот на тие состојби.

Дадени беа и објаснувања на механизмите со кои некои навики или фактори од непосредната околина негативно влијаат врз машкиот фертилитет (пушењето, алкохолот, самостојното земање медикаменти, суплемементи, енергетски пијалаци, анаболици при боди билдинг, опојни дроги, постојана употреба на електронски уреди и зголемената телесна тежина). Следуваше концизна презентација на податоците од истражувањата на повеќе европски центри, со кои е утврдено дека квалитетот на ејакулатот кај младото население во светот е во значително опаѓање, што предизвикува загриженост за репродукцијата на населението во иднина (бидејќи генерален заклучок е дека само кај ¼ од испитаниците параметрите на спермограмот се во рамките на претходно декларираните референтни вредности). Поттикнат од овие сознанија, Институтот за хистологија и ембриологија се вклучува во активности за подигање на свесноста на младата популација за штетното влијание на некои навики, стил на живеење и фактори од непосредната околина.

Проф. д-р Лилјана Миленкова,
раководител на проектот

ПРЕСВРТНИЦА ИЛИ ...

Со трансплантација од ХИВ се излекува и “лондонски пациент”

Неименуван маж од Лондон е второто лице со ХИВ во ремисија. Пациентот пред 18 месеци бил на трансплантација на матични клетки чија цел била да се лекува рак со кој пациентот се соочил, истовремено кога веќе знаел дека е носител на ХИВ. По трансплантацијата се покажало дека мажот кој веќе не земал терпија го нема вирусот на ХИВ. Досега е познат уште еден случај на излекување на ХИВ, а тоа е Американецот Тимоти Реј Браун, попознат како “берлински пациент” која благодарение на трансплантацијата на матични клетки, пред 12 години, успеа да се излекува од вирусот на ХИВ. Во изминативе 12 години сите други обиди за излекување со таа метода пропаднаа. Стручњаци се воодушевени од веста за излекување на уште еден пациент и сметаат дека методата е пресвртница во борбата со ХИВ, вирусот кој предизвикува СИДА, но предупредуваат дека тоа не го менува секојдневието за 37 милиони лица кои живеат со ХИВ. Освен што биле ХИВ позитивни и двата пациенти се соочиле со напреден стадиум на рак – пациентот од Берлин со леукемија, а “лондонскиот пациент” со Хочкин - лимфом. За нив животна загрозувачката и сложена трансплантација на матични клетки била последен обид за преживување.

Д-р Антони Фаучи, раководител на Одделот за ХИВ/ СИДА во Националниот американски институт за здравје, изјави дека со новиот случај се потврдува исправноста на концептот во третманот на берлинскиот пациент: донорските клетки од некој кој е отпорен на ХИВ може да го избришат ХИВ-от кај примателот ако ја преживее трансплантацијата.

Според д-р Џенет Силициано од институтот “Џон Хопкинс”, еден од водечките истражувачки центри за ХИВ, неспорно е дека резултатите имаат ограничено влијание. Меѓутоа, овие примери покажаа дека излекувањето на “берлинскиот пациент” не е случајно како што се сомневаа многумина откако обидите за повторување на таквиот третман пропагнаа. Случајот објавен недоамна во списанието “Nature” вклучуваше истражувачи од четири бртинаски университети - УЦЛ, Империл, Оксфорд и Кембриџ. Случајот е претставен и на конференцијата за ХИВ во Сиетл, САД.

Луѓе отпорни на ХИВ

Повеќето дарители на хомеопатски матични клетки се жители на северните европски држави. Тоа се лица со CCR5 мутиран ген кои се природно отпорни на ХИВ и се нарекуваат “елитни контролори” затоа што природно го контролираат вирусот како да се под терапија за негово сузбивање. Такви се околу еден отсто од луѓето кои ја наследиле мутацијата од обата родители. Меѓутоа, стручњаци истакнуваат дека се уште не е јасно дали отпорноста на CCR5 е единствениот клуч. И “Берлинскиот” и “Лондонскиот пациент” имале иста мутација, објаснувајќи дека и во двата случаја донори се лица со мутација CCR5. Донорот на “лондонскиот пациент” имал двојна копија на мутацијата.

Извинување

При подготовката на последниот број на “Vox medici”, br.101, од декември 2018 година се направени технички пропусти во текстовите “Нобеловата награда за медицина на два истражувачи на имунотерапијата на ракот” и “Mounier – Kuhn Syndrom”. Им се извинуваме на авторите за направените пропусти.

Во електронското издание на “Vox medici”, br.101, кое е достапно на веб-страницата на Лекарската комора (http://lkm.org.mk) пропусти се коригирани.

Vox medici

Испиражувања

ХЕМАТОЛОГИЈА: БИОЛОШКА ТЕРАПИЈА КАЈ МАЛИГНИ ЛИМФОМИ ASH 2018

Polatuzumab vedotin во комбинација со bendamustine и rituximab или bendamustine и rituximab кај пациенти со релапсен/рефракторен дифузен Б-големоклеточен лимфом

Околу 40% од пациентите со дифузен Б-големоклеточен лимфом не реагираат на прволиниската имунохемотерапија (рефрактерни) или имаат релапс на болеста по примање на терапијата, а исто така не се кандидати за лекување со автологна трансплантација, имаат лоша прогноза и ограничен избор на можности за лекување со биолошки лекови и цитостатици.

Polatuzumab vedotin е антители-лек конјугат дизајнирано од anti-CD79b антители и monomethyl auristatin E (MMAE). Polatuzumab vedotin се врзува за клеточниот површински антиген CD79b, компонентата на Б-клеточниот рецептор, кој се наоѓа само на Б-клетките и кај повеќето хе-Хочкинови лимфоми. 1-3 Врзувањето за CD79b предизвикува интернализација на конјугатот. Стабилната врска се прекинува, ослободувајќи го MMAE кој се врзува за микротубулите 1-5 инхибирајќи ја микротубулинската полимеризација. Тоа ја нарушува клеточната делба и предизвикува апоптоза на малигните клетки. 5,6

Polatuzumab vedotin е прва ваква комбинација која се испитува во клинички студии, а студијата GO29365 е прва и единствена рандомизирана фаза II студија во која, според досега објавените соопштенија, е покажан беневит во однос на преживувањето на пациентите и продолжување на времето без прогресија на болеста. Во студијата GO29365 вклучени се пациенти со релапсен/рефракторен дифузен Б-големоклеточен лимфом кои не биле подобни за трансплантација на хематопоеетски матични клетки. Испитувана е комбинацијата на Pola-Bendamustine-Rituximab (Pola-BR) во споредба со Bendamustine-Rituximab (BR). Рандомизацијата е направена кај двете подгрупи на пациенти во однос

на времетраење на одговорот на последната претходна терапија (повеќе или помалку од 12 месеци).

Презентирани се ажурирани податоци за пациентите со релапсен/рефрактерен дифузен Б-големоклеточен лимфом лекувани со Pola-Bendamustine-Rituximab (Pola-BR) во споредба со Bendamustine-Rituximab (BR). Клучни цели на студијата е испитување на безбедносниот профил, одговор на терапија, времетраење на постигнатиот одговор, период без прогресија на болеста, како и споредба во однос на поттипот на дифузниот Б-големоклеточен лимфом и експресијата на биомаркери и одговор на терапијата.

Потврдена е значителната разлика во ефикасноста на комбинацијата Pola-BR, претставено со 66% намалување на ризикот од прогресија на болеста или смрт (преживување без прогресија проценето од страна на истражувачот, HR=0.34, 95% CI 0.2-0.570, $p < 0.0001$), постигнувајќи комплетен одговор од 40% во споредба со 18% во BR гранката (потврдени со ПЕТ-КТ и биопсија на

коскена срцевина), проценета од страна на независна комисија за ревизија, $p=0.026$. По период на следење, кој се движи помеѓу 27 и 38 месеци, постои значајна разлика во средното вкупно преживување од повеќе од една година кај пациентите кои примале Pola-BR во споредба со BR (12,4 месеци наспроти 4,7 месеци, HR=0.42, 95% CI 0.24, 0.75), $p=0.0023$; периодот на преживување без прогресија на болеста ($p < 0.0001$) и времетраењето на одговорот на терапија ($p=0.032$) во корист на комбинацијата Pola-BR. Комплетниот одговор кај 20-25% од пациентите траел повеќе од 20 месеци. Не се забележани нови безбедносни сигнали. Предноста на Pola-BR во одговорот на терапијата е идентична во однос на тоа дали се работи за големоклеточен лимфом со потекло од герминалниот центар или од активирани Б лимфоцити, како и експресијата на bcl-2 и c-myc онкогените.

Комбинацијата Pola-BR отвора нови терапевтски можности за оваа група на пациенти и според спонзорот на сту-

Во периодот 1 до 4 декември 2018 година се одржа 60-от Годишен состанок на Американското здружение на хематолози (анг. American Society of Hematology, ASH) во Сан Диего, САД. Тоа е најголемиот и најзначаен светски состанок од областа на малигна и не-малигна хематологија, кадешто пред повеќе од 30.000 учесници со различна специјалност беа презентирани најновите достигнувања во клиничката, експерименталната и лабораториската хематологија. Истражувачите се трудат најновите резултати од клиничките студии да бидат презентирани токму на ASH, како најпрестижен собир, сметајќи на големиот аудиториум и високата експертиза на учесниците. Презентирани беа над 3.000 апстракти, како орални презентации и постери и многу е тешко да се издвојат најважните. Направиме приказ на два апстракти за кои авторот смета дека се релевантни за клиничката практика кај нас и кои можат да влијаат во подобрувањето на квалитетот на лекување на нашите пациенти.

дијата започната е постапката за добивање на одобрение за регистрација за оваа терапевтска индикација.

**Ажурирани податоци од фаза
Ib/II GO29365 студија.
Презентер:
Sehn LH, апстракт 16837**

Референци:

- 1 Palanca-Wessels MC, et al. Safety and activity of the anti-CD79B antibody-drug conjugate polatuzumab vedotin in relapsed or refractory B-cell non-Hodgkin lymphoma and chronic lymphocytic leukaemia: a phase 1 study. *Lancet Oncol.* 2015; 16:704-715.
- 2 Polson A, et al. Antibody-drug conjugates targeted to CD79 for the treatment of non-Hodgkin lymphoma. *Blood* 2007;110:616-623.
- 3 Dornan D, et al. Therapeutic potential of an anti-CD79b antibody-drug conjugate, anti-CD79b-vc-MMAE, for the treatment of non-Hodgkin lymphoma. *Blood* 2009;114:2721-2729.
- 4 Schrama D, et al. Antibody targeted drugs as cancer therapeutics. *Nat Rev Drug Discov* 2006; 5:147-159.
- 5 Francisco JA, et al. cAC10-vcMMAE, an anti-CD30-monomethyl auristatin E conjugate with potent and selective anti-tumor activity. *Blood* 2003;102:1458-1465.
- 6 Beck A, et al. Fourth World Antibody-Drug Conjugate Summit. *Mabs* 2012;4:637-647.
- 7 Sehn LH, et al. Polatuzumab Vedotin (Pola) Plus Bendamustine (B) with Rituximab (R) or Obinutuzumab (G) in Relapsed/Refractory (R/R) Diffuse Large B-Cell Lymphoma (DLBCL): Updated Results of a Phase (Ph) Ib/II Study, ASH 2018, постер презентација 1683.
- 8 Pott C, et al. Minimal Residual Disease Response at End of Induction and during Maintenance Correlates with Updated Outcome in the Phase III GALLIUM Study of Obinutuzumab- or Rituximab-Based Immunochemotherapy in Previously Untreated Follicular Lymphoma Patients, ASH 2018, постер презентација 396.

**Д-р Мартин Ивановски,
Универзитетска клиника
за хематологија, Скопје**

Фаза III GALLIUM студија на obinutuzumab - или rituximab- имунохемотерапија кај претходно нетретирани пациенти со фоликуларен лимфом: Корелација на минималната резидуална болест на крајот на индукција и во тек на терапија на одржување со исходот од лекувањето

GALLIUM е фаза III клиничка студија која се спроведува во Европа каде што претходно нелекувани пациенти со фоликуларен лимфом се рандомизирани да примат обинутузумаб во комбинација со хемотерапија (CHOP, CVP или bendamustine) или rituximab во комбинација со CHOP, CVP или bendamustine, а потоа пациентите кај кои е постигнат клинички одговор биле лекувани со терапија на одржување со истото антители во текот на две години.

Минимална резидуална болест (Minimal Residual Disease, MRD) е следена во текот на индукциониот третман (циклус 4) во периферна крв (ПК), и на крај на индукциониот третман во ПК и аспират од коскена срцевина (КС), на секои 4 месеци во текот на терапија на одржување во ПК и на секои 6 месеци во периодот на следење во ПК. Отсуство на MRD е дефинирано како негативен наод на реверзна квантитативна полимераза верижна реакција (ПК-ПВР) и негативен наод на последовна вгнездена ПВР. Медијаната на следење била 57 месеци. Презентирани биле ажурирани податоци од периодот на следење, во однос на периодот без прогресија на болеста, стапката на конверзија од MRD негативен во MRD позитивен статус, и исходот на болеста кај MRD позитивните пациенти.

Претходно публикуваните резултати покажуваат дека кај пациентите кои биле лекувани со obinutuzumab, процентот на MRD негативни пациенти е значително повисок во однос на групата лекувана со rituximab

(92,6 наспроти 85,2%, $p=0.0034$). Пациентите кои биле MRD негативни на крајот на индукциониот третман имале подолг период без прогресија на болеста, независно дали примале obinutuzumab или rituximab. Кај значително поголем процент на пациенти кои биле на терапија со obinutuzumab и биле MRD позитивни на почетокот на терапијата на одржување дошло до конверзија во MRD негативни (92% наспроти 78%), конверзијата е забележана во текот на првите 4 месеци. Постигнувањето на MRD негативен статус значи подолго време на преживување без прогресија на болеста, без оглед на тоа која биолошка терапија се користела. Процентот на пациенти кои останале во ремисија во групата која примала obinutuzumab е 67%, наспроти 63,2% во групата која примала rituximab. Кај 11,4% од пациентите лекувани со obinutuzumab дошло до прогресија на болеста, наспроти кај 15,5% од групата која примала rituximab.

Студијата GALLIUM го потврдила ставот дека постигнувањето на MRD негативен статус е важна терапевтска цел кај пациентите со фоликуларен лимфом и резултира со подолго време на преживување без прогресија на болеста. MRD негативитет може да се очекува и во првите 4 месеци во терапијата на одржување. Следењето на MRD е корисно во процената на ризик од манифестен релапс.

Презентер: Pott C, апстракт 3938

Испиражувања

ПРОФ. Д-Р ВЕСНА ПАНОВСКА-ГРИВЧЕВА, НАГРАДЕНА СО МЕЃУНАРОДНО ПРИЗНАНИЕ

Откривме 4 мутации на ХАЕ кои ги има само во Македонија

СТЕ ЧУЛЕ ЛИ ЗА ХЕРЕДИТАРЕН АНГИОЕДЕМ (ХАЕ)

ШТО Е ХАЕ? - Мутација во генот кој го контролира создавањето на еден крвен протеин наречен ЦД1 инхибитор. Како резултат на генетскиот дефект, се создава неадекватен или неадекватен ЦД1 инхибитор. Тоа влијае врз калеманите и поттикнува ослободување на течност од нив кои опкружуваат ткивото, при што се произведува отокот.

30% Сиртноста како резултат на овие напади

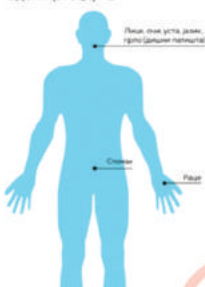
Трение на отоците: **2 - 5 дена**, но исто така е можно да се јават и повторливи епизоди на отоци.

50 000 Преваленца?

20%

ТОД НОВИ ДОСТУПНИ ИДЕНТИФИКАЦИИ НА ХАЕ НАПАДИТЕ НАМААТ СЕКОЈ ДЕН ИСТОРИЈА НА ДОВЕДЕНА НАПАД НА ПАЦИЕНТИТЕ СО ПОСЛЕДСТВИИТЕ НА ЗАНАЕМНО

СИМПТОМИ НА ХАЕ:
Едеми (отоци) на



ВНИМАНИЕ!

Откот на грло (дишните патишта) може да предизвика смрт со гушење. Потребна е итна медицинска грижа и администрирање на лек веднаш што дојде до појав на симптом. Отоците на стомак може да предизвикаат огромна болка, лошење, повраќање и дијареја. ХАЕ нападите НЕ се предизвикани од алергиски реакции. Поради тоа антихистаминици, кортикостероидите и епинефринот не се ефикасни ни соодветен третман за ХАЕ.

И двата пола може да се погодени од ХАЕ



Според проф. д-р Весна Пановска-Гривчева, многу е битно лекарите навреме да ја препознаат болеста, оти често се меша со алергиски реакции

(Фото: ХАЕ Македонија)

Херeditарен ангиоедем (ХАЕ) е ретка генетска болест, која се манифестира со ненадејна појава на отоци насекаде по телото. Болеста не се лекува, но постоечката терапија им помага на пациентите да ги намалат отоците, бидејќи тие може да се јават надворешно, но и внатрешно во организмот, во стомакот, во грлото и дишните патишта и пациентот да почине

Отривањето четири нови генетски мутации на ретката болест херeditарен ангиоедем (ХАЕ), кои ги нема на друго место освен во Македонија, ѝ го донесе првото место на Меѓународните медицински награди во областа на пулмологијата и алергологијата на проф. д-р Весна Пановска-Гривчева, имунолог и алерголог од Клиниката за кожни болести во Скопје. На доделувањето што се одржа на 29 ноември во Сараево, таа наградата за исклучителност во клиничките истражувања ја доби во силна конкуренција од пулмозози и алерголози од Австрија, Унгарија, Србија, Словенија, Хрватска и други земји.

Херeditарен ангиоедем (ХАЕ) е ретка генетска болест која се манифестира со ненадејна појава на отоци насекаде по телото. Болеста не се лекува, но постоечката терапија им помага на пациентите да ги намалат отоците, бидејќи тие може да се јават надворешно, но и внатрешно во организмот, во стомакот, во грлото и дишните патишта и пациентот да почине.

Д-р Пановска-Гривчева за САКАМДАКАЖАМ.МК вели дека со ова нивно откритие всушност докажале дека пациен-

тите со ХАЕ се ретки меѓу ретките. Објаснува како дошле до откритието, што тоа ќе значи за натамошниот третман на пациентите, што е иднината на третманот на оваа ретка болест, како и кои се предизвиците со кои секојдневно се соочуваат и лекарите, но и пациентите.

„Откривме четири нови мутации со имуногенетскиот мапинг што го направивме и на наше изненадување овие мутации ги нема на друго место освен во Македонија. Тие мутации се карактеристични за македонските пациенти. Такви нема ниту во Грција, ниту во Србија, ниту во Хрватска, ниту во Словенија. За Босна и Албанија не можам да кажам, оти таму немаат направено ваков мапинг. Но, можам да кажам дека такви нема ниту во Унгарија, ни во Германија, ниту во Франција, ниту во европските земји“, вели д-р Пановска-Гривчева.

Имуногенетската анализа направена за пациентите со ХАЕ во европските земји покажала дека мутациите на болеста се прилично хомогени, односно дека мутациите кај пациентите се помалку на број и во рамки на она што е веќе опишано во медицинската литература.

„Кај нашите пациенти се нови мутации, кои првпат ги сретнуваме и во целиот регион се единствени, нема ни еден друг пациент со таква состојба. Она што е важно е дека се дефинирани мутациите, при што во првиот случај клиничката слика на болеста се манифестира уште рано, и пациенти кои се носители на мутациите, а кај кои клиничката слика очекува да се појави подоцна во текот на животот. Во вториот случај се очекува да има поблага клиничка слика, но оваа болест е многу непредвидлива и за втората сме претпазливи да дадеме дефинитивна проценка, додека во првата е јасно дека го карактеризира раниот почеток на болеста“, вели д-р Пановска-Гривчева.

Мутациите се јавуваат уште кај фетусот додека е во утробата на мајката. Истражувањата покажале дека има и пациенти кои се носители на мутациите, но кај нив никогаш не се манифестирала болеста, односно тие се само носители на генетските мутации. Но, има и такви пациенти кај кои првпат се јавува болеста, без оглед на тоа што никој во семејството претходно ја нема.

Таа вели дека при анализата се воделе од истражувањето на проф. д-р Борче Георгиевски од Клиниката за хематологија направено пред неколку години, со ХЛА типизацијата на пациентите со хематолошки болести и сличноста со останатите пациенти.

„Одевме на логиката меѓу нашата историја и ХЛА регистрите дека во суштина најсродни до геномот на македонските жители се жителите од одредени региони во Израел, во одредени региони во Италија и во одредени изолирани острови како што е Крит во Грција. Според ова истражување на проф. д-р Георгиевски, генетски сме најслични со овие жители. Водејќи се од тоа истражување, мислев дека ќе имаме слични или идентични мутации како што се тие во опишаните земји. Но, не беше така. Потоа се свртевме кон регионот Србија, Словенија, Хрватска, каде има направено имуноапинг. Таму имаше одредени сличности како кај пациентите во Македонија, но имаше комплетно нови мутации и требаше да се покаже дека тие се функционални мутации, што го направивме со помош од колегите од универзитетот во Љубљана, како и со професор Конрад Борг од Мајнц, Германија и професор Анастасиос Герменис од Грција. Мутациите што ги најдовме се послучни со оние што постојат во бившите југословенски републики, отколку со оние што се опишани во истражувањето на проф. Георгиевски. Овие мутации ги нема ниту во Германија, ниту во Италија, ниту во Франција“, вели д-р Пановска-Гривчева.

Таа вели дека на македонските пациенти со единствена генетска мутација на ХАЕ постојната терапија им делува добро, но дека иднината за третман на болеста е во индивидуализиран пристап.

„На третиот од пациентите постојната терапија им делува, но ние одиме кон индивидуализирани третмани. Тоа не може да се случи за многу брзо, тоа не е нешто што за година-две би го очекувале. Но, во престојаната декада може да се очекува индивидуализиран третман на терапијата да биде поддршка за животот“, вели д-р Пановска-Гривчева.

Во светот сега постојат шест лека со кои се делува на симптомите на болеста, а нашите пациенти примаат само два од нив. Постоечките лекови, всушност, го надоместуваат Ц1 инхибиторот, кој организмот не го создава или не го создава во доволна количина или пак го создава, но тој не е функционален.

„На чекор сме до терапија која би овозможила да се делува за инхибирање на одредени медијатори пред да се појави нападот, и насоките на медицината за ова поле се потенцијално воведување венска терапија. Но, сè уште нема регистрирани лекови и многу е рано да се зборува“, вели д-р Пановска-Гривчева.

Во регистарот за ретки болести во Македонија бројот на пациенти со ХАЕ е мал, иако според д-р Пановска-Гривчева, претпоставка е дека има од 20 до 40. Најголем број пациенти доаѓаат од Источна Македонија, односно од Штип, Берово, Пехчево, Делчево, но има и пациенти од Радовиш, Тетово и Скопје. Таа вели дека често болеста се меша со алергиска реакција и дека многу од пациентите со години остануваат недиагностицирани.

„Не секој оток е алергиска реакција и кога пациентот по четири недели не реагира на лековите за алергија треба да се направат испитувања за ХАЕ. Отокот кога е надворешен многу е јасна клиничката слика, потечена дланка, рака која не ја собира во раваот, нога што не ја собира во чевелот, оток на устата. Но, тој може да биде и внатрешен, на желудникот, на цревата, и тогаш има силна болка, проследена со дијареа, мачнина, потоа оток на дишни патишта и може да заврши како не сакаме. Може да се појави оток на прстот и како шумски пожар да се прошири на грлото и на душникот и пациентот да се задуши. Секоја појава на оток мора што побрзо да се лекува. Препорака е секој пациент да има најмалку два најразлични лека, бидејќи еден лек делува добро еднаш, втор пат делува другиот лек. Со многу напор на пациентите и на нас како лекари, но и со поддршка од Министерството за здравство, се приближивме до стандард за третман на болеста“, вели д-р Пановска-Гривчева.

Таа, заедно со Здружението ХАЕ Македонија и со Меѓународното здружение ХАЕ, годинава држеа серија предавања во Крушево, Струмица, Штип и други градови за полесно препознавање на болеста, но вели дека засега имаат податоци за мал број пациенти.

„Во светот има 6 регистрирани лека. Сакам да бидам оптимист да кажам барем да имаме 5 регистрирани лека. Во моментот имаме два, барем уште два да имаме. Пациентите треба да имаат можност за избор, оти тоа е еднакво на можност за живот. До пред 15 години немаше лек, сега има и државата добро да размисли да инвестира токму во генетските истражувања, бидејќи сега најново е дека има нов тип на пациенти кај кои Ц1 инхибиторот нормално се создава, нормално функционира, а болеста се јавува и поради тоа се препорачува испитување на целиот човечки геном. Вакви испитувања се прават во МАНУ, но засега тие не се покриени од Фондот за здравствено осигурување“, вели д-р Пановска-Гривчева.

Е. Бочвароска
ИЗБОР: Сакам да кажам

Современа медицина

Хемофилија А како медицински предизвик

Менаџмент на хемофилија А и современи иновативни третмански решенија

Хемофилија А е сериозно нарушување на коагулацијата каде што крвта на пациентот не коагулира соодветно, поради недостиг на факторот за коагулација VIII. Тоа доведува до тешки неконтролирани крвавења, спонтано или по лесна повреда. Повторувачките крвавења можат да доведат до тешки оштетувања особено на зглобовите. Кај нас, моментално со оваа дијагноза живеат 213 лица.

Предизвиците во третманот, следењето и контрола на хемофилија А, како и новите потенцијални иновативни третмански опции за лицата со хемофилија А беа теми на стручниот симпозиум што се одржа на 27 февруари во Скопје, а што беше организиран.

На симпозиумот, организиран од Здружението на трансфузиолози на Р. Македонија, учествуваа еминентни стручњаци од земјава и странство, лекари и здравствени

работници кои се занимаваат со хемофилија, како и претставници на организации на пациентите за хемофилија.

Хемофилија А е сериозно, вродено нарушување на коагулацијата кое се појавува поради недостиг на факторот за коагулација VIII.

Повторувачките крвавења претставуваат значаен здравствен проблем, бидејќи често предизвикуваат болка и доведуваат до хронично отекување, деформитети, редуцирана мобилност и долготрајно оштетување на зглобовите. Како додаток на влијанието врз квалитетот на живот на пациентите, овие крвавења можат да бидат и животозагрозувачки ако се случат во витални органи како што е на пример мозокот.

Д-р сци. супспец. Рада М. Грубовиќ - Растворцева од Институтот за трансфузиона медицина во Скопје и претседател на Здружението на трансфузиолози на Р. Македонија, истакна дека во светот живеат околу 160.000 лица со хемофилија А, годишната инциденца на нови случаи е околу 1 на 5.000 машко родени деца, додека преваленцата се проценува на околу 1 на 12.000 мажи. Околу 50-60% од лицата имаат тешка форма на хемофилија А со спонтани крвавења во зглобовите или мускулите, во отсуство на препознатлива траума. Исто така, во светот околу 70% од лицата кои живеат со хемофилија имаат ограничен пристап до профилактична терапија, додека во земјите во развој, третманот е ограничен и се применува само при итни ситуации и/или при акутни крвавења. Недостигот на пристап до третман често значи дека лицата со тешка хемофилија развиваат различен степен на инвалидитет за определено време. Ова значително штетно влијае врз квалитетот на живот на лицата со хемофилија и нивниот очекуван животен век. Според регистарот на пациенти, кај нас моментално живеат 213 лица со хемофилија А.

Во текот на симпозиумот, ас.д-р Виолета Дејанова - Илијевска од Институтот за трансфузиона медицина и прим. д-р Зорица Трајкова-Антевска од Универзитетската клиника за детски болести се осврнаа на актуелните предизвици со кои се соочуваат при менаџментот на возрасните и педијатриските пациенти со хемофилија А кај нас. Правејќи паралела со неодамна проширените и објавени 10 принципи на грижа за лицата со хемофилија во Европа, д-р Дејанова - Илијевска истакна: „Секојдневно се соочуваме со голем број на предизвици при третманот на возрасните лица со хемофилија, трудејќи се да ја унапредиме грижата за нив, но воведувањето на современа иновативна терапија претставува најголем предизвик во моментот кај нас“. Според д-р Трајкова-Антевска „треба да работиме во насока на подобрување на пристапот до безбедни и ефикасни концентрати на фактори до оптимално ниво, како и наоѓање на соодветни решенија за



менаџирање на лицата со хемофилија А и присуство на инхибитори на факторот VIII“

„И покрај евидентниот напредок во третманот и грижата за лицата со хемофилија, се уште постојат незадоволени медицински потреби, како на пример, слаба контрола на крвавења и покрај третман, ризик од развој на инхибитори на фактор VIII, товарот од интравенскиот начин на примање на лековите итн.“, укажа проф. д-р Силва Жупанчиќ - Шалек од Универзитетскиот клинички центар во Загреб, Хрватска. Во вториот дел од своето излагање таа се осврнa на податоците од клинички студии за лекот emicizumab, кој неодамна е регистриран и во Македонија. Според неа овој лек кој може да ја имитира функцијата на факторот VIII е генијално дело, бидејќи значајно ја подобрува коагулационата функција и превенцијата од спонтани крвавења. Супкутаниот начин на администрација, долгиот полуживот и високата ефикасност нуди потенцијал дека наскоро ќе се промени моменталната третманска парадигма кај лицата со хемофилија А независно од присуството на инхибитори“.

Emicizumab е рекомбинантно, хуманизирано, биспецифично моноклонално антитело кое го мимикрира дејството на факторот VIIIa преку врзување со факторот IXa и факторот X со цел активација на факторот X со факторот IXa. Ова го активира остатокот од коагулационата каскада, враќајќи ја нормалната функција на коагулација во отсуство на факторот VIIIa.

Г-дин Јосип Цетин од Загреб, лице со тешка форма на вродена хемофилија А и инхибитори, беше исто така гостин на симпозиумот. „Да се живее со хемофилија е навистина многу тешко и предизвикувачки, бидејќи сте ограничени да правите работи кои ги сакате, а и покрај тоа, речиси секојдневно имате спонтани крвавења кои ви предизвикуваат болка и онеспособеност. Но, пред 14 месеци јас започнав третман со emicizumab, и со задоволство можам да кажам дека комплетно ми е променет мојот живот и животот на моето семејство. До денес не сум имал ниту една крвавечка епизода, ниту несакана реакција, сега живеам како нормален човек и тоа е прекрасно.“ – изјави г. Цетин.

Во дискусијата, која ја водеше проф. д-р Ирина Пановска-Ставридис од Универзитетската клиника за хематологија, беше потенцирано дека хемофилија А значително влијае врз квалитетот на живот; континуираната профилакса (моментално златен стандард) овозможува најдобра превенција од крвавења и долготрајни компликации; супкутаниот начин на администрација наспроти интравенскиот би го унапредил третманот и целокупниот менаџмент и грижа за лицата со хемофилија А и друго.

Д-р Грубовиќ-Растворцева, презентираше дел од заклучоците од тајното гласање каде што 97% од присутните сметаат дека воведувањето на нивите иновативни препарати во редовна клиничка практика би ја унаредила грижата за лицата со хемофилија А, а и 98% сметаат дека овие лекови треба да се достапни во Македонија.

**Д-р сци. супспец Рада М. Грубовиќ - Растворцева,
Претседател на Здружението на трансфузиолози
на Р.Македонија**

ИСТРЖУВАЊЕ

“MMR” вакцината не предизвикува аутизам – докажува уште една студија

Наспроти фактите дека со децении постојат докази кои ја поддржуваат вакцинацијата, многумина ја избегнуваат поради страв од наводните несакни последици. Една од најчестите причини зошто некои родители одбиваат да ги вакцинираат своите деца е недокажаната претпоставка дека “MMR” вакцината (заушки, сипаници, рубеола) може да предизвика аутизам кај детето, особено кај оние од машки пол. Резултатите од истражувањето спроведено во Данска на примерок поголем од 650.000 деца уште еднаш потврдува дека ваквите претпоставки се целосно неосновани. Со истражувањето е потврдено дека нема никаква поврзност меѓу таа вакцина и аутизмот. Со ова истражување се опфатени деца родени во периодот меѓу 1997 и 2010 година, а резултатите се објавени во стручното списание *Annals of Internal Medicine*.



Слична студија е објавена и во 2002 година, во неа беа опфатени 537.303 деца во Данска, родени меѓу 1991 и 1998. године, а резултатите се идентични.

Еден од истражувачите во најновата студија, Андерс Вид, нагласува дека теоријата по која ваксините предизвикуваат аутизам упорно опстојува. „Мислам дека и движењето против вакцинирање во последних 15 година зајакна“, вели Вид. Во објавениот заклучок од истражувањето јасно се истакнува дека “MMR” вакцината не го зголемува ризикот од аутизма, не предизвикува аутизам кај чувствителни деца и не е во каква било врска со случаите на аутизма по вакцинација. Целта на ова истражување била на претходните студии, со зголмување на примерокот, да им се додаде поголемо статистичко влијание во настојувањето да се елиминираат заблудите за штетноста на “MMR” вакцината.

МАКЕДОНСКА МЕДИЦИНСКА ТЕРМИНОЛОГИЈА

Уредува: Проф. д-р Косџандина Корнеџи-Пекевска

АВТОФАГИЈА

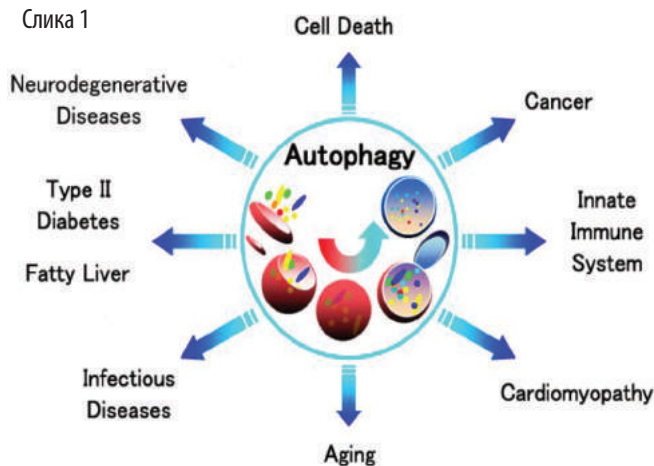
На драматургоџи Горан Сџефановски (1952-2018), големиоџи џознавач на смислаџа на збороџи

По програмираната клеточна смрт – апоптозата- чииш-то универзални пораки се уште се обидуваме да ги разбереме (Brenner, Horvitz и Sulston, Нобеловата награда за физиологија и медицина во 2002 г.), сега се соочуваме и со автофагијата, предизвик и инспирација не само за физиолозите и медицинарите, туку и за фармаколозите и терапевтите, холистите. Како оригинална парадигма за смислата на животот, преживување/опстанок, болест и умирање, автофагијата би можела да биде инспирација и за психолозите, драматурзите, филозофите, социолозите, политиколозите и многу други.

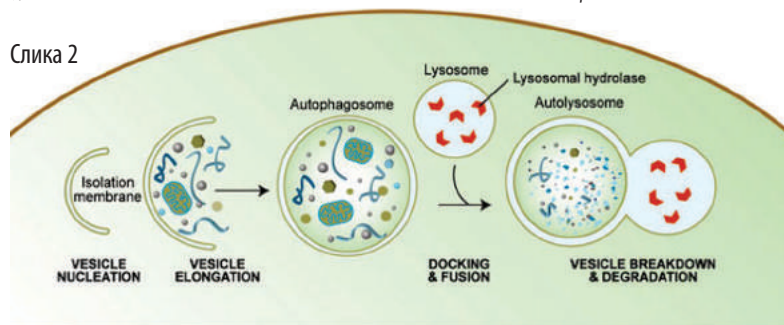
Нобеловата награда за физиологија и медицина во 2016 година ја доби јапонскиот научник Јошинори Осуми (Yoshinori Ohsumi) за расветлувањето на механизмите на кои се заснова автофагијата. Овој феномен е фундаментален процес во деградирањето и рециклирањето на клеточните компоненти. Во изминатите 70-тина години автофагијата е во фокусот на истражувањата поради потребата да се разберат суштинските процеси и смислата на себеуништувањето како неминовност за одржување на хомеостазата на клетката и организмот во целост, исто колку и во патогенезата на многу сериозни и неизлечиви болести (слика 1).

Научниците се согласни дека овој фундаментален интраклеточен процес функционира милијарди години наназад кај сите форми на клеточен живот, но последниве децении се приближуваме кон разбирање и толкување на тој процес, со амбиција да се вмешаме во модулирање на истиот за да го подобриме здравјето и животот на пациентите со тешки заболувања.

Слика 1



Слика 2



Самиот збор автофагија потекнува од грчките зборови авто, со значење „себе“ и phagein-, со значење „јадење“, што во буквален превод би значело „себе-јадење“. Почетоците на овој концепт се во 1950-тите години, исто како и за апоптозата, кога научниците најпрво забележале како клетките можат да ги уништат сопствените содржински компоненти по пат на нивно затворање во везикуларни творби - автофагозоми, кои понатаму се транспортираат во специјализирани рециклирачки делови наречени лизозоми (Christian de Duve, Нобелова за 1974г.). Во лизозомите ензимски се деградираат и дигерираат протеини, јагленороднихидрати и липиди (слика 2 и 3). Бројни тешкотии го отежнувале проучувањето на овој феномен, се до раните 1990-ти кога Осуми со серија на брилијантни експерименти, користејќи пекарски квасец, ги идентификувал есенцијалните 15 гени за автофагијата. Тогаш можел да ги расветли основните механизми на автофагијата кај квасните клетки и покажал дека слична таква софистицирана деградациона машинерија функционира и во нашите клетки.

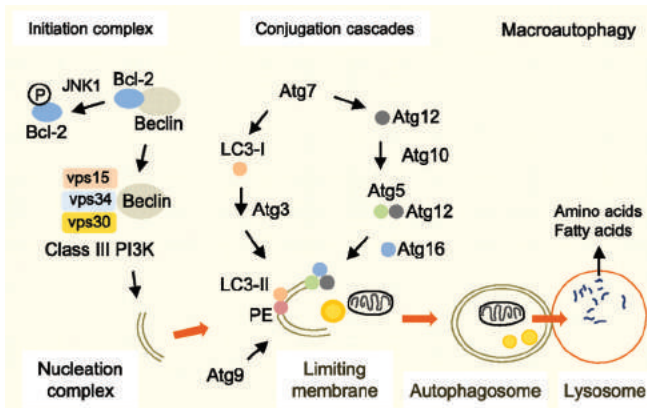
Откритијата на Осуми доведоа до сознанието и потврда како клетките ја рециклираат нивната содржина. Фундаментална е важноста на автофагијата за многу физиолошки процеси на преживување и адаптација во услови на гладување, хипоксија, оксидативен стрес, чистење од интраклеточни протеини, клеточна смрт или при инфекција - антигенско претставување. Мутацијата на автофагните гени може да причини болест, а процесот на автофагијата е вклучен и во канцерогенезата, автоимуните мултисистемски и посебно невролошките заболувања (слика 1).

Автофагијата е централна функција на сите живи клетки, важна за различни физиолошки и патофизиолошки процеси во организмот. Комплексниот интраклеточен деградацион систем на цитоплазматските конституенси се одвива во неколку чекори: секвестрација, транспорт до лизозомите, деградација и утилизација на деградираните продукти (слика 2). Автофагијата е посредувана од авто-

фагозомите и е неселективен деградациски систем, различен од убиквитин-посредуваната деградација, учествувајќи во неселективна деградација на илјадници супстрати. Истражувањата *in vivo* укажуваат дека процесот е строго регулиран, а хомеостазата на клетката е резултат на најсовршен баланс во активацијата и инхибицијата на автофагијата. Позната е сентенцата на Осуми: „Животот е состојба на еквилибриум помеѓу синтезата и деградацијата на протеините“.

Секогаш ме fascinирала етимологијата на зборот и моќта на асоцијацијата и аналогијата со феномените акцептирани со шесте човекови сетилa (метафората како шесто). Пораката што ја носи именуваниот феномен, во случајов „автофагијата“, како и „апоптозата“, е најскапоценото во научните сознанија. Интердисциплинарната комуникација, особено помеѓу научниците и уметниците од сите области, усогласувањето на вокабуларите со кои тие се изразуваат, може да родат нови идеи за решавање на „големите“ човекови проблеми. Дури и појмовно, сите базични физиолошки и имунолошки феномени се вербално изразени со социопсихолошки термини. Несогледиви се креативните можности од таквата успешна интердисциплинарна размена на знаења и искуства. И самиот Осуми при доделувањето на наградата изјавува: „Дури сега имаме повеќе прашања, отколку кога започнав“.

Слика 3



Вечен е копнежот на човекот – Homo Sapiens, не толку за бесмртност, колку за остварување на времето што Природата ни го програмирала - да ја доживееме 120-тата со квалитетно и осмислено живеење.

Ми чини посебно задоволство да ја пофалам ентузијастичката соработка на студентите по медицина: Адријан Ајрули, Сара Блажевска и Милан Димовски, коишто преку семинарските работи за испитот по дерматовенерологија, {да} го разработиме овој феномен со неговите импликации за перспективите во дерматологијата.

Едукацијата, инспирацијата и поврзувањето, е логото на Lindau Nobel Laureate Meetings упатено до младите научници уште од 1951 во средината на минатиот век.

Проф. д-р Маргарета Балабанова – Стефанова
ЈЗУ Универзитетска клиника за дерматологија

ВО САД

Откриен ген одговорен за импотенцијата

Американските научници откриле генетска варијација делумно одговорна за еректилната дисфункција со што во догледен период би резултирало со подобрување во нејзиното лекување, објави неодамна Американската академија за наука (PNAS).

“На голмиот синцир на човечката ДНК научниците детектирале посебно место на кое една генска варијација се поврзува со еректилна дисфункција. Кај мажите кои имаат една копија од оваа варијација за 26 проценти е зголемен ризикот од развиток на еректилна дисфункција во споредба со другата машка популација., додека кај оние кај кои има две копии опасноста е поголема за 59 оосто”, вели главниот автор на студијата, Ерик Јоргенсон.



Резултатите се темелат на примерок од 36.649 пациенти на калифорниската непрофитна организација “Каисер Перманенте”. Според податоците од 2007 година кои се однесуваат на САД, од еректилна дисфункција страда секој петти маж, но бројот се зголемува со возраста.

За една третина од случаите на еректилна дисфункција причина се генските фактори, а од нив околу два проценти се однесуваат на генската варијација што ја открија Јоргенсон и неговите колеги. Тие потсетуваат дека на овој машки здравствен проблем влијаат и дебелината, дијабетесот и кардиоваскуларните заболувања.

“Расположливите начини на лекување на еректилната дисфункција не делуваат кај половина од мажите кои се вклучени во третманите. Но, ако успееме да развиеме нови начини на лекување кои ќе целат на генската варијација и ним ќе може да им се помогне”, истакнува Јоргенсон.

“Јутарњи лист”

ФРАНЦИЈА - ТРЕТМАНИТЕ ПРОТИВ АЛЦХАЈМЕРОВА БОЛЕСТ НЕ СЕ НА ТОВАР НА ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ

Кој решава дали некој лек ќе биде на товар на осигурувањето?

Пациентите плаќаат за сè поголем број лекови од својот џеб. Како се одредува нивната цена? Зошто некои веќе не се на товар на Фондот? Од истражувачка лабораторија до официна, разоткривање на еден комплексен и понекогаш мрачен круг

Од 1 август минатата година ниеден лек против Алцхајмерова болест во Франција не е на товар на Фондот за здравствено осигурување. „Експертите утврдиле дека тие се повеќе штетни отколку корисни“, изјави министерот за здравство. Мерката се подготвувала веќе 10 години. Нивниот процент на „покривање“ од Фондот паѓа од 65 на 15% во текот на 20 години. Сепак, оваа официјална изјава предизвика бурни емоции кај болните, нивните блиски и кај голем број професионалци од здравството. Француското Здружение на болни од Алцхајмерова болест, како и седум друштва на медицински стручњаци, поднесоа жалба пред Државниот совет (Conseil d'Etat). Тие ценат дека одлуката е „несоодветна, неадаптирана и неоснована“. Овие лекови имаат скромна, но реална ефикасност, реагира Benoît Durand, директор на француското Здружение на болни од Алцхајмерова болест. „Впрочем, кога ние констатиравме дека хомеопатските лекови се постојано на товар на Фондот, се почувствувавме онеправдани,“. Министерот за здравство призна дека „решението хомеопатските лекови да бидат на товар на Фондот е без никаква научна процена и побара HAS (Haute Autorité de Santé - Високата управа за здравство) да се произнесе за тоа дали треба да бидат на товар на Фондот до февруари 2019 година.

Мултипли критериуми за преземање на одговорност

Има ли две тежини, две мерила помеѓу лековите анти Alzheimer и хомеопатските лекови? Кој одлучува и според кои критериуми? „Јас разбираам дека ова ги вознемирува духовите, изјави Anne d'Andon, раководител на Службата за евалуација на лековите според HAS. За да даде мислење за хомеопатските лекови, не води правичноста. Правичноста имплицира сите лекови да бидат подложени на исти ознаки и евалуирани со исти критериуми. Тие се пет на број: тежината на третираната болест, ефикасноста на активниот молекул, неговите несакани ефекти, неговиот интерес за јавното здравје и неговото место меѓу другите постојни терапии. За секој лек кој е кандидат да биде на товар на фондот, Комисијата за транспарентност, една инстанца на HAS, која ги вреднува сите пет карактеристики и така ја дефинира „Service medicale rendu“, SMR или дадена медицинска услуга која ја изразува вистинската корист на лекот. Според нејзините оценки се одлучува дали лекот е доволно од интерес за да биде земен на товар на националната солидарност (Фондот за социјално осигурување). Правилата на игра се јасни, но евалуацијата е комплексна. „Истиот секундарен (спореден) ефект, евидентно не се цени на ист начин според индикациите на активната молекула. Еден ризик од дијареа може да биде прифатлив кај една тешка болест, но не кај една бенигна болест,“ објаснува d'Andon. Сите овие критериуми потоа се здружуваат за да се даде оценка. SMR може да се оцени како значајна или важна умерена, слаба или инсуфициентна. И колку оцената е пониска, толку процентот на товар на фондот се намалува - 65%, 30%, 15% или...нула, кога оценката на SMR е инсуфициентна, како што е случај со Aricept (Donepezil), Ebixa (Memantin), Exelon (Rivastigmin) и Reminil, четирите лекови против Alzheimer.

Една уредба со варијабилна геометрија

Ова правило понекогаш страда од исклучоци или поточно од еден. Хомеопатските лекови се „покриваат“, од Фондот без да бидат евалуирани според критериумот за ефикасност или за неговите несакани ефекти. Навистина, за да се појави на пазарот, најчесто е доволно едно едноставно регистрирање или лесно добиена дозвола, без обврска да ги презентира резултатите од фармаколошките, токсиколошките и клиничките испитувања. Меѓутоа, мислењето на Комисијата на транспарентност е само едно мислење. Министерот за здравство е единствениот кој решава. Во 2016 година HAS веќе оцени дека „користа од лековите против Alzheimer е недоволна за да се оправда тие да бидат на товар на Фондот. Marisol Touraine (министер за здравство од 2012 до 2017) сепак тоа го поддржа. Политичката волја победи. Освен тоа,





истите научни податоци водат до различни решенија во различни земји. D,Andon објаснува дека „Британците доаѓаат до исти заклучоци како нас за ефикасноста на лековите против Alzheimer-ова болест, но бидејќи не се скапи, тие продолжуваат да ги земаат на товар на Фондот. Спротивно на тоа, тие не ги земаат на товар на Фондот молекулите против рак кои се многу скапи, за разлика од нас кои тоа го правиме. Економските аргументи многу натежнуваат во арбитражата. Во Франција, консумацијата на лековите е тесно поврзана со лекарските прескрипции и од тоа дали се на товар на Фондот. Автомедицијата во Франција во 2016 година претставува 13% од вредноста на фармацевтскиот пазар и е двојно помалку од европскиот просек. И според последниот барометар Harri Interactive, реализиран во септември 2018, само еден Французин на пет планира да го зголеми користењето на лекови кои „не одат на рецепт“. За производителите да се постигне лек да биде на товар на Фондот е голем влог кој ја гарантира неговата продажба. Иако оваа битка може да биде долга, тие го одбираат овој пат во 90% од случаите.

Осигурување „покрива“ повеќе од 14 500 третмани

Еден лек е на товар на Фондот 100% ако е препишан на пациент чија хронична болест е од листата на 30 афекции со долго траење (хронични болести) признаени од социјалното осигурување. Во Франција, трошоците претставуваат повеќе од 11% од буџетот (европскиот просек е 10%).

За цената и мачното и мрачно преговарање

Кога една лабораторија сугерира комерцијализација на еден лек на товар на фондот, нема слобода за одредување на цената ни на Законот за понуда и побарувачка. Нивните тарифи се фиксирани административно според стриктни прописи и според еден друг индикатор, наречен „подобрување на дадената медицинска услуга (ASMR)“. Дали лекот е подобрен во однос на постојните за третирање на една болест? Ако одговорот на Комисијата за транспарентност е позитивен, таа мора да прецизира дали тој прогрес е голем, значаен, умерен, мал или никаков. На последното ниво, бескорисно да се има надеж за продажба на лекот со иста цена, како неговите конкуренти: тој мора да биде со пониска цена. Освен терапевска вредност, се додаваат три критериуми од економска природа: обемот на претпоставена продажба, цената на лековите кои се компарабилни и медицинско-економска евалуација. Ако продуктот ризикува да чини скапо во однос на другите затоа што е иновативен или ако засега многу пациенти, се прават студии за импактот. Се споредува цената за преземање на одговорност за еден пациент со и без

лек, и се мерат заштедите. Овие економско-медицински евалуации стануваат пропис. Инстанцата која преговара со фармацевтските лаборатории се вика Економски комитет за здравствени производи (Ceps). Треба да се усогласат, меѓу другите, амбицијата на политиката за пристап кон грижата за квалитет, барањето за принудниот буџет на осигурувањето за болест и поддршката на индустријата на полето на здравството. Преговорите се жестоки. Цената на реалното производство, како и инвестициите за истражување и развој имаат мало влијание. Единствено, ефикасноста на еден лек може навистина да доведе до зголемување на неговата цена. „И за среќа, како што вели Eric Baseilhac, директор во Leem (синдикат на фармацевтската индустрија), „ако не е така, ова би поттикнувало да се пуштаат на пазарот лекови кои се најрентабилни, но не и иновативни.“. Кога Ceps и лабораториите се согласни за цената, започнува најмрачниот дел од преговорите. Всушност, официјалната цена, онаа врз основа на која на корисникот му се врши исплата (му се враќаат целосно или делумно парите од страната на Фондот за осигурување што претходно ги дал за лекот) е повисока од онаа која Фондот ќе ја даде на фармацевтската лабораторија. Колку обемот на предвидените продажби е позначаен, толку ние ќе можеме да постигнеме поголем попуст од страна на фармацевтската лабораторија, објаснува Maurice Pierre Planel, претседател на Ceps. Само зголемениот вкупен износ на попустите постигнати од страна на социјалното осигурување е пред јавноста. Дури и парламентарците кои треба да го изгласаат годишниот буџет на социјалното осигурување мораат да се задоволат со таа парцијална информација. Потоа, ако обемот на реалната продажба се повисоки од предвидените, фармацевтските лаборатории мораат да отстапат дел од своите добивки на осигурувањето. Но, според финансискиот извештај за 2017 година, вакви искривувања на прописите ќе бидат чести. За да станат овие практики потранспарентни, претставниците на пациентите би требало наскоро да имаат свое седиште во Ceps. Министерката за здравство, Agnes Busyn, изјави во септември дека ќе се ангажира оваа мерка да биде ефективна во најкраток рок.

Иновациите сè поскапи

Овој систем на пристап на ставање на лек на товар на Фондот и фиксацијата на цената функционира веќе дваесет години. Но, предизвикува сè повеќе критики. Неговите недостатоци особено се појавија во 2014 година при спогодбата за продажба на лекот Sovaldi. Овој лек врши ерадикација на вирусот на хепатитис Ц во 90% од случаите. Но, излекувањето со овој лек чини многу – 57 000 евра, за комплетен третман во траење од 12 седмици. Многу скапо за осигурувањето! Од Ceps преговараа со лабораторијата „Gilead“ и постигнаа цена од 41 000 евра. За здруженијата како Лекарите на светот, тоа е многу скапо. „За првпат во

Годишно 86 евра за лекови по жител

Тоа е во просек на она што Фондот му го исплаќа на секој Французин на касите на аптеките. Но, Социјалното осигурување плаќа голем дел од реалната сметката (356 евра) исто како и од меѓусебните сметки (64 евра).

Практика



историјата Социјалното осигурување беше принудено да направи рационализација на услугата, објави Olivier Maguet, одговорен за нивната кампања “Цена на лековите”. „Само болни во најтежок стадиум на фиброза имаа право на третман. Но, за да се изврши ерадикација на болеста, треба да се третираат сите !”

Во 2016 година кризата се шири и за третманите на рак. Сто десет личности од областа на здравството ги критикуваа растечките трошоци за новите лекови во светот. “За 15 години цената на лекот Glivec, за третман на миелоидна хронична леукемија е зглемена од 30. 000 на 90. 000 долари без да биде подобрена медицинската услуга (ASMR) “, велат тие. Во Франција третманот чини 40 000 евра во 2016 година. Или според Andrew Hill, кој се повика на испитувањата од областа на фармакологијата на Универзитетот од Ливерпул, неговата реална цена на фабрикација е околу 200 евра! Здруженијата на пациентите, истражувачите и здравствените професионалци имаат иста констатација - цените „летаат“, затоа што производителите ја фиксираат цената на лекот да биде колку што државата е подготвена да плати за него. Освен тоа, „истражувањата денеска се екстремни и бараат уште на почеток лабораториите да го купат патентот на активниот молекул. Тој на Sovaldi беше 11 милијарди евра”, вели Maguet. Фармацевтските лаборатории го мислат спротивното, потенцирајќи дека цените на лековите последните десет години покажуваат “ерозија” просечно од околу 30% „Новите лекови, особено оние за третман на канцер, вистина е дека имаат тенденција за пораст, се согласува Eric Baseilhac. Порастот го оправдуваат производителите со поголем терапевтски придонес од овие третмани и со мал број на засегнати пациенти. “Ако оваа иста логика се примени на други сектори, би се платил еден авион како цена на

еден живот” се спротивстави одговорниот за Лекарите на светот. Меѓутоа, моќните луѓе, производителите и здруженијата делат иста грижа за во иднина: дали е способна заедницата да ги земе иновативните лекови како свој товар. Зарем не се доведуваат во опасност принципите на основачите на осигурувањето - солидарност и универзалност ? „Дури и една цена да е праведна, ако не е одржлива, таа не служи за ништо”, резимира претставникот на производителите.

Еден систем кој го губи здивот

Појавата на два нови револуционерни третмани на најчестата леукемија кај деца укажа дека итно треба да се реформира системот. Благодарейќи на овие третмани речиси 83% од болните кои беа во терапевтски кор-сокак се најдоа во ремисија за три месеци. За Американското онколошко здружение, Kymriah и Yescarta се откритие на годината и достапни се во САД од 2017 година. Единствената пречка е цената. Во Германија, цената на перфузијата е фиксирана на 275 000 евра.

Според Maguet, нивната високата цена бара да се биде рационален. Сите размислуваат дека треба да еволуира системот. HAS достави документ на 10 јуни. Во него пишува дека треба да се продолжи да се гарантира понуда на здравје во широка смисла, финансирајќи го прогресот, рационално да се управува со општите добра и здравствените услуги. Ова управување значи дека треба да престане „покривање“ од страната на Фондот на лековите за болни од Алцхајмерова болест и тоа треба да биде следено и од други и дека продолжување со некоја терапија треба да зависи од резултатите на ефикасност кои ќе бидат видливи. Оваа форма на обврска значи до резултатите да се доаѓа со подобра евалуација на лековите .

„За многу иновативните лекови кои стигнуваат на пазарот понекогаш ни недостасуваат податоци за нивната ефикасност. Ние тоа го бараме од лабораториите “, прецизира d'Andon. Ако очекуваната медицинска терапија не се покаже ефикасна авторитетите треба да ја изземат од листата на лекови на товар на Фондот. Лекарите на светот предупредуваат за системот на привремено давање на дозволи за користење на лековите (Autorisation temporaire d'utilisation-ATU). Благодарейќи на нив, пациентите имаат пристап на иновативен третман, често животни важен, пред да добие дозвола за излегување на пазарот, но пред да се договори цената. Поради немање време, производителите сами ја фиксираат цената. HAS во тоа препознава лизгав терен, особено кога податоците во реалниот живот не се на висина на очекувањето. Меѓутоа, и тогаш цените не паѓаат. Kymriah и Yescarta, двата лека за лекување на леукемија кај децата, добија привремена дозвола за користење (ATU) во Франција во јуни (2018 година). Рчиси 35. 000 нови случаи на рак се дијагностицираат секоја година, преговарањето за фиксација на цената се објавува за најјургентните и најделикатните.

*Cecile Cumau „Ca m`interesse”,
magazine hebdomadere (France)*

Подготвила: Прим. д-р Г. З. Пировска

Листа на Фондот

85% од сите нови лекови добиле позитивно мислење од Врвната управа за здравство (HAS) и биле ставени на листата на лекови на товар на Фондот.

Аптеки

На 3.067 жители во Франција е предвидена една аптека. Од 2008 до 2018 година се затвориле 611 офисини.

ТЕСТИРАЈ ГО СВОЕТО ЗНАЕЊЕ

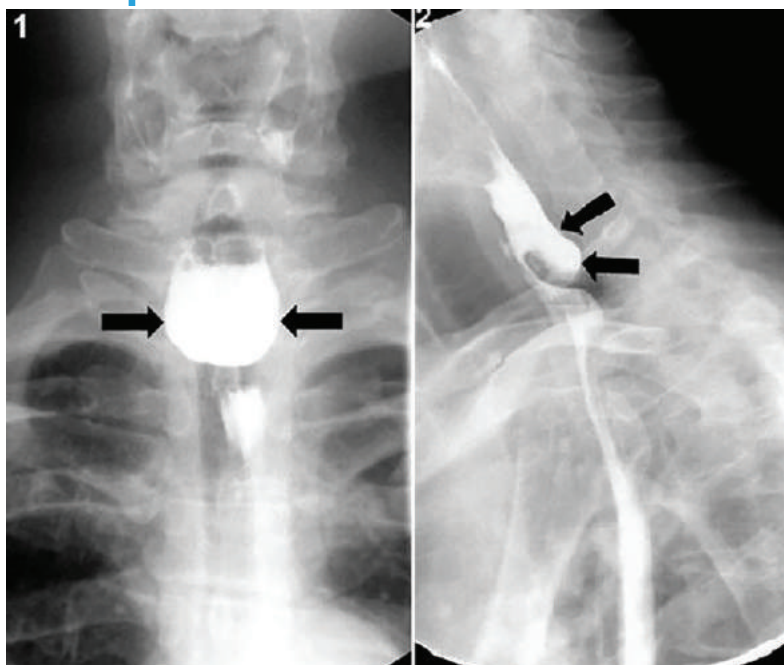
Уредува проф. д-р Катица Зафировска

Дисфагија и слабеење

Приказ на случајот: До пред една година сосема здрав 68-годишен пациент го консултира својот лекар заради пречки во голтањето кои се се` поизразени. За периодот од една година ненамерно ослабел околу осум килограми. Течностите може да ги внесува без тешкотии, но чувствува пречка во средината на вратот при голтање на солидна храна. Исто така, често се загрцнува додека јаде, има лош здив и понекогаш регургитира парченца храна за која знае дека ја внел 1-2 дена претходно. Во текот на минатата година двапати се лекувал хоспитално заради пневмонија.

При прегледот сите витални знаци се во нормални граници, на орофарингсот не се забележуваат значајни промени. На вратот нема абнормалности, не се напипуваат маси. Прегледот на градниот кош и на абдоменот, исто така, не дава отстапувања од нормалноста. Направена е снимка со бариумска каша во текот на голтање (види слика 1 и 2).

Која е дијагнозата ?



Одговор: фарингезофагеален или Zenker-ов дивертикулум.

На фронталната и латерална слика на горниот езофагус во текот на голтање на бариумова каша се прикажува испачкување на задниот ѕид на фаринго-езофагеалната спојка во која се задржува кашата. Се работи за псевдодивертикул кој се состои од езофагеална мукоза и субмукоза коишто хернираат постериорно меѓу крикофарингеус и долните фарингеални констрикторни мускули и низ ареата на потенцијална слабост означена како Killian-ова дехис-

ценција. Се мисли дека овие пациенти имаат некоординиран механизам на голтање заради што се зголемува притисокот врз мукозата и со текот на време доведува до хернијација на мукозата низ Killian-овата дехисценција.

Најчесто се јавува кај постари жени (врв на инциденцата е меѓу седум и девет деценија) и кај 98% од пациентите се манифестира со горно езофагеална дисфагија. Чести симптоми се и халитоза, регургитација на несварена храна, аспирација, звучно голтање, засипнат глас. Слабењето резултира од ограничените калориски внесување и повторуваните белодробни инфекции заради аспирација (кај околу 1/3 од болните).

Флуороскопските студии во текот на голтање на бариумова каша се главната дијагностичка постапка. Дивертикулот најдобро се гледа во профилните снимки во висина на C5-C6 вратните прешлени. Контрастот се задржува во дивертикулумот и може да регургитира во хипофарингсот. Луменот на дивертикулумот мора внимателно да се опсервира за ирегуларности или дефекти во понењето, бидејќи во мал процент на случаи може да развие сквамозен карцином. Дијагностички постапки од втора линија се КТ-скен, НМР и горна ендоскопија (со внимание ендоскопот да не влезе во дивертикулот, бидејќи може да дојде до перфорација).

Малите асимптоматски дивертикулуми се следат со мониторирање на прогресијата на симптомите. Хируршкиот зафат е индициран кај пациенти со клинички значајна дисфагија, слабеење, белодробна аспирација и рекурентни инфекции, како и со крвавечки компликации. Ратата на успешност на хируршкиот зафат (односно ослободување од симптомите) е околу 93%.

Референци

- 1 Achem SR, Devault KR. Dysphagia in aging. J Clin Gastroenterol. 2005 May-Jun. 39(5):357-71. [Medline].
- 2 Ochando Cerdán F et al. Diagnostic and treatment of Zenker's diverticulum: review of our series pharyngo-esophageal diverticula. Hepatogastroenterology. 1998 Mar-Apr. 45(20):447-50. [Medline].
- 3 Ferreira LE, Simmons DT, Baron TH. Zenker's diverticula: pathophysiology, clinical presentation, and flexible endoscopic management. Dis Esophagus. 2008. 21(1):1-8. [Medline].
- 4 Siboni S et al. Respiratory Symptoms and Complications of Zenker Diverticulum: Effect of Trans-Oral Septum Stapling. J Gastrointest Surg. 2017 Sep. 21(9):1391-5. [Medline].
- 5 Bradley PJ, Kochaar A, Quraishi MS. Pharyngeal pouch carcinoma: real or imaginary risks?. Ann Otol Rhinol Laryngol. 1999 Nov. 108(11 Pt 1):1027-32. [Medline].

Новини од медицината

ЗОШТО СПИЕЊЕТО ГО НАМАЛУВА РИЗИКОТ ЗА КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА?

Добриот сон е важен за добро здравје. Недостаток на сон го зголемува ризикот за голем број сериозни здравствени проблеми, вклучувајќи ги и кардиоваскуларните заболувања. Недостатокот на сон доведува до зголемување на инфламаторните бели крвни зрнаца што придонесуваат за појавата на атеросклерозата, додека убавиот и физиолошки сон го намалува бројот на артеријали плаки во крвните садови.

Во неодамнешна студија, генетски модифицирани глувци што развиваат атеросклероза биле изложени на повеќекратни прекини на сонот, слично на тоа што се случува кај луѓе кои постојано имаат нарушен сон заради бучава или пак болки. Иако во овој експеримент животните немале промени во однос на нивната тежина, холестеролот или гликемијата животните што имале нарушен сон развиле поголеми артеријални плаки и имале повисоки вредности во крвта на моноцити и неуротфили во – инфламаторн клетки што доведуваат до атеросклероза во нивните крвни садови.

Животните што имале недостаток на сон, исто така, имале двојно зголемена продукција на матични клетки од кои потекнуваат белите крвни зрнаца. Хормонот хипокретин, што се лачи во хипоталамусот и го регулира сонот, бил значително намален кај животните со нарушен сон. Хипокретинот, исто така, ја регулира продукцијата на бели крвни зрнаца преку интеракција со неутрофилни прогенитори во коскената срцевина. Неуротрофилите го стимулираат производството на моноцити преку ослободување на фактор наречен CSF-1. Експериментите со глувци што го немаат хипокретинот генот ја потврдиле улогата на овој хормон во контролата на CSF-1, моноцитната продукција како и на развитокот на артеријалните плаки. Така, кај животните што имале нарушен сон, намалувањето на хипокретинот довело до зголемено производство на CSF-1 од страна на неуротрофилните клетки, зголемување на моноцитите, како и забрзана атеросклероза.

Наредниот чекор е овие наоди да се потврдат и кај луѓето, и да се испитаат нивните механизми во подобрување на васкуларното здравје.

Nature 2019 doi: 10.1038/s41586-019-0948-2

ОТКРИЕНИ НОВИ МОЛЕКУЛИ ШТО ГО РЕСТАВРИРААТ ПОМНЕЊЕТО

Нови терапевтски молекули создадени во Центарот за ментално здравје во Торонто даваат нова надеж во поправање на помнењето поврзано со депресија и стареење. Овие молекули не само што многу бргу ги подобруваат симптомите, исто така и ги обновуваат мозочните оштетувања што го предизвикуваат губењето на помнењето во претклиничките модели. Овие претклинички модели имаат специфични оштетувања на мозочните клеточни GABA рецептори што имаат улога во регулирањето на расположението и помнењето во состојби како на пример депресија и стареење.

Овие новооткриени молекули се поврзуваат и ги активираат целите на рецепторите. На тој начин тие делуваат терапевтски и доведуваат до подобрување на симптомите. Молекулите се слични на бензодиазепините, класа на анксиолитици и седативи што го активираат GABA системот, но не го стимулираат.

Единечна доза на овие нови молекули во претклинички модел на стрес-индуцирано нарушување на помнењето довела до потполно подобрување по само 30 минути. Ваквиот резултат бил повторен повеќе од 15 пати. Во друг претклинички модел на стареење, помнењето рапидно било подоброено за 80% по администрацијата на новите молекули, и помнењето било слично како тоа кај млади луѓе. Ова подобрување траело два месеца со секојдневен третман.

Овие резултати се охрабрувачки со оглед дека за сега има недостаток на ефикасни лекови што го коригираат помнењето кај луѓе со деменција. Овие нови молекули може да имаат примена

особено во превенцијата или пак раните стадиуми на Алцхајмеровата болест.

Mol Neuropsychiatry 2019; doi: 10.1159/000496086

КРВЕН ТЕСТ ЗА БОЛКА

Бројот на периферни биомаркери што се во служба на дијагноза на разни заболувања постојано се проширува. Од неодамна имаме и нов тест во крвта што објективно ја мери болката. Овој тест ќе им овозможи подобро лекување на многуте болни кои се оплакуваат на болка да бидат лекувани соодветно, а не со опиоди. Стотина пациенти кои имале долготрајни болки учествувале во оваа студија и нивната крв била испитувана да се откријат биомаркери за болка и интензитетот на болката. Предноста на овој тест е и во тоа што овие крвни биомаркери може да се применат заедно со база на лекови за да се идентификува профилот на лекот што е соодветен за лекувањето на болката. Оваа студија истовремено ја отвора можноста за примена на прецизна медицина во лекувањето на болката.

Откриените крвни биомаркери не само што може да помогнат да се одбере најсоодветниот лек за соодветната болка и интензитетот на болката, туку може и да предвидат кога некој може да развие болка во иднина. Ова ќе помогне да се предвиди дали човекот ќе има хронична, долготрајна болка и повеќетрајни посети на ургентните центри.

Mol Psychiatry 2019; doi: 10.1038/s41380-018-0345-5

ПУШЕЊЕТО ГО ОШТЕТУВА И ВИДОТ!

Долгогодишното хронично пушење од 20 цигари/ден и повеќе има детраментален ефект врз видот, особено спацијалната визија, како и препознавањето на бои. Во оваа студија биле вклучени 71 здрави возрасни луѓе кои пушеле помалку од 15 цигари во текот на целиот свој живот, и 63-мина кои пушеле над 20 цигари дневно, биле зависни од цигарите, и никогаш не се обиделе да престанат да пушат. Сите учесници во оваа студија биле на возраст од 25 до 45 години и имале нормален вид мерено со стандардни визуални мерки.

Учесниците биле испитувани за нивната способност да разликуваат контрастен визуален интензитет (на пр. суптилни разлики во сенки) и бои. Сите иследувања биле направени со испитаниците оддалечени од 50 см монитор на којшто се прикажувале стимулите и на растојание од 150 cm од мониторот. Научниците ги мониторираше двете очи.

Резултатите укажуваат дека постои значителна разлика во препознавањето на црвено-зелените и сино-жолтите бои кај пушачите, што потврдува дека консумирањето на невротоксични супстанции, како тие што се наоѓаат во цигарите, доведува до нарушувања на видот за бои. Исто така, пушењето ја намалува способноста да се препознаваат контрастни сенки и бои, што не е случај кај луѓето кои не пушат.

Оваа студија ги проширува веќе познатите штетни ефекти на пушењето како на пр. намалување на дебелината на сивата маса во мозокот и оштетувања на фронталните мозочни функции. Претходни студии укажале дека долготрајното пушење двојно го зголемува ризикот за развивање на макуларна дегенерација, и појавата на жолтење на очната леќа и воспалителни процеси. Но, ова е прва студија што докажува дека пушењето има влијание и врз визуалната дискриминација и намалувањето на визуалната перцепција. Еден потенцијален механизам за ова може да е оштетувањето на васкуларниот систем, што доведува до оштетување на крвните садови и неврони во ретината.

Научниците истакнуваат дека овие наоди треба да се земат предвид кај луѓе што многу пушат, како на пр. менталните болни, луѓе изложени на стрес или пак тие што го имаат инкорпорирано пушењето како дел на нивниот животен стил.

Psychiatry Res 2019; 271: 60 doi 10.1016/j.psychres.2018.11.024

МАРКЕТИНГОТ ВО МЕДИЦИНАТА БЕЛЕЖИ ЗНАЧИТЕЛЕН ПОРАСТ

Најмалку 30 милијарди долари е сумата што годишно се потрошила на медицински маркетинг во Америка во

2016 година, што е повеќе од 18 милијарди долари од она потрошено во 1997 година. Целта на ова истражување била да се утврди како потрошувачката за маркетинг на лекови се има променото во текот на 20 години период, и се базира на преглед на литература, информации добиени од индустрија, како и државни и недржавни институции. Најголемиот пораст во трошоците се должи на директно огласување на фармацевската индустрија до потрошувачите, што се зголемило од 2.1 милијарди долари (11.9% од вкупната потрошувачка во 1997 година) на 9.6 милијарди долари (32%) во 2016 година. Но, старите начини на маркетинг сèуште се применуваат – 97 милиони долари во 2016 година се потрошени на плаќање на лекари. Лабораториското тестирање е нов начин на огласување, 64% од директното огласување кон потрошувачите во 2016 г. било да се убедат потрошувачите да се согласат на генетско тестирање, за причини што не се поврзани со промовирање на здравје и превенција на болести. Оваа студија поттикнува размислувања за улогата на маркетингот и обликувањето на јавното мислење, како и влијанието врз државните препораки, Иако давачките кон лекарите се навистина мали во споредба со останатите трошоци, сепак го наметнува прашањето за нашиот интегритет кога ги препорачуваме или, пак, препишуваме лековите.

JAMA doi:10.1001/jama.2018.19320

ДНЕВНА ДОЗА НА АСПИРИН ЗА ЗДРАВИ ЛУЃЕ?

Дали здравите луѓе треба да земаат аспирин? Ова е често поставувано прашање, а одговорот лежи во неодамнешната мета анализа базирана на 13 студии со вкупно 1.664.225 луѓе кои немаат кардиоваскуларно заболување. Средната возраст на учесниците била 62 години. Тие биле следени во текот на најмалку една година, а нивниот кардиоваскуларен ризик при започнувањето на студијата бил 9.2%. Резултатите од оваа мета анализа потврдуваат дека аспиринот го намалува ризикот на кардиоваскуларни заболувања (потребни-

от број за лекување 265), но го зголемува ризикот на клинички сигнификантни крвавења (потребен број за штетни влијанија 210) во споредба со луѓе што биле или на плацебо, или пак не земале аспирин. Овие податоци го даваат и одговорот на прашањето: ако 1,000 здрави луѓе земаат дневна доза на аспирин, околу 4 од нив ќе имаат бенефит во однос на превенција на кардиоваскуларни заболувања, а сличен број ќе развијат сериозни крвавења. Иако овие бројки не земаат во предвид други можни бенефити од аспиринот, како на пр. превенција на малигни заболувања, заклучокот е дека аспиринот нема некои позначајни бенефити за кардиоваскуларните заболувања доколку се зема редовно.

JAMA doi:10.1001/jama.2019.20578

ШТО ПОМАГА КАЈ ОСТЕОАРТРИТИЧНА БОЛКА НА КОЛЕНОТО?

Многумина постари луѓе доаѓаат кај своите матични лекари поплакувајќи се на болки во коленото предизвикани од остеоартритис, а лекарите немаат многу што да им препорачаат. Неодамнешна мета анализа и систематски преглед на литературата базиран на 33 фармаколошки интервенции што вклучиле 22,037 луѓе со остеоартритис на колената ги резимирала наодите презентирани во 47 рандомизирани клинички студии, кај коишто лекувањето се одвивало за време од најмалку 12 месеци. За жалост, заклучоците се многу поразителни – ниеден од испитаните препарати не покажал значителни подобрувања во однос на плацебо лекаствата, вклучувајќи ги и двата лека за коишто најчесто се мисли дека ја подобруваат болката, celecoxib и glucosamine sulfate.

JAMA doi:101001/jama.2018.19319

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

Нова градска болница во Анкара-инвестиција од над милијарда евра

ТУРЦИЈА



Претседателот на Република Турција, Реџеп Таип Ердоган, на почеток на март отвори една од најголемите градски болници во светот, во Анкара, главниот град на Турција, како еден од неговите мега проекти, кои ги одбележаа неговите 16 години власт.

Изградбата на новата градска болница во Анкара чини околу милијарда евра, екипирана е со 3.810 кревети и е сместена на површина со големина на околу 100 фудбалски игралишта. Критичарите од здравствениот сектор на политиките на Ердоган велат дека големината на овој комплекс ќе предизвика логистички проблеми.

Големите градежни проекти во оваа земја го подобрија квалитетот на живот за милиони лица во Турција, а дел од нив предизвикаа реакција заради нивните претерани трошоци.

Ердоган изјави дека оние кои се противат на ваквите болници се всушност против сите големи проекти, кои ги реализираа неговите влади.

Анкара планира да изгради 30 болници, користејќи го моделот на јавно-приватно партнерство, а Ердоган изјави дека таквите големи капацитети може да обезбедат комплетна здравствена грижа во еден комплекс.



Според агенциски извештаи неколку болници во престолнината на Турција се затворени или почнуваат да се затвораат и ги пренасочуваат пациентите во новата Градска болница на Анкара, а во новиот комплекс е во тек инсталирање на опремата.

Критичарите велат дека големината на болницата ја отежнува контролата врз ширењето инфекции, а големата оддалеченост во рамки на комплексот ќе биде штетна за услугите на пациентите и за работата на медицинскиот персонал. Турската лекарска асоцијација (ТТБ) соопшти дека испратила допис до Министерството за здравство со детали за нивната загриженост, но сè уште немаат добиено одговор.

-Истражувањата покажуваат дека за централните болници е докажано дека се нерентабилни и негативно влијаат на јавното здравје, рече шефот на ТТБ, Синан Адиаман, за Ројтерс.

Европските градови од поодамна преферираат изградба на неколку помали болници, и во голема мера и напуштена определбата за големите модели, појаснува тој, додавајќи дека е невозможно владата да направи краток или долгорочен профит од новите болници.

-Внимателно треба да се организирате, да ги планирате, да ги поместите работите наоколу за да го пронајдете вистинскиот пат. Ова не се работи што ги правите додека гледате некои популистички, политички придобивки. Здравјето е многу сериозно прашање, посочи Адиаман.



СБ ги пофали реформите во здравството

Здравството во Србија и во иднина ќе може да смета на Светската банка како партнер посебно во набавката на нова дијагностичка опрема и унапредувањето на квалитетот на работењето затоа што сите досегашни проекти се успешно спроведени, оцени Тања Дмитраченко, менаџер за здравствениот сектор на Светската банка за Европа и Централна Азија, ико, како што истакна таа, во српското здравство може уште многу да се направи, а “Србија сега претставува пример на добра практика за другите држави, посебно за оние во регионот”.

На средбата со министерот за здравство, Златибор Лончар, Дмитраченко исткна дека во српското здравство гледа големи можности, со потсетување дека Светска банка и помага на Србија да го зајакне својот здравствен систем.

“Владата постигна исклучителни резултати, меѓу кои се воведувањето на централизираните набавки на фармацевтски производи во јавните болници и аптеките, што е претпоставка за значителна заштеда на средства кои потоа може да бидат реинвестирани во здравствениот систем, како и воведувањето на електронски рецепт”, нагласи Дмитраченко.

Министеот Лончар истакна дека зедничка е оцената дека досега е многу направено, бидејќи со помош и поддршка на Светската банка, меѓу другото, се обезбедени шест линеарни акцелератори, но дека има многу простор соработката да биде уште поефикасна, посебно кога станува збор за плановите за набавка на нова дијагностичка опрема, како што се скенери и апарати за магнетна резонанца.

Со воведените новини во системот, како што се е-рецепт и

СРБИЈА



е-терапија, пациентите не мора секој месец да одат кај избраниот лекар само за да им препише терапија, туку тоа може да го прават на шест месеци. Тоа, во исто време, ги намали и трошоците за лаковите за незаразните болести, односно за хроничните пациенти.

“Србија оди во добар правец во смисла на утврдување на плаќање на услугите според квалитетот во јавните болнички установи, а се направени придвижувања и во плаќањето на услугите во примарната здравствена заштита, односно и тие ќе се плаќаат според квалитетот”, истакна претставничката на Светска банка.

„Вечерње Новости“

Процентот на вакцинираните падна под 50 отсто

На Босна и Херцеговина поради малиот процент на вакцинирано население, и се закнуваат болести на кои многумина веќе заборавиле, како што се детската парализа, магарешката и големата кашлица, руболата, заушките... На ваквата опасност предупредува д-р Аида Питиќ, епидемиолог од Заводот за јавно здравство на кантонот Сараево. која истакнува дека тоа е последица на тоа што процентот на вакцинирани е паднат под 50 проценти. Според препораките на Светската здравствена организација, процентот на вакцинирани мора да е најмалку 95 отсто за населението да биде заштитено од овие болести.

-Со зголемувањето на бројот на невакцинираните се зголемува процентот на чувствителната популација и затоа е отворена заканата болеста да се јави во епидемиска форма, предупредува д-р Питиќ.

Според неа, за жал, голем пробелм е тоа што родителите избегнуваат да ги вакцинираат децата. Само вакцинираното дете е заштитено, односно ако најмалку 95 проценти од децата се вакцинирани имаме т.н. колективен имунитет, односно вирусот нема да биде способен да кружи меѓу населението. Со вака малиот опфат во имунизацијата болеста има простор за ширење. Таа наведува дека токму од тие

причини бројот на заболени од морбили во кантонот Сараево изнесува 38 случаи само во последните два месеца.

“Поаларамнтно е што децата не ни се вакцинирани од тоа дали има епидемија или не. Состојбата може да ја наречеме епидемија или ендемија, што претставува состојба на постојано присуство на болеста на едно подрачје во одреден период. Ако погледнеме во последните пет години, постојано имаме морбили во поголем или помал број”, вели епидемиологот Питиќ. Според неа, состојбата е загрижувачка, посебно во овој период на миграција на населението.

“Пристигнуваат мигранти и ако нашите деца не се вакцинирани против полиомиелитис не сме сигурни дека нема да дојдат во контакт со вирусот. Станува збор за многу сериозна и опасна по живот болест, што кај нас ја нема. Меѓутоа со ваква миграција и со незаштитеност со вакцинација може да ја имаме”, вели д-р Питиќ.

Според неа, овој регион се соочува со исклучително сложена ситуација за чие надминување мора многу да работат сите нивна на власта. Ваквото предупредување, како што нагласува д-р Питиќ, треба најсериозно да се земе предвид.

“Дневни Аваз”

Доајени

ЗА ДОАЈЕНИТЕ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ

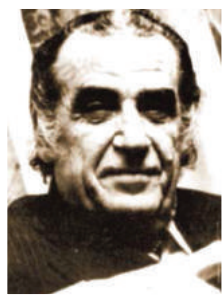
УРЕДУВА: Проф. д-р Дончо ДОНЕВ
e-mail: dmdonev@gmail.com

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 medici“ ја продолжува традицијата за расvetлување на историската улога и придонес на лекарите и групи стручњаци-наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиници и катедри во новоформираните Медицински факултети во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговото развој.

Медицинскиот факултет во Скопје, Македонската лекарска 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 новата македонска национална историја.

„Vox medici“ 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 стручно-научна литература, слики и документи за верификација на историските факти и случувања, да дадат придонес во оваа секција/рубрика со написи заради расvetлување на новата историја на медицината и оддавање должна почит и признание на првите наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.



Александар ЛАЗАРОВ,

Професор и основоположник на македонската оперативна гинекологија

„Дали оние кои ќе живеат 100 или 200 години по нас, а за кои ние го пробиваме патот, ќе не сомнуваат барем со еден збор?“
- д-р Михаил Асиров
(„Вујко Вања“ - А. П. Чехов)

Д-р Александар Лазаров е роден на 23.1.1920 г. во Кавадарци, како четврто од 4 деца (Савка, Диме, Лазар и Александар), во трговско семејство, од мајка Менка и татко Глигор Лазарови. Основно образование завршил во родниот град, а гимназија во Велико Градиште, Крагујевац и Велес. Медицинските студии ги започнал во Софија во 1941 г., а по две години го прекинал студирањето поради воените услови. По завршување на војната, продолжил и дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Белград во 1948 г. Започнал специјализација по гинекологија и акушерство во Белград, а во 1953 г. го положил специјалистичкиот испит на Клиниката за гинекологија и акушерство при МФ-Скопје. Стручноста и оперативните вештини ги надградувал во многубројни центри во Европа.

Својата животна сопатничка, Анастасија Костова од Битола, ја запознал во 1951 г. во Битола, кога престојувал и работел во Битола една година. Следната година стапиле во брак во кој се родиле две машки деца: Лазар, кардиолог, поранешен директор на Клиниката за кардиологија и редовен професор на МФ-Скопје; и Мирослав, ортопед во Клиниката за ортопедија при МФ-Скопје.

Д-р А. Лазаров бил избран за доцент во 1957 г., вонр. професор во 1963 г. (реизбран во 1968 г.) и редовен професор во 1970 г. на МФ-Скопје.

Проф. Лазаров е основач на оперативната гинекологија во Македонија. Бил директор на Клиниката за гинекологија и акушерство од 1975-83 г. Објавил повеќе од 250 стручни и научни статии.

Проф. д-р Александар Лазаров починал во Скопје на 10.1.1991 г., на возраст од 71 година.

Општествено - политичка дејност

Во општествените активности д-р А. Лазаров покажувал континуирано учество, почнувајќи од периодот на медицинските студии како раководител на економската комисија во Сојузот на студентите и член во Секретаријатот на апсолвентите по медицина на МФ-Белград. Бил учесник во НОБ од август 1944 г. како санитарен референт на 9-та бригада и на Тиквешкото воено подрачје. Во октомври 1945 г. бил демобилизиран за да ги заврши започнатите студии. Бил учесник на две работни акции како студент и лекар по два месеца: за спречувањето на маларијата во Македонија во 1946 г. и за изградбата на Нов Белград во 1948 г.; на овие работни акции е писмено пофалуван. Бил член на КПЈ од 1949 г.

Лекар хуманист, наставник и едукатор

По дипломирањето на МФ-Белград во 1948 г. и задолжителниот едногодишен стаж, д-р А. Лазаров започнал специјализација на Гинеколшко акушерската клиника (ГАК) при МФ-Белград, кај професорите Синиша Тасовац, Боса Милошевиќ, Петар Костиќ и Франц Новак. По две години, во 1951 г., по потреба на службата во Македонија,



4. Конгрес на гинеколозите и акушерите на Југославија, Скопје 1-4.10.1960 г. Од лево во првиот ред: проф. Александар Лазаров – секретар на Конгресот, проф. Миленко Берик – потпретседател на Одборот на Здружението на гинеколози и акушери на Југославија и г-ѓа Спасија Станковска

бил преместен во Битола каде продолжил со едногодишен хируршки турнус во Општата болница-Одделение за хирургија во Битола. Во март 1952 г. продолжил на ГАК при МФ-Скопје, каде што во 1953 г. го положил специјалистичкиот испит по гинекологија и акушерство со одличен успех. Веднаш потоа бил назначен за шеф на одделение во Клиниката, а следната 1954 г. бил избран за клинички асистент.

Натамошната специјализација и усовршување ги остварувал во повеќе познати центри во тогашна Југославија и повеќе европски земји. Во Воено-медицинската академија (ВМА) – Хируршко одделение во Белград престојувал 6 месеци, кај познатиот проф. Исидор Папо, каде ја проучувал анестезиологијата во служба на реанимацијата, како и некои хируршки принципи и оперативни техники во хирургијата. Потоа направил професионални посети и престои во многу центри, особено во Германија, станувајќи експерт со одлични дијагностички и хируршки вештини.

Во 1957 г. одбрал хабилитација на тема „Руптура на матката во текот на бременоста и за време на породувањето како посебен проблем на територијата на НР Македонија“ и во истата година бил избран за доцент.

Во текот на 1961/1962 г. пет месеци престојувал во Западна Германија; во Кил (проф. Филип) и Хамбург (проф. Шулиц). Потоа, два месеци бил во

Швајцарија на ГАК во Базел (проф. Колер). Во текот на 1964 г. бил еден месец на Симпозиумот по вагинална хирургија во Фиренца, Италија (проф. Ингула). Проф. А. Лазаров, како стипендист на СЗО-Копенхаген, во 1967 г. престојувал два месеца на ГАК во Хановер, Западна Германија (проф. Фовет) и Грац, Австрија, и ги проучувал проблемите на оперативната вагинална хирургија. Исто така, бил на краток престој во повеќе клиници во Поласка (Данциг, Лоѓ и Варшава), Чехословачка (Прага) и Романија (Букурешт).

Во 1963 г. бил избран во вонреден професор (реизбран во 1968 г.), а во 1970 г. во редовен професор на МФ-Скопје.

Во текот на својата близу четиридесениска лекарска дејност, особено како специјалист гинеколог-акушер и наставник, проф. А. Лазаров покажал голем интерес за својата струка и станал одличен клиничар, дијагностичар и оператор кој самостојно и со голем успех ги решавал најкомплицираните гинеколошко-акушерски хируршки зафати. Придонел за воведување повеќе нови оперативни методи на Клиниката и за разработувањето на вагиналниот оперативен пристап. Имал посебна наклоност кон оперативната гинекологија и најголем дел од работниот век поминал во раководење на оперативниот оддел на Клиниката.

Проф. А. Лазаров учествувал во реализацијата на сите форми на настава на Клиниката, како за студенти и стажанти, така и за лекари на специјализација и специјалисти. Уште како лекар на специјализација, и потоа како специјалист и доцент, проф. А. Лазаров изведувал настава по гинекологија и акушерство во Школата за акушерки и медицински сестри во Битола и Скопје. Исто така, активно учествувал, како асистент на Клиниката, во спроведувањето на практичната настава и вежби по „фантом курс“ по гинекологија и акушерство за студентите од IX и X семестар по медицина, стоматологија и вонредните студенти. По изборот во доцент се вклучил во одржувањето на теоретската настава по гинекологија и акушерство и одржување разни курсеви за подготовка на диференцирани лекари-гинеколози и акушери-педијатри.



Проф. А. Лазаров, во ГАК под шатори, непосредно по земјотресот на 26.07.1963 г.

Доајени



Проф. А. Лазаров, претседател на Организациониот одбор, и академик Михајло Апостолски, претседател на МАНУ и член на Почесниот одбор на 9. Конгрес на гинекологите и акушерите на Југославија, Скопје, 8.10.1980 г.

Проф. А. Лазаров земал видно учество, како предавач со избрани поглавја, на стручните сесии на лекарите на специјализација, младите специјалисти и на Гинеколошко акушерската секција на МЛД. Активно соработувал со наставниот и помошно наставниот персонал на Клиниката и со сите наставници во Наставничкиот совет при МФ-Скопје. Неговиот однос кон студентите и колегите бил коректен, а кон болните на голема висина и хуманост.

Проф. А. Лазаров бил претседател или член во разни испитни комисии, како што се: комисија за полагање на стручни испити за акушерки, медицински сестри и лекари, како и за специјалистички испит по гинекологија и акушерство, хирургија и др.

Иницијатор, организатор и општественик

Проф. А. Лазаров, од март 1952 г., активно учествувал во организацијата, стручната, наставна и научна дејност на ГАК при МФ-Скопје. Тој дал виден придонес за нејзиниот иницијален развој и афирмација, како и на МФ и на Универзитетот во Скопје. Една од неговите заслуги е воведувањето на современата анестезија на Клиниката, проширувањето и модернизирањето на родилните и операционите сали, шок-реанимацијата и оперативниот оддел, амбулантно-поликлиничката и ендоскопската служба и развојот на гинеколошката урологија. Сите одделенија на Клиниката што му биле доверени ги водел со големо залагање, стручност и педантност. Тој учествувал во создавањето на голем број стручњаци кои ги раководеле многубројните гинеколош-

ко-акушерски одделенија или работеле во нив во Р. Македонија, како и во формирањето на млади асистенти на Клиниката и во нивната стручна и научна надградба.

Модернизацијата на Клиниката, експанзијата на оперативната гинекологија, успешната одбрана на повеќе докторски дисертации, интензивирање на комуникациите на Клиниката со повеќе центри во СФР Југославија и завршувањето специјализација на поголем број лекари е успех на Клиниката кога проф. А. Лазаров бил нејзин управник, од 1975-83 г. Тој го подобрил снабдувањето со сите потребни инструменти, апарати и екипирање со високостручен персонал; сето тоа создавало впечаток за Клиниката како модерна и современа и придонесувало стручната работа, посебно хируршката дејност, да се извршува максимално безбедно и ефикасно.

Проф. А. Лазаров активно учествувал во многу други политички и општествени организации на Факултетот и надвор од него; бил претседател на Синдикалната подружница при ГАК, потпретседател на Синдикатот при Клиничката болница, раководител на Дебатниот клуб на МФ-Скопје, член на Советот на синдикатот при општина Идадија, член на Комисијата за заштита на мајка и дете на СРМ, на Управниот одбор на Студентската поликлиника, на Универзитетската комисија за личен доход, член на Уредувачкиот одбор на ММП и други тела во МЛД, член и претседател на Здружението на гинекологите и акушерите на Југославија (1976-80), претседател на Работничкиот совет на Клиниката, член на Ревизионата

комисија на Универзитетот во Скопје, претседател на Факултетскиот совет на МФ-Скопје во 1968-70 г.

Проф. А. Лазаров бил почесен член на повеќе домашни и странски гинеколошко-акушерски асоцијации.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Со право може да се каже дека проф. А. Лазаров е основач на оперативната гинекологија во Македонија. Со своето огромно клиничко и оперативно искуство, а имајќи можност да престојува во познатите оперативни центри во Европа, како што се Клиниките во Западна Германија, Швајцарија, Италија, Полска и Австрија, проф. А. Лазаров усвоил и пренел во Клиниката повеќе оперативни методи, како што се: операциите Labh interposition uteri, Marshall-Marchetti-Krantz, Radicalis vulvectomia, Wertheim-Meigs operation, вагинален пристап за отстранување карцином на грлото на матката и ендометриумот и др. Проф. А. Лазаров особено работел на вагиналната хирургија, па оперативното лекување по вагинален пат станало секојдневната клиничка практика. На обемниот одделенски клинички материјал, во родилните и операционите сали, проф. А. Лазаров наоѓал широко поле да ја развива стручната и научната дејност и од секојдневниот живот што го поминувал кај креветот на своите болни да дава стручна и научна интерпретација и да изведува правилни заклучоци. Многугодишното искуство со најразлични гинеколошко-акушерски оперативни зафати најчесто е предмет и тематика на неговите стручни и научни трудови, печатени во повеќе медицински списанија во СФР Југославија и странство (Полска, Италија, Грција, Романија).

Проф. А. Лазаров објавил повеќе од 220 публикации, а добар дел на трудовите се печатени во странски научни списанија. Коавтор е на југословенските учебници „Породилство“ и „Гинекологија“. Бил член на редакции на домашни и странски списанија и едииции на книги од својата струка и рецензент на најпознатиот Атлас по оперативна гинекологија од проф. Кезер и проф. Икле од Швајцарија, во Acta chirurgica Iugoslavica.

Проф. А. Лазаров бил мошне активен на конгреси и други стручни собири на републичко, југословенско и меѓународно ниво, со приказ на резултати од својата работа и тимот со кој раководел. Тој бил активен учесник на повеќе конгреси на гинеколозите и акушерите во Југославија, одржани во Љубљана (1956), Скопје (1960), Сараево (1964), Загреб (1968) и др., а на 9-от Конгрес, одржан во Скопје од 8-10.10.1980 г. под покровителство на Собранието на СР Македонија, проф. А. Лазаров бил претседател на Организациониот одбор. Исто така, учествувал на повеќето конгреси на лекарите од Македонија и на Гинеколошко акушерските (ГА) денови на СЗЛМ, почнувајќи од Првите ГА денови, одржани во Скопје од 1-2.06.1978 г., за кои проф. А. Лазаров бил претседател на Организациониот одбор. Учествовал на шест Гинеколошко акушерски недели на Српското лекарско друштво во Белград, на Југословенските симпозиуми за прематуритет во Белград и за абортуси и контрацепција во Скопје (1969). Учествовал на голем број конгреси на гинеколози и акушери во странство, меѓу нив поважни се: во Кил, Западна Германија во 1961 г.; Данциг, Полска, 1961 г.; Варшава, Полска, 1962 г.; Софија, Бугарија, 1964 г.; Лоѓ, Полска, 1965 г.; Атина, Грција, 1966 г.; Сиена, Италија 1966 г.; Букурешт, Романја, 1969 г.; Токио, Јапан, 1969 г.; Њујорк, САД, 1970 г. итн.

Покрај многубројните објавени стручни и научни трудови, проф. А. Лазаров активно учествувал во популаризацијата на гинеколошко акушерската наука, одржувајќи разни стручни

предавања на народните универзитети во Скопје, Велес, Струмица и др. градови. Соработувал во многубројни здравствени списанија како автор или рецензент на неколку рубрики за заштита на жената и посебно за исхраната на бремената жена, за гинеколошки прашања на младинките и др., во периодичните списанија и дневни весници кај нас. Повеќе од 10 години бил постојан соработник на дневните весници „Нова Македонија“ и Вечер“, во рубриката „Лекарот ве советува“ и „Интимни разговори“. Тој е автор на поглавјето за исхраната на бремена жена и леунка во книгата „Современа исхрана“, едиција „Жена и дом“.

За својата стручно-научна афирмација бил избран за почесен член на Гинеколошко акушерската секција на СЛД во Белград, како и член на Комисијата за координација на научната дејност на СФР Југославија.

Спомени, признанија и награди

Проф. А. Лазаров постигнал видни резултати во областа на гинекологијата и акушерството, како во здравствената и организациската, така и во наставната и научната работа. Стекнатите стручни знаења, вештини и искуства од работата во повеќе клиници во СФР Југославија и странство му овозможиле стручен и научен подем, кој особено дошол до израз по неговото усовршување во странство. Тој дал придонес во воведувањето на разни клинички, дијагностички и терапевтски оперативни методи на сите клинички оддели во кои работел. Поседелувал специфичен афинитет кон оперативното акушерство и гинекологија и применувал многу нови и современи оперативни методи за лекување на бенигните и малигните заболувања на гениталните органи по абдоминален и вагинален пат.

Научната дејност на проф. А. Лазаров е широка и плодна во областа на акушерството, конзервативната и оперативната гинекологија, како и во нивните гранични подрачја, со широка статистичка, стручна и научна работа. Публикувал многубројни трудови и активно учествувал на разни домашни или странски симпозиуми и конгреси. Со посебен ентузијазам и самопрегор проф. А. Лазаров успеал да се афирмира како одличен клиничар, дијагности-

чар, оператор, педагог и научник во медицинските кругови кај нас.

Стручната и општествена дејност му е призната со многу пофалби, плакети, спомен-дипломи и признанија од МФ-Скопје и СЗЛМ и Сојузот на лекарските друштва на Југославија. Носител е на Орден на трудот со златен венец (1967) за особени заслуги за развојот на Клиниката за гинекологија и акушерство и на МФ-Скопје.

Проф. Д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Димитров Г. Катедра за гинекологија и акушерство – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Години МФ-Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, 2017: 34-8.
2. Donev D, Polenaković M. Contributions of the doctors from Macedonia to the establishment and initial development of the Faculty of Medicine in Skopje, R. Macedonia. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2012;33(2): 239-77. Available at: http://www.manu.edu.mk/prilozi/2012_2/20d.pdf
3. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, Чапароски Р, Главаш Е. Развој на институциите во рамките на МФ-Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. МФ-Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.
4. Лазаров А. Поздравен говор на претседателот на Организациониот одбор. Први гинеколошко акушерски денови на СЗЛМ, Скопје, 1-2.06.1978. Зборник на трудови: 7-8.
5. Малеска-Ивановска В, Жантева-Наумоска М, уредници. 60 Години Медицински факултет, Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје: 1947-2007. МФ, УКИМ-Скопје, 1997: 192.
6. Редакција на ММП. Шеесетгодишници – проф. д-р Александар Лазаров. ММП 1980; 34(1-2):108.
7. Ристовски Б, Главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел I. МАНУ. Скопје, 2009: 812.
8. Тофоски Ј, уредник. 60 Години Македонско лекарско друштво 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.
9. Џиков З, главен и одговорен уредник. Гинеколошко акушерска клиника 1947 - 1992. МФ, УКИМ-Скопје, 1992: 249.
10. Шукаров Љ, Таџер И, Андреевски А, рецензенти. Извештај за избор на редовен професор по гинекологија и акушерство (Александар Лазаров) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 142, мај 1970: 1-19.



Проф. А. Лазаров во својот кабинет, 1983 г.

Доајени



Александар Игњатовски,

Професор и основоположник на Клиниката за интерна медицина при Медицинскиот факултет во Скопје

„Несомнено дека болниџе на Клиниката се материјал за едукација на студентите, но не заборавајте никога дека тоа се луѓе, и тоа болни луѓе, со кои морате да имате крајно внимателен, љубезен и сериозен однос“ – основна порака до студентите од проф. д-р Александар Игњатовски

Д-р Александар Јосифович Игњатовски е роден во Смоленската област, Русија, на 18.03.1875 г., во сиромашно земјоделско семејство. Гимназија завршил во Новгород и добил скромна стипендија за студии по медицина на Воената медицинска академија (ВМА) во Санкт Петербург (Петроград од 1914-24, а Ленинград од 1924-89). Дипломирал во 1899 г., докторирал во ВМА во 1902 г. и бил избран за доцент во 1905 г. Во 1908 г. се преселил и бил избран за професор на Медицинскиот факултет (МФ) во Одеса и во 1911 г. на МФ-Варшава. Во 1922 г., проф. Игњатовски бил избран за редовен професор по интерна медицина на МФ-Белград и раководел со Интерната клиника повеќе од две децении. Во Белград дошол заедно со сопругата Анастасија (Ана), Русинка, која починала во 1933 г. на возраст од само 45 г. Во периодот 1929-30 г. проф. А. Игњатовски бил декан, а во 1931-32 г. бил продекан на МФ-Белград.

Проф. А. Игњатовски бил поканет и избран за наставник и прв директор на Клиниката за интерна медицина на МФ-Скопје во 1947 г. и, во почетокот на 1948 г., заедно со неговата втора сопруга Ирина, исто така Русинка, дошол во Скопје. Покрај Клиниката за интерна медицина, тој раководел и со

Клиниката за инфективни болести до пензионирањето во 1952 г., а во академската 1954/55 г. ја реализирал наставата по инфективни болести. Тој е автор на првото издание во три тома од учебникот „Основи на интерната пропедевтика“, објавен во Скопје.

Проф. д-р Александар Игњатовски починал за време на неговото летно патување и престој во Јесенице, Словенија, на 18.8.1955 г., на возраст од 80 години. Погребот го организирала и извршила сопругата Ирина, на 22.8.1955 г., во рускиот дел на Новите гробишта во Белград (парцела 90, ред 3, гробница 6).

Лекарска и наставно-едукативна дејност

По дипломирањето, со одличен успех “magna cum laude”, на ВМА во Ст. Петербург во 1899 г., д-р А. Игњатовски со конкурс бил примен на работа во Академијата и бил избран за асистент на Клиниката за дијагностика кај познатиот проф. М. В. Јановски. Започнал специјализација по интерна медицина, а во 1902 г., одбрал докторска дисертација на тема „Промена на температурата кај трескавичните и здравите под дејство на хидротерапија“. Со државна стипендија во траење од две години, д-р Игњатовски продолжил да се усовршува во неколку најголеми клиники и центри во Германија и Франција: во Берлин кај проф. Лајден, во Хајделберг кај проф. Ерб, во Минхен кај проф. Милер и во Париз на повеќе клиники и во лабораторијата на проф. Бушард. По враќањето во ВМА во Ст. Петербург бил избран за доцент во 1905 г., и на 30-годишна возраст ја започнал својата богата академска кариера. Бил активен член и секретар на Руското лекарско друштво, кога претседател бил славниот доктор физиолог, научник и академик, и прв руски добитник на Нобеловата

награда за медицина и физиологија во 1904 г., Иван П. Павлов, кој ги открил условните рефлексии.

Во 1908 г. бил избран за вонр. професор на Катедрата за специјална патологија и терапија во МФ-Одеса, а по три години ја продолжил наставната активност во Варшава. Во 1912 г. бил избран за редовен професор и шеф на Катедрата за интерна медицина при МФ-Варшава. Во 1913 г. повторно отишол во Франција и работел една година во Пастеровиот институт во Париз.

За време на Првата светска војна се вратил во Русија и бил главен лекар во воениот санитет на Генералштабот на Империјалната царска армија и консултант на Рускиот Црвен крст на западниот руски фронт. Постојано патувал близу опасната линија на фронтот и основал Секција за борба против заразните болести, а за време на епидемијата на колера организирал лабораторија за бактериолошко истражување и изработка на вакцини во Полска и болница за заразни болести во Минск.

Во почетокот на Октомвриската револуција во 1917 г., проф. А. Игњатовски бил поставен за воено-санитетски инспектор во Петроград. Набрзо потоа се вратил на клиниката во Варшава, која за кратко време била евакуирана, заедно со Варшавскиот универзитет, во Ростов на Дон, каде што продолжил со наставната работа. Во разорот и ужасите на граѓанската војна во Русија проф. А. Игњатовски, во 1920 г., емигрирал во Кралството Југославија и работел како хонорарен бактериолог во Воената болница на Првата армска област во Белград. На 24.11.1921 г. бил избран за редовен професор и управник на Интерната клиника А, во новоформиранот МФ-Белград (стапил на работа во јануари 1922 г.). По негова иницијатива и нацрт, и по примерот на зградата на Интерната клиника во Варшава, била изградена нова зграда на Клиниката (ул. „Д-р Суботиќ“ бр. 13), која била дадена во употреба во јуни 1928 г. Во периодот 1929-30 г. бил декан, а во 1931-32 г. бил продекан на МФ-Белград. По окупацијата на Белград проф. А. Игњатовски, на 12.12.1941 г. бил пензиониран на возраст од 66 г., а по завршување на војната се реактивирал. Во 1946 г. бил пензиониран како професор на МФ-Белград, на 71 годишна возраст.



Проф. д-р А. Игњатовски, со колеги и студенти од првата генерација на МФ-Белград (1922-26), во лабораторијата на Клиниката за интерни болести, 29.3.1925 г.

Во 1947 г. бил поканет како редовен професор и директор на Клиниката за интерна медицина на МФ-Скопје. Поканата ја прифатил без двоумење и со задоволство и веднаш, со голем елан и младешки ентузијазам како пред 25 години во Белград, се зафатил со организацијата и обемната работа на Клиниката и подготовка за почнување со наставата и вежбите по интерна пропедевтика. Тој ја организирал и реализирал теоретската и, заедно со тројца асистенти (д-р Димитар Арсов, д-р Исак Таџер и д-р Ангелко Ангелковски), практична настава по интерна пропедевтика и медицина, како и за инфективни болести. Предавањата по интерна пропедевтика, во V семестар, проф. А. Игњатовски започнал да ги одржува во есента 1949 г., во импровизирана предавална, во градба, во хируршката поликлиника, во влажна и студена зачадена просторија со импровизирано греење со мала печка на дрва и јаглен, без поставен под, со покрив кој протекувал при дожд и топење на снегот. Во таквите тешки услови,

секогаш преполната сала со студенти како да му давала нова енергија на нивниот најстар и најдраг професор. Следната година, во зимскиот VII семестар на академската 1950/51 г., се одржувале предавања по интерна медицина со учество и на новоизбраниот доцент Димитар Арсов.

Најважни содржини и опсесии во животот на проф. А. Игњатовски биле пациентите и студентите, кон кои покажувал голема љубов и внимание. Главните визити што тој ги водел траеле просечно по три часа и биле вистинска школа за помладите колеги, лекари и присутни студенти, со детални прегледи и широки дискусии за болните. Проф. А. Игњатовски бил „роден предавач“ со длабока внатрешна потреба да го пренесе своето енциклопедиско медицинско знаење и богато искуство на помладите колеги, лекари и студенти. Секое негово предавање било подготвено со голема одговорност, да биде јасно, логично и концизно и, како голем ерудит, со помалку зборови да каже што е можно повеќе, согласно

девизата *Non multa sed multum*. А, самиот испит по интерна медицина за студентите се полагал пред комисија од три члена: проф. А. Игњатовски, проф. Г. Муратовски и доц. Д. Арсов.

Во 1952 г., проф. А. Игњатовски бил пензиониран како професор на Клиниката за интерни болести, на возраст од 77 години, но бил поканет и како хон. професор продолжил да одржува настава по инфективни болести во академската 1944/45 г.

Општествени и организационостручни активности

Покрај наставните и научни активности во МФ-Белград, проф. А. Игњатовски бил еден од најактивните членови и зам. претседател на Српското лекарско друштво (1922-23), а подоцна бил претседател на Рускиот научен институт во Белград (1937-41).

Клиниката за интерна медицина на МФ-Скопје, со околу 110 болнички кревети, била една од првите девет клинички воспоставени во март 1947 г. Проф. д-р А. Игњатовски, како прв директор ја предводел Клиниката за интерна медицина до неговото пензионирање, од 1948-52 г. Потоа, доц. д-р Димитар Арсов бил назначен за директор на Клиниката и шеф на Катедрата за интерна медицина, со кои раководел во периодот од 1952-1974 г.

Проф. А. Игњатовски ја организирал Клиниката за интерна медицина да работи врз современи европски принципи, со студиозна клиничка обработка и внимателна опсервација на болните, како и со водење на детална документација. Биле воведени редовни консултации и дискусии на колегиумот на лекарите во Клиниката, а започнала и постапна стручна диференцијација на лекарите. Исто така, тој ја организирал клиничката лабораторија во состав на Клиниката.

Проф. А. Игњатовски активно учествувал во работата на Факултетскиот совет и разни одбори во МФ-Скопје во кои бил член. На конгресите и на состаноците на Македонското лекарско друштво (МЛД) учествувал со серија предавања и презентации, кои секогаш го привлекувале вниманието на целиот аудиторниум. Тој ја основал и раководел со Секцијата за интерна медицина при МЛД. Бил почесен член и на повеќе



Основни на интерната пропедевтика од проф. А. Игњатовски: насловни страни на I, II и III дел

Доајени

други лекарски друштва, меѓу нив Германското здружение за интерна медицина и Здружението за проучување на крвотокот, Чешкото лекарско друштво и др.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Д-р А. Игњатовски, како млад лекар и доцент во ВМА во Ст. Петербург, покажувал голем интерес и страст кон научната работа. Притоа, тесно соработувал со проф. Јановски во експерименталните истражувања на болестите на крвните садови. За време на стручното усовршување во Париз ги објавил првите научни трудови за имунобиологијата на инфективните болести и тетанусниот токсин. Најголемото негово откритие се однесува на експерименталното предизвикување артериосклероза кај зајаци кои биле хранети со полномасно млеко и жолчка од јајца за покачување на холестеролот во крвта (со депонирање липоидни супстанции во крвните садови), а научниот труд бил објавен во Reports of the Imperial Military Medical Academy во Ст. Петербург во 1908 г. Во периодот на усовршување во Германија и Франција публикувал 5 научни труда (3 на германски и два на француски јазик) во најзначајните германски и француски списанија.

Во периодот од 1936-41 г. проф. А. Игњатовски учествувал на повеќе европски меѓународни собири во Хајделберг, Рим и Париз.

Во Белград и Скопје, покрај раководната, клиничката и наставната дејност по интерна медицина и инфективни болести, продолжил со истражувањата за одделни инфективни болести, имунобиологијата и патогенезата на артериосклерозата.

Во секоја средина каде што работел и дејствувал бил иницијатор и идеен водач за научно истражувачката работа. До крајот на својот живот бил необично активен, постојано работел и секојдневно по неколку часа прелистувал разни списанија во Библиотеката на МФ-Скопје следејќи ги најновите достигнувања на медицинската наука и практика. Бил член на уредувачките одбори на списанијата „Српски архив“ и „Македонски медицински преглед“ (1949-53).

Објавил повеќе книги и над 80 трудо-

ви со научна и казуистичка содржина во реномирани научни списанија во разни земји. Автор е на повеќе дела, меѓу нив најважни се: Клиничка семиотика и симптоматска терапија во 5 книги и две изданија од кои првото на руски (1919), а второто издание на српски јазик (1938), Основи на интерната пропедевтика, во три дела со над 1600 страни, како прв издаден медицински учебник на Универзитетот во Скопје (1952, 1954 и 1963).

Спомени, признанија и награди

Проф. А. Игњатовски повеќе од 5 децении од својот живот посветил на медицинската стручна, научна и наставна дејност во Русија, Србија и Македонија, и притоа бил учител на голем број генерации студенти и широка плејада на лекари интернисти. Тој е основоположник на интернистичката дејност во поранешна Кралска Југославија и Србија, а по Втората светска војна и во Македонија каде што ја „заорал првата длабока интернистичка бразда“ во тогаш запустеното и необработено медицинско поле во Македонија. Тој бил прв директор на клиниките за интерна медицина, и во Белград и во Скопје, поставувајќи ја основата за најголемата клиника при МФ-Скопје.

Во колективната меморија во нашата средина проф. А. Игњатовски останува како личност и наставник со сите квалитети кои треба да го красат ликот на универзитетскиот наставник – бил скромен, мил и добар човек со широка општа и медицинска култура, комуникативен и љубезен со болните, и посебно со студентите, врвен интернист, стручњак и научник од највисок ранг на своето време. Уживал углед и почитување од сите помлади колеги и оние кои го познавале и имале можност да се сретнат со него. Многу генерации студенти и лекари, кои ги слушале неговите предавања и црпеле знаења од неговите учебници, со пиетет продолжиле да зборуваат за својот учител.

Проф. Александар Игњатовски бил добитник на повеќе признанија од МФ-Скопје и МЛД, како и од МФ-Белград. И по згаснувањето на неговиот живот во 1955 г., името на професорот Александар Игњатовски продолжило силно да свети и да го осветлува полето

Блок-зграда на интерните клиники при МФ-Скопје, градена во периодот 1953-56 г.



на медицинската наука и здравствената дејност во Македонија, Србија, Русија и пошироко.

Проф. д-р Дончо Донев

ЛИТЕРАТУРА

1. Атанацковиќ Д. Проф. д-р Александар Игњатовски. Год. зборник на МФ-Скопје, 1956; Вол. III, том. III: 5-9.
2. Вељковиќ Снежана. Хроника на Медицинскиот факултет во Белград 1920-2010 – Историјат, луѓе и настани 1863-1920-2010. МФ-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, R. Macedonia. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2012;33(1): 319-46. Available from: <http://www.manu.edu.mk/prilozi/jully2012/CONTRIBUTIONS%20OF%20DOCTORS%20FROM%20SERBIA.pdf>
4. Литвињенко С. Руски лекари во Србија и Црна Гора. Српско лекарско друштво, Белград, 2007: 197.
5. Милановиќ М. Познати српски лекари. Воена печатница, Белград, 2005: 292.
6. Попов Ч, главен и одговорен уредник. Српски биографски речник, том. 4, I-K. Матица Српска, Нови Сад, 2009: 107-8.
7. Савичевиќ М. Наставници на МФ-Белград – од основањето до 1950-те, второ издание. МФ-Белград, 2003: 434.
8. Стојчевски Т. Педесет години од смртта на ветеранот на интерната медицина - проф. д-р Александар Игњатовски. Во: Глигоровски Љ, уредник. „30 години од основањето на клиниките при Катедрата за интерна медицина“. УКИМ, МФ-Скопје, 2005, 16-18.
9. Таџер И. Проф. д-р Александар Игњатовски – Основоположник на интернистичката дејност и на Интерната клиника. Vox Medici 2012; 21(75): 48-9.
10. Тофоски Ј, уредник. 60 Години МЛД, 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 40, март 2019 година

АКУТЕН ЕДЕМ НА БЕЛИТЕ ДРОБОВИ ВО ТЕК НА SECTIO CAESAREA

М. Павлова - Каровска

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 манускрипти. 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 манускриптиот 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 сиречи дисеминација на релевантни наоди, неистражени тврдења, неистражливи интерпретации 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 добра клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научно истражување и за сиекување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (неистражена) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажанието појасување и на нив гледаат како на можност да го унапредат своето знаење и да ја зголемат веројатноста за објавување на своите трудови, други се обесхрабруваат и се плашат дури и да се обидат да 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, унапредувач 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 103 од март 2019 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 мај 2019 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 2019 година.

Акутен едем на белите дробови во тек на Sectio caesarea

Д-р Марина Павлова – Каровска,

Специјална болница за гинекологија и акушерство “Мајка Тереза”, Скопје

Апстракт

Вовед: Акутниот белодробен едем претставува тешка животно-загрозувачка состојба. Инциденцата на белодробниот едем е 0,08%. Може да биде од кардиогена или некардиогена етиологија^(1,2,3,7), со акутен или супакутен тек и белодробна инсуфициенција. Историја на срцева болест кај мајката комплицира 0,03% од бременоста. Останатото се некардиогени етиолошки фактори како гестоза и прееклампсија, алергичен алвеолит, траума, сепса, шок, политрансфузиона болест, пневмонија и белодробна емболија.^(7,8)

Наш случај: Пациентка на 23 - годишна возраст примена во болница за оперативно завршување на бременоста. После рутинска анестезиолошка проценка (ASA1) одобрен зафат во регионална анестезија. Анамнестички не се добиени податоци за сериозни коморбидитети, освен алергична манифестација на увод од оса и претходен оперативен зафат на отстранување на жолчно кесе. По добивање на соодветен регионален блок и менаџирање на две епизоди на хипотензија со Phenylephrine 2x 40 µg, 0,9% NaCl 1000мл и Gelofusine 500мл. изваден е жив машки плод со АПГАР 9/10. По неколку минути се јавува вознемиреност, отежнато и забрзано дишење, употреба на акцесорна дишна мускулатура, тахикардија со хипотензија, а потоа брадикадија, пад на SaO₂ до 31% и апнеа. Пациентката е интубирана поставена на режим на контролирана механичка вентилација и реанимирана. После иницијалното стабилизирање префрлена во единица за интензивно лекување. По повлекување на симптоматологијата на белодробниот едем, екс্তুбирана. По 5 дневен третман отпуштена на домашен третман со соодветни препораки и контрола во матичната болница.

Дискусија: Третманот на белодробен едем интраоперативно бара добро увежбан тим. Препознавањето на белодробниот едем преку следење на клиничката состојба и пулсоксиметрија овозможува брза и навремена ресусцитација и го спасува животот на мајката и детето. Ехокардиографијата овозможува исклучување на кардиогениот етиолошки момент што го олеснува пристапот и третманот на овој клинички ентитет.

Клучни зборови: белодробен едем, царски рез, кардиогена и некардиогена етиологија

Вовед

Белодробниот едем претставува една од ретките но многу тешки и опасни по живот компликации посебно ако се појави при оперативен зафат во акушерството. Во светската популација кај бремените жени се јавува околу 0,08%. На кардиогена етиологија отпаѓа 0,03%, а останатите се некардиогени етиолошки фактори. Кога бременоста завршува со оперативен зафат белодробниот едем може да се јави како резултат на самата бременост при ЕПХ гестозите и прееклампсија при што етиологијата би се барала во хипертензија и хипопротеинемија. Освен тоа некардиогени етиолошки фактори се алергиски алвеолит, шок, сепса, ДИК, масивна трансфузија, траума^(1,2,4,8). Кардиогената етиологија ја сочинуваат вродените срцеви оштетувања и тоа најчесто валвуларните срцеви мани на левото срце и исхемичните срцеви заболувања. Бидејќи се работи за вродени заболувања кои се во НИНА 1 класификација, бремената жена може да не знае за нив, а бременоста посебно последниот триместар да претставува тригер за појавата на белодробниот едем^(2,12).

Белодробниот едем настанува како резултат на трансудација на течност од белодробните капилари во интерстициум, а потоа од интерстициум во алвеоли. Течноста во интерстициумот и алвеолите се нарекува интерстицијална белодробна вода. Капиларниот хидростатски и интерстицијалниот хидростатски притисок се обично во рамнотежа, како и капиларниот онкотски и интерстицијалниот онкотски притисок. Нето количината на течноста која излегува од белодробните капилари е мала, околу 10-20 ml на час, и брзо се отстранува преку белодробните лимфатици во ЦНС. Алвеоларната белодробна мембрана е обично пропустлива за вода и гасови, но не пропушта албумини и други протеини. Движење на водата од интерстициумот во алвеолите настанува кога нормално негативниот капиларен хидростатски притисок ќе стане позитивен во однос на атмосферскиот. На тоа се зголемува лимфниот проток и треба да има значително зголемена капиларна трансудација пред хидростатскиот притисок да стане позитивен.

Белодробниот едем од кардијална етиологија^(13,17), кој уште се нарекува хемодинамски, настанува при покачување на хидростатскиот притисок во капиларите. Но, белодробниот едем од некардијална етиологија настанува како резултат на зголемена пропустливост на алвеолокапиларната мембрана за други состојки освен вода и гасови односно за протеини. Диференцирањето е врз база на PCWP (белодро-

Стручни и научни трудови

бен заробен капиларен притисок). Ако тој е поголем од 18 mm Hg упатува дека хидростатскиот притисок е тој што ја движи водата од капиларите во интерстициумот и алвеолите. Протеинската содржина на течноста помага во диференцирањето на типот на белодробниот едем. Ако има висока содржина на протеини едемот е резултат на зголемена пермеабилност на алвеолокапиларната мембрана^(1,2,7,8).

Наш случај

Пациентка на 23 - годишна возраст со гестациска старост од 40 недели и 4 дена примена во болница и презентирана за оперативно завршување на бременоста поради намалена околуплодова вода т.е. Oligohydroamnion. Во дадениот период таквата состојба после 40-та гестациска недела може да го загрози интраутериниот живот на плодот и се препорачува оперативно завршување на бременоста. По приемот во болница е направена рутинска предоперативна анестезиолошка процена. При прегледот по системи не се најдени никакви патолошки промени од страна на респираторниот, кардиоваскуларниот, гастроинтестиналниот и нервниот систем од интерес. Во анамнезата не се дадени податоци за значајни здравствени проблеми. Од претходни хируршки интервенции пациентката имала Cholecystectomy пред две години. Алергична е на убој од оса. Други алергични манифестации на лекови и храна не се нотирани. Пациентката, исто така, негира зависност од алкохол, опиоидни супстанции и никотин. Во фамилијарна анамнеза нема болести од интерес. Рутинските лабораториски анализи се со следните вредности: хемоглобин 128 g/l, еритроцити 3.96×10^{12} , леукоцити 5.6×10^9 , тромбоцити 210×10^9 , гликемија 4,7 mmol/l, уреа 2,6 mmol/l, креатинин 47 mmol/l, урати 294 mmol/l, тот. билирубин 4,4 mmol/l, ALAT 12 U/l, ASAT 18U/l, CRP 122mg/l, тотални протеини 64 g/l, албумини 36,2 g/l, глобулини 27,9g/l, K⁺ 4,7 mmol/l, Cl⁻ 103 mmol/l, Na⁺ 138,2 mmol/l, Ca²⁺ 2,08 mmol/l.

Предоперативната подготовка се состои во хидрирање на пациентката со кристалоиди 1000ml 0,9% NaCl и премедикација со amp. Ranitidin и amp. Metoklopramid. Во операционата сала е поставен базичен мониторинг со вредности на неинвазивно измерен крвен притисок 132/83 mmHg, пулс 86/min, SaO₂ 100%, EKG во D2 одвод без патолошки промени. Пациентката е поставена во седечка положба за пласирање на регионална-спинална анестезија на ниво L3-L4 на лумбалниот дел од рбетниот столб. По добивање на бистер ликвор е даден локален анестетик Bupivacain 2,2 ml (2 mg/kg т.т.) + Fentanyl 20 µg и е добиен блок со соодветна висина. По спиналната анестезија епизодата на хипотензија третирана со интермитентно давање на Phenylephrine (2x40 µg или вкупно 80 µg). Започнат е оперативен зафат Sectio Caesarea, изваден жив машки плод со т.т. 3260, телесна должина 49 cm и APGAR 9/10. Инјектиран Oxitocin 20 IU бавно во инфузија. Набргу потоа се јавува влошување на општата состојба на пациентката која се манифестира со нелагодност, вознемиреност, забрзано и отежнато дишење. Истовремено почнува промена во мониторираните витални параметри и тоа пад на крвниот притисок 58/30 mmHg, пулс 138/min, пад на SaO₂ 92-85-60-31%. Влошувањето на кли-

ничката слика се манифестира со зголемена тахипнеа, диспнеа и појава на голема количина на пенлива сукривчава течност од дишните патишта која континуирано е аспирирана со катетер. Кардиопулмоналната егзаминиација покажа тахипнеа (40/min), со назначена употреба на помошната дишна мускулатура, крепитации и обострано на база и апекс намалени дишни звуци. Поради појава на респираторен арест пациентката е итно интубирана (rapid sequence intubation). По давање на медикаменти за вовед во општа ендотрахеална анестезија Propofol 200 mg (1-2mg/kg т.т.), Succinylcholine 100 mg (1-2mg/kg т.т.), тубус 7 mm е поставена на режим на волуменски контролирана вентилација. По завршувањето на оперативниот зафат е продолжено со интраоперативна реанимација. Дадено е: Gelofusine 500 ml, 1000 ml 0,9% NaCl, Urbazon 3x 120 mg, Amp. Furosemide 2x20mg, amp. Ephedrine 10+10 mg, Midazolam 3+2 mg, Fentanyl 100 µg, и amp. Adrenalin (растворна во 20 ml F.R, и од тоа 3x4 ml е дадено интратрахеално). Паралелно со медикаментозната ренимација е продолжено со континуирана сукција на пенливата течност од дишните патишта (вкупно е извадено 500 ml течност !). По 45 мин. реанимација стабилизирани се виталните параметри (пулс 98/min, TA 115/70 mmHg и SaO₂ 96%). Поради натамошен интензивен третман, пациентката е префрлена во единица за интензивно лекување во терцијарна здравствена установа. По 10 часа од поставувањето на механичка вентилација и комплетно реституирање на првобитната состојба е ослободена од истата. Екстремно тешката клиничка слика и ресусцитацијата бараа уште четириесет и осум часовна опсервација на виталните параметри. Направени се клинички истражувања RTG и СТ на бели дробови и е потврдена дијагноза на акутен белодробен едем. Пациентката по стабилизирање е вратена во матичната болница и по 3 дена отпуштена на домашен третман без секвели.

Дискусија

Акутниот едем на белите дробови започнува ненадејно со тешка клиничка слика⁽²⁾. Независно од етиологијата има четири стадиуми на развој. Во првиот стадиум во белите дробови има само интерстицијален едем. Тоа симптоматски се манифестира како тахипнеа поради намалување на белодробната комплијанса. Радиографски се гледаат изразени интерстицијални шари и перибронхијални задебелувања. Вториот стадиум се карактеризира со влегување на белодробната вода во алвеолите, но само на аглите (полумесечесто полнење). Размената на гасовите е главно иста. Кај третиот стадиум се јавува алвеоларно преполнување. Протоколот на крв низ преполнетите алвеоли резултира со интрапулмонално шантирање што доведува до хипоксемија и хипокапнија, а клинички се манифестира како диспнеа и хипервентиација. Во последниот четврти стадиум има преполнување на алвеолите и дишните патишта што клинички се манифестира како пена. Виталниот капацитет е намален, функционалниот резидуален капацитет, исто така, е намален, а комплијансата, резистенцијата и дишната работа зголемена. Размената на гасови е сериозно нарушена и поради шантирањето и поради опструкција на дишни-

те патишта се јавува хиперкапнија и тешка хипоксемија. Клинички има прекин на дишењето и екстреман пад на сатурацијата до 30% и помалку. Потоа следи хипотензија и брадикардија.

Во нашиот случај речиси школски, т.е. по назначениот редослед, се јавуваа клиничките симптоми. На самиот почеток се јави вознемиреност, хипервентилација, диспнеа и тахипнеа. Со продлабочувањето на симптоматологијата се јави и хипотензија, компензаторна тахикардија а потоа брадикардија и пад на сатурација до 31%. Подоцна се јави ладна пот, агитација и страв. Во последниот период се јави губење на свеста, апнеа односно повеќе пулмонална, а помалку кардијална декомпензација, бидејќи со интубација и медикаментозна реанимација се спречи запирање на работата на срцето (кардиак арест). Навремената ресусцитација ги превенира последиците од запирање на дишењето со хипоксија и хиперкапнија, како и запирање на работата на срцето. Терапевскиот пристап со адекватна оксигенација и механички контролирана вентилација (со или без РЕЕР) овозможи подобрување на сатурацијата со кислород. Избегнувавме вентилација со висок инфлациски притисок поголем од 35 cm вода и висок дишен волумен поголем од 8-10 ml/kg што може да предизвика дистензија на алвеолите и јатрогена повреда на белите дробови^(16,17). Давањето на стероиди ја стабилизира алвеоларната и капиларната мембрана.

Во однос на етиолошкиот момент генерално имаме кардиогена и некардиогена етиологија^(2,8). Кардиогената етиологија како резултат на лево вентрикуларна дисфункција или валвуларна срцева мана ја исклучуваме бидејќи првостепено при земање на анамнезата не добивме податок за срцево страдање. Исто така, предоперативниот мониторинг беше со стабилни параметри, неинвазивното мерење на крвниот притисок 130/80 mmHg, пулсот 90/min, кислородната сатурација 100%, без промени во ритмот и фреквенцијата или формата на ECG записот во D2 одводот. По стабилизирање на состојбата направена е ЕНО кардиографија⁽¹⁵⁾ со нормални вредности на срцевите кавитети, без аномалии на валвулите на лево и десно срце и ежекциона фракција (EF) 68%, што ни потврди отсуство на кардиогена етиологија^(12,13,17).

За некардиогената етиологија постојат повеќе фактори кај gravidните пациентки кои може да ја предизвикаат - гестоза, прекумерно внесување на течности, алергиски алвеолит, сепса^(2,7). Притоа некардиогениот едем се должи на зголемена пермеабилност или дисрупција на капиларно-алвеоларната мембрана. Заштитниот ефект на плазматскиот онкотски притисок се губи поради екстравазација на големи количини на албумин во интерстициум. На нормалниот или низок капиларен хидростатски притисок не му делува обратна сила и затоа имаме трансудација на течност во интерстициумот. Потврда за некардиогената етиологија е тестот на Ривалта кој е позитивен и укажува на висока концентрација на протеини во пенливата сукрвичав течност која е карактеристика на некардиогениот белодробен едем⁽¹⁴⁾. Пулсоксиметријата е ориентациона клиничка метода која може да биде ран знак за појава на белодробен едем. Брзиот пад на сатурацијата и престанок на дишењето кли-

нички најчесто упатуваат на почетокот на белодробен едем како што беше во нашиот случај^(1,2,3,7).

Прекумерното внесување на течности т.е. јатрогениот белодробен едем⁽⁶⁾ го исклучуваме бидејќи прехидратацијата која е неопходна кај спиналната анестезија е во рамките на рутинските предоперативни подготовки. Кај gravidните пациентки посебно тие со гестоза и прееклампија поради поместување на границите на хидростатските и онкотските притисоци, треба внимателно да биде менаџирано внесувањето на течности, односно 300 ml колоиди или пропорционален однос на кристалоиди. Не е забележана предност на колоиди над кристалоиди освен што колоидите повлекуваат течност во интраваскуларниот простор. Тоа е базирано повеќе на клиничко искуство. Иако ризикот од белодробен едем е присутен, течностите се даваат балансирано, зависно од потребите на пациентот⁽⁶⁾. За сепса нема убедливи знаци, односно во клиничката слика немаше висока температура, леукоцитоза над 12.000 клетки на mm³ или леукопенија под 4000 клетки на mm³, коагулациони нарушувања, олигурија и претечка акутна бубрежна инсуфициенција или други знаци на СИРС.

Во однос на етиологијата остануваат гестоза и алергичен алвеолит^(10,14). Бидејќи се работи за недоволно контролирана бременост, имавме само податок за повремено зголемување на притисокот нетретиран со терапија и едеми на долните екстремитети, но без хипопротеинемија и протеинурија што би оделе во правец на хипертензивна гестоза. Алергичниот алвеолит го потврдуваме со клиничките знаци. Брзата интубација и медикаментозната реанимација оневозможи да се појави ларингоспазам и бронхоспазам. Потврда за овој етиолошки момент имаме од Агенцијата за лекови и медицински средства каде што е потврдено дека е забележана алергична манифестација од лекот Phenylephrine^(8,9) кој, меѓу другото, се користи и како вазоконстриктор при пад на ТА при спинални анестезии. Последната серија на соодветниот медикамент е повлечена од употреба после што не се забележани компликации или други, несакани реакции од овој вид. Од претходно наведените фактори остануваат последните два како можни предизвикувачки фактори.

Заклучок

Како екстремно тешка и животозагрозувачка состојба белодробниот едем бара третирање од исклучително добро увежбан и стручен тим. Затоа континуираната медицинска едукација и мултидисциплинарниот пристап спасува живот. Еден од наједноставните методи за препознавање на појава на белоробен едем интраоперативно е пулсоксиметријата, при што екстремниот пад на сатурацијата и карактеристичната клиничка слика може да означува почеток на белодробен едем. Во однос на дилемите за етиологијата можеби треба да се воведат како стандард ЕХО кардиографијата⁽¹⁵⁾ во последниот триместар од бременоста како би се потврдила или исклучила кардиогена патологија кај трудниците. Во тој случај би се елиминирал кардиогениот етиолошки момент за појава на белодробен едем што би го олеснило третманот и пристапот кон овој клинички ентитет.

Стручни и научни трудови

Референции

1. Tandale SR, Patil SS, Raje D, Siddiqi M. Acute pulmonary edema following cesarean delivery. J. Clin. Case Rep., 2015, 5(1): 481.
2. Sibald WJ, Cunningham DR, Chin DN. Noncardiac or cardiac pulmonary edema? Practical approach to clinical differentiation in critically ill patients. Chest 1983; 84: 452-461.
3. A.T. Dennis and C.B. Solnordal. Acute pulmonary oedema in pregnant women, Anaesthesia, 2012; 67(6): 694-694.
4. Luks AM. Do we have a "best practice" for treating high altitude pulmonary edema? High Alt Med Biol 2008; 9(2): 111-114.
5. Anthony C, Sciscione K, Thomas I, Marissa L. Acute pulmonary edema in pregnancy. Obstet Gynecol 2003; 101: 511-515.
6. Meharun-nissa K, Shahla B. Iatrogenic risks and maternal health: Issues and outcomes. Pak J Med Sci 2014; 30: 111-115.
7. Kakouros NS, Kakouros SN. Non-Cardiogenic Pulmonary Edema. Hellenic J Cardiol 2003; 44: 385-391.
8. Nag DS, Samaddar DP, Chatterjee A, Kumar H, Dembla A. Vasopressors in obstetric anesthesia: A current perspective. World J Clin Cases 2015; 3(1): 58-64.
9. Gunda CP, Malinowski J, Tegginmath A et al. Vasopressor choice for hypotension in elective Cesarean section: ephedrine or phenylephrine? Arch Med Sci. 2010; 6(2): 257-263.
10. Heinly TL, Lieberman P. Anaphylaxis in pregnancy. Immunol Allergy Clin North Am 2000; 20(4): 831-938.
11. Dunnec C, Meriano A. Acute Postpartum Pulmonary Edema in a 23 year old woman 5 days after caesarean delivery. CJEM 2009; 11: 178-181.
12. Kannan M, Vijayanand G. Mitral Stenosis and Pregnancy: Current Concepts in Anesthetics Practice. Indian J Anaesth 2010; 54: 438-444.
13. Michelle R. Presentation of undiagnosed mixed mitral valve disease during cesarean section. J Obstet Anaesth Crit Care 2014; 4: 41-44.
14. Garvey LH, Mertes PM. Perioperative anaphylaxis-management and outcomes in NAP6. British J Anaesthesia 2018; 121(1): 120-123.
15. Belfort MA, Rokey R, Saade GR, Moise KJ Jr. Rapid echocardiographic assessment of left and right heart hemodynamics in critically ill obstetric patients. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 884-892.
16. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes in acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. N Eng J Med 2000; 342:1301-1038.
17. Shimoyama Y, Sawai T, Umegaki O, et al. Sudden onset of severe pulmonary edema after emergency cesarean section. JA Clin Rep. 2016; 2(1): 23.



**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 (пациенти или лабораториски животни, вклучувајќи ги и контролните). Изнесете ги методите, опремата (производител, име и адреса во заграда), и процедурите во доволно детали што ќе дозволат други да ги постават методите, вклучувајќи ги и статистичките. За методи кои се веќе публикувани, напишете ја референцата/ите и дајте само краток опис на методите што се публикувани и се добро познати; опишете ги новите или значително модифицираните методи, изнесете ја причината заради што ги користите и евалуирајте ги хемикалиите/лековите што ги користите, вклучувајќи ги генеричките имиња, дозите, патот на администрација.

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.

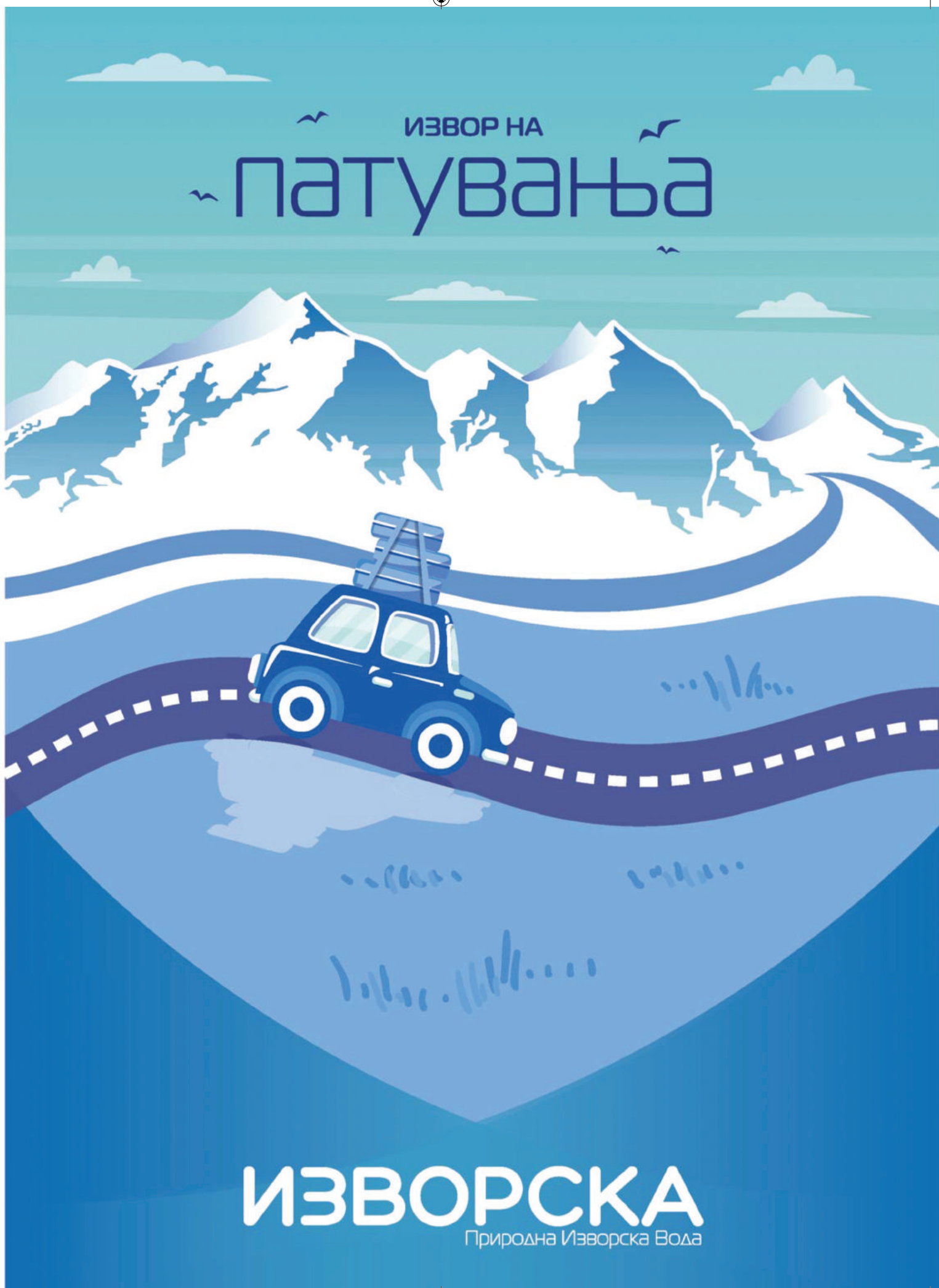
КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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.



ИЗВОР НА
патувања

ИЗВОРСКА
Природна Изворска Вода

TEVA

Respiratory



Интуитивен дизајн и нема дилема.



- Награден дизајн¹
- Готов со еден преклоп на капачето
- За астма и ХОББ^{2*}

DuoResp® Spiromax® е одобрен за употреба само кај возрастни над 18 години. Прашок за инхалирање DuoResp® Spiromax® 160 µg/4,5 µg (120 дози) и 320 µg/9 µg (60 дози). Лекот се издава во аптека само на рецепт. Збиен извештај за особините на лекот е достапен на барање.

Референци:

1. 2015 MDEA Winners: Drug-Delivery Devices and Combination Products, <https://www.mddionline.com/2015-mdea-winners-drug-delivery-devices-and-combination-products>.
2. Збиен извештај за особините на лекот DuoResp® Spiromax®
Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет: 11-8342/5 и 11-8343/2 од 26.01.2016.САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ. Носител на одобрението за ставање на лекот во промет: ПЛИВА ДООЕЛ Скопје, Н. Паранунов 66, Скопје
Датум на подготовка: јуни 2016 09-17-DRS-04-NO/22-17/09-19



**DuoResp®
Spiromax®**
budesonide/formoterol

Инспириран од интуитивен дизајн