

година XXVIII • број 108 • октомври 2020

VOX
medici



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Имам волја цело време да пробувам разни диети, но потребна ми е помош да ослабнам и да ја одржам телесната тежина.

ЛИНДА, наставничка; Возраст: 40 БМИ: 36

За обезни луѓе, намалувањето и одржувањето на телесната тежина е повеќе од прашање на волја. Промените во хормоните кои го регулираат апетитот после намалување на телесната тежина водат кон враќање на изгубената тежина, намалувајќи ги нивните напори.¹

Saxenda® е 97% сличен на природниот GLP-1, хормон којшто делува во мозокот на намалување на апетитот и со тоа се намалува внесот на храната, водејќи до значајно и одржливо намалување на телесната тежина.^{2,3}

Saxenda® исто така ги подобрува кардиометаболичките ризик фактори и компликациите, вклучувајќи значително намалување на крвниот притисок, апнеата во сон (слип апнеа) и ризикот од развој на дијабетес тип 2.^{2,4,5}

Обезност е хронична болест⁶ и на повеќето пациенти им е потребна ваша помош.

Прашајте ги вашите пациенти за нивните обиди да ја намалат телесната тежина и кажете им како додавањето Saxenda® на диетата и физичката активност може да им помогне да ја намалата и да ја одржат телесната тежина.²

**Вашите обезни пациенти имаат волја.
Вие може да им понудите начин.**

Saxenda®
liraglutide injection

Saxenda® Скратено упатство за пропишување на лекот

Пред да го пропишете лекот, ве молиме прочитајте го Збирниот извештај со особините на лекот.

Фармацевтска форма: Saxenda® раствор за инјектирање - 1 ml од растворот содржи 6 mg liraglutide. Едно предпазно наплатено пенкало содржи 18 mg liraglutide во 3 ml. **Индикации:** Saxenda® се пропишува како надолупување на искрчната со мален внес на калории и зголемена физичка активност, при управување со тежината кај возрасни пациенти со почетен индекс на телесната тежина (BMI) од ≥ 30 kg/m² (обезни), или ≥ 27 kg/m² до <30 kg/m² со прекумерна тежина во присуство на барем едни коморбидитет поврзани со телесната тежина како што се дислипидемија (преддијабетес или дијабетес мелитус тип 2), хиперлипидемија, дислипидемија или опструктивна ноќна апнеа. Третманот со Saxenda® треба да се прекине после 12 недели на доза од 3.0 mg/ден ако пациентот не изгубил најмалку 5% од својата почетна телесна тежина. **Дозирање и начин на употреба:** Почетната доза е 0.6 mg еднаш дневно. Дозата треба да се зголеми до 3.0 mg еднаш дневно во текот од по 0.6 mg во интервали од барем една недела за да се подобри гастроинтестиналната толеранција. Ако зголемувањето на дозата до следниот долен чекор, пациентот не го поднесува во даде последователни недели, размислете да ја промените терапијата. Не се препорачуваат дневни дози поголеми од 3.0 mg. Saxenda® се администрира еднаш дневно во кое било време, независно од оброците. Препорачливо е Saxenda® да се инјектира во приближно исто време во денот, откако ќе се избере најподготвото време за тоа. Треба да се инјектира сукувано во пределот на абдоменот, надоленицата или надлактицата. Не смее да се администрира интравенски или интрамускулно. Кај пациенти со дијабетес мелитус тип 2 Saxenda® не треба да се употребува во комбинација со друг GLP-1 рецептор агонист. Кај започнувачите со Saxenda® земете предвид намалување на дозата на инсулинот кој се администрира паралелно или на инсулинските секретатори (како што е сулфонилуреа) со цел да се намали ризикот од појава на хипогликемија. **Посебна група на пациенти:** Не е потребно прилагодување на дозата согласно годините. Терапевтското искуство кај пациенти кои имаат ≥ 75 години е ограничено и не се препорачува да се употребува кај овие пациенти. Не е потребно прилагодување на дозата кај пациенти со лесно и умерено ренално нарушување. Saxenda® не се препорачува да се употребува кај пациенти со тешко ренално оштетување (креатинин клиренс <30 ml/min) вклучувајќи ги и пациентите со ренално заболување во краен стадиум. Не е потребно прилагодување на дозата кај пациенти со лесно или умерено хепатално нарушување. Saxenda® не се препорачува да се употребува кај пациенти со тешка форма на хепатално нарушување и треба да се употребува претпазливо кај пациенти со лесно или умерено хепатално нарушување. Безбедноста и ефикасноста на Saxenda® кај деца и адолесцентите под 18 години возраст се уште не е утврдена. **Контраиндикации:** Препустливост на лираглутид или која било од помошните супстанции. **Предупредувања и мерки на предпазливост при употреба:** Не постои клиничко искуство кај пациенти со конјективна скречено заболување класа IV според Нуровското здружение за срце-New York Heart Association (NYHA) и од таа причина лираглутид не се препорачува да се употребува кај овие пациенти. Безбедноста и ефикасноста на лираглутид при управување со телесната тежина не е утврдена кај пациенти на возраст од 75 години или повеќе, третирани со други производи за управување со телесната тежина, со обезност како резултат на ендокриното нарушување или нарушување во искрчната или на терапија со медицински производи кои може да предизвикаат зголемување на телесната тежина, со тешко ренално оштетување и со тешко хепатално оштетување. Употребата кај овие пациенти не се препорачува. Лираглутид за управување со телесната тежина треба да се употребува претпазливо кај пациенти со лесно или умерено хепатално оштетување. Постојат ограничено искуство кај пациенти со инфламаторно црвено заболување и со дијабетична гастропареза и употребата на лираглутид кај овие пациенти не се препорачува. Акутен панкреатитис е забележан при употреба на GLP-1 рецептор агонисти. Пациентите треба да бидат информирани за карактеристичните симптоми на акутен панкреатитис. Доколку постојат сомнителни за панкреатитис, треба да се преземе екстремно лираглутид; доколку се потврди акутен панкреатитис, не треба да се почнува повторно со лираглутид. Во клинички испитувања за управување со телесната тежина, повисока стапка на холестијата и холестицитис била забележана

кај пациенти кои биле третирани со лираглутид отколку кај пациенти кои земале плацебо. Во клинички испитувања за дијабетес тип 2, несакани реакции врз тироидната жлезда, како што е гушавост била пријавена и тоа воглавно кај пациенти кај кои претходно постоело заболување на тироидната жлезда. Поради тоа, лираглутид треба да се употребува претпазливо кај овие пациенти. Во клиничките испитувања било забележано зголемување на фреквенцијата на срцето при земање на лираглутид. За пациентите кај кои се појавило клинички значајно континуирано зголемување на фреквенцијата на срцето во мирување, третманот со лираглутид треба да се прекине. Знаци и симптоми на дисидратација, вклучувајќи и ренално оштетување и акутно ренално нарушување била пријавена кај пациенти третирани со GLP-1 рецептор агонисти. Пациентите кои земаат лираглутид треба да бидат советувани за потенцијалниот ризик од дисидратација поврзана со гастроинтестиналните несакани ефекти и да преземат мерки на претпазливост за да избегнат губиток на течности. **Интеракции:** Малото одокување на междучестото прозорење со лираглутид може да влијае врз апсорпцијата на сродните медицински производи кои се земаат паралелно со оваа терапија. Студиите на интеракција не покажале клинички значајно одокување на апсорпцијата и затоа не е потребно прилагодување на дозата. Не е потребно прилагодување на дозата на парacetamol, аспирин, гликокортикоиди, дигоксин и литиум. Не се очекува влијање врз контрацептивниот ефект со орални контрацептиви со земање заедно со лираглутид. Не може да се исклучи клинички значајна интеракција со активни супстанции со слабо растворливост и тесен терапевтски индекс како што е варфаринот. По започнување на терапија со лираглутид кај пациентите кои земаат варфарин или други кумарински деривати, се препорачува почесто следење на INR (International Normalized Ratio). **Бременост и лактација:** Постојат ограничени податоци за употребата на лираглутид кај бремени жени. Лираглутид не треба да се употребува за време на бременост. Доколку пациентката сака да забремене, или доколку забремене, треба да го прекине третманот со лираглутид. Поради недостаток од искуство, Saxenda® не треба да се употребува за време на доjenje. **Влијање врз способноста за возене и употреба на машини:** Saxenda® не влијае или незначително влијае врз способноста за возене и употребата на машини. **Несакани реакции:** Најчесто пријавувани несакани реакции за време на клиничките испитувања биле гастроинтестинални нарушувања, вклучително гадење, повраќање, дијареја и констипација (многу вообичаено). Повеќето епизоди на гастроинтестинални несакани реакции биле лесно до умерени, минливи и повеќето не довеле до прекин на терапијата. Реакциите вообичаено се појавувале за време на првите недели од третманот и се намалувале за неколку дена или недели при континуиран третман. Вообичаено пријавувани несакани дејствија вклучувале сува уста, диспнеја, гастрит, гастроинтестинален рефлукс, болка во горниот дел на стомакот, наддуеност, подригивање, абнормална диспнеја, пропаста, диспнеја, диспнеја, диспнеја на местото на инјекцијата, астенија, замор, зголемено ниво на липиди, зголемено ниво на амилaza, хепатомегалија и холестијата. Неочекувани несакани реакции вклучувале дисидратација, тахикардија, панкреатитис, одложено междучестото прозорење, холестицитис, уртикарија и мажолостност. **Предозирање:** Од клиничките студии и употребата на лекот, биле пријавени предозирања до 24 пати над препорачаната доза за управување на телесната тежина (72 mg). Пријавените случаи вклучувале сериозно гадење и повраќање, кои исто така се очекувани симптоми на предозирање со лираглутид. Ниту еден од клешите за пријавените случаи на предозирање не вклучувале сериозна холестијата. Сите пациенти се опоравиле без компликации. Лекот може да се издава само со лексикосен рецепт. **Број и датум на решението за ставање на лекот во промет:** 11-552/2 од 09.03.2020. Saxenda® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска. Последната одобрена верзија на Збирниот извештај со особините на лекот е достапна на линк: <http://lekovi.dzavsto.gov.mk/drugregister/detailview/2100541716> **Производител:** Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark. **Носител на одобрение:** Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ, ул. Никола Клуеве бр. 11, Скопје.

Ако пријателите било какви несакани реакции, ве молиме да го информирате вашиот лекар, фармацевт или медицинска сестра. Со приматењето на несаканите реакции се обезбедува континуирано следење на односот корист/ризик и се обезбедуваат информации за безбедноста на лекот.

References: 1. Smith R P, Pradergast LA, Delbridge E, et al. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med* 2011;365(17):1597-1604. 2. Saxenda® [Збирен извештај со особините на лекот]; Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-552/2 од 09.03.2020. 3. Secher A, Jebbing J, Baquero AF, et al. The arcuate nucleus mediates GLP-1 receptor agonist liraglutide-dependent weight loss. *J Clin Invest* 2014;124(10):4473-4488. 4. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujoka K, et al. for the SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med* 2015;373(1):11-22. 5. Le Roux CW, Astrup A, Fujoka K, et al. for the SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. 3 years of liraglutide versus placebo for type 2 diabetes risk reduction and weight management in individuals with prediabetes: a randomised, double-blind trial. *Lancet* 2017;391(10077):1399-1409. 6. Bray GA, Kim K, Wilding JP, on behalf of the World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev* 2017;18(7):715-723.



Saxenda® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска.
Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
ул. Никола Клуеве бр. 11, Скопје, Р.С. Македонија
тел: +389 2 2400 202; www.novonordisk.com
D-21/01-04/2020
Овој материјал е наменет само за здравствени работници.



Откупена фотографија. Лицето кое позира е модел.

**МОЌ И
КОНТРОЛА**

Skopryl® Combo

lisinopril/amlodipine

таблети од 10 mg/5 mg, од 20 mg/5 mg и од 20 mg/10 mg



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјето ѝ пред сè

Содржина

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 8 | 27 Симпозиум ЗЕВА
Коморите и професионалните асоциации мора да бидат поактивни во давањето стручни сугестии на владите во борба со ковид-19 | 34 | Регион
Проф. д-р Алемка Маркотиќ предупредува-короната „не сака“ солени раствори |
| 14 | Интервју
Проф. д-р Калина Гривчева Старделова:
Се гордеам на професионалниот и тимски дух,
пандемијата нè измори, но и нè зближи како луѓе | 35 | Виролози добитници на Нобеловата награда за медицина |
| 18 | Пандемија
Успешно излекуван млад пациент со дијагностициран ковид-19 енцефалитис | 36 | Дојдени
Стефан СТЕФАНОВСКИ
Професор и основоположник на психијатријата во Македонија |
| 21 | Европски искуства
Долготрајна социјална изолација го нарушува функционирањето на мозокот | 40 | Божидар НИКЕТИЌ
Професор и основоположник на Клиниката за нервни и душевни болести при Медицинскиот факултет во Скопје |

Прилог: Стручни и научни трудови

- | | |
|-------|---|
| 00597 | Катерина Китановска, Драгана Могилевска Груевска, Аргјенд Имери
Lymphocytic mastitis, корелација меѓу клиничка слика,
радиолошки и патохистолошки наод |
| 00600 | Анита Најдова, Катерина Дамевска, Сузана Николовска, Силвија Дума, Ленче Нелоска, Ивана Дохчева Карајованов, Нора Положани, Маја Димова, Арбен Емурлаи, Томче Поповски, Димитри Бачевски, Елена Мирческа Арсовска
Контактен дерматит на рацете кај здравствените работници во Македонија во тек на ковид-19 пандемијата |
| 00604 | Габриела Тавчиоска, Елена Јорданоска
PURPURA HENOCHE SCHONLEIN |
| 00606 | Амбаркова Весна, Ставрева Наташа, Аријета Сулејмани, Тина Крмзова
Стоматолошко згрижување на пациенти со хемофилија |

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 проголтаната 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: Збиен 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 мсг/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 Паралунов бб, Скопје. Тел. 02/3062702. МК/RIN/19/0001



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА Р. С. МАКЕДОНИЈА



ИМПРЕСУМ

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

ИЗДАВАЧ

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

e-mail:

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

ЗА ИЗДАВАЧОТ

Доц. д-р Калина Гривчева – Старделова

ИЗДАВАЧКИ СОВЕТ

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

КОМИСИЈА ЗА ИНФОРМАТИВНО-ПРОПАГАНДНА И ИЗДАВАЧКА ДЕЈНОСТ

ПРЕТСЕДАТЕЛ

д-р Оливер Алексовски

ЗАМЕНИК ПРЕТСЕДАТЕЛ

д-р Ирфан Ахмети

ЧЛЕНОВИ

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

УРЕДНИК

Ристе Недановски

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Владимир Бачваровски

ЛЕКТОР

Живко Мартиновски

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ

ISSN 1409-8865

www.lkm.org.mk



ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Република
Северна
Македонија

Во битка со непознатото и со лична одговорност

Живееме во исклучително тежок период, на пандемија од непозната болест која слободо може да се рече до прввртне свешто на глава, до смени секојдневие до луѓето, ги блокира комуникацијата, економските и друштвено општествени текови односно, не сфаќа пред долен исцрп и долен планетарен предизвик. При тоа, главниот товар е на лекариште, здравствениште работници и на здравствениот систем во целост. За бројките на инфицирани и болени во светот и кај нас, починали и излекувани, овојпат нема да говориме. Сите медиуми секојдневно не бомбардираат со шаквите податоци. Сите, мислам, ги знаеме веќе наизуст.



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

Она што во моментот може да до преземеме е превентива, личната заштита и хигиена. Кон ова почнаа да се придржуваат и оние кои во почетокот на веруваа и тврдеа дека целата корона - приказна е измислена. Токму затоа, на сите нас и на целокупната популација во светот и општеството да дојде практично она што апелираат здравствениите власти и во услови кога е несигурен фактот дека на сите, државата пандемија ни дојде малку преку глава. Во оваа вонредна ситуација клучната одговорност е пред доктриите кои појавата на пандемијата, заедно со сите други здравствени и други државни органи, се пред долен тесет. Некои колеги се инфицираа, некои и починаа. Не само во светот, туку жртва од ковид - 19 имавме и ние и затоа, на сите треба да им се даде доскопна почин. За жал, општеството речиси секогаш зема жртва и бара пожртвуваност и додека посветеност и токму затоа, сите треба да се вклучиме во битката со се уште целосно непознатиот вирус, за црниите бројки да ги сведеме на маскарален минимум.

Дебатите за исцрпување на човечки предизвици што пандемијата дојде врз сите нас, не одминаа. Најоригинално, траат со месеци. Ние, докторите, максимално се вложивме со апели и укажувања на потребната заштита и на конвенционалното лекување, како сигурен пат до намалување на стайката на заразени и починали. Најоригинално да ги минимизираме стайките на инфекции преку карантин, затворање, употреба на маски, дистанцирање во комуникацијата и на местата каде што е потребна дистанца, додека хигиена, се уште не покажаа задоволителни резултати. Како кај нас, така и во светот. Само дојдеме дека во моментот, повеќе од 5.000 луѓе во светот умираат од ковид-19 секој ден, а црната стайка во нашата земја во моментот кога ви се обраќам е додека од 700 лица од почетокот на пандемијата до сега, од сите возрасти и од сите региони во земјата. Поинаку кажано, се чини корона - 19 е многу додека предизвик општо што можеше да се претпостави затоа што бројот на лица кои се позитивни на тесетот на вирусот е во милиони, но со максимално ангажирање на сите здравствени работници не е мал ни бројот на оние кои се извлекоа од канцата на непознатата вирусна инфекција која, за првпат, кон крајот на минатата година штргна од галечната Кина.

Сега, само околу осум месеци по пандемијата - властите на некои држави се во обид да забрзаат процесот на развој на вакцините. Колективно сме фокусирани на информациите од стотици фармацевтските куќи и официјални соопшенија од државните институции за тоа до кога се истражувањата на она што може да не врати во нормала, но за жал и најоптимистичките прогнози се до крајот на годината за првата вакцина, а оние пореалните говори дека за такво нешто би можеле евентуално да се надеваме во некое на 2021 година.

Брзот развој на ефикасна вакцина може да спаси стотици илјади животи широм светот. Од друга страна, со истото темпо, секој месец одложување на доскопност на вакцините и ефикасен наменски лек "чини" 150 000 животи.

Поминавме низ повеќе фази општо како се појави ковид-19 а, за жал, се уште се наоѓаме далеку од победа над пандемијата која се покажа како енорно разорувачка и до смени живото на сите меридијани. Како што стојат работите, во ова смисла, ни претстои жешка есен, а ние - докторите она што и во овој момент може да им дојрачае на колежите и на граѓаните е исклучиво одговорно однесување во општувањето на престојките. Можеби ни е преку глава на сите нас од нив, но да не изумиме, тоа се само три едноставни престојки: маска, држење дистанца и хигиена. Само така може да ја добиеме се уште неизвесната битката со пандемијата која веќе одамна е главната тема кај нас и во светот.

27 Симпозиум ЗЕВА

ЛЕКАРСКАТА КОМОРА ДОМАКИН НА СИМПОЗИУМ НА ЛЕКАРСКИТЕ КОМОРИ И АСОЦИЈАЦИИ

Коморите и професионалните асоцијации мора да бидат поактивни во давањето стручни сугестии на владите во борба со ковид-19

Искуства и предизвици во „борбата“ против пандемијата која го „зароби“ човештвото

Принципите на заштита се исти за сите и секаде. Економијата речиси е блокирана, а резултатите од пандемијата и по однос на здравјето на граѓаните и врз економијата и стандардот може да бидат уште погубни доколку не се прилагодиме на мерките за живеење и функционирање во ковид-услови

По десет години, на 26.9.2020 год., Лекарската комора на Република Северна по третпат беше домаќин на Симпозиумот на ЗЕВА (Асоцијација на медицински комори и асоцијации од Средна и Источна Европа).

27-от ЗЕВА Симпозиум, поради пандемијата со ковид-19, не се одржа со физичко присуство. Настанот беше организиран преку zoom - апликацијата. Единствената тема на Симпозиумот беше: „Справување на земјите со пандемијата ковид – 19, предизвици и искуства“, која овојпат членките на ЗЕВА ја претставуваа секоја од својата земја.

Претседателот на Лекарската комора, професор Калина Гривчева Старделова и членовите на Извршниот одбор на Комората, исто така присутни на состанокот, им посакаа срдечно добредојде на колегите од земјите членки на ЗЕВА.

Состанокот на коморите од Средна и Источна Европа го отвори претседателот на Лекарската комора на Република Северна Македонија, проф. д-р Калина



Гривчева Старделова, која како домаќин на меѓународниот собир на комори и асоцијации “организираше прошетка низ главниот град”. Преку оваа виртуелна прошетка учесниците го “испија” утринското кафе, “пробаа” од вкусните македонски јадења и “прошетаа” низ булеварите на

Скопје и сокаците во Турската чаршија.

Претседателот на Комората направи куса ретроспектива за изминатиот период, кои години каде се одржувал Симпозиумот на ЗЕВА. Потоа, ја истакана ургентноста и

битноста од излагање на државните рапорти за пандемијата, како и неопходноста од размена на искуства меѓу земјите членки на ЗЕВА во врска со пандемијата, како можен пат до изнаоѓање на заеднички решенија во борба против ковид-19.

На докторите членови на коморите од Средна и Источна Европа, добредојде на виртуелниот ЗЕВА состанок им посака и министерот за здравство, проф. д-р Венко Филипче. Министерот Филипче, во својот вовед, акцент стави на сликата на светот, на тоа колку на сите граѓани каде и да се наоѓаат на земјината топка, од почетокот на пандемијата им се смени секојдневието. Во излагањето, освен освртот на она што се случува со здравјето на граѓаните во државава и она што го преземаа властите, како и за функционирањето на здравствениот систем во услови на пандемија, односно како државата се справува со ковид-19, д-р Венко Филипче ја нагласи и важноста дека земјите во светот мора да разменуваат информации и искуства, дека здравствените системи и владите мора да се поддржуваат во борба против пандемијата која го “зароби” целото човештво.

“Принципите на заштита се исти за сите и секаде. Економијата речиси е блокирана, а може резултатите од пандемијата и по однос на здравјето на граѓаните и врз економијата и стандардот да бидат уште погубни доколку не се прилагодиме на мерките за живеење и функционирање во ковид-услови”, истакна министерот Филипче. Тој потенцираше дека следува период на отворање на училиштата и градинките, возрастните се враќаат на работните места, а есента и зимата се периоди на “стандардните” вируси, што е причина за во државата да се активира нивото на итност во преземањето на следните чекори што ќе бидат наложени од состојбата на здравјето на граѓаните во земјата.

“Сите припаѓаме на различни култури. Но, надминувањето на кризата со ковид, во моментот, најмногу зависи од колективното однесување, без разлика од кој крај од светот доаѓаме. Зависи од тоа колку ќе се придржуваме и ќе ги почитуваме рестриктивните мерки”, истакна тој.

Со надеж дека во 2021 година светот ќе се врати во норма, министерот Филипче го заврши поздравното излагање пред претставниците на медицинските комори и асоцијации од Средна и Источна Европа.

Со искрено жалење што не е во Македонија, добредојде и порака за успешна работа, соработка и надеж дека ќе се изнајде формула за надминување на кризата од ковид-19

ОД СРЕДНА И ИСТОЧНА ЕВРОПА



изрази и д-р Рамин Парса Парси, првиот човек на Секторот за меѓународна соработка при Германската лекарска асоцијација.

Својата презентација за ковид-19 ја започна со хронолошка анализа од појавувањето на корона вирусот кон крајот на 2019 до акту-

елната состојба. Ги акцентираше карактеристиките на корона-19, симптомите кај инфицираните, укажа колку болеста е со висок ризик кај оние кои се хронично болни (пациенти со висок притисок, респираторни проблеми, малигни заболувања и сл.), укажа на бројките на дијагностицирани од корона (симптоматските и асимптоматските), дискутираше за тестовите за корона-19, како и за медикаментите што се даваат на пациентите, но напомена и за работењето на вакцината за ковид-19.

Д-р Горан Павиќ, епидемиолог од Федерација Босна и Херцеговина, го даде воведното излагање на



Симпозиумот за ковид – 19. Доктор Павиќ имаше опширно излагање за пандемијата. Во излагањето се задржа на медикаментите што се користеле во текот на пандемијата, како и на изготвувањето на вакцина за ковид-19. Доктор Павиќ говореше за ефективноста од изолацијата, укажа на

проблемите со кои може да се соочиме при повторно отворање на училиштата, рестораните и сл., односно укажа на важноста од дисциплинирано применување на мерките за заштита од ковид-19 коишто се клучни за спречување на уште поголемо ширење на пандемијата. Доктор Павиќ посочи на однесувањето на здравствените системи и нивната (не)подготвеност да се соочат со пандемијата, го наведе “импактот” што пандемијата го имаше врз светската економија, но укажа и на аспектот колку здравствените системи ги чини лекувањето на болните од ковид. Укажа на бројката на починати и инфицирани, како и за колкав е бројот на граѓани во самоизолација, но и за претпоставката за тоа колку доктори биле инфицирани и колку се починати од ковид-19. Говореше и како функционира здравствениот систем во ФБиХ, во време на пандемија. Излагањето го заклучи дека корона вирусот ги затекна здравствените системи во светот повеќе отколку што се очекуваше, дека имаше голем удар врз животот во светот и од здравствен и од економски аспект и потенцираше дека корона вирусот значи да се загубат многу човечки животи на дневно ниво.

Национални рапорти:

Д-р Алберт Леша (Лекарска комора на Република Северна Македонија):



-Посочи, од историски аспект, на развојот на пандемиите на светско ниво, познати од дамнешни времиња до денес, како и за времетраењето на пандемиите и бројот за заразени и починати за секоја од нив.

-Даде информации за почетокот на ковид-19

којшто се појавува во Кина, кон крајот на 2019 год. и неговото рапидно ширење низ светот и дека веќе на 11 март 2020 год. Светска здравствена организација прогласува состојба на пандемија.

-Ги наведува случувањата во врска со ковид во Република Северна Македонија и она што е преземено од страна на здравствените работници и здравствените власти.

-Посочува дека на вакцина за ковид-19 се уште се работи. Засага е само “спутник”, на Русија, но глобално се уште се работи на вистинското решение против ковидот.

-Како заклучок од неговото излагање е дека мерките за заштита се единствениот начин од ковид-19 се додека не се изнајде сигурна вакцина или лек. Тој укажа дека мора да се сменат навиките кај граѓаните и сите да бидеме подисциплинирани во нивната примена.

-Нагласи дека меѓу здравствените работници, Министерството за здравство и граѓаните мора да има постојана и добра комуникација и меѓусебно почитување и верување.

-Укажа на улогата на Лекарската комора на Република Северна Македонија која на своето членство му обезбеди бесплатни вебинари на кои докторите можеа да дознаат, да се едуцираат и подготват повеќе за корона вирусот.

Д-р Фатмир Бахри (Лекарската комора на Албанија)



-Доктор Бахри истакна дека прв случај на инфициран од корона -19 во Албанија официјално бил забележан на 11 март 2020 год.

-Говореше за бројот на заболени, инфицирани и починати од корона вирусот и дека тој број се зголемува.

-Ги истакна мерките што државата ги презема (како што се држењето физичка дистанца), согласно анализата што ја прави посебно формирано тело од државата.

27 Симпозиум ЗЕВА

-До одружување на Симпозиумот бројот на инфицирани во оваа држава е во нагорна линија.

-Даде информации за мерките што ги преземаат здравствените власти, за бројот на тестирања што се прават и бројот на излечени и починати во Република Албанија.

-Владата на Република Албанија има одвоено посебен буџет за справување со ковид кризата.

-Во Албанија, како што истакна тој, има четири клиници кои се ковид-центри.

-Укажа на голема бројка на инфицирани доктори, стоматолози, фармацевти и други здравствени работници и соработници.

Д-р Иван Рагуш (Хрватска медицинска комора)



-Го поднесе извештајот со давање на информација дека првите инфицирани се забележани на 25 февруари 2020 год. и преку дневно ажиурираните податоци од страна на Институтот за јавно здравје се даваат информации за брзината на ширењето на ковид-19 и починати во Хрватска.

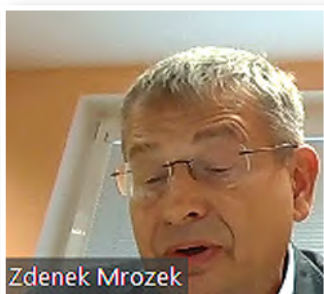
-Искажа загриженост за ширењето на ковидот меѓу здравствените работници и укажа на мерките што државата ги презема за сузбивање на ширењето на пандемијата.

-Укажа на мерките што властите ги имале преземено во врска со ширењето на вирусот, како што се одбегнување да се користи јавниот превоз и задолжителното носење маски и сл.

-Доктор Рагуш ја истакна улогата на Лекарската комора на Хрватска, во смисла на преземање мерки за ширењето на ковид - 19 меѓу ранливите групи и носењето на итни мерки, заедно со Министерството за здравство за здравствено осигурување за родителска грижа на докторите и другите здравствени работници.

-Комората активно се вклучила и во едукацијата на докторите за корона вирусот во делот на континуираната медицинска едукација и дека тие предавања се задолжителни за членовите на Комората.

Д-р Зденек Мрозек (Чешка лекарска комора)



-Чешката лекарска комора само делумно учествува во законските одредби што се изготвуваат во врска со борбата против пандемијата, воглавно се работи согласно европската регулатива и принципи за сузбување на пандемијата.

- Д-р Зденек Мрозек се осврна на давањето меди-каменти и изнаоѓањето на соодветни лекови за третман на ковид-19.

-Укажа дека Комората јасно е на стојалиште дека е против

рекламирањето на лекарската практика во време на пандемија.

Д-р Домер Поднер (Германска лекарска асоцијација) пред присутните на ЗЕВА Симпозиумот поднесе извештај за случувањата со ковид пандемијата во Германија.



-Низ бројки ја изнесе состојбата на ширењето на ковид - 19, од кога за првпат е забележан ковидот од "Роберт Коч" Институтот, до денот на Симпозиумот на ЗЕВА.

-Изнесе бројки за направени тестирања во текот на пандемијата.

-Во Германија во првиот бран биле направени многу тестирања што, исто така, помогнало во рано откривање на инфицираните и се покажало како успешна мерка во спречувањето на ширењето.

-Тој потенцираше дека Германија во првиот бран имала малку "срсека" со возрастната граница на инфицираните со ковид-19, односно инфицираните воглавно биле повозрасни лица.

-Даде информации, низ бројки, што значи згрижување и лекување на пациент со ковид-19. Така на пример, како што укажа, само болнички кревет за еден ковид пациент на ден чини 560 еу на ден. Низ примери и бројки даде информација за тоа колкав е влогот на државата за лечење на болните од ковид-19, односно за справување со заразата.

-Нагласи дека дисциплината на граѓаните во однос на мерките за заштита од ковид - 19 биле исклучително на високо ниво, што исто така е добар показател во однос на справувањето со кризата.

-Регионалниот пристап на отворање на ковид-центри е една од мерките што здравствените власти ги презеле.

-Д-р Домер Поднер даде официјална бројка на инфицирани медицински лица со ковид-19.

-Германската лекарска асоцијација, како што истакна д-р Поднер, постојано укажува дека не смее никој да се опушти во врска со пандемијата, бидејќи на повидок е втор бран, лек или вакцина се уште нема, односно Асоцијацијата апелира дека се не е готово.

Д-р Галин Бумбулут (Романската лекарска комора)

-Даде извештај за заболени, инфицирани и починати од ковид-19 во Романија.



-Укажа на зголемениот финансиски трошок за медицината од почетокот на кризата.

-Со отворањето на училиштата, властите очекуваат зголемување на бројот на инфицирани, но се надева на успешно справување со кризата.

-Во своето излагање ја акцентираше работата на здравствените работници кои по првиот бран биле навистина многу изморени од укажувањето на здравствените услуги. Бил зголемен бројот на консултации со докторите, но и бројот на телефонските консултации, како и зголемени домашните посети на пациентите со ковид -19, што е согласно здравствената регулатива во државата.

-За он-лајн консултациите ставот на здравствените власти е дека тоа не е сигурна опција за констатирање или лекување на ковид-19.

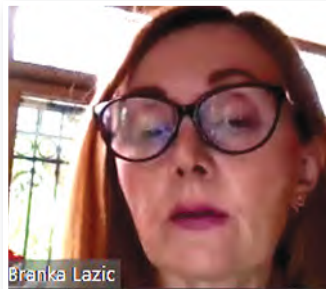
-Во земјата е воведена виртуелна стручна едукација на докторите преку посебна платформа за таа намена.

-Романија, се покажало дека не е на највисокото ниво во смисла на капацитети за сместување на ковид-пациентите.

-Доктор Бумбул истака дека државата од Буџетот особено се ангажирала да издвои средства за докторите од првите линии.

Д-р Бранка Лазик (Српска лекарска Комора)

-Пандемијата во Словенија е прогласена во март 2020 година.



-Формиран Центар за кризи.

-Изготвени протоколи.

-Посебни мерки за време на пандемија (намалено работно време, одбегнување на јавен превоз, редукција на работното време на кафитерии и ресторани и сл.). Мерките се менувале

во зависност од состојбата со кризата во државата.

-Пациентите со хронични болести за плашат да одат кај своите матични доктори.

-Д-р Лазик истакна дека некои клиници се трансформирале во ковид – центри со што се намалил обемот за примање на останатите граѓани кои имаат потреба од болничко лекување.

-Изнесе прецизна слика за средствата издвоени за болниците со ковид пациенти, за опрема за здравствените центри, еднократна помош за семејствата на инфицираните лекари.

-Комората се активирала во овозможување на он-лајн едукација за лекарите, така што 70,9% од членовите биле задоволни од активностите на Комората.

-Истакна дека во нејзината земја не се даваат официјални информации за инфицирани доктори. Податоци има за граѓаните, но не и за медицинскиот персонал.



Д-р Зденка Чебашек (Лекарска комора на Словенија)

-Настапи со мапа по направени скрининзи и многу прецизни информации на која беа обележани области во зависност од ширењето на инфекцијата.

Со шематскиот приказ присутните на ЗЕВА Симпозиум имаа увид во тоа како пандемијата се ширела и сузбивала во Словенија.

- Д-р Чебашек укажа дека немаат официјални податоци за доктори со ковид - 19 инфицирани од пациенти.

-Таа го изнесе проблемот со распоредувањето на здравствените работници што е многу непредвидливо па се појавува проблем со чувањето и останувањето на децата сами чии родители и двајцата се доктори и се распределени во некое друго населено место, а не таму каде што живеат.

Д-р Јозев Вебер (Словачка лекарска комора) со забелешка дека владите не се целосно отворени кон јавноста во врска со тоа што го преземаат за пандемијата со ковид -19.

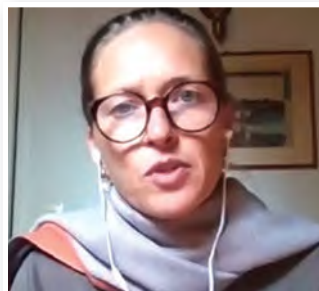


-Истакна дека државата вложила во набавување на медицинска опрема за потребите за ковид-19.

-Земјата вложила за помош на докторите од првите редови.

Д-р Анабел Сеебохм (Генерален секретар на ЦПМЕ)

-Преку бројки на инфицирани и починати за земјите од Европа, даде една општа слика за кризата и развивањето на ковид -19, од почетокот на појавата до денес.



-Доктор Сеебохм поднесе абдејтирани информации за тоа што се случувало во здравствениот сектор од март 2020 година во европските земји.

-Ги наброја мерките за време на пандемија преземени од најголемиот број земји во Европа.

-Таа укажа дека повеќето земји во првиот бран не беа подготвени за пандемијата, односно не беа подготвени за ваков тип на предизвик.

-Укажа на загубата на многу здравствени работници.

-Доктор Сеебохм говореше за различниот обем, број, на направени тестирања на населението кај различни земји од Европа.

-Говореше за нужноста од реорганизација на болниците за да се успее во давањето на подобра здравствена заштита во услови на пандемија.

-Истакна и апелираше дека владите од Европа треба да дадат повеќе информации за кризата со ковид - 19.

-Говореше дека европските институции во делот на здравството треба да ги споделуваат искуствата со здравствениот сектор и лекарските комори и асоцијации, за да може уште подобро да се компарираат процедурите во време на пандемија што се спроведуваат и поуспешно да се делува на сузбивањето на пандемијата.

27 Симпозиум ЗЕВА

-Предупреди дека ќе има нов бран и дека мора да се поработи повеќе на едукацијата на докторите инволвирани во третманот на пациенти со ковид - 19.

Дискусијата се одвиваше во насока на надминување на тековните проблеми што се појавија во секојдневната практиката.

-Претставниците на ЗЕВА дискутираа за тоа со какво наследство од претходните здравствени системи секоја земја одделно располага и колкава е неопходноста од добра стручна медицинска едукација за здравствените работници.

-Дали беше потребно состојба на пандемија за средината да сфати колку е голема задачата и обврската на здравствените работници (граѓаните доаѓаат со изјави дека нивните доктори се херои, а тие се истите доктори од пред ковид кризата).

-Има случаи за лошо лекување за време на ковид. Искуството на ова поле во земјите од ЗЕВА? Колку починати пациенти има поради лош третман од страна на докторите? Алогритмите во медицинскиот сектор укажуваат на состојба на пропусти во однос на дијагностицирањето или лечењето на инфицираните, а од друга страна постоеа и случаи кога здравствените работници одбегнуваа да се фатат во коштец со болеста, односно одбегнуваа да работат со ковид пациенти.

-Имаат ли членките на ЗЕВА бројки за доктори кои се инфицирале додека лекувале ковид позитивни пациенти и дали располагаат ли со официјални податоци за број на доктори кои се инфицирале со ковид-19?

Д-р Галин Бумбулут од Романија одговори со “да” на прашањето - дали беше потребно да се појави ковид - 19 за да се увиди колку е неопходен лекарскиот повик и колку е одговорна работа на докторот. Во врска дали се појавиле случаи на смрт поради лош третман од страна на докторите на пациенти заболени од ковид, доктор Бумбулут истакна дека директно такви случаи во Романија немало, но има индиректно, односно починале пациенти кои биле хронично болни, а имале и ковид - 19.

Д-р Иван Рагуш истакна дека во Хрватска здравствените работници се под притисок на медиумите и јавноста за тоа што го преземаат во врска со ковид -19, но истакна дека очекувањата се големи бидејќи докторот не може во секоја ситуација да работи како по книга. Во врска со лошото давање на здравствена заштита на пациентите, д-р Рагуш кажа дека има информации само од медиумите, односно не постојат официјални информации за вакви примери.

Д-р Калина Гривчева Старделова го нагласи и проблемот со нарушување на менталното здравје кај здравствените работници. Да се биде доктор и да се биде здрав во време на пандемија, навистина е тешко, истакна таа.

Д-р Фатмир Бахри укажа на проблемот со нарушување на менталното здравје по појавата на пандемијата, како кај медицинскиот персонал и особено кај ковид пациентите во Албанија.

Со наздравување со чаша од омилено вино, секој од својата земја и желба за здравје, беше затворен 27-от Симпозиум.

Vox medici

Заклучоци од 27-от Симпозиум на ЗЕВА

- Во услови на пандемија, земјите се соочуваат со слични проблеми во однос на недостаток на персонал во здравствените центри.

- Некои влади ги вклучија коморите во изнаоѓање на решенија за сузбивање на пандемијата, но некои – не. Лекарските комори и асоцијации мора да бидат поактивни во инсистирањето да им даваат стручни сугестии на владите во преземањето мерки во услови на пандемија.

- Неопходност од зголемување на бројот на стручно-научни предавања, едукации и обуку за ковид, за здравствените работници.

-Веб-орјенираните едукации се одлична можност за информирање и за едуцирање на здравствените работници.

- Неопходно е земјите повеќе да вложуваат во заштитата на здравствените работници за време на пандемија.

- Поголема финансиска поддршка за здравствениот сектор, јавен и приватен, а особено за докторите од првите редови во периодот на пандемија.



Бидете активни.
Останете активни.

Поселективен и побезбеден
за подолг живот

apleria®
eplerenone

Име на лек Аплериа филм-обложени таблети од 25 mg и 50 mg. **Индикации** 1. дополнување на стандардна терапија која вклучува бета-блокатори, за намалување на ризикот од КВ морталитет и морбидитет кај стабилни пациенти со $LVEF \leq 40\%$ и клинички докази за срцева слабост по неодамнешен МИ; 2. дополнување на стандардна оптимална терапија, со цел да се намали ризикот од КВ морталитет и морбидитет кај возрасни пациенти со (хронична) срцева слабост од Класа II според NYHA и со $LVEF \leq 30\%$. **Дозирање** За пациенти со срцева слабост после МИ: Терапијата треба да започне со 25 mg еднаш дневно и да се титрира во период од 4 недели до целната доза од 50 mg еднаш дневно, земајќи го во предвид нивото на К во серумот. Терапијата со еплеренон вообичаено треба да се започне во период од 3-14 дена по акутен МИ. За пациенти со (хронична) срцева слабост од Класа II според NYHA: терапијата се започнува со доза од 25 mg еднаш дневно и се титрира во период од 4 недели до целната доза од 50 mg еднаш дневно, земајќи го во предвид нивото на К во серумот. Кај пациентите со К во серумот поголем од $> 5,0$ mmol/L терапијата со еплеренон не треба да се започнува. Максимална дневна доза: 50 mg. По повлекувањето на еплеренон поради нивото на К во серум кое е $\geq 6,0$

mmol/L, терапијата може повторно да започне со доза од 25 mg секој втор ден, кога нивото на К ќе падне под $5,0$ mmol/L. **Контраиндикации** Пациенти со: преосетливост на активната супстанција или на некој од ексципиентите; ниво на К во серумот $> 5,0$ mmol/L при инјекција; тешка ренална инсуфициенција ($eGFR < 30$ ml на минути на $1,73$ m²); тешка хепатална инсуфициенција (класа C според Child-Pugh); терапија со диуретици кои штетат К или силни инхибитори на CYP 3A4. Комбинацијата на АКЕ инхибитор и АРБ со еплеренон. **Напомена** Збирниот извештај за особините на лекот како и дополнителните информации во врска со употреба на лекот, се достапни на ваше барање. Број и датум на решение Apleria 25 mg – 11-7873/1; Apleria 50 mg – 11-7872/1. Решенијата се со важност од 02.09.2019 год. соодветно. **Начин на издавање** со лекарски рецепт.

КВ – кардиоваскуларен; LVEF – лево вентрикуларна дисфункција; NYHA – срцевата Асоцијација на Њујорк; МИ – миокарден инфаркт; К-калциум

KRKA - ФАРМА ДООЕЛ Скопје, Христо Татарчев-1, бр 101, 1000 Скопје, Телефон (02) 2720310, Факс (02) 2700325, Е-маил: info.mk@krka.biz, www.krka.mk



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

Интервју

ПРОФ. Д-Р КАЛИНА ГРИВЧЕВА СТАРДЕЛОВА – ПРЕТСЕДАТЕЛ НА ЛЕКАРСКА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Се гордеам на професионалниот и тимски дух, пандемијата нè измори, но и нè зближи како луѓе



Нашите доктори се соочија со предизвикот како и сите нивни колеги ширум светот. Како претседател на Комората, се гордеам на професионалноста и тимскиот дух, не само помеѓу докторите од различни специјалности, туку и меѓу сите здравствени работници и соработници

Со пациентите нужно е да постои добра релација, добра комуникација и меѓусебна доверба, бидејќи сите сме на иста страна

По повеќе од половина година работење на лекарите во услови на ковид - 19 пандемија можете ли да го оцените нивниот ангажман и начинот на кој се соочија со предизвикот?

Нашите доктори се соочија со предизвикот како и сите нивни колеги ширум светот. Сметам дека не постоеа значајни отстапки кон подобро или полошо во поглед на работењето и во стручноста на самите доктори во однос на колегите од другите земји. Постоеа разлики во условите за работа и бројот на заболени. Знаете дека кај нас во еден период зна-

чајно се зголеми бројот на заболени и хоспитализирани болни со што оптовареноста на медицинскиот персонал беше поголема. Колегите даваат сè од себе за да се надмине кризата. На почетокот на пандемијата, колку и да не плашеше фактот што немаме доволно информации за вирусот и не можеме да прогнозираме што ќе се случува, мислам дека медицинскиот персонал се покажа на врвот на задачата. Во установите се направи брза мобилизација, докторите се организираа и распределија по тимови за ротации и се обучија за правилно користење на личната заштитна опрема и сите протоколи зададени од надлежните институции за дијагностицирање, следење и лекување на ковид - 19 болни. Како претседател на Комората се гордеам на професионалноста и тимскиот дух, не само помеѓу докторите од различни специјалности, туку и меѓу сите здравствени работници и соработници. Затоа, можам да оценам дека не само докторите, туку сите здравствени работници и соработници, како единствен тим, доследно, одговорно и исклучително професионално се соочија со предизвикот наречен ковид-19.

Како пандемијата се одрази врз работењето на Лекарската комора и што Комората презеде за да ги поддржи своите членови?

Во однос на редовната работа на Комората за целиот период немаше застој. Голем дел од услугите ги пренасочивме онлајн и постојано бевме достапни за членовите и граѓаните, дури и преку социјалните мрежи. Единствено, имаше неколку месеци застој во однос на одржување на стручниот испит, но веднаш штом Комисијата за заразни болести одобри одржување на спроведување на такви активности согласно прецизно дефинирани протоколи, продолживме да го спроведуваме и, досега, 87 доктори се стекнаа со лиценца за работа. Ја зголемивме директната комуникација со членовите, телефонски и со физичко присуство бевме во тек за состојбата на теренот. Во првите неколку месеци, активните членови редовно информираа за сите заболени колеги, комунициравме и бевме во тек за нивната здравствена состојба и понудивме секаква можна поддршка за нивно брзо закрепнување. Пандемијата можеби не измори, но го зближи членството, не зближи како луѓе.

Со какви проблеми се соочуваат докторите во спроведувањето на лекарската практика и како тече комуникацијата со ресорното Министерство и другите институции од кои се очекуваат конкретни одговори за барањата на фелата?

Имаше периоди кога се ни се чинеше хаотично и голем дел од работите ги решававме во од. Едноставно, ситуацијата на принуди на тоа. Невозможно беше што и да било да се предвиди или планира. Во моментов, можам да констатирам дека најголем дел од нештата имаат воспоставен ред. Комуникацијата со Министерство за здравство и Фондот за здравствено осигурување е постојана и коректна, иако се уште имаме нереализирани барања и крупни отворени прашања. Матичните лекари се уште имаат потреба од финансиска поддршка за обезбедување лична заштитна опрема,

пред се оние кои и пред пандемијата немаа доволно пациенти за да обезбедат нормално функционирање. Во меѓувреме, започна и тест периодот за реформите во примарната здравствена заштита. Кога се најави нивното воведување имаше многу негодувања, поради што Лекарската комора организираше тридневна он - лајн трибина на која директно ги поврза сите матични лекари од целата држава со одговорните од Фондот за здравствено осигурување, со цел да имаат можност самите да го искажат својот став и мислење. Сепак, за нас како фела, најгорливо прашање е насилството врз докторите. Изминативе неколку месеци имавме зачестени инциденти каде доктори се нападнати од пациенти на своето работно место. Таквите случувања едноставно мора да запрат и јас, лично, подолг временски период преземам иницијатива и инсистирам институциите да започнат да се координираат меѓу себе за да може законската регулатива конечно да се усогласи и применува за сторителите на вакви дела коишто треба да бидат најостро санкционирани. Во услови на пандемија не можеме да се бориме на два фронта, од кои едниот е бесмислен. Со пациентите нужно е да постои добра релација, добра комуникација и меѓусебна доверба, бидејќи сите сме на иста страна.

Колку пандемијата го промени начинот на работењето на Комората и какви се плановите за во иднина?

Покрај редовното работење, од самиот почеток на пандемијата правевме максимални напори како служба да помогне на докторите, во голема мера и надвор од нашите официјални ингеренции. Покренавме низа активности со цел, заштита на здравјето и на докторите и на пациентите. Решивме да ги употребиме сите ресурси кои ги имавме на располагање, пред се стручното знаење на нашите членови-професори, дигиталната технологија и расположливите финансиски средства. Веднаш, на самиот почеток на пандемијата, се подготвија повеќе стручни текстови, обуки и предавања кои ги направивме достапни за докторите преку web - страницата на Комората. Лекарската комора во соработка со Институтот за јавно здравје подготви прирачник за ковид - 19 и правилна употреба на лична заштитна опрема, проф. д-р Мери Ралева Џепаровска подготви стручен текст со детални и практични упатства за зачувување на менталното здравје на докторите во услови на пандемија, особено за оние кои работат под силен стрес во првата линија и акредитиравме обуки за ковид - 19 од Светската здравствена организација. Доктори кои работеа во првите редови со болни од ковид - 19 споделуваа искуства и автентични случки од нивната практика и еден број на списанието Vox Medici целосно го посветивме на овие колеги и установи. Меѓу другото, со Одлука на Извршниот одбор, сите финансиски средства планирани за одбележување на Денот на Комората и наградата "Св. Наум Охридски" ги пренаменивме и обезбедивме заштитна опрема која ја дониравме на Инфективната клиника и ГОБ 8 „Септември“. Периодов, интензивно работиме на развивање на платформата за е-регистар на докторите и е- едукација. Веќе имаме поставено неколку вебинари, но алатката се уште не е целосно функционална и работиме на нејзино усовршување. Пандемијата, дефинитивно ни ги измени и

Интервју

плановите за во иднина, но како што велат „секоје зло- за добро“, а доброто е во тоа што пандемијата не натера побрзо да се дигитализираме и сигурно, во иднина, голем дел од работата Комората ќе ја врши на овој начин.

Во контекст на е-едукацијата преку платформата на Комората, дали сметате дека континуираната е-едукација преку вебинари е успешна во поглед на пренесување на стручни медицински знаења и дали, можеби, вебинарите го нарушија концептот на дружење меѓу колегите ако се има предвид дека искуства и сознанија од областа на медицината се разменуваат и со пријателски разговори надвор од официјалниот дел?

Он-лајн едукацијата и стручните настани стануваат наше секојдневие и полека се навикнуваме да функционираме и на тој начин да се стекнуваме со стручни знаења. За среќа, денес технологијата е многу напредната и он-лајн едукацијата, ако е добро организирана, овозможува солидно пренесување на знаења и квалитетни стручни дискусии. Но, дефинитивно, вистина е дека тие завршуваат со исклучувањето на копчето за пренос, додека на стручните средби кои се одржуваат со физичко присуство дискусија често продолжуваа и потоа, во паузата меѓу предавањата, во фоајето, на кафе, на ручек.....Од непосредната дружба и комуникација меѓу колегите неретко произлегуваат нови стручни соработки и проекти помеѓу институции. Во он-лајн едукацијата таа човечка нишка недоставува и искрено, не знам како би можела да се надополни.

Оваа година Лекарската комора на Република Северна Македонија беше домаќин на меѓународниот Симпозиум на комори и асоцијации од Југоисточна и Источна Европа – ЗЕВА. Какви дискусии доминираа на Симпозиумот и кои беа главните заклучоци?

Огромна чест ни претставуваше тоа што земјите членки минатата година на Симпозиумот на ЗЕВА одржан во Будимпешта изгласаа во 2020 година домаќин да биде Лекарската комора на Република Северна Македонија. За жал, со разгорување на пандемијата сите се најдовме во ситуација на ограничена мобилност и оттука произлезе дилемата дали да го откажеме настанот. Ние не сакавме континуитетот да се прекине токму кога треба да сме домаќини, па одлучивме во вакви специфични услови Симпозиумот да го одржиме он-лајн. Симпозиумот се одржа на 26 септември 2020 година на тема „Справување на земјите со пандемијата ковид – 19, предизвици и искуства“.

Генерално, она што се слушна и виде од дискусијата и презентациите на присутните е дека сите се бориме со исти потешкотии и дека разликите се незабележителни. Сите земји во регионот, но и пошироко, се соочуваат со незадоволително почитување на препораките и сметаме дека тоа е една од главните причини за високите бројки на новозаболенни во земјите. Во однос на подготвеноста на докторите да се соочат со состојбата, дури и по половина година искуство со ковид - 19, евидентна е потребата за зголемена, континуирана и интензивна стручна едукација и обуки на здравствените



работници. Заклучивме дека речиси сите земји членки во услови на пандемија се соочуваат со недостаток на персонал во здравствените центри, дека здравјето и заштитата на здравствените работници од инфекција треба да биде приоритет и дека е неопходно лекарските комори и асоцијации да инсистираат да бидат тело кое ќе дава стручни сугестии на владите во услови на пандемија, поради тоа што некои влади самите ги вклучија коморите во изнаоѓањето на решенија за сузбивање на пандемијата, но некои – не. На крај, државите мора да обезбедат поголема финансиска поддршка за здравствениот сектор, како во јавниот, така и во приватниот, особено во земјите каде што докторите од приватните здравствени установи се оставени сами на себе да се справуваат со финансиските потешкотии. Сите заклучоци по претходна согласност на учесниците ќе биде објавен на web - страницата на ЗЕВА и на страниците на сите комори – членки, вклучително и нашата.

Постојат ли одредници по кои коморите од регионот и пошироко преземаат мерки и активности во врска со ковид кризата, односно кои се искуствата за делување на сродните институции?

Имаме постојана комуникација со коморите во регионот и редовно разменуваме податоци за актуелната бројна состојба и новости кои може да помогнат во справувањето со ковид 19. Често се случува некоја членка да сподели проблем, а другите да споделат искуства за негово решавање. Секоја комора ги одредува своите активности во зависност од темпото со кое се шири пандемијата, но сите комори се согласни дека фокусот треба да е на превенцијата и упорно апелирање до населението за строго придржување до основните мерки за заштита: држење дистанца, лична хигиена и користење на заштитни маски.

Vox medici

Пациенти со дијабетес тип 2 треба да очекуваат повеќе по терапијата со метформин

РЕАЛИЗИРАЈТЕ ГО ПОТЕНЦИЈАЛОТ

НОВО Ozempic®

Единствената терапија за еднаш неделно дозирање која вклучува и супериорна ефикасност и КВ придобивки¹⁻⁵



СУПЕРИОРНА ГЛИКЕМИСКА КОНТРОЛА^{1,2*}

Намалување на HbA_{1c} од -1,8% со Ozempic® 1 mg наспроти -1,4 со Trulicity® 1,5 mg



СУПЕРИОРНО И ОДРЖЛИВО НАМАЛУВАЊЕ НА ТЕЛЕСНАТА ТЕЖИНА^{1-3*}

Повеќе од двојно намалување на телесната тежина наспроти Trulicity®² (-6,5 kg со Ozempic® 1 mg наспроти -3,0 kg со Trulicity® 1,5 mg)



ДОКАЖАНИ КВ ПРИДОБИВКИ^{1,3†}

26% намалување на КВ ризик^{1,3†} (Примарен композитен исход од КВ смрт, нефатален МИ или нефатален мозочен удар)



За возрасни со дијабетес тип 2 и утврдена КВБ Извештајот од консензусот на ADA/EASD од 2018 препорачува терапија со GLP-1 рецептор агонист со докажани КВ придобивки⁶

КВ=кардиоваскуларен/на; МИ=миокарден инфаркт; КВБ=кардиоваскуларна болест; ADA=Американска Асоцијација за Дијабетес; EASD=Европска асоцијација за проучување на дијабетесот; GLP-1 рецептор агонист=глукагон сличен пептид-1 рецептор агонист. *Резултатите се однесуваат на Ozempic® во текот на SUSTAIN клиничките студии, кои вклучуваат плацебо, Januvia®, Trulicity®, Bydureon® и Lantus®.^{1,2} †Во SUSTAIN 6, Ozempic® го намалил КВ ризик (КВ смрт, нефатален МИ или нефатален мозочен удар) наспроти плацебо кај пациенти со дијабетес тип 2 со висок КВ ризик третиран со стандардна заштита. ‡Кога се додава на стандардна заштита, која вклучува орална антидијабетична терапија, инсулин, антихипертензиви, диуретици и антихиперлипемична терапија.⁷

Пред да го пропишете лекот, ве молиме прочитајте го Збирниот извештај со особените на лекот.

Фармацевтска форма: Ozempic® 0,25 mg и Ozempic® 0,5 mg раствор за инјектирање - едно претходно наполнето пенкало за еднакратна употреба содржи 2 mg semaglutide во 1,5 ml раствор и Ozempic® 1 mg раствор за инјектирање - едно претходно наполнето пенкало содржи 4 mg semaglutide во 3 ml раствор. **Индикации:** Ozempic® е индициран за третман на возрасни со недоволно контролиран дијабетес мелитус тип 2 како дополнително на исхраната и вежбањето како монотерапија кога метформинот се смета за несоодветен поради интолеранција или контраиндикации или како дополнително на други медицински производи за третман на дијабетес. **Дозирање и начин на употреба:** Почетната доза е 0,25 mg semaglutide еднаш неделно. По 4 недели дозата треба да се зголеми на 0,5 mg еднаш неделно. По најмалку 4 недели со доза од 0,5 mg еднаш неделно, дозата може да се зголеми до 1 mg еднаш неделно за понатамошно подобрување на гликемиската контрола. 0,25 mg semaglutide не е доза за одржување. Не се препорачуваат неделни дози поголеми од 1 mg. Ozempic® се употребува еднаш неделно, независно од оброк, се аплицира супкутанно и не смее да се дава интравенски или интрамускулно. Кога Ozempic® се додава на веќе постоечка терапија со метформин и/или тиазолидиндион, тековната доза на метформинот и/или тиазолидиндионот може да остане непроменета. Кога Ozempic® се додава на веќе постоечка терапија со сулфониуреа или инсулин, треба да се земе предвид намалувањето на дозата на сулфониуреа или инсулинот со цел да се намали ризикот од појава на хипогликемија. **Посебна група на пациенти:** Не е потребно прилагодување на дозата согласно годините. Терапевтското искуство кај пациенти кои имаат ≥75 години е ограничено. Не е потребно прилагодување на дозата кај пациенти со лесно, умерено или тешко ренално нарушување. Искуството од употребата на semaglutide кај пациенти со тешко ренално нарушување е ограничено. Semaglutide не се препорачува да се употребува кај пациенти со ренални заболувања во краен стадиум. Не е потребно прилагодување на дозата кај пациенти со хепатално нарушување. Искуството од употребата на semaglutide кај пациенти со тешко хепатално нарушување е ограничено. Треба да се внимава кога овие пациенти се третират со semaglutide. Безбедноста и ефикасноста на semaglutide кај деца и адолесценти под 18 година возраст сè уште не е утврдена. Не се достапни податоци. **Контраиндикации:** Хиперсензитивност на активната супстанција или на која било состојка. **Предупредувања и претпазливост при употреба:** Semaglutide не треба да се употребува кај пациенти со дијабетес мелитус тип 1 или за третман на кетоацидоза. Semaglutide не е замена за инсулин. Не постои искуство кај пациенти со конгестивна срцева слабост класа IV според Њујоркското здружение за срце - New York Heart Association (NYHA) и од таа причина semaglutide не се препорачува да се употребува кај овие пациенти. Употребата на GLP-1 рецептор агонисти може да биде поврзана со гастроинтестинални несакани реакции. Ова треба да се земе предвид при третирање на пациенти со нарушена бубрежна функција, бидејќи гадењето, повраќањето и дијарејата може да доведат до дехидратација што може да предизвика влошување на бубрежната функција. Акутен панкреатитис е забележан при употреба на GLP-1 рецептор агонисти. Пациентите треба да бидат информирани за карактеристичните симптоми на акутен панкреатитис. Доколку постои сомневање за панкреатитис, треба да се прекине земањето semaglutide; доколку се потврди акутен панкреатитис, не треба да се почнува повторно со semaglutide. Треба да се внимава кај пациенти со историја на панкреатитис. Пациентите кои земаат semaglutide во комбинација со сулфониуреа или инсулин може да имаат зголемен ризик од хипогликемија. Ризикот од хипогликемија може да се намали со намалување на дозата на сулфониуреа или инсулинот кога се почнува со третман со semaglutide. Кај пациенти со дијабетична ретинопатија кои земале инсулин и semaglutide, бил забележан зголемен ризик од развој на компликација - дијабетична ретинопатија. Треба да се внимава кога се употребува semaglutide кај пациенти со дијабетична ретинопатија кои земаат инсулин. Овие пациенти треба внимателно да се следат и да се третират според клиничките упатства. Брзо подобрување на гликемиската контрола било поврзано со привремено влошување на дијабетичната ретинопатија, но други механизми не може да бидат исклучени. Интеракции: Semaglutide го одложува желудочното празнење и има потенцијал да влијае врз апсорпцијата на оралните медицински производи кои истовремено се администрираат. Semaglutide треба да се употребува внимателно кај пациенти кои земаат орални медицински производи за кои е потребна брза гастроинтестинална апсорпција. Не е потребно прилагодување на дозата на парацетамол, орални контрацептиви (етинилестрадиол и левоноргестрел), аторвастатин, варфарин, дигоксин или метформин кога се администрира со semaglutide. Мелгута, при започнување на третман со semaglutide кај пациенти кои земаат варфарин или други кумарински деривати, се препорачува често следење на INR. **Бременост и лактација:** Ozempic® не треба да се употребува за време на бременост, кај пациентки кои планираат да забременат или кои дојат. Земањето на semaglutide треба да се прекине најмалку 2 месеци пред планирана бременост поради долгот полуживот. **Влијание врз способноста за возење и употреба на машини:** Semaglutide не влијае или незначително влијае врз способноста за возење и употреба на машини. Кога се користи во комбинација со сулфониуреа или инсулин, треба да се советуваат пациентите да преземат мерки за да избегнат појава на хипогликемија додека возат или употребуваат машини. **Несакани дејства:** Најчесто пријавувани несакани реакции за време на клиничките испитувања биле гастроинтестинални нарушувања, вклучително гадење (многу често), дијареа (многу често) и повраќање (често). Генерално, овие реакции биле лесни или умерени по сериозност и со кратко траење. Несаканите ефекти најчесто биле пријавувани за време на првите месеци од третманот. Не биле забележани епизоди на тешка хипогликемија кога semaglutide бил употребуван како монотерапија. Тешка хипогликемија првенствено е забележана кога semaglutide бил употребуван со сулфониуреа или инсулин. **Лекот може да се издава само со лекарски рецепт. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет:** 11-8011/2; 11-8012/2; 11-8013/2 од 21.11.2019. Ozempic® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска. Последната одобрена верзија на Збирниот извештај за особените на лекот е достапна на линкот: <https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/overview> Производител: Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark. Носител на одобрение: Ново Нордиск Фарма доел, ул.Никола Кљусев 11, Скопје.

Ако приметите некој несакан дејства, ве молиме да го информирате вашиот лекар, фармацевт или медицинска сестра. Со пријавување на несаканите дејства се обезбедува континуирано следење на односот корист/ризик и се обезбедуваат информации за безбедноста на лекот.

References: 1. Ozempic® [Збирен извештај со особените на лекот]. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-8011/2, 11-8012/2 и 11-8013/2 од 21.11.2019. 2. Pratley RE, Arora VR, Lingvay I, et al. Semaglutide versus dulaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 7): a randomised, open-label, phase 3b trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018;6(4):275-286. 3. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375:1834-1844. 4. Bydureon® [summary of product characteristics]. Södertälje Sweden: AstraZeneca AB. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_information/human/002020/WC500108241.pdf. Accessed October 10, 2017. 5. Trulicity® [summary of product characteristics]. Utrecht, The Netherlands: Eli Lilly Nederland B.V. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_information/human/002825/WC500179470.pdf. Accessed October 10, 2017. 6. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2018. doi:10.2337/dci18-0033. 7. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375(suppl 1):S1-S108.



Ozempic® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска.
Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
ул. Никола Кљусев бр. 11, Скопје, Р. С. Македонија
тел: +389 2 2400 202; www.novonordisk.com
D-14/01-02/2020; Датум на одобрување: Февруари 2020
Овој материјал е наменет само за здравствени работници.

ONCE-WEEKLY
OZEMPIC®
semaglutide injection

Пандемија

СПЕЦ.Д-Р ИЛИЈА ЗДРАВКОВ - ГРАДСКА ОПШТА БОЛНИЦА „8 СЕПТЕМВРИ“

Успешно излекуван млад пациент со дијагностициран ковид-19 енцефалитис

Во лекувањето особен ангажман и грижа даде д-р Петар Атанасовски без кого оваа успешна слика немаше да биде целосна

Почитуван д-р Здравков, во Градската општа болницата „8 Септември“ успешно е излекуван млад пациент со дијагностициран ковид-19 енцефалитис, односно воспаление на мозокот. Каква беше состојбата на пациентот кога беше примен и нешто повеќе за терапијата?

Најпрво, Ви благодарам на поканата за ова интервју. Во изминатите шест месеци бевме сведоци дека за болеста COVID 19 говореа лекари кои немаа видено ниту еден случај на болеста, туку го раскажуваа прераскажаното. Што се однесува до Вашето прашање, станува збор за пациент кој е трансфериран од ЈЗУК за Неврологија со клиничка слика на атаксичен синдром и општи, конституционални знаци и симптоми. После реализираната НМР на глава и лумбална пункција дијагнозата за енцефалитис беше многу веројатна. Следуваа и дополнителни испитувања на други органи и органски системи. Започната беше терапија со високи пул-

сни дози на дексаметазон по примерот на светските трендови, иако дел од ставовите за лекување на COVID 19 енцефалитис се само колоквијални и анекдотални. Освен оваа терапија беше вклучена и антибиотска, антикоагулантна и останата симптоматска и супортивна. За среќа, на 7-от ден се бележеше битно подобрување на клиничката слика, а контролната НМР на глава по 20 дена покажуваше битна резолуција и ресолвирање на паринхимскиот наод за воспаление. Во лекувањето, особен ангажман и грижа имаше д-р Петар Атанасовски без кого оваа успешна слика немаше да биде целосна.

Пациенти со ваква дијагноза се ретки. Имало ли и друг ваков случај на Одделението на неврологија?

Не, ова е прв случај во Македонија, а колку што успеав да следам во тој период по пренесувањата на српските медиуми, тоа е прв и на просторот на Балканот. На Одделот, досега се лекува-



фото: sdk.mk

ле и пациенти со други причинители на енцефалит. Последниот е 19 - годишен пациент со херпес симплекс енцефалитис кој за среќа не остави никакви последици и го пуштивме на домашно лекување пред три недели. Во основа, патологијата би требало да ја водат инфектолози, но некако имам впечаток дека не секогаш имаме добра соработка со Клиниката за инфективни болести, бидејќи нашите инзвонредни инфектолози во ГОБ „8-ми Септември“ за некои случаи ја немаат на располагање целата плејада на постапки за лекување на овој тип болест.



Ковидот не изненади, се уште има голем број нови пациенти, а веќе е септември, како и школскиот и студентскиот почеток. Имате ли некакви предвидувања во врска со ширењето на ковид-19 во периодов што доаѓа?

Доколку тие апроксимативни 20 % од населението се уште не се освестат, се уште живеат со заробен ум и не прифатат дека болеста постои, дека маски на лице и дистанца мора да се одржува, нивното однесување ќе ги амплифицира случајувањата со сезонскиот грип и настинките (горно респираторни инфекции). Се чини дека се уште останавме под силно влијание на архетипот

Homo Balcanicus, како модел на однесување и живеење. Во нашето општество последните две децении видовме авторитети кои имаа несекојдневен модел на однесување. Па така, од тие чија обврска и должност е да промовираат високи животни вредности, а наместо тоа, се однесуваат или авторитарно или премногу “другарски и опуштено”, не можете да очекувате дека ќе индицираат промени во социо-психолошкиот профил на населението, па ако сакате и културолошко-религиозниот аспект на животот.

Според состојбата што сега е присутна, какви се вашитевидувања за Болницата „8 Септември“, дали наскоро од ковид центар во целост ќе се

врати кон нормално функционирање?

Беше формирано работно тело кое детално ги разгледуваше сите опции и можности како архитектонски, така и од аспект на хумани ресурси за создавање услови во кои болницата би работела во стандардни услови. Некои одделенија, како на пример - Одделот за неврологија, каде припаѓам, и пред почетокот на кризата со пандемијата има јасен недостиг на персонал, првенствено лекари – невролози. Затоа, мислам дека е можно ние да поминеме уште одреден период на адаптација за да може да одговориме на барањата на пациентите.

Vox medici

ПРИЗНАНИЕ ЗА ПОЖРТВУВАНОСТ И ЧОВЕКОЉУБИЕ

„Св. Мајка Тереза“ за хуманост на здравствените работници

Лекарската комора на Република Северна Македонија им честита на министерот и на директорите, како и на севкупниот медицински и помошен персонал кој работеше во здравствените установи изминативе месеци и кои го носеа најтешкото бреме во борбата со ковид -19 пандемијата.

Министерот за здравство доц. д-р Венко Филипче, директорката на Клиниката за инфективни болести и фебрилни состојби д-р Милена Стевановиќ, директорот на ГОБ „8 Септември“ проф. д-р Христијан Костов и директорот на Институтот за белодробни заболувања кај децата - Козле д-р Ангелчо Андоновски добија посланија „Св. Мајка Тереза“ за 2020 година и статуетки за хуманост од Граѓанската асоцијација „Скопјанката Мајка Тереза“.

“Ова е уште еден доказ дека прин-



ципити и работата на Мајка Тереза всушност се вградени во однесувањето, работата и карактерот на сите здравствени работници, а тоа се хуманоста, пожртвуваноста и човекољубието” заблагодарувајќи се, изјави министерот за здравство Венко Филипче

Директорот на ГОБ „8 Септември“ кој доби признание за хуманост рече дека докторите и целиот персонал и

понатака ревносно продолжуваат во залагањата против ковид - 19. Притоа, тој истакна дека функционирањето на „8 Септември“ постепено се враќа. “Пуштени се сите амбуланти и 60 проценти од одделите се пуштени во функција, како и оперативни сали за пациенти на кои им е неопходна оперативна интервенција за некоја хронична болест”, истакна д-р Христијан Костов.

Новости од истражувачките тимови

Лекувањето од Covid-19 се насочува кон имуниот систем

Помина повеќе од пола година од почетокот на пандемијата но научниците се уште не успеаа да најдат ефикасен лек против вирусот. Нивната нова надеж е имуниот систем или поточно кажано, антителата во плазмата на тие кои ја преживеале болеста, интерфероните и матичните клетки.

Рецензирани се 1093 клинички истражувања, евалуирани повеќе од 300 различни стратегии. Само за лекот chloroquin се направени 230 истражувања. Соочени со итната потреба од лек, компарирани се и испитани достапни лекови како Remdesivir (користен за лекување од ебола), Kaletra, Azithromycine и многу други. Поголем број од истражувањата кои се во тек страдаат од методолошки проблеми и нивните резултати чија значајност е ограничена, се противречни. Очекувајќи ја хипотетичката вакцина, можеби решението за намалување на смртноста е токму во имуниот систем.

1. Од крвта на „преживеаните,, до моноклоналните антитела

Имуниот систем на лицата кои оздравеле од една инфекција развиваат специфични антитела, имуноглобулини G. Тоа се комплексни протеини присутни во крвната плазма, способни сигурно да го детектираат и неутрализираат предизвикувачот. Трансфузирајќи ја оваа плазма на некој болен, теоретски е можно да му се помогне во борбата против инфекцијата. Овој начин е предмет на истражување во Франција и во САД каде 16000 пациенти примиле крв од „преживеан,,. Универзитетот Stanford од Калифорнија потврдил дека од технички аспект методот е исправен но, дека нема можност да се измери користа од клинички аспект. Ваквата трансфузија е користена при лекување на Sars, Ebola, grippe, но со променлив успех. Всушност, оваа трансфузија

останува рудиментарна, особено бидејќи крвта на еден реконвалесцент се разликува од крвта на друг по капацитетот за одбрана против инфекцијата. „Постојат милиони различни антитела. Некои го блокираат вирусот ефикасно, други слабо, а трети воопшто не, вели шефот на лабораторијата за хуморална имунологија од Institut Pasteur во Парис, Hugo Mouquet. Неговата екипа има задача да ги идентификува неутрализирачките молекули, но и келиите од имуниот систем (Lymphocytes B) способни да бидат синтетизирани за да се продуцираат во големи количини во лабораторија, ако за нив има потреба. Теориски овој коктейл од антитела може дури и да се администрира како превентива, како вакцината. Но, оваа техника е со привремена афикасност.

2. Интерфероните, клуч за крвата на инфекција?

Интерфероните (IFN) се меѓу првите бранители на организмот против вирусот. За разлика од антителата (IgG) создадени по мерка на патогени агенси и затоа наречени адаптивни (Lymphocytes B), овие, другите комплексни протеини (интерферони) имаат вроен одговор. Интерферон I, II и III можат да бидат продуцирани од повеќе типови клетки меѓу кои е откриена и вирална РНК. Тие играат улога на стражар и го координираат имуниот одговор. Како што кажува нивното име, тие интерферираат со вирусот. Така, ако една клетка е заразена, таа ги испраќа овие гласници кон соседните клетки за да се подготват за одбрана. Во овој час кога се пишува ова, 31 клиничко истражување за интерфероните се во тек или завршуваат. Една интернационална екипа во својата студија покажува дека корона вирусот има стратегија да ја заобиколува опасноста на која наиду-

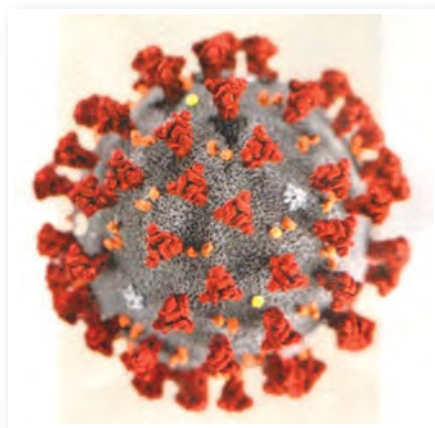
ва. Тие откриле дека интерферонот alpha има способност да ја зголеми својата експресија на рецепторот ACE2 на површината на клетките на fossa nasalis или на алвеолите во белите дробови, прецизно, таму каде вирусот навлегува во организмот на човекот и на тој начин, поинаку кажано, механизмот на одбрана е свртен во корист на вирусот. Но, додавање на други типови на интерферони би можеле да го рееквилибрираат одговорот на имуниот систем. Предност е дека интерфероните користени за други болести како хепатитис се лесно достапни за користење во борбата против Covid-19.

3. Матичните клетки против цитокинската бура.

Кај голем број болни од Covid-19 се појавува еден синдром на респираторно нарушување асоцирано со инфламација предизвикана од вирусот. Оваа реакција на имуниот систем е една од главните причини за смрт. За да ја „смират,, повеќе тимови се свртија кон матичните клетки и нивниот потенцијал за модулирање на имуниот систем. Во истражувањето Stroma-Cov2 се користени мезенхимните матични клетки CSM од папочната врвца во оддел за реанимација на 60 интубирани пациенти трипати на ден во доза од 1 милион матични клетки на килограм т.т. во тек на шест дена. Вкупно 50 слични истражувања се во тек. Во Шведска една екипа го испитува дејството на мезенхимни матични клетки специфични за белите дробови кои би ја запреле цитокинската бура, но во исто време и би ги репарирале оштетувањата таму. Досега, иако многу ветуваат, матичните клетки тоа се уште не го докажале на клинички план.

Hugo Jalinier

Долготрајна социјална изолација го нарушува функционирањето на мозокот



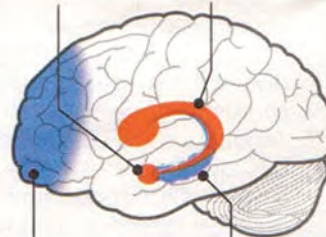
Како мерка за спречување на ширење на Covid-19 Франција воведо 55 дневен карантин во домашни услови на целото население. Научната институција Inserm 1253 Imagerie et cerveau на Универзитетот во Tours направи студија која имаше за цел да ги утврди последиците од социјалната изолација врз мозокот поаѓајќи од тврдењето на двајца американски истражувачи, John Cacioppo и Louise Hawkley од Универзитетот во Чикаго, објавено уште во 2009 година во статија во *Trend in Cognitive science*, дека мозокот на социјалните видови, како човекот и мушичката дрозофила, е значително афектиран од социјалната изолација и таа за него претставува ризик фактор, но и дека може да доведе до намалени когнитивни способности, забрзано когнитивно опаѓање, депресија и зголемена чувствителност на социјални закани. До слични заклучоци дошол и Ahmad Reza Dahpour и неговиот тим од Универзитетот за Медицински науки во

Техеран во 2018 година во својата студија. Тие утврдиле дека „социјалната изолација е стресоген фактор кој доведува до влошување на социјалното однесување, на функцијата на невротоксичките и невроендокрини системи, доведува до физиолошки и анатомски промени како и истовремени промени во однесувањето кај човекот и животните...“ Францускиот тим, со помош на функционална магнетна резонанца (fMRI), на лица кои биле во карантинот кој траел речиси два месеца, откриле региони во мозокот кои станале хиперфункционални како што се *amygdala*, малата мозочна структура којашто се активира при стрес и анксиозност, и *corpus striatum dorsalis* којшто управува со рутинското однесување. Спротивно, други региони функционираа со намалена активност како *cortex prefrontalis* кој обезбедува резонирање и планирање или *hippocampus* кој е инволвиран во меморизацијата.

Пореметена хемијата на мозокот

Освен тоа, и хемијата на мозокот се нарушува од карантинот. Според иранската студија, социјалната изолација е причина да се зголеми лачењето на кортизол или адреналин. Ова може да ги објасни тешкотиите во меморирање на нови работи, бидејќи овие хормони се невротоксични особено за невроните од *hippocampus*. Ниско е нивото и на *dopamine* кој влијае на вниманието, задоволството, мотивацијата, сонот, или на *serotonine* кој влијае на расположението, но и на невротрофичните коишто помагаат во фабриката на

Хиперфункционални региони
Amygdale, striatum dorsalis



2. Hipofunkcionalni regioni
Prefrontalen cortex, hippocampus

Во услови на социјална изолација,
извесни зони од мозокот
функционираат повеќе (со црвена
боја) а други помалку (во сина боја)

нови неврони. Многу е битно што се намалува нивото на охитосупе кој ги регулира физичките и социјални контакти, бидејќи ако овој хормон не се лачи доволно, ќе се намалат физичките контакти што, пак, ќе доведе до фаворизирање на проинфламаторните клетки (*citokini*) на мозокот коишто може да имаат невротоксично дејство. Но, сите индивидуи не реагираат исто на социјалната изолација. Некои добро се адаптираат, помагајќи на другите или бавејќи се со физичка активност. Мора да се води сметка дека по прекинувањето на карантинот може да се јави анксиозност од фактот дека повторно се изложени на вирусот или се јавува когнитивен умор, како резултат на зголемената будност, во секој момент да се обезбеди одбранбено однесување.

Elena Sender

За Covid-19 кај најмладите сè уште не знаеме доволно

Кога, и при какви услови треба да се вратат учениците во школските клупи е прашање на кое треба да одговорат здравствените и образовните фактори во секоја земја зафатена од епидемијата од Covid-19. Чувството на одговорност е голема, зашто спецификите на Covid-19 кај децата се уште не се сосе-

ма јасни. Научните податоци сугерираат дека децата се приемчиви на вирусот како возрасните, но тие на него се помалку чувствителни. Децата претставуваат само еден до пет проценти од вкупниот број на случаи со Covid-19 потврдени во светот и тие имаат малку, или воопшто немаат симптоми според

Институтот за јавно здравје на Франција. Според кинеска студија, 59% од болни деца од Covid-19 имаат грозница, 46% кашлаат, 26% се асимптоматски и 12% имаат симптоми од гастро-интестинален тракт. Лионските научници во 2009 година направија студија за контактите кои ги прават децата,

Евројски искуства

обсервирајќи 232 деца од шест до 12 години. Тие утврдиле дека секое од нив во просек имаат 323 контакти дневно со 47 другарчиња. Овој голем број на интеракции изгледа е компензиран со помала контагиозност. Иако Covid-19 се пренесува главно преку кашлица и дишење (дување), олеснителна околност е дека децата имаат мал пулмонален волумен и најчесто кашлаат малку или воопшто не. Холандска студија истражувала 54 семејства во карантин. Ниедно дете под 12 години не било прв пациент и ниту еден од неговите 43 следни контакти не биле заразени. Според италијанска студија, помалите од 15 години се трипати помалку подложни на инфекција отколку возрасните. Сепак, авторите на оваа студија сметаат дека кога се затворени училиштата пикот на новозаразени се намалува за 40 до 60% и се успорува епидемијата. Тешки случаи од Covid-19 кај деца се ретки. Во САД, според JAMA pediatrics, на 48 хоспитализирани случаи од

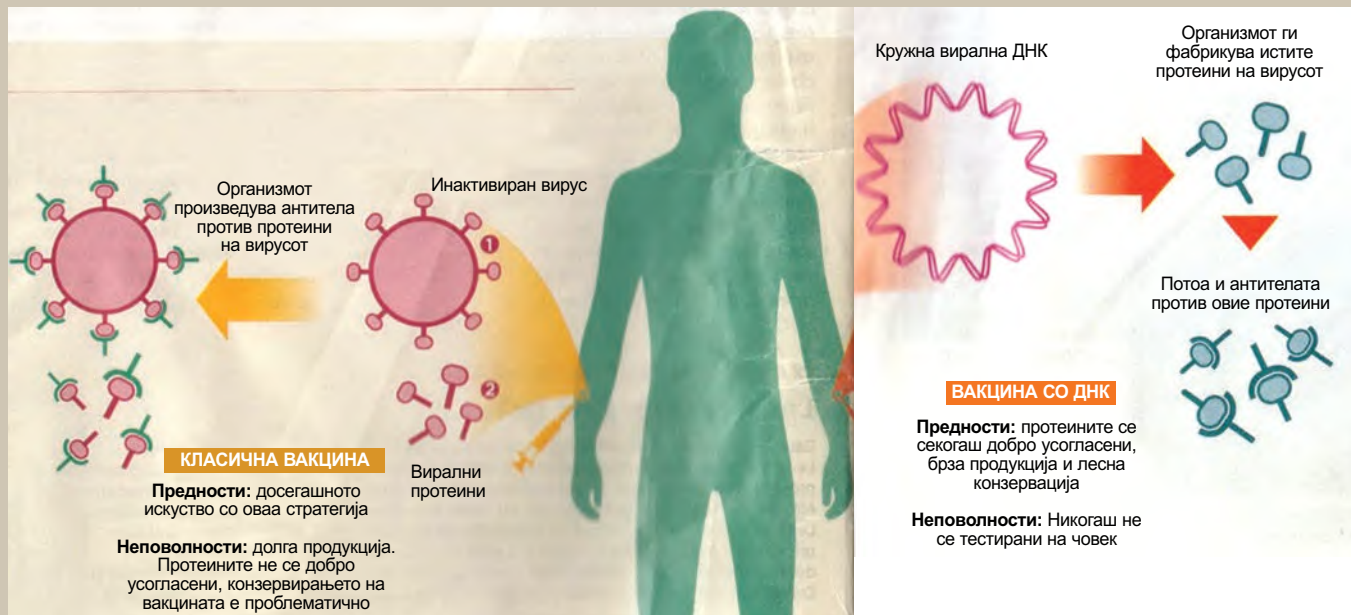


Covid-19 на возраст од 0 до 21 година, 83% (40 пациенти) имале значајни коморбитети како генетски болести, кардијални болести или биле палави. Смртноста на деца помали од 21 година, инфицирани од Covid-19 во Франција изнесува 0,001% до денеска, додека кај постари од 80 години е 10%.

Дел од хипотезите е дека несозреаноста на имуниот систем, потенцијално помалата подложност на инфекција или поголемата изложеност на други вируси во училиште придонесуваат за поголема протекција од онаа на возрасните.

Camille Gaubert

Класични вакцини и вакцини со ДНК или со РНК против Covid-19



Два пристапа за постигнување на имунитет

Ако една класична вакцина го содржи атенуираниот вирус за да го предизвика имуниот систем за да ја отпочне одбраната на организмот, вакцината со ДНК или РНК се потпира на различен принцип. Тука, организмот сам ги фабрикува виралните елементи тргнувајќи од генетската информација

за вирусот која се наоѓа во вакциналната течност. Ист принцип функционира и со РНК вакцината, само што се вбригува наместо ДНК сродната молекула РНК.

Sciences et avenir N 880

Подготвила: Прим. д-р Горица З. Пировска

Со **HEMLIBRA®**
ја постигнувате целта
за **НУЛА** крварења кај лицата
со хемофилија А!



Поголемиот број на пациенти на профилакса со HEMLIBRA немаат **НИТУ ЕДНО** крварење!

**HAVEN 1: Возрасни и адолесценти
≥ 12 години со хемофилија А и
инхибитори на факторот VIII**

63% vs 6%

Профилакса со HEMLIBRA
1.5 mg/kg еднаш неделно

Без профилакса

**НУЛА ТРЕТИРАНИ
КРВАРЕЊА**

**HAVEN 2: Деца <12 години или 12-17
години со тт. <40 kg со хемофилија А
и инхибитори на факторот VIII**

77%

Профилакса со HEMLIBRA
1.5 mg/kg еднаш неделно

HAVEN 3: Возрасни и адолесценти ≥ 12 години со хемофилија А без инхибитори на факторот VIII

56%

Профилакса со HEMLIBRA
1.5 mg/kg еднаш неделно

60%

Профилакса со HEMLIBRA
3.0 mg/kg на секои две недели

vs

0%

Без профилакса

**Профилаксата со HEMLIBRA (emicizumab) обезбедува долготрајна заштита од крварења кај сите лица
со хемофилија А независно од возраста и статусот на инхибитори**

▼ Овој лек подлежи на дополнителен мониторинг кој ќе допринесе за идентификација на нови информации за безбедноста на лекот. Здравствените работници се замолуваат да ги пријавуваат сите сомнителни несакани реакции. За подетални информации погледнете во Збирниот извештај за особините на лекот или контактирајте не на macedonia.medinfo@roche.com

Референци:

1. Збирен извештај за особините на лекот за лекот HEMLIBRA (emicizumab) 30 mg/ml и 150 mg/ml раствор за инјектирање.
2. Young G et al. Blood. 2019.
3. Oldenburg J et al. N Engl J med. 2017;377:808-819.

РОШ Македонија ДООЕЛ Скопје
Деловен центар Сити Плаза
Ул. Св. Кирил и Методиј бр.7, кат 2, 1000 Скопје
www.roche.mk



(скенирај код за детален преглед на лек)

HEMLIBRA®
emicizumab

Комерцијален текст

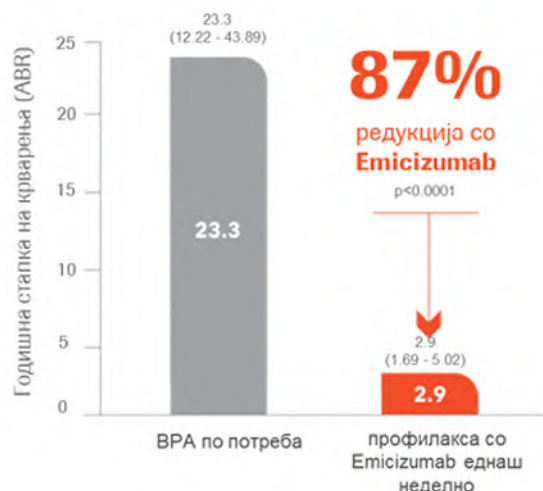
Emicizumab - лек на избор за сите возрасти за лица со хемофилија А независно од статусот на инхибитори

Основниот концепт на третманот на лицата со хемофилија е постигнување на хемостаза и долготрајна заштита од крварење. И покрај големиот напредок во третманот на хемофилија А, сепак, голем број пациенти со терапиите кои им се достапни во моментот, не успеваат да постигнат задоволителна контрола на хемостазата. Актуелните светски трендови за третманот на хемофилија А велат дека целта на третманот не треба да се ограничи само на превенција на крварења и смртни случаи, туку фокусот треба да се насочи и кон долготрајно подобрување на квалитетот на животот. Во овој контекст, токму воведувањето на иновативното моноклонално антитело, Emicizumab во третманот на хемофилија А има големо влијание во подобрување на иднината на лицата со оваа состојба.

областа на хемофилија, клиничките студии HAVEN 1-4 и STASEY.

Анализите на податоците од овие студии покажуваат дека со примена на профилакса со Emicizumab кај лицата со хемофилија А без инхибитори на FVIII се обезбедува **долготрајна заштита** од крварења и намалување на стапката на крварења за **68%** во споредба со претходната профилакса со фактор VIII. Уште повисока ефикасност се забележува и кај лицата со инхибитори на факторот VIII со намалување на стапката на крварења за **87%** во споредба со претходниот третман со примена по потреба на премостувачки агенси. (Слика 1)

HAVEN 1: Возрасни и адолесценти ≥ 12 години со хемофилија А и инхибитори на факторот VIII



HAVEN 3: Возрасни и адолесценти ≥ 12 години со хемофилија А без инхибитори на факторот VIII



Слика 1. Намалување на стапката на крварења кај лицата со хемофилија А со и без инхибитори на факторот VIII при профилакса со HEMLIBRA, HAVEN 1 и HAVEN 3

Emicizumab претставува биспецифично моноклонално антитело со индикација за рутинска профилакса на епизоди на крварење кај лица со хемофилија А (конгенитален дефицит на FVIII) и инхибитори на FVIII и лицата со мајорна форма на хемофилија А (конгенитален дефицит на факторот VIII, FVIII < 1%), без инхибитори насочени кон факторот VIII. Ефикасноста и безбедноста на лекот се проценети во досега најбројните и најобемните клинички испитувања од

Во студијата HAVEN 1, евалуацијата на процентот на пациенти кои немале НИТУ ЕДНО крварење, покажала дека 63% од лицата на профилакса со Emicizumab со режим на дозирање еднаш неделно имале НУЛА КРВАРЕЊА, во споредба со 6% од лица кои не биле на профилакса. Процентот на НУЛА КРВАРЕЊА кај лицата со хемофилија А без инхибитори на факторот VIII (HAVEN 3) изнесувал 56% и 60% со примена на профилакса со Emicizumab, во режим на дозирање еднаш неделно и на секои две недели, соодветно.

Во клиничките студии, Emicizumab се докажал како високоефикасен и во третманот на децата со хемофилија А со и без инхибитори на факторот VIII. Во студијата HAVEN 2, профилаксата со Emicizumab резултирала со намалување на стапката на крварења за **99%** кај деца со инхибитори на факторот VIII во споредба со претходно приеменуваниот третман со премостувачки агенси. При профилакса со Emicizumab, кај **77%** од децата не било евидентирано ниту едно крварење. (Слика 2)



Во нашата држава моментално 10 лица со хемофилија А без инхибитори на факторот VIII се лекуваат со Emicizumab на ЈЗУ Универзитетската клиника за хематологија – Скопје. Нашите локални искуства се конзистентни со податоците добиени од клиничките студии. Статистичката евалуација на епизоди на крварење во нашата група на лица со хемофилија А покажува намалување на стапката на крварења за **84% кај пациентите на профилакса со Emicizumab** во споредба со крварењата кои се јавувале кај нив претходно, кога биле на терапија со фактор VIII (60% од пациентите биле на претход-



Слика 2. Значителна редукција на стапката на крварења кај деца со хемофилија А и инхибитори на FVIII на профилакса со Emicizumab, процент на НУЛА крварења

Emicizumab претставува ефикасен лек во одржување на ниска стапка на крварења и кај деца без инхибитори на факторот VIII. Согласно податоците од клиничката студија НОНОЕМИ, профилаксата со Emicizumab кај деца со хемофилија А без инхибитори на факторот VIII обезбедува ниска годишна стапка на крварења од 1.3 и 0.7 при примена на режим на дозирање од 3 mg/kg супкутано, еднаш на секои две недели и 6 mg/kg на секои четири недели, соодветно.



на профилакса со рекомбинантен фактор VIII, 20% на претходна профилакса со плазма-деривиран фактор VIII и 20% на претходна терапија по потреба со рекомбинантен фактор VIII). Пресметката се базира на средно времетраење на проспективно следење на пациентите од 24 недели на профилакса со Emicizumab. Стапката на крварења при претходна терапија со фактор VIII се базира на податоците добиени со ретроспективна анализа за период од една година. Дополнително, охрабрува податокот дека 70% од лицата од нашата група на профилакса со Emicizumab немаа ниту едно крварење, што е во корелација со податоците добиени од HAVEN 3 студијата. Нашето првично локално искуство комплетно ги потврдува податоците од клиничките студии и се совпаѓа со податоците од земјите каде лекот веќе широко се применува.

Лекот Emicizumab претставува прва и единствена супкутана терапевска формулација за лицата со хемофилија А, независно од статусот на инхибитори и возраста. Се применува во три различни режими на дозирање: еднаш неделно, на секои две недели и на секои четири недели, со што значително се олеснува и намалува фреквенцијата на апликација на лекот кај овие пациенти и се подобрува нивниот квалитет на живот.

Проф. д-р Ирина Пановска Ставридис
Универзитетска клиника за хематологија-Скопје

Третман на хипертензивните ургентни состојби кај стари лица

Клиничко сценарио: При случајна контрола на крвниот притисок во домашни услови, ќерката на 82-годишна пациентка измерила притисок на левата рака од 200/100 mm Hg и срцева фреквенција 74/мин. Притисокот кај пациентката вообичаено бил околу 140-150/80-90 mm Hg (постигнато целно ниво за стари лица). Пациентката нема никакви тегоби и редовно ја земала препишаната антихипертензивна терапија: амлодипин 5 мг и хидрохлоротиазид 12.5 мг. По повеќекратни мерења притисокот покажувал слични вредности, поради што се јавле кај матичниот лекар. При прегледот, тој наоѓа дека притисокот на левата рака е 205/100 mm Hg, на десната по неколку минути 195/95, срцевата фреквенција 82/мин. Срцевата работа е ритмична, на аускултација се слуша ран систолен шум покрај горниот десен раб на стерналната коска и нагласен втор срцев тон. На фундоскопија не е најдено дека има едем на папилата. На електрокардиограмот нема промени во однос на претходните наоди.

Која терапевтска опција е најсоодветна за оваа пациентка?

- a) Парентерално фуросемид
- b) Парентерално фуросемид и бензодијазепин
- c) И.в. натриум нитропрусид
- d) Орално бензодијазепин
- e) Орално бензодијазепин и фуросемид
- f) Орално каптоприл
- g) Зголемување на дозата (дополнителна орална доза) од амлодипин
- h) Орално празосин
- i) Суплингвален нифедипин

Малку помош: Кај хипертензивната ургентна состојба отсуствува нарушувања на целите органи.

кризни состојба за да се постигне претпозната и редативно-брза контрола на крвниот притисок (интравенозно се интродуцира, хипоталамиз или лабеталол се лекови од прв избор), додека кај хипертензивните ургентни состојби притисокот треба внимателно и постепено да се намалува со опална терапија во тек на период од 24 до 48 часа. Најното и брзо намалување на притисокот, особено кај постари лица, како папиевната од прикажаниот случај, може да доведе до поголема штета и затоа многу ниски вредности на крвниот притисок се поопасни од прикажаните високи вредности.

Каж пациентите со асимптоматски пораст на крвената волумен на телесност.

Долаването на дупросемид, парентерално или орално, кај пациентката која е веќе на дупретска терапија, може да доведе до значителна депресијата на волуменот на телесните течности, до хипонатремија и/или хипокалемија, сите со соодветните последици. Неговата примена има оправдана нест само во специфични ситуации кога има зголемен

Честа кај оваа популациона група. Употребата на сулфинтазен (бродеуваачки) инфлациони не треба да се јавува, всушност е контраиндизиран кај хипертензивните ургентни состојби. Тој предизвикува брзо (после 5-10 минути) и често пати премногу намалување на крвниот притисок, што е особено опасно кај постари лица доведувајќи ги во опасност од мозочен удар, миокарден инфаркт или ренално оштетување. Максималниот ефект му е после 30-60 минути, а траењето на ефектот е

Клонинг е лек со важни и изразени нинаки ефекти. Како централен алфа фактор е опасен кај постари лица, затоа што може да преиништира срцева слабост, која е

Забележително по престанок на земање на лекот. За празосинот, како и за каптотилот, непотолст е хипотензивниот ефект од првата доза и особено, ортостатската

схемата. Ефектот на хипотензивен ефект на првата доза не се различава значително од ефектот на втората доза. Најчесто се препорачуваат 3 часа по првата доза. Не е најдобра значајна корелација меѓу падот на притисокот и серумските концентрации на лекот, возраста, реналната функција и дозата на лекот. Кога ќе се постигне целниот крвен притисок, може да се прекине терапијата со капотприли или, ако има потреба, да се замени со долготривачки ИАКЕ. Обично не се продолжува со капотприли затоа што треба да се дозира 3-4 пати на ден, што го зголеми ризикот од непридржување кон терапискиот режим, особено кај постари лица. Пред да се препише долготривачки ИАКЕ, задолжително треба да се исклучи нарушувањето на реналната функција и хиперкалиемија, особено ако постои сомневање за стеноза на ренална артерија, што може да доведе до акутно ренално оштетување, кое е

ефект од нападот прекинување на лекот. Органот каптоприл, исто така се препорачува како поделен за вакви состојби, но за дадена пиелекта не е најпотопен. Тој е краткоделуваачки нивни инхибитор на ангиотензин конвертирачкиот ензим (ИАКЕ). Има брз почеток на делување - после 15-30 минути и максимален пад на притисокот се постигнува по 90-120 минути, а вкупното траење на ефектот е 6-12 часа. Поради краткото делување, може лесно да се титрира/третира. За почеток, треба да се даде доза од само 12,5 мг, па дури само 6.25 мг, поради т.н. ефект на прва доза и затоа што пациентката веќе е на дилатациона терапија, а делупцијата на волумен на телесните течности го потенцира ефектот на каптоприлот и може да предизвика дополнителен експривен пад на крвниот притисок и да предизвика периферна или миокардна

во доза од 5 мг/ден и нафазувано е да се зголеми дозата за 2,5 или 5 мг ако е блиску времето кога вообичаено то зема лекот, односно, ако не е да се даде дополнителна доза од 2,5 мг или 5 мг, според висината на притисокот и отпорот од дадената почетна мала доза. Амлодипинот е дихлорпропидински калиум антагонист со низок клиренс елиминационен полуживот му е 40-60 часа. Се акумулира до постигнување на вранототекени концентрации во крвта за период од 1-1,5 недели, а флукуацијата на концентрацијата во плазмата варира меѓу 20 и 25% кога се зема еднаш дневно. Има постепено почеток на дејвување со јавна концентрација во плазмата по 6-8 часа по дозирање-тено се намалува во тек на 4-8 часа и потоа бавно се враќа на основните вредности после 24-72 часа. Не ја менува спиевата фреквенција и физиолошките рефлекс не се активирани, не влијае на спиевата функција кај болни со спиева слабост (честа кај старите лица). Прекитот на зема-не на лекот резултира со бавно враќање на притисокот на основните вредности во тек на 7-10 дена. Без докази за

Ако кръвният притисък остане значително по-висок и по-малко от 30 минути, трябва да се применят орални антихипертензивна терапия. Според постоещите упатства най-често препорачани орални лекови са: каптоприл (12.5–25 мг), лабеталол (200–400 мг), амлодипин (5–10 мг), фелодипин (5–10 мг), исландипин (5–10 мг) и празозин (1–2 мг), а в някои упатства се препорачва и клонодин (0.1–0.8 мг). Пациентката трябва да е осведомена, че приемането на антихипертензивни лекови не е препоръчително – амлодипин.

пациент. Кај пациентката има акутен пораст на притисокот, така што треба да се мисли не некоја акутна причина. Анксиозност и агитираност може да го покачат притисокот за 20/10 mm Hg над нормалните вредности, но не до степен како кај прикажаната пациентка. Давање на безиндијазепин орално е разумно решение за пациент кај кој хипертензијата е јасно поврзана со анксиозност и агитираност. Најчесто се препорачува орално лоразепам во мали

Клиничките студии покажуваат дека одморот е ефикасен во намалување на притисокот кај пациентите со хипертензивна ургентност. Во една студија во која се третираше 549 пациенти во ургентно одделение со 30 минути одмор, кај 32% имало намалување на притисокот од најмалку 20 mm Hg за систоличниот и/или 10 mm Hg за дијастолниот. Друга рандомизирана студија третираше 138 пациенти со хипертензивна ургентност со одмор или со активен третман. Притисокот би ги повлекувал на секое 30 минути во тек на 4 часа. Примарната, крајна, точка (редукција на MAP за 10%-35%) била слична кај двете групи (68,5% кај групата со одмор и 69,1% во третраната група). Дури и да не е ефикасен одморот, односот меѓу користа и ризикот за акутно намалување на притисокот типично ќе биде во прилог на воздржување од акутен третман кај асимптоматски



Слика 1. Правилното мерење на притисокот е од посебна важност

Неодамна е поставено сомневање дека максималното емалгување на притисокот има веројатно општувачки ефекти, односно кај ова состојба преголемото третирање треба да се избегнува.

Крвниот притисок е многу динамична биолошка реакција на различни дразми кои можат да доведат до негов пораст: бојка, стуг, лутина, страв, гаден, уринарна ретенција, листарни перкспозиции (најчесто потогем внес на сол), но, пораст може да се јави и поради пропуштена или намалена доза на лек, делирим, опструктивна апнеа во спиење, земање на некои видови дрога (метамфетамин, кокаин) или како последица на нагол пресин на внес на ни лекови.

Докато не се најде причината која може да се третира, не е разумно да се избрка и веднаш да се даде терапија. Треба да му се дозволи на пациентот одмор од најмалку 30 минути без да се дадат лекови, по што повторно се мери притисокот. Правилното и повторувано мерење на притисокот е од посебна важност. (слика 1)

Референци

- 1 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension* 2013; 31:1281–1357
- 2 Axon RN, Turner M, Buckley R. An update on inpatient hypertension management. *Curr Cardiol Rep*. 2015;17(11):94. doi: 10.1007/s11886-015-0648-y. PubMed
- 3 Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA*. 2003;289(19):2560–2572. doi: 10.1001/jama.289.19.2560. PubMed
- 4 Grassi D, O’Flaherty M, Pellizzari M, et al. Hypertensive urgencies in the emergency department: evaluating blood pressure response to rest and to antihypertensive drugs with different profiles. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008;10(9):662–667. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.00001.x. PubMed
- 5 Guiga H, Decroux C, Michelet P, et al. Hospital and out-of-hospital mortality in 670 hypertensive emergencies and urgencies. *J Clin Hypertens*. 2017;19:1137–1142.
- 6 Ipek E, Oktay AA, Krim SR. Hypertensive crisis: an update on clinical approach and management. *Curr Opin Cardiol*. 2017;32:397–406.
- 7 James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311(5):507–520. doi: 10.1001/jama.2013.284427 PubMed

живна ургентна или кризна состојба.

Кај липа се хипертензивна ургентна состојба, откако ќе се исклучат акутно општенава на пенилните органи, треба да се оценат причините кои може да се третираат и да се добие јокаж дека високите вредности се одржуваат подолготреме имаки предвид дека и најкраткоделуваачкиот лек кој ќе се даде ќе има ефект во следните 6-12 часа.

Отговор: Столемена/лонгитетна опрага доза на амлотиопин. Хипертензивната ургентност често пати се развija, глејќи заедно со хипертензивната криза состојба под заедничко име хипертензивна криза (дефинирана како крвен притисок повисок од 180 mm Hg за систолна и/или 120 mm Hg за дијастолна). Но, за разлика од хипертензивната кризна состојба, хипертензивната ургентна состојба се карактеризира со отсуство на нарушувања на целите органи и најчесто е поврзана со дисконтинуирано или редукција на дозите на лековите. Хипертензивната ургентна состојба иницијално се третира со орални антихипертензивни лекови и генерално не бара хоспитализација. Се проценува дека 1 - 2% од пациенти со хипертензија може да развијат некоја хипертензивна

- 8 Kessler CS, Joudah Y. Evaluation and treatment of severe asymptomatic hypertension. *Am Fam Physic* 2010;81(4):470-476.
- 9 Makó K, Ureche C, Jeremiás Z. An updated review of hypertensive emergencies and urgencies (review). *Journal of Cardiovascular Emergencies* 2018;4(2):73-83.
- 10 Park SK, Lee DY, Kim WJ, et al. Comparing the clinical efficacy of resting and antihypertensive medication in patients of hypertensive urgency: a randomized, control trial. *J Hypertens*. 2017;35(7):1474-1480.
- 11 Patel KK, Young L, Howell EH, et al. Characteristics and outcomes of patients presenting with hypertensive urgency in the office setting. *JAMA Intern Med*. 2016;176(7):981-988.
- 12 Stewart DL, Feinstein SE, Colgan R. Hypertensive urgencies and emergencies. *Prim Care*. 2006; 33(3):613-623.
- 13 Vaidya CK, Ouellette JR. Hypertensive urgency and emergency. *Hosp Physician*. Mar 2007;43-50. www.tur-white.com/memberfile.php?Pub Code=hp_mar07_hypertensive.pdf. Accessed Sept 2020
- 14 Varon J, Williams EJ. Management of severe asymptomatic hypertension (hypertensive urgencies) in adults. In: Post T, ed. *UpToDate*, Waltham, MA. (Accessed Sept 2020). PubMed
- 15 Vaughan CJ, Delanty N. Hypertensive emergencies. *Lancet*. 2000;356:411-417.
- 16 Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASP C/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High BP in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018;71:1269-1324.

Терапевтски индикации Лекот Еториксџив® е индициран кај возрастни и адолесценти на возраст од 16 години и постари за олеснување на симптомите на остеоартритис (ОА), ревматоиден артритис (РА), анкилозен спондилитис, и за ублажување на болката и знаците на воспаление поврзани со акутен артритис предизвикан од гихт. Лекот Еториксџив® е индициран кај возрастни и адолесценти на возраст од 16 години и постари за краткотрајна терапија на умерена болка поврзана со стоматолошки оперативен зафат. Одлуката за препишување на селективен инхибитор на COX-2 треба да се заснова на процената на вкупните ризици кај секој пациент одделно. **Дозирање** Поради тоа што кардиоваскуларните ризици на еториксџив може да се зголемат заедно со зголемувањето на дозата и времетраењето на изложеноста, лекот треба да се користи во најкраток временски период и со најниската ефективна дневна доза. Потребата на пациентот за симптоматско олеснување и одговорот на терапијата треба да се евалуираат периодично, особено кај пациентите со остеоартритис. **Остеоартритис** Препорачаната доза е 30 mg еднаш дневно. Кај некои пациенти каде што има недоволно олеснување на симптомите, зголемената доза од 60 mg еднаш дневно може да ја зголеми ефикасноста. Доколку не се забележи зголемување на користа од терапијата, треба да се земат во предвид и други терапевтски опции. **Ревматоиден артритис** Препорачаната доза е 60 mg еднаш дневно. Кај некои пациенти каде што има недоволно олеснување на симптомите, зголемената доза од 90 mg еднаш дневно може да ја зголеми ефикасноста. Откако пациентот ќе се стабилизира клинички, може да биде соодветно дозата да се намали на 60 mg еднаш дневно. Доколку не се забележи зголемување на користа од терапијата, треба да се земат во предвид и други терапевтски опции. **Анкилозен спондилитис** Препорачаната доза е 60 mg еднаш дневно. Кај некои пациенти каде што има недоволно олеснување на симптомите, зголемената доза од 90 mg еднаш дневно може да ја зголеми ефикасноста. Откако пациентот ќе се стабилизира клинички, може да биде соодветно дозата да се намали на 60 mg еднаш дневно. Доколку не се забележи зголемување на користа од терапијата, треба да се земат во предвид и други терапевтски опции. **Терапија на акутна болка** За терапија на акутна болка, еториксџив треба да се зема само за времетраењето на акутниот симптоматски период. **Акутен артритис предизвикан од гихт** Препорачаната доза е 120 mg еднаш дневно. Во клиничките испитувања на акутен гихтичен артритис, еториксџив бил даван во период од 8 дена. **Болка во стоматолошки оперативен зафат** Препорачаната доза е 90 mg еднаш дневно, со максимално времетраење од 3 дена. Кај некои пациенти може да биде потребна и друга постоперативна аналгетска терапија како дополнување на лекот Еториксџив® за време на тридневната терапија. **Начин на употреба** Лекот Еториксџив® се администрира перорално и може да се зема со или без храна. До почеток на дејството на лекот може да дојде побрзо кога лекот Еториксџив® се администрира без храна. Тоа треба да се земе во предвид кога е потребно брзо олеснување на симптомите. **Контраиндикации** Хиперсензитивност на активната супстанција или на некој од експлицитните, активна пептична улцерација или активно гастроинтестинално (ГИ) крварење, пациенти кај кои после земање на ацетилсалицилна киселина или НСАИП, вклучувајќи инхибитори на COX-2 (циклооксигеназа-2), се појавиле бронхоспазам, акутен ринитис, назални полипи, ангионевротски едем, уртикарија или реакции од алергиски тип, бременост и доење, тешка хепатална дисфункција (серумски албумин <25 g/l или Child-Pugh резултат ≥ 10), утврдена ренален креатинин клиренс <30 ml/min, деца и адолесценти на возраст до 16 години, воспалително заболување на цревата, конгестивна срцева слабост (NYHA II-IV), пациенти со хипертензија чиј крвен притисок постојано е покачен над 140/90 mmHg и не е соодветно контролиран, утврдена исхемична срцева болест, периферна артериска болест и/или цереброваскуларна болест. **Мерки на претпазливост и посебни предупредувања** Ако за време на терапијата, кај пациентите дојде до влошување на некоја од функциите на системските органи, треба да се преземат соодветни мерки и да се разгледа прекин на терапијата со еториксџив. Треба да се одржува соодветен медицински надзор кога еториксџив се користи кај постари лица и кај пациенти со ренална, хепатална или кардијална дисфункција. **Несакани дејства** Чески несакани дејства се вртоглавица, главоболка, алвеоларен остеоитис, едем/задршка на течности, палпитации, аритмија, хипертензија, бронхоспазам, запек, гасови, гастритис, жегавица/ рефлукс на киселина, дијареја, диспепсија/ епигастрична подученост, гадење, повраќање, езофагитис, орален улцер, зголемени нивоа на ALT, зголемени нивоа на AST, ехиџа, астиџа/замор, болест која наликува на грип. **Начин на издавање на лекот** Само на лекарски рецепт. **Пакување** 14 филм-обложени таблети во кутија.

Референци:

1. Croom KF, Siddiqui MAA. Etoricoxib: A Review of its Use in the Symptomatic Treatment of Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis, Ankylosing Spondylitis and Acute Gouty Arthritis. *Drugs* 2009; 69(11): 1513–1532. 2. Moore RA, Derry S, Aldington D, Wiffen PJ et al. Single dose oral analgesics for acute postoperative pain in adults - an overview of Cochrane reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; 9. 3. Збирен извештај на особините на лекот Etoricoxib.

* Акутен гихтичен артритис, акутна болка по стоматолошки оперативен зафат

НОВО

ЕТОХИВ®

etoricoxib

филм обложени таблети 30, 60, 90, 120 mg

ЕФИКАСЕН ЗА БОЛКАТА, пријателски за пациентот.



Ефикасно ублажување на болката и симптомите при^{1,2}



ревматски
заболувања



акутна болка*

Дозирање еднаш на ден³

Ниска инциденца за појава на горно интестинални несакани ефекти¹

KRKA

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

Новини од медицина

ЛЕК ПРОТИВ АРТРИТИС ЛЕКУВА COVID-19

Неодамнешна студија известува дека антитело блокада може да е ефективна во лекувањето на бурата од цитокин ((позната како Cytokine release syndrome (CRS) - и ги подобрува симптомите во потешките форми на COVID-19.

Иако глобалната трка во лекувањето на COVID-19 е пронаоѓање на вакцината, тестирањето на постоечките лекови како и нови експериментални терапии не стивнува. Со оглед дека механизмите на тешките случаи на COVID-19 се уште не се доволно познати, многу лекари ги третираат болните следејќи ги препораките за лекување на сепса. Во оваа студија, научниците се концентрирале на цитокините, група на мали протеини кои го модулираат имуниот одговорот кон траума, инфекции, како и малигнитет. Цитокините, исто така, ја активираат и инфламацијата, што е дел на заздравувачкиот процес.

CRS настанува во голем број на заболувања, како на пр. мултипла склероза, панкреатитис и COVID-19. Доколку не се лекува, CRS може да доведе до затајување на мултипли органи, па дури и смрт. Телото излучува разни цитокини за време на CRS, вклучувајќи interleukin (IL)-2, IL-6, IL-8, IL-10, interferon-gamma, monocyte chemotactic protein-1 (MCP-1) и tumor necrosis factor-alpha. За жал, се уште не постојат специфични имунотерапии за нивното лекување.

За добро да го разберат молекуларниот механизам на CRS патогенезата, цитокиниот профил на 91 пациенти дијагностицирани со CRS како резултат на бактеријална сепса, акутен репираторен дистрес или изгоретини биле вклучени во оваа студија. Трите испитани групи имале сличен цитокин профил, карактеризиран со високи вредности на IL-6, IL-8, IL-10 и MCP-1, како и plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1). Овој протеин, PAI-1, може да предизвика мали крвни запушувања во крвните садови

на белите дробови како и на други внатрешни органи. Претходни студии, исто така, имаат докажано дека покачените PAI-1 вредности се поврзани со потешки форми на пнеумонија, што е и водечката причина на смртност кај заболените од COVID-19. Научниците исто така утврдиле дека покачениот IL-6 во раните стадиуми на заболувањето доведува до ослободување на PAI-1 од крвните садови. Во оваа студија, PAI-1 вредностите биле значително покачени кај COVID-19 пациентите со тешки респираторни проблеми. Од ова, научниците заклучиле дека IL-6 може да биде важен фактор кој доведува до појавата на CRS.

Со цел да ја испитаат улогата на IL-6 во CRS, на испитаниците им бил даден лек базиран на хумано моноклонално антитело наречено tocilizumab (Actemra), што го блокира IL-6 сигналот. Овој лек е одобрен од страна на Food and Drug Administration (FDA) за лекувањето на реуматизмот од артритис. Луѓето кои примиле tocilizumab имале намалени вредности на PAI-1 во крвта. Исто така, лекот ги ублажил симптомите и ја подобрил клиничката слика кај овие тешки болни.

Овие резултати говорат дека анти-инфламаторните својства на tocilizumab имаат терапевтска вредност во лекувањето како на CRS така и на потешките респираторни компликации на COVID-19.

Proc Natl Acad Sci (USA) 2020; 117 (36) 22351-22356. doi: 10.1073/pnas.2010229117

И ЖИВОТНИТЕ СТРАДААТ ОД SARS-COV-2 ИНФЕКЦИЈА

Луѓето не се единствените кои се подложни SARS-CoV-2 инфекција. Со помош на геномска анализа спореден е главниот целуларен рецептор на вирусот кај луѓето, angiotensin converting enzyme-2, или ACE2, кај кичмени животни, вклучувајќи птици, риби,

амфибии, рептили како и мамали.

ACE2 во физиолошка состојба се наоѓа во многу различни типови на клетки и органи, вклучувајќи ги и епителните клетки во носот, устата и белите дробови. Кај луѓето, 25 аминокиселини на ACE2 протеинот се важни за SARS-CoV-2 вирусот да се врзе и навлезе во клетките. 25-те ACE аминокиселини, како и моделирање на протеинската структура заедно со SARS-CoV-2 spike протеинот, била применета за да се утврди колку од овие аминокиселини се наоѓаат во ACE2 протеинот од различни животни.

Над 40% од животинските видови се класифицирани како под висок ризик за SARS-CoV-2 инфекција и исто така може да бидат под ризик од трансмисија на инфекцијата од страна на луѓето. Оваа студија има потенцијал да ги идентификува оние животни видови кои се под зголемена опасност од SARS-CoV-2 инфекција.

Во оваа група спаѓаат горилата, орангутанот од Суматра, белиот образен гибон, кои се под најголем ризик да бидат инфицирани, следени од страна на китовите и делфините. Мачките, добиток (крави и овци) имаат среден ризик, додека кучињата, коњите и свињите имаат мал ризик за ACE2 врзување на вирусот.

Proc Natl Acad Sci (USA) 2020; DOI: 10.1073/pnas.2010146117

ТРАНСПЛАНТИРАНИ КАФЕНИ МАСНИ КЛЕТКИ ЗА ЛЕКУВАЊЕ НА ДЕБЕЛИНА И ДИЈАБЕТ

Трансплантација на HUMBLE (human brown-like) масни клетки (хумани бели масни клетки што се генетски модифицирани со помош на CRISPR за да станат слични на топло-генерираните кафени масни клетки) има голем потенцијал да стане лек на иднината и го реши проблемот со дебелината. Дебелината е главниот причинител за тип 2 дијабет и на него

сродните хронични заболувања, што годинава ќе доведат до поголема смртност низ светот отколку Covid-19 корона вирусот. Решението на овој голем здравствен проблем изгледа, најверојатно, лежи во новата клеточна терапија.

Кафените масни клетки ја горат енергијата, а не ја сторнираат како белите масни клетки. Во овој процес, кафените масни клетки го намалуваат зголеменото ниво на гликоза и липиди во крвниот проток, што се поврзани со метаболичните заболувања, како дијабетот. Дебелите луѓе имаат помалку кафени масни клетки, што HUMBLE клетките може да ги надоместат.

Овие клетки се креирани од хумани бели масни клетки во прогениторска фаза и варијанта на CRISPR-Cas9 геном едитирачки систем била користена за да се зголеми експресијата на UCP1 генот што промовира белите масни прогениторски клетки да се развијат во кафени масни клетки.

Трансплантирани во главци што немаат имун систем, HUMBLE прогениторските клетки се развиваат во клетки што функционираат како кафените масни клетки, имаат поголема сензитивност кон инсулин и го намалуваат ефикасно крвниот шеќер во крвта. Воедно, главците што имале HUMBLE трансплант, имале помало покачување на телесната тежина отколку тие што имале трансплант од само бели масни клетки.

Ова, претежно, се должи на сигналите од трансплантираните клетки кон ендогените кафени масни клетки, што говори дека клетки од различни ткива комуницираат меѓусебно, со помош на nitric oxide, а тој се разнесува од еритроцитите до ендогените кафени клетки и истите ги активира.

Доколку својствата на HUMBLE техниката се потврдат и во претклиничките истражувања може да очекуваме дека истите ќе биде применети и кај индивидуални пациенти.

Science Translational Medicine
2020; 12 (558): eaaz8664 DOI:
10.1126/scitranslmed.aaz8664

ОБЈАСНЕТИ СЕ ПОТЕНЦИЈАЛНИТЕ ПРИЧИНТЕЛИ ЗА 'СРЕКНА ХИПОКСИЈА' КАЈ COVID-19 ПАЦИЕНТИ

Неодамнешна студија дава објаснување зашто COVID-19 заболелите со многу ниско ниво на кислород, што е животна опасно, немаат знаци на диспнеа. Оваа состојба, позната како тивка хипоксија или 'среќна хипоксија' може да превенира непотребна интубација и вентилација кај заболени во сегашната пандемија или во очекуваниот втор залет на корона вирусот.

Студијата вклучила 16 COVID-19 заболени, со многу ниски вредности на кислород (дури и 50% - нормалната крвна кислородна сатурација е помеѓу 95 and 100%), без диспнеа. Неколку патофизиолошки механизми биле идентификувани што може да придонесуваат за ова, вклучувајќи го и иницијалниот преглед на оксигенизација на заболелите со пулс оксиметар. Имено, иако пулс оксиметарот точно го отчитува кислородното снабдување, изгледа дека значително пофрла кога кислородните вредности се ниски. Друг фактор е и тоа, како мозочното ткиво реагира на ниските кислородни вредности. Така, кога кислородот ќе се намали кај COVID-19 заболелите, мозокот не реагира се додека кислородот не падне на многу ниско ниво и тогаш настануваат проблемите со дишењето како на пр. краткото и плитко дишење. Повеќето од половина од заболелите имале и ниско ниво на јаглен диоксид, што исто така може да го намали и влијанието на ниската кислородна сатурација.

*American Journal of Respiratory
and Critical Care Medicine, 2020;
DOI: 10.1164/rccm.202006-2157CP*

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

ДОЗВОЛЕНО КОРИСТЕЊЕТО НА "ДЕКСАМЕТАЗОН" ЗА ЛЕЧЕЊЕ НА ЗАБОЛЕНИТЕ ОД КОРОНА

Збор за лек кој се користи со децении, евтин и лесно достапен, а често се употребува во случаите на разни состојби на воспаленија

Европската агенција за лекови (EMA) го одобри користењето на „дексаметазон“ за лечење на пациенти заболени од корона вирус, а кои имаат проблеми со дишењето.

Со тоа е отворен патот да тој стероид биде втор одобрен лек за лечење на заразени од вирусот корона, по „ремдесивир“.



ЕМА, откако ги анализираше резултатите од испитувањата направени од британските научници, објави дека лекот може да се користи за лечење на возрасните и адолесцентните на кои им е неопходна кислородна терапија или респиратор.

Истражувањето под името „Заздравување“, кое го спроведоа научниците од Универзитетот Оксфорд, во јуни покажа дека „дексаметазонот“ за околу третина ја намалува смртноста кај тешко заболелите од ковид-19.

Лекот, во меѓувреме, е одобрен и во Јапонија за да го примаат инфицираните од корона вирусот.

Станува збор за лек којшто се користи со децении, евтин и лесно достапен, а често се употребува во случаите на разни состојби на воспаленија.

Државата ќе плати за дополнителни полиси за здравствено осигурување за 900.000 граѓани

Во екот на подготовките за неодамнешните парламентарни избори, Владата го прошири кругот на граѓани кои може да го искористат правото да плаќаат за дополнително здравствено осигурување од државниот Буџет, од кои досега имало околу 670.000. Тоа се, меѓу другите, 378 илјади членови на семејства и самохрани лица со понизок статус на имот, околу 150 илјади студенти и околу 29 илјади осигурени лица со 100% инвалидност.

Важни информации

- Поради самоизолација, боледувањето го користат речиси 12.500 луѓе, а ХЗЗО чини 26,5 милиони куни
- Здравствена заштита од Буџет е 1,6 милијарди куни помалку отколку што е пропишано со Закон

Проценето е дека според новиот Закон за доброволно здравствено осигурување, правото на плаќање за дополнително здравствено осигурување ќе го остварат уште 200 илјади граѓани само оваа година, со тенденција дека во 2021 година државниот Буџет, поради ефектите на корона вирусот врз економијата, ќе биде обврзан да плаќа дополнително здравствено осигурување за речиси еден милион граѓани.

- Се уште се подготвуваат детални анализи за бројот на осигурени лица кои имаат право на дополнителна полиса за здравствено осигурување, врз основа на пописот на приходите на сметката на државниот Буџет на Република Хрватска, а точните информации ќе може да ги обезбедиме подоцна. Минатата година беа издвоени 520 милиони куни од државниот Буџет за полиси за дополнително здравствено осигурување на сметка на државниот Буџет на Република Хрватска, односно околу 779,87 куни за полиса или осигурено лице - Хрватскиот институт за здравствено осигурување одговори на прашањето колку граѓани ќе плаќаат во иднина од државниот Буџет да ја плати политиката на ЗДО и во кој вкупен износ

Во секој случај, во мај годинава, Владата донесе одлука за промена на формулата според која се утврдува правото на дополнително здравствено осигурување за сметка на државата за граѓаните со понизок финансиски статус. Според старата регулатива, основата за остварување на правото била износот на приходот од 1.516 куни за член на семејство, или 1939 куни за самохрана личност. Секој кој е под тој износ може да добие дополнителни исплати за здравствено осигурување од Буџетот.

Проблемот, сепак, за многу семејства и самохрани лица коишто го искористиле правото на дополнително здравствено осигурување се појавил кога поради некое зголемување на пензијата или платата, ги префрлиле споменатите износи и останале без оваа државна помош. Ако ги земеме споменатите просечни годишни трошоци од скоро 780 куни, тоа сигурно не е малку за семејствата и за самохраните лица со понизок финансиски статус. Покрај тоа, трошоците за живот постојано се зголемуваат, со што зголемувањето на пензиите или платите не може да се задржи.

Според новиот Закон за доброволно здравствено осигурување, „прагот“ за остварување на правото на дополнително здравствено осигурување е усогласен со растот на трошоците на животот и стапката на промена на просечната бруто - плата во земјата. Според забелешките на Владата, доставени до



ХРВАТСКА

Собранието, со предлог на споменатиот Закон, „прагот“ за реализација на дополнително здравствено осигурување од Буџетот ќе се зголеми на 1563 куни за членови на семејството, или 2000 куни за самци, а со тоа и опфатот на граѓаните кои го користат тоа право ќе бидат поголеми.

Додека ХЗЗО ни рече дека се уште се пресметува колку дополнителни полиси на ДЗО може да се платат од државниот Буџет. Владата наведе, во споменатите белешки, дека очекуваниот број на нови осигуреници кои би можеле да ги исполнат условите за плаќање на „дополнителни“ средства од Буџетот е околу 200 илјади и соодветните годишни дополнителни буџетски трошоци се 160 милиони куни.

- Во моментот, не сме во можност да ги зголемиме средствата од државниот Буџет за покривање на полиси за дополнително здравствено осигурување, имајќи предвид дека тоа зависи од индексирање или усогласување на прагот на приходот со промените во просечниот индекс на потрошувачката цена и промените на просечните бруто-плати на крајот на годината, како и од расположливите средства во државниот Буџет - ни велат во ХЗЗО.

БиХ

Здруженијата на граѓани

Тринаесет здруженија на граѓани од повеќе БиХ градови покренала иницијатива „Здравство за сите!“, според министерствата за здравство ФБиХ и КС, со која бараат да се запре пропаѓањето на здравството и „итно доведе до крај хаосот којшто владее веќе подолго време и ја зголемува ризичната епидемиолошка состојба во земјата“ и да се понудат решенија за моменталната криза во здравствениот систем.

Тие бараат да се овозможи лекување на болните и да се загарантира здравствената заштита на граѓаните, за која сметаат дека во моментот е загрозувана. Потписниците на оваа иницијатива ги наведуваат и следните конкретни барања:

-Отворање на здравствените установи за сите пациенти на кои им требаат услуги од дијагностика, медицински третмани и болничко лекување во согласност со законите и обврските и одговорностите на пациентите во ФБиХ;

- Да се дефинира јасниот „пат на пациентите“ и информа-

Во Котор се градат станови за здравствените работници

Премиерот на Црна Гора обезбеди целосна поддршка на локалното раководство на Котор за продолжување на валоризацијата на туристичките ресурси и имплементација на развојните проекти, додека на состанокот со директорите на медицинските установи најави сместување на медицински работници.

Како што беше соопштено од Владата, претседателот на Општина Котор, Жељко Апричовиќ, на премиерот детално му ги презентираше проектите на коишто работи локалната самоуправа.

Меѓу другото, станува збор за грант од девет милиони евра за работите на канализацискиот систем во Пераст и Рисан и изградба на нов гасовод, вреден повеќе од три милиони евра за Муо, Прчањ и Столив, преземање на ватерполо клубот „Приморац“ по десет години преговори „„ валоризација на Стариот затвор преку трансформација во уметнички центар - во соработка со Министерството за култура и дигитализација на кино салите - во соработка со Министерството за култура и Филмскиот центар на Црна Гора.

Премиерот ја оцени работата на локалната самоуправа во Котор како исклучително успешна, велејќи дека условот општинската влада, главно составена од млади луѓе, да покаже дека има визија и оперативни можности таа визија да ја претвори во вредност за граѓаните.

Со лекарите за понатамошно подобрување на здравјето и домување

Марковиќ, исто така, разговараше со водечките луѓе во здравствената заштита во Котор, за здравствениот систем на Црна Гора и особено на Котор.

Директорите на Општата болница и болницата „Васо Ѓуковиќ“ во Рисан, Специјалната болница за психијатрија и Здравствениот дом, на средбата, оценија дека црногорскиот



здравствен систем и државата како целина се соочуваат со пандемија на корона вирус.

На состанокот се разговараше за различните потреби на здравствениот систем во Котор. Во таа насока, премиерот посочи на значителното зголемување на средствата издвоени од буџетот за здравство - зголемување за повеќе од 50 милиони евра за три години и истакна дека Владата е дарежлива во модернизацијата на здравствените установи, како и во финансирањето на понатамошното образование на медицинскиот персонал.

Премиерот изрази подготвеност Владата, во соработка со Општина Котор и медицинските установи во градот, да преземе понатамошни чекори за подобрување на здравствената заштита на Котор. Во врска со ова, на состанокот се дискутираше и за конкретни решенија за Владата и Општината Котор, преку заеднички инвестиции да се обезбеди домување на медицинските работници во Котор.

MONDO

бараат да се среди состојбата во здравството

цијата да биде објавена во медиумите за јавноста да биде запознаена со содржината на истата. Потсетуваме дека на 19 февруари е дефиниран „патот на пациентите“ којшто никогаш не функционираше во пракса, а имавме примери на смрт на пациенти додека ја барале институцијата надлежна за нивната болест. Факт е дека пациентите се збунети, често и не знаат кому да му се обратат, а посебно загрижуваат тврдењата дека секојдневно пациентите се упатуваат од една во друга болница „бидејќи не се за терцијарно ниво, туку на секундарно ниво од здравствената заштита“. Се поставува прашањето – дали пациент во состојба на болест треба сам да ја открие дијагнозата за дали припаѓа на терцијарно или секундарно ниво од здравствената заштита, за да знае кои институции ги даваат кои услуги, па да знае и кои услуги ги даваат само клиничките центри, а кои само болниците...?;

-Потребната изолација во Кантонот Сараево и во другите кан-

тони ставаат на располагање во состав на постоечките здравствени установи коишто не се целосно пополнети, а имаат болничка инфраструктура за болничко лечење.;

-На здравствените институции кои згрижуваат пациенти да им се овозможат средства за работа со тоа што средствата наменети за здравствените институции кои не згрижуваат пациенти ќе се пренаменат за оние установите кои даваат услуги на пациентите;

-Здруженијата на граѓани и пациенти се заблагодаруваат на напредокот во примарната здравствена услуга и за воведувањето на доволен број телефонски линии за комуникација со пациентите, но бараат и ефикасно да се реши прашањето за транспорт на ковид – позитивните пациенти на кои им е потребна здравствена помош.

Dnevni Avaz

Проф. д-р Алемка Маркотиќ предупредува- короната „не сака“ солени раствори

Проф. д-р Алемка Маркотиќ, директор на Клиниката “Фран Михалјевиќ” во Загреб, предупредува дека и некои едноставни постапки, како хигиена на носот, може да помогнат во борбата со инфекциите на дишните системи.

Понекогаш, големите решенија лежат во малите работи. Дали тоа е така и со новиот вирус кој го запре светот, низ нова студија се обидува да провери професор Алемка Маркотиќ.

Додека светските фармацевтски куќи и најпрестижните научници забрзано работат на производството на вакцина која би помогнала да го решиме проблемот со пандемијата од новиот корона вирус, директорката на Клиниката за инфективни болести “Фран Михалјевиќ”, Алемка Маркотиќ, предупредува дека и некои едноставни постапки, како што е хигиената на носот, може да помогнат во борба со инфекциите на дишниот систем.



Истражувања и ефекти од истражувањата

Констатациите што ги наведува се уште во почетна фаза, но ова сознание сигурно не може да штети. Идејата за студијата, вели, е зачната со обидите да им помогне на заразените без симптоми кои со недели биле во изолација поради позитивниот тест од брисот којшто повеќе не бил во склад со нивната здравствена состојба, бидејќи биле добро.

Клучот, поточно, е во редовните плакнења коишто короната, како и другите вируси „не ги сака“,

„Од почетокот на епидемијата предизвикана од SARS-CoV-2 научните и стручњациите забележале дека кај еден број на болни, но и кај личности кај кои е докажана инфекцијата а не развиле симптоми, долготрајно може да се детектира вирусот во носната мукоза. Се забележани и случаи од повеќе од два месеци позитивни брисеви кај некои луѓе. Во првите месеци од епидемијата, додека не знаевме колку долго вирусот може да инфицира, тоа беше поврзано со долготраен престој на позитивните лица во изолација, што доведуваше до одредени психички проблеми, но и егзистенционални поради долготрајната изолација и неможноста од вараќање на работното место, вели професор Маркотиќ како воопшто дошла на идејата да барем одредена помош кај заболените од ковид-19, а можеби и одреден број на намалување и спречување на ширењето на вирусот од носот кон плуќата би можело да биде за сите достапно со физиолошки раствор.

Во текот на пролетта и почетокот на летото еден дел од лицата со долготрајни позитивни брисеви ми се обратија за помош. Со оглед на тоа дека досега специфичен лек нема, размислував како е најдобро да им се помогне. Претпоставката беше дека најверојатно се работи за дефектни вирусни честички или вируси кои ја загубиле својата моќ на заразување, но за тоа се уште немаше доволно информации во релевантната научна и стручна литература, па мораа да се во излација до добивање на негативни наоди од брисот. Размислував дека можеби добра тоалета на носот, односно плакнење и влажнење на носот со препарати на база на морска сол, може да помогнат во отстранување на мртвиот епител во носот, а со тоа и вирусните честички од епителот, вели Маркотиќ.

Кај повеќето делувало

Понатака, истакнува дека давала совети за до три-четири пати дневно да се освежува и исчисти носот со вбригување на препарати на база на морска вода два-три дена и после тоа да направат контролен брис.

„За среќа, кај повеќето, по таа процедура наодот од брисот беше негативен и можеа, конечно, да завршат со изолацијата и вратат во “нормален” живот, вели проф. Маркотиќ.

Следниот чекор беа поединечни анализи со коишто дефинитивно треба да се констатираат ова ново интересно видување.

„Бидејќи се работеше за одвоени искуства, за да се третираат за научно и стручно релевантни и применливи, започнавме пилот-студија во Клиниката “Фран Михалјевиќ”. Во делот на студијата ќе се обидеме кај инфицирани со COVID-19 да анализираме колку редовна тоалета на носот со раствори врз база на морска вода може да го намалат задржувањето на вирусите во носот, а доколку резултатите бидат охрабрувачки планираме истражувањата да ги продолжиме и кај асимптоматските слушачи со цел, редукција на можно ширење на вирусот во долните делови на дишните патишта, односно кон белите дробови, открива професорката Маркотиќ.

На есен сите стравуваат, бидејќи тоа е период во којшто вирусите царуваат па се очекува истовремено заболување од грип, вироа како и корона. Токму поради тоа проф. Маркотиќ сподели со јавноста на што се работи, бидејќи ваква превенција би била многу од помош.

„За секојдневно намокрување на слузокожата од носот, како и превенција од иритација и штета во носот се препорачуваат раствори врз база на морска вода која по состав е слична со физиолошки раствор. Солта го намалува течењето на носот со сврзување на водата од слузокожата, ја разградува слузината и го олеснува нејзиното исфрлање, а може да дејствува и антиалергиски. Воедно, физички може да ги отстрани изумрените и оштетени епителни клетки во носот, објасни што поточно овие раствори прават.

На крајот, акцентира дека не смеаме да заборавиме дека ширењето на вирусот може да го сведеме на најниско ниво:

„Во оваа ера на COVID-19, пред мерките за држење дистанца, хигиена на рацете и носење на маски, важно е да се одржува и правилна хигиена на носот која вклучува негово редовно чистење и навлажување, уште повеќе што и самото долготрајно носење на маски дополнително може да го намали нормалното навлажување на слузокожата.

DNEVNI AVAZ

Виролози добитници на Нобеловата награда за медицина



Американците Харви Ј. Алтер и Чарлс М. Рајс и Британецот Мајкл Хаутон, во година на пандемија, се добитници на Нобеловата награда за медицина.

Благодарение на нивната работа, болеста хепатисис Ц во меѓувреме може сосема да се излекува. Според соопштението на Каролинска-институтот во Стокхолм, тројцата научници ја пронашле причината за случаите на хроничен

хепатитис и овозможиле анализи на крвта и нови лекови кои спасиле милиони животи.

Наградата оди во рацете на „тројца научници кои имаат голем придонес во борбата против хепатитисот“, објасни Нобеловиот комитет, од каде се додава дека „болеста претставува голем глобален здравствен проблем којшто предизвикува цироза и рак на црниот дроб кај луѓето ширум светот“.

Наградата за медицина се доделува од 1901 година, исто како и Нобеловите награди за физика, хемија, литература и за мир. Шведскиот истражувач и индустриалец Алфред Нобел, кој починал пет години претходно, во својот тестамент наложил главницата од неговиот имот да оди во посебна фондација. Од добивката од производството на динамит почнало доделување награди на личности со посебни заслуги за човештвото.

ИН МЕМОРИАМ

Проф. д-р Ристо Гроздановски

(1940-2020)

Проф. д-р Ристо Гроздановски, дипломирал на Медицинскиот факултет во Скопје во 1965 година. Доктор на науки по нефрологија станал во 1991. Во 1975 година специјализирал интерна медицина, а супспецијализирал нефрологија во 2001 година.

Проф. д-р Ристо Гроздановски е еден од доајените во македонската нефрологија. Тој се истакнувал со стручност, скромност и влеваше голема доверба и кај пациентите и кај соработниците. Тоа што пациентите го издвојуваа кај почитуваниот професор е неговиот непосреден, хуман, човечки и пред се пријателски однос лекар-пациент.

Диаверум - глобален водечки провајдер за бубрежна грижа. Повеќе од 25 години искуство во грижа за бубрежни болни. Над 35.000 пациенти во над 22 земји на 3 континенти во светот.

Секој заслужува исполнет живот.

Поради тоа сме посветени на подобрување на животот на бубрежните пациенти.

Нашите стандарди за грижа обезбедуваат извонредност за секој наш пациент во секоја од нашите клиники ширум светот.

Нашот систем за здравствена заштита овозможува универзален пристап до бубрежна нега од светска класа.

Систем кој постојано се подобрува преку едукација и научно истражување.

Ние постојано инвестираме во нови дигитални технологии за да ги подобриме медицинските исходи, ефективност и ефикасност.

Да им дадеме на нашите луѓе повеќе време.

Време да дадат она што само луѓето можат да го дадат...

Нега, вистинска нега.



Диаверум започнува со пружање на амбулантски услуги на надворешни болни – дијагностика, превенција, третман и следење на бубрежни болни и пациенти со ризици за развој на бубрежно заболување, со едукација за бубрежни болести, упатување и соработка со други специјализирани установи

Дијагностички услуги: преглед, лабораториски панел за дијагностика на бубрежно заболување, електрокардиографија, ехоренографија од страна на нефролози и интернисти

Диаверум амбуланта започнува во Диаверум Визбегово ул.Јадранска магистра бр.100 Скопје

Закажете го Вашиот преглед на:
02/260 22 22

Во иднина ќе бидат вклучени и амбуланти во:
Струмица
Куманово
Штип

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 расветлување на историската улога и придонес на лекарите и групи стручњаци-наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиники и катедри во новоформираните Медицински факултети во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговото развој.

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

„Vox medici“ ги повикува сите автори кои поседуваат лична документација и/или имаат интерес и наклоност кон проучување на расположливите 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 расветлување на денешната историја на медицината и оддавање должна почта и признание на првите наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.



Стефан СТЕФАНОВСКИ

Професор и основоположник на психијатријата во Македонија

Само стравите, големиите стравы, ја издигнуваат душата кон големи нешта - Денис Дигро

Д-р Стефан Стефановски е роден на 11.3.1924 г. во Скопје, како прво од три деца (Стефан, Александар и Љубинка), од мајка Фанија и татко Славе Стефановски, финансиски инспектор во Фондот за социјално осигурување во Скопје. Основно образование и гимназија завршил во родниот град, а медицински студии започнал во Софија во 1942 г. и по една година ги прекинал поради воените услови. По завршувањето на војната, продолжил да студира во Загреб и Белград. Дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Белград во 1950 г.

Својата животна сопатничка, Вера Христова од Скопје, ја запознал по дипломирањето и стапиле во брак во 1950 г. Во бракот се родиле две машки деца: Драган, дипл. економист, и Бранислав, ред. професор по психијатрија и медицинска психологија при МФ-Скопје, кои со своите семејства живеат во Скопје.

По дипломирањето д-р С. Стефановски се вработил во Клиниката за нервни и душевни болести при МФ-Скопје и започнал специјализација. Специјалистичкиот испит по неврологија и психијатрија го положил во 1953 г. и бил избран за асистент. Во 1958 г. хабилитирал и, во март 1959 г., бил избран за доцент, потоа вонр. професор во 1964 г. и редовен професор во 1972 г. на МФ-Скопје. Тој остварил голем број стручни посети со престои во водечките центри за неврологија и психијатрија во Југославија, како и во Германија, Швајцарија, Англија, Италија и

Австрија. Во периодот од 1973-77 г. проф. С. Стефановски бил претседател на Македонското лекарско друштво, а од 1978-87 г. бил директор на Клиниката за нервни и душевни болести.

Проф. д-р Стефан Стефановски починал во Скопје на 26.08.2002 г., на возраст од 78 год.

Општествено-политичка дејност

За време на окупацијата на Македонија, како студент на медицина во Софија и по враќањето во Скопје во 1943 г., активно го помагал народноослободителното движење, а во септември 1944 г. стапил во партизанските одреди во Македонија. Бил распореден како санитетски референт на баталјон, а подоцна и на бригада, и таа должност ја извршувал до крајот на војната. По демобилизацијата ги продолжил студиите во Загреб и Белград и како студент учествувал во младинска работна акција за изградба на пругата Шамац-Сараево во 1948 г.

Лекар хуманист, наставник и едукатор

По дипломирањето, во мај 1950 г., д-р С. Стефановски се вработил во Клиниката за нервни и душевни болести при МФ-Скопје и започнал специјализација кај проф. Божидар Никетиќ, во јуни 1950 г. Во текот на специјализацијата остварил престои, до три месеца, во клиниките за нервни и душевни болести при ВМА во Белград и при МФ-Загреб, во Психијатриската болница „Врапче“ во близина на Загреб и во Одделението за нервни и душевни болести во Болницата „Браќа Собол“ во Риека. Специјалистичкиот испит по неврологија и психијатрија го положил со одличен успех во август 1953 г., како прв лекар Македонец со оваа специјал-



Проф. Стефановски со лекарскиот и друг персонал во Одделот за психијатрија, 1995 г. Од лево седат: проф. Витомир Мицев, проф. Ѓорѓи Чадловски, проф. Стефан Стефановски и проф. Стојан Алексиески

ност. Во септември 1953 г. бил избран за асистент на Катедрата за невропсихијатрија при МФ-Скопје.

Стручните знаења и вештини, како специјалист по невропсихијатрија, ги надградувал со студиски престои и усовршување, со стипендија од Советот за народно здравје на НРМ, во повеќе познати клиници за невропсихијатрија: во 1955 г. престојувал шест месеца во Минхен (Prof. Kurt Kölle) и по два месеца во Берн (Prof. Jacob Klaesi) и Цирих (Prof. Eugen Bleuler). Во 1968 г. престојувал два месеца во Институтот за неврологија во Лондон, кој бил афирмиран центар во Европа и пошироко за церебрални васкуларни заболувања. Остварил посети со престој од неколку недели до два месеца во Келн, Цирих, Рим, Виена и др.

Во 1958 г. одбрал хабилитациски труд на тема „Притисокот на централ-

ните ретинални артерии при мигрена и вредноста на лекувањето на мигрена со никотинска киселина“. Во март 1959 г. бил избран за доцент, потоа вонр. професор во 1964 г. (реизбран во 1970 г.) и редовен професор во 1972 г. на МФ-Скопје.

По изборот во асистент во 1953 г. се вклучил во одржувањето на практичната настава за студентите по медицина и стоматологија преку Катедрата за невропсихијатрија, со која раководел проф. Б. Никетик како, прв шеф на Катедрата, до 1963 г. Следниот шеф на Катедрата, проф. Петар Филдишевски, ја извршувал таа функција од 1963-82 г. Потоа, проф. С. Стефановски бил избран за шеф на Катедрата за невропсихијатрија и раководел со неа до 1986 г. кога на таа должност била избрана проф. Љерка Тарник-Митрева.

Уште од 1950 г., како лекар на спе-

цијализација, а подоцна и како специјалист по неврологија и психијатрија, бил наставник во Средното училиште за медицински сестри и акушерки во Скопје. Проф. С. Стефановски, од 1959 г. како доцент и, подоцна како професор, спроведувал настава за студентите по неврологија и психијатрија, како и теоретска и практична настава за лекари на специјализација по неврологија и психијатрија преку посебни курсеви и семинари. Паралелно со наставата на МФ-Скопје, проф. С. Стефановски спроведувал настава, во тек на седум години, и на Филозофскиот факултет во Скопје по предметот психопатологија, преку Катедрата за психологија. Неговите предавања биле солидно подготвувани и концизни, осовремени со најновите сознанија во неврологијата и психијатријата и со примена на проекции, цртежи и приказ на болни. Имал коректен однос кон студентите и критериум на испитите на потребната висина, минимизирајќи ги влијанијата на врските и пријателствата. Според мислењето на студентите тој бил строг, но правичен професор, кој знаел да каже: „студентот или знае или не знае, а оценката отсликува само нијанси..., студентот мора да ја научи медицината бидејќи тука најмалку, па дури и воопшто не се дозволени грешки“.

Проф. С. Стефановски постанал добро афирмиран стручњак по неврологија и психијатрија и високо ценет во Македонија и пошироко. Бил конзистентен доктор на Клиниката за хирургија (тесно соработувал со проф. Петар Тофовиќ) и на Болницата за душевни болести „Бардовци“, посебно по нејзиното осамостојување и по преместувањето на болните од психијатриското Одделение на Клиниката во Болницата „Бардовци“, во 1957 г. Одделението за психијатрија било повторно формирано во рамките на Клиниката во 1969 г.

Проф. С. Стефановски бил ментор на повеќе кандидати за изготвување магистерски трудови и докторски дисертации на МФ-Скопје. Во периодот на неговото раководење со Клиниката за нервни и душевни болести, до 1986 г., биле изготвени и одбранети три магистерски трудови и 11 докторски дисертации од оваа област.



Дел од наставниците во Клиниката за нервни и душевни болести, 1995 г. Од лево, седат: проф. Ристо Љапчев, проф. Вера Петрова, проф. Стефан Стефановски и Велка Лукиќ-главна мед. сестра; стојат: проф. Ристо Тренчев, Олга Младеновска-библиотекар, проф. Илија Џонов, Ружа Дончевска-шеф на Сметководство, проф. Методи Чепреганов и Вера Макриевска-секретарка на Клиниката

Доајени



Проф. Стефан Стефановски со лекарскиот и друг персонал во Психијатриската болница во Д. Хисар, 1984 г.

Иницијатор, организатор и општественик

Диференцијацијата на Клиниката за нервни и душевни болести започнала во учебната 1953/54 г., кога била поделена на две организациски единици – дел за нервни и дел за душевни болести. Делот „Психијатрија“ останал и бил сместен во три бараки и една сидана зграда во кругот на поранешната Земска (Државна) болница, чии одделенија биле трансформирани во клиника. Прв шеф на Одделението за психијатрија бил назначен д-р С. Стефановски, во 1953 г. Делот „Неврологија“, со околу 30 кревети, бил преселен во новата зграда на поранешниот „Уред“ во центарот на Скопје (сегашна Градска клиничка болница за хирургија), а д-р П. Филдишевски бил именуван за раководител на тоа Одделение, во 1954 г. Во просториите на психијатрискиот дел на Клиниката за нервни и душевни болести проф. Б. Никетиќ ги одржувал состаноците на Стручниот колегиум на Клиниката и состаноците на Катедрата за невропсихијатрија. По пуштањето во употреба на Блок-зградата на „Интерните клиника“, во 1956 г., делот „Неврологија“ бил преместен и сместен во едно крило на зградата на приземје/првиот кат.

Клиниката за нервни и душевни болести бележи континуиран развој од нејзиното формирање во 1947 г., а особено во 1960-те и потоа, со диференцирање на специјалистичката и субспецијалистичката дејност во неврологијата и психијатријата преку посебни одделенија, отсеци, дијагностички

лаборатории и диференцирана поликлиничка дејност. Покрај невролошкото машко и женско одделение и психијатриското одделение со отсеци за адултна машка и женска психијатрија, за неврози и за детска психијатрија во посебна зграда, биле формирани и посебен отсек за интензивна нега, за згрижување на болни во акутна фаза на цереброваскуларни инсулти и болни витално загрозувани од други невролошки болести, отсек за невромускулни болести и невропатии, повеќе дијагностички отсеци, како што се хистопатолошка и биохемиска лабораторија, отсек за електромиографија, отсек за ЕЕГ и епилепсија, отсек за компјутерирана томографија, кабинети за психотерапија и за превенција на суициди, како и поликлиника со општа специјалистичка и супспецијалистичка служба во неврологијата и психијатријата.

Проф. С. Стефановски бил директор на Клиниката за нервни и душевни болести од 1978-87 г. Во тој период Клиниката располагала со вкупно 160 болнички кревети и во неа биле вработени вкупно 141 лице, од кои 37 со високо образование. Поголемиот број од вкупно 23 специјалисти по неврологија и психијатрија и наставници оствариле, еднаш или повеќе пати, студиски престои во разни земји во Европа и во САД и се диференцирале како супспецијалистички кадри кои придонеле за воведување на многубројни нови методи и техники за дијагностика и третман на болните со нервни и душевни болести. Во оваа смисла, голем придонес во

развојот и афирмацијата на Клиниката дале помладите лекари, подоцна професори: Љерка Тарник-Митрева, Тихомир Кузмановски, Миодраг Мицев, Радослав Наумовски, Љубиша Новотни, Петар Пемов, Методи Чепреганов, Стојан Алексиески, Ѓорѓи Чадловски, Илија Џонов, Анте Поповски, Ристо Љапчев, Витомир Мицев, Вера Петрова, Лилјана Илиевска, Ристо Тренчев и др. Клиниката располагала со најсовремена опрема за невролошка и психијатриска дијагностика. Првиот апарат за ЕЕГ снимање бил обезбеден во 1957 г., а во 1979 г., проф. С. Стефановски и д-р М. Чепреганов го донеле од Англија првиот апарат за компјутерирана томографија за снимање, дијагностика и истражување на цереброваскуларните и други промени само во подрачјето на мозокот. Исто така, биле обезбедени апарати за евоцирани потенцијали, реоенцефалографија, Doppler апарат и современа техника за мускулна биопсија и компјутерирана електрофореза на ликворот.

Проф. С. Стефановски бил повеќестрано ангажиран во организациски, самоуправни и општествено-стручни активности во рамките на МФ и Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје и пошироко. Бил претседател на Советот на Клиниката за нервни и душевни болести, член на советите на Клиниката за гинекологија и акушерство, на Поликлиниката на Универзитетот во Скопје, на Градската општа болница во Скопје, на Вишата школа за социјални работници во Скопје и член на Советот за просвета на СРМ, како и член на ИО на Друштвото за телесно воспитување „Партизан“ во Скопје.

Учествувал активно во работата на Македонското лекарско друштво (МЛД) како претседател на Судот на честа, а во два мандати бил претседател на МЛД (1973-77). Бил претседател на Секцијата/Здружението на невропсихијатрите при МЛД, член на Претседателството на Сојузот на лекарските друштва на Југославија и почесен член на Здружението на лекарите на Црна Гора.

Бил член на Претседателството на Здружението на психијатрите на Југославија, на светските здруженија за

неврологија (World Federation of Neurology) и психијатрија (Association Mondiale de Psychiatrie), како и член на Британското друштво за геријатрија.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Научноистражувачката работа на Клиниката за нервни и душевни болести била во постојан развој и ги опфаќала сите области од неврологијата и психијатријата, што покажуваат темите на реализираните научноистражувачки проекти, одбранети хабилитации, магистерски трудови и докторати, како и објавените научни трудови во домашни и странски списанија и учеството на наставниците и другите стручни кадри во Клиниката на многубројни домашни и меѓународни конгреси и симпозиуми. Клиниката бележи силен подем на научноистражувачката дејност со кадровското зајакнување и обезбедувањето на современа опрема во 1960-те и 1970-те, а особено по набавката на првиот апарат за компјутеризирана томографија на мозокот во 1979 г.

Проф. С. Стефановски е автор или коавтор на повеќе од 100 стручни и научни трудови, публикувани во домашни и странски списанија и едicii. Стекнатите сознанија и искуства од долгогодишната работа, со богатата клиничка проблематика во Клиниката и во поликлиничките супспецијалистички амбуланти, ги прикажувал со реферати на републичките и сојузни интерески сестанози, симпозиуми и конгреси на невролозите и психијатрите во СФР Југославија и ги објавувал како стручни и научни публикации во научни списанија. Со свои трудови од областа на неврологијата и психијатријата учествувал речиси на сите конгреси на лекарите на МЛД, како и на симпозиуми по невропсихијатрија во Југославија и на повеќе европски и светски конгреси по неврологија и психијатрија, меѓу кои: 2. Меѓународен конгрес за психијатрија во Цирих (1957), 7. Меѓународен конгрес по неврологија во Рим (1961), 8. Меѓународен конгрес по неврологија во Виена (1965), 1. Чешко-југословенски психијатриски конгрес во Карлови Вари (1968), како и на конгресите во Москва, Кембриџ и др.

Проф. С. Стефановски бил член на

редакцијата на списанието „Македонски медицински преглед“ (1960-62). Автор е на учебниците „Неврологија и психијатрија“ (издаден во Скопје 1983 г. и со последователни изданија во 1987 и 1991 г.) и „Медицинска психологија“ (издаден во Скопје во 1993 г.) за ученици во медицинските училишта. Исто така, бил еден од авторите на југословенскиот учебник „Психијатрија“, во редакција на проф. Душан Кеџмановиќ, Медицинска книга Белград-Загреб, 1988 г.

Спомени, признанија и награди

Проф. С. Стефановски останува во спомените на МФ-Скопје и во колективната меморија во нашата средина како истакнат стручњак, наставник и научник со високи педагошки и организативни способности и со сите позитивни лични и морални особини на човек, лекар и хуманист, кој бил целосно посветен на професионалните должности и придонесот кон општествена заедница. Посебно значаен е неговиот придонес за развојот на современата психијатрија и за формирањето на Одделението за детска психијатрија во рамките на Клиниката за нервни и душевни болести при МФ-Скопје. За својата професионална, академска и научна работа добил разни признанија, но најголемата награда што тој лично ја чувствувал биле успехите на неговите студенти.

Изградените колегијални односи, соработка и дружење меѓу наставниците во Клиниката, од периодот на раководењето од проф. Б. Никетиќ и, потоа, од проф. П. Филдишевски и проф. С. Стефановски, продолжиле и меѓу помладите лекари и наставници. Повеќе години по заминувањето во пензија на проф. С. Стефановски, тој бил повикуван и добредојден и со почит и задоволство виден и дочекан на Клиниката сè додека за тоа постоел негов личен интерес и желба.

Проф. С. Стефановски е носител на повеќе одликувања, општествени признанија и награди. Бил одликуван со Орден на трудот со златен венец и Орден заслуги за народ со сребрена ѕвезда. Добитник е на многубројни дипломи и признанија од општествено-политички и хуманитарни организации

и стручни здруженија од земјата и странство, признанија од МФ-Скопје, Повелбата „д-р Трифун Пановски“ од МЛД (1985), плакета од Сојузот на лекарските друштва на Југославија и др. во текот на својата богата професионална кариера и стручно-општествено дејствување и придонес.

Проф. д-р Дончо Донев

ЛИТЕРАТУРА

1. 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
2. Donev D, Polenakovic M. Doctors and lecturers from Macedonia elected for the first time at the Faculty of Medicine in Skopje in the period 1955-1960. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2013; 34 (3): 121-44. Available at: <http://manu.edu.mk/prilozi/01dd.pdf>
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. Никодијевиќ Д. Катедра за неврологија – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Гдини МФ-Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, 2017: 87-91.
5. Ралева М. Катедра за психијатрија и медицинска психологија – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Гдини МФ-Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, 2017: 132-5.6
6. Редакција на ММП. По повод 60-от роденден на проф. Стефан Стефановски. ММП, 1984; 38(3-4): 101.
7. Редакција на Vox Medici. Проф. д-р Стефан Стефановски – Дијагнозата резултат на способноста на докторот. Vox Medici 2001; 9(33): 31-3.
8. Ристовски Б, Главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел II. МАНУ, Скопје, 2009: 813-1671.
9. Тофоски Ј, уредник. 60 Гдини Македонско лекарско друштво 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.
10. Филдишевски П, Арсов Д, Таџер И, рецензенти. Реферат за избор на редовен професор по предметот неврологија и психијатрија (Стефан Стефановски) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 176, јули 1972: 1-8.

Доајени



Божидар НИКЕТИЌ

Професор и основоположник на Клиниката за нервни и душевни болести при Медицинскиот факултет во Скопје

Прави го она што можеш, со она што го имаш, онаму каде што си – Теодор Рузвелт

Д-р Божидар Никетиќ е роден на 18.02.1899 г. во Сремска Каменица, Општина Сремски Карловци, Србија, во угледно семејство, од мајка Марија и татко Димитрије Никетиќ. Основно образование и гимназија завршил во Нови Сад во 1917 г. Студии по медицина започнал, по завршување на Првата светска војна, во Прага, продолжил во Виена, а дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Грац, Австрија, во 1924 г.

Д-р Б. Никетиќ, заедно со неговата сопруга Ајка, дошол во Македонија во 1947 г., како редовен професор по невропсихијатрија, како еден од првите 19 наставници на МФ-Скопје. Проф. Б. Никетиќ бил првиот директор на Клиниката за нервни и душевни болести и прв шеф на Катедрата за невропсихијатрија при МФ-Скопје. Покрај тоа, тој бил иницијатор за основање и прв директор на Болницата за душевни болести „Бардовци“ во Скопје.

Проф. Б. Никетиќ бил декан на МФ-Скопје од 1950-51 и од 1957-58 г. Во периодот од 1954-56 г. бил претседател на Македонското лекарско друштво (МЛД), а потоа бил претседател на Сојузот на лекарските друштва на Југославија.

Проф. д-р Божидар Никетиќ починал во Скопје на 18.03.1963 г., на возраст од 64 години. Погребот бил извршен во гробницата на семејството Никетиќ во Сремска Каменица (Православни гробишта), каде претходно бил погребан, во своето родно место, уште еден познат српски лекар и писател – Јован Јовановиќ-Змај.

Учество во двете светски војни и општествено-политичка дејност

По завршување гимназија во Нови Сад во 1917 г., Божидар Никетиќ бил мобилизиран во војската на Австро-Унгарија, се до завршувањето на Првата светска војна

во 1919 г. По окупацијата на Србија, во април 1941 г., д-р Б. Никетиќ се преселил од Нови Сад во Белград и работел како бегалец, прво во Болницата за душевни болести во Белград, а потоа во Болницата за душевни болести во Топоница, близу Ниш. Во септ. 1944 г. доброволно се вклучил во Народноослободителната војска, а потоа бил примен и во СКЈ. Бил распореден за командант на Медицинско-санитетскиот баталјон на 45 ударна дивизија. По ослободувањето бил именуван за референт за нервни и душевни болести во Санитетската управа на Југословенската армија. На таа должност останал до воената демобилизација во јуни 1946 г.

Професионален развој, лекарска и наставно-едукативна дејност

По дипломирањето на МФ-Грац во 1924 г. д-р Б. Никетиќ се вратил во Белград и, по задолжителниот лекарски стаж, се вработил како секундарен лекар во Психијатриската болница во Стењевац, која подоцна се преформирала во Психијатриска болница „Врапче“, Одделение во Јанкомир кај Загреб. Уште како студент кај него се јавила посебна љубов кон психијатријата, за која безрезервно се определил, по завршувањето на студиите, да работи и да се усовршува во оваа област. Со мал прекин, во оваа болница работел полни 14 години и притоа се усовршувал и напредувал од млад асистент до шеф на одделение, а потоа се стекнал со стручно-искуственото звање примариус. Работел со други истакнати психијатри, што му овозможило да учи, да се стекнува со првите практични психијатриски искуства и понатаму да ги надградува своите стручни знаења и искуства. Притоа, се афирмирал како солиден стручњак во психијатриската дејност и заземал високо место во здравствената хиерархија. Во 1938 г., како искусен психијатар бил именуван за шеф на Одделението за невропсихијатрија во Болницата во Нови Сад, а бил и консултант во Болницата во местото Јаша Томиќ, близу Зрењанин. Во Нови Сад останал до почетокот на војната, во април

1941 г. Во јуни 1946 г. продолжил да работи во Комитетот за народно здравје на ФНР Југославија во Белград.

Доаѓање на проф. Божидар Никетиќ во Скопје

Познавајќи ги високите стручни и морални квалитети на прим. д-р Б. Никетиќ, Матичната комисија за формирање на МФ-Скопје го избрала, на 18.02.1947 г., за редовен професор по предметот невропсихијатрија и го именувала за прв управник на новоформираната Клиника за нервни и душевни болести.

Една година по формирањето на Клиниката, по покана и лично пријателство на проф. Б. Никетиќ, во 1948 г. се вработил неврологот д-р Немања Вурдела, кој по околу три години ја напуштил Клиниката, во првата половина на 1951 г., продолжил да работи во Нови Сад и бил еден од првите пет професори и основоположници на МФ-Нови Сад во 1960 г. и директор на Клиниката за нервни и душевни болести во Нови Сад. Заедно со проф. Б. Никетиќ одиграле значајна улога во иницијалниот развој на Клиниката за нервни и душевни болести во Скопје, која започнала кадровски да се зајакнува во 1950 г. со вработување и започнување со специјализација на д-р Стефан Стефановски и, една година подоцна, на д-р Петар Филдишевски. По три години тие ги положиле специјалистичките испити и постанале првите специјалисти по невропсихијатрија во Македонија. Катедрата за неврологија и психијатрија била формирана на 29-та седница на Наставничкиот совет, на 11.01.1950 г. и притоа проф. Б. Никетиќ бил именуван за шеф на Катедрата. Во 1952 г. проф. Б. Никетиќ остварил тримесечен престој во Минхен (Max Planck Institute of Psychiatry).

Наставата по предметот невропсихијатрија започнала во учебната 1953/54 г. Проф. Б. Никетиќ ја одржувал теоретската настава, а првите асистенти по овој предмет, Стефан Стефановски и Петар Филдишевски, ја реализирале практичната настава. Во 1952 г. почнува да се зголемува бројот на младите лекари на специјализација по невропсихијатрија (Спаско Стојанов, Никола Пандилов, Зора Глигоријева, Предраг Каличанин, Лидија Сердобинскаја и др.). Прв шеф на Одделението за психијатрија бил назначен д-р С. Стефановски во 1953 г., а за прв шеф на Одделението за неврологија бил именуван д-р П. Филдишевски во 1954 г., кои одбраниле хабилитациски трудови, во 1957 г. д-р С. Стефановски и во 1958 г. д-р П. Филдишевски, и потоа биле избрани во наставни звања доценти по предме-



Промотори на првите шест дипломирани лекари на МФ-Скопје, 30.12.1953 г. Од лево: проф. Божидар Никетиќ, проф. Маријан Каталиниќ, ректор на Универзитетот во Скопје ја отвора промоцијата со поздравен говор, проф. Зденко Крижан и проф. Глигор Муратовски

тот невропсихијатрија. Во 1960 г. на Клиниката се придружиле младите лекари, подоцна професори, Тихомир Кузмановски и Миодраг Мицев.

Под раководство на проф. Б. Никетиќ се усовршувал стручниот лекарски и друг кадар, не само за потребите на Клиниката, туку и за новооснованите одделенија за нервни и душевни болести во болниците во внатрешноста.

Општествени и организационо-стручни активности

Проф. Б. Никетиќ дошол во Македонија во 1947 г. како прв специјалист по психијатрија со задача да ја организира Клиниката за нервни и душевни болести, да создаде високоспецијализирани кадри и да обезбеди организирана здравствена заштита на болните со нервни и душевни болести во Македонија. Поранешното Одделение за душевни болести при Земската (Државна) болница во Скопје, како единствено одделение од ваков вид во Македонија, со капацитет од околу 80 кревети сместени во три неугледни бараки, успеал да го трансформира во современо опремена Клиника за нервни и душевни болести, воведувајќи многу нови методи за иследувања и третман на болните паралелно со напредокот на психофармакологијата. По иницијатива на проф. Б. Никетиќ започнала диференцијацијата на Клиниката на две одделенија, во 1953/54 г., а проф. С. Стефановски бил именуван за прв шеф на Одделението за психијатрија. Одделението за неврологија во рамките на Клиниката, со капацитет од 30 кревети, било преместено во 1954 г. во новата зграда на поранешниот „Уред“ во центарот на Скопје (сегашна Градска клиничка болница за хирургија), а за шеф на ова

одделение бил именуван проф. П. Филдишевски. При пуштањето во употреба на новиот Клинички блок, во 1957 г., Одделението за неврологија добило свои простории во едно крило на првиот спрат. Одделението за психијатрија престанало да постои во 1957 г., а болните, кои биле сместени во три бараки, биле преместени во Болницата за душевни болести „Бардовци“, Скопје. Понатаму, до 1969 г., во двата дела на Одделението за неврологија, за мажи и за жени, раководени од доцентите, потоа професори, С. Стефановски и П. Филдишевски, се примале за стационарно лекување главно невролошки болни и помал број психијатриски болни, и тоа со полесни форми на душевни болести. Болните со потешки форми на душевни болести биле упатувани за прием во Болницата за душевни болести во с. Бардовци, Скопје. За потребите на наставно-научната дејност, во 1969 г. повторно било отворено Одделение за психијатрија при Клиниката за нервни и душевни болести и било сместено во едно крило во Клиничкиот блок, во несоодветни подрумски простории. Опременоста на Клиниката за нервни и душевни болести значајно била подобрена во 1957 г. кога бил обезбеден електроенцефалографски (ЕЕГ) апарат, прв од овој вид во Македонија.

Паралелно со едукацијата на специјалистички кадри за кадровско зајакнување на Клиниката за нервни и душевни болести, проф. Б. Никетиќ дејствувал во правец за формирање посебни одделенија за нервни и душевни болести во општите болници во Републиката (Битола, Велес, Штип, Прилеп и др.) и обезбедување соодветен простор за третман на болните со таков вид болести, во прв ред од Македонија, но и од јужните делови на

Србија, Автономната покраина Косово и Црна Гора.

Покрај редовната лекарска и наставна активност, и активностите поврзани со раководните функции – директор на Клиниката и шеф на Катедрата, проф. Б. Никетиќ извршувал и повеќе други општествени и организационо-стручни активности. На 14.11.1951 г. бил назначен за член на Одборот за народно здравје и можел непосредно да учествува во креирањето и имплементацијата на здравствената политика во Републиката. Бил иницијатор и организатор за создавањето на Републичка болницата за душевни болести во с. Бардовци (сегашно име „Психијатриска болница-Скопје“), на оддалеченост околу 7 км. од центарот на Скопје, основана со одлука на Извршниот совет на НРМ на 9.12.1954 г. Болницата во с. Бардовци започнала со работа во 1955 г., со капацитет од 220 кревети, а еден дел од стручните кадри на Клиниката преминале на работа во таа болница. Проф. Б. Никетиќ бил прв управник на Болницата, која се осамостоила во 1956 г. кога за директор бил именуван д-р Никола Пандилов. Стручно консултативната поддршка од Клиниката продолжила преку повремени заеднички стручни и едукативни состаноци и утрински визити на болните, конзилитарни прегледи и други форми на соработка.

Исто така, проф. Б. Никетиќ придонел и за формирање на „Болница за душевни болести“ во Демир Хисар, со Одлука на Извршниот совет на НРМ на 18.07.1956 г.

Проф. Б. Никетиќ бил декан на МФ-Скопје во два мандати, од 1950-51 и од 1957-58 г. Бил основач и прв претседател (1952-63) на Секцијата/Здружението на невропсихијатрите при МЛД. Бил потпретседател на Управниот одбор (1948-50 и 1952-54) и претседател на МЛД (1954-56), како и претседател на Сојузот на лекарските друштва на Југославија и претседател на Здружението на невропсихијатрите на Југославија. Проф. Б. Никетиќ бил еден од тројцата промотори (со проф. Зденко Крижан и проф. Глигор Муратовски) на првите шест дипломирани студенти на МФ-Скопје, на 30.12.1953 г.

Раководните должности во Клиниката за нервни и душевни болести и во Катедрата за невропсихијатрија проф. Б. Никетиќ ги извршувал до март 1963 г., кога починал по долго и тешко боледување. Потоа, во истата година, за директор на Клиниката за нервни и душевни болести бил именуван доц. П. Филдишевски, кој раководел со Клиниката до 1978 г., кога на таа раководна функција бил назначен проф. С. Стефановски.

Доајени



Проф. Божидар Никетик
(во средина, со шешир) со колеги
и соработници во Клиниката за
нервни и душевни болести,
мај 1951 г.

Научноистражувачка, публицистичка и уредувачка активност

Научноистражувачката работа во Клиниката ги опфаќала сите области од неврологијата и психијатријата. Многу значаен подем на стручната и научната дејност на Клиниката започнал со набавката на првиот ЕЕГ апарат во 1957 г.

Проф. Б. Никетик објавил повеќе научни трудови за одделни проблеми од невропсихијатријата и нејзините гранични подрачја. Во својата практична и научноистражувачка работа, покрај другото, се занимавал со воените неврози, прогресивната парализа и невропсихијатриските аспекти на ендемската гушавост. Со неговата студија за ендемската гушавост дал значаен придонес за воведувањето на јодната профилакса во Македонија. Целосно посветен на психијатријата, проф. Б. Никетик ја популаризирал и преку соодветни популарни предавања и написи во списанието „Народно здравје“ и во други стручни и научни списанија кои привлекувале интерес кај пошироката јавност. Бил одличен говорник, кој побудувал интерес кај секој кој го слушал, со начинот на излагањето и јасниот стил на изразување комбиниран со досетки и хумор за секоја прилика. Со предавања и написи и на други теми и здравствени проблеми проф. Б. Никетик укажувал на важноста на здравственото просветување и грижата за народното здравје, во најопшта смисла, за општо културен напредок и преродба, за надминување на вековната заостанатост и за подобрување на екстремно лошата здравствена состојба, со запустена и специфична народна патологија со голем број болни од ендемски, акутни и хронични заразни и други болести. Со тие активности се стек-

нал со голем углед и почит во академската средина и пошироката јавност. Посебно значајни едукативно-инструктивни трудови на проф. Б. Никетик се: „Предавања од областа на медицината“ (1953), „Соработката на практичниот лекар и невропсихијатарот“ (1954), „Индикации за прекин на бременоста кај болни со душевни и нервни болести“, „Невропсихијатрија“ (1959) и др.

Проф. Б. Никетик е автор на брошурата „Повредите при работата“, објавена од Институтот за здравствено просветување во Скопје, во 1952 г. Бил член на Редакцијата на Македонски медицински преглед од 1949-53 г.

Спомени, признанија и награди

Заслугите на проф. Б. Никетик за македонската медицина и посебно за развојот на невропсихијатријата се многу големи. Проф. Б. Никетик останува во колективната меморија во нашата средина како голем доктор и учител, основоположник и прв директор на Клиниката за нервни и душевни болести при МФ-Скопје и, во поширока смисла, основоположник на невропсихијатријата во Македонија. Посебно значаен е неговиот придонес и заслуги за едуцирањето на првите високоспецијализирани кадри по невропсихијатрија, како и формирањето и натамошниот развој на Специјалната болница за душевни болести „Бардовци“ во Скопје и на невропсихијатријата служба во Македонија. Со своето дело проф. Б. Никетик наполно одговорил на својата пионерска улога за организирање и развој на невропсихијатријата дејност во Македонија и во извршувањето на задачите кои му биле доверени.

Покрај развивање на тимската работа и соработка, проф. Б. Никетик воспоставил пракса за заеднички викенд-излети на

наставниците од Клиниката, заедно со членовите на нивните семејства, во околината на Скопје (Сарај-Матка, Китка и сл.) и во Македонија (Маврово, Лазарополе и др.), како и заеднички новогодишни дочеци, прослава на имендени и други поводи за дружење и јакнење на колегијалните односи и пријателства.

Проф. Б. Никетик е добитник на повеќе признанија и награди од МФ-Скопје, МЛД и други институции и здруженија. Одликуван е со Орден за заслуги за народ од втор степен и Орден на трудот од прв и втор степен.

Проф. д-р Дончо Донев

ЛИТЕРАТУРА

1. 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>

2. Гајдазис-Кнежевиќ С, Пејковска-Димовска С, уредници. 50 Години грижа за менталното здравје: Ј.З.О. Психијатриска болница „Скопје“ 1955-2005. Винсент Графика, Скопје, 2005: 74.

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

4. Jokanović V, Žikić M. On the occasion of the 105th anniversary of Prof. Nemanja Vurdelja. Curr Top Neurol Psychiatr Relat Discip. Jun 2011: 19(2):1.

5. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, и др. Развој на институциите во рамките на МФ-Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. МФ-Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.

6. Милановиќ М. Познати српски лекари. Воена печатница, Белград, 2005: 575.

7. Никодијевиќ Д. Катедра за неврологија – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Години МФ-Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, 2017: 87-91.

8. Ралева М. Катедра за психијатрија и медицинска психологија – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Години МФ-Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, 2017: 132-5.6

9. Ристовски Б, гл. и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел II. МАНУ, Скопје, 2009: 880.

10. Тофоски Ј, уредник. 60 Години МЛД, 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.

11. Филдишевски П. In Memoriam – Проф. д-р Божидар Никетик (18.02.1899 – 18.03.1963). ММП 1963;18(1-2): 101-3.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 46, октомври 2020 година

LYMPHOCYTIC MASTITIS, КОРЕЛАЦИЈА МЕЃУ КЛИНИЧКА СЛИКА, РАДИОЛОШКИ И ПАТОХИСТОЛОШКИ НАОД

Катерина Китановска, Драгана Могилевска Груевска, Аргјенд Имери

КОНТАКТЕН ДЕРМАТИТ НА РАЦЕТЕ КАЈ ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ ВО МАКЕДОНИЈА ВО ТЕК НА КОВИД-19 ПАНДЕМИЈАТА

Анита Најдова, Катерина Дамевска, Сузана Николовска, Силвија Дума,
Ленче Нелоска, Ивана Дохчева Карајованов, Нора Положани, Маја Димова,
Арбен Емурлаи, Томче Поповски, Димитри Бачевски, Елена Мирческа Арсовска

PURPURA HENOCH SCHONLEIN

Габриела Тавчиоска, Елена Јорданоска

СТОМАТОЛОШКО ЗГРИЖУВАЊЕ НА ПАЦИЕНТИ СО ХЕМОФИЛИЈА

Амбаркова Весна, Ставрева Наташа, Аријета Сулејмани, Тина Крмзова

РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

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

Рецензија или евалуација од колеги-експерти е процес на подложување на труд, истражување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да направат неистражена рецензија. Одлучата дали манускриптот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува едиторот на сисанието врз основа на мислењето на еден или повеќе рецензенти. Овој процес треба да ги охрабри и поттикне авторите да се придржуваат на прифатените стандарди на нивната дисциплина и да сфатат дисеминација на релевантни наоди, неопходни тврдења, неистражени интревјуа и лични видови. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се жлага 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 спекнување ново научно знаење засновано на докази).

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

Се разбира, секој има право да не се согласи со мислењето на рецензентот или на едиторот, и доколку успеа 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 жлага како на чувар на профилот на едно сисание, унаредувач на квалитетот и учешт за стандардите за публикување на стручно-научни трудови.

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 109 од декември 2020 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 ноември 2020 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 2020 година.

Lymphocytic mastitis, корелација меѓу клиничка слика, радиолошки и патохистолошки наод

Катерина Китановска¹, Драгана Могилевска Груевска², Аргјенд Имери³

ЈЗУ "Железничар" - Скопје¹,

ЈЗУ "Општа болница со проширена дејност" - Кочани²,

ЈЗУ "Клиничка болница" - Тетово³

Апстракт

Lymphocytic mastitis синоними diabetic mastopathy и sclerosing lymphocytic lobulitis е фиброзна инфламација на дојките, во најголем број случаи асоцирана со инсулин зависен дијабет, автоимуни и ендокринолошки заболувања, но во литературата се опишани и поединечни случаи на пациентки кај кои овие состојби отсутуваат. Ретко заболување, кое се сретнува кај млади и жени во средна животна возраст. Значењето на овој бениген ентитет е во неговата клиничка и радиолошка сличност со мамарниот карцином при што крајната дијагноза ја одредува патохистолошкиот наод.

Целта на овој труд е да се опишат клиничките, радиолошките и патохистолошките карактеристики во два потврдени случаи на лимфоцитен мастит.

Клучни зборови: мастит, лимфоцитен, ултрасонографија, мамографија.

Вовед:

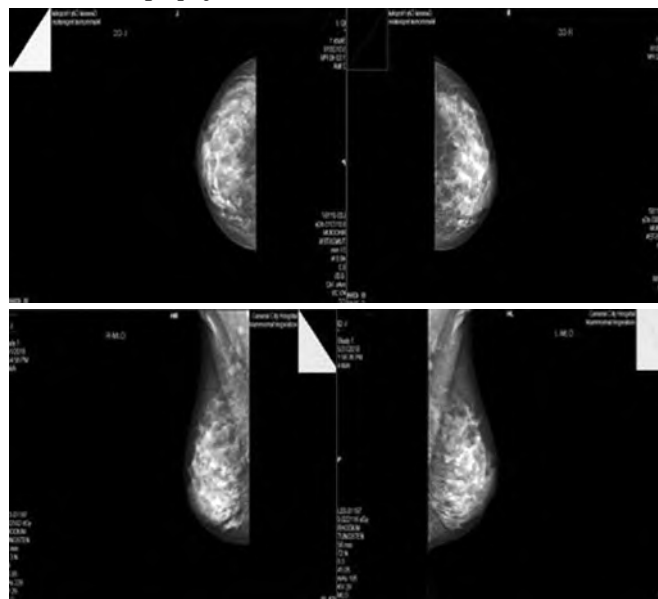
Лимфоцитниот мастит е бенигно, фиброинфламаторно заболување на дојката со хроничен тек, застапено првенствено кај млади и жени на средна возраст (35-47). За првпат во литературата е опишано во 1984 год. од Soler и Khardori, а именувано е во 1987 од Byrd и неговите соработници.⁽²⁾ Се јавува како компликација на инсулин зависен дијабет, најчесто со други компликации од примарната болест: мултипли микроваскуларни промени, ретинопатија, неуропатија и нефропатија, но и во состав на други автоимуни состојби како што е Hashimoto thyroiditis. Може да се сретне и кај здрави жени, како што е и во презентираниот случај. Ретка состојба присутна со 1% од вкупниот број на бенигни заболувања на дојката, но и покрај овој раритет, неговата застапеност кај предменопаузални жени инсулин зависни изнесува 13%. Етиологијата на ова заболување е непозната, со патогенеза која вклучува неколку хипотетички фактори: високото ниво на гликемија коешто е одговорно за продукција на поголема количина на колаген како и неадекватен одговор на егзогениот внесен инсулин. Клинички се манифестира со палпабилна ту промена, една или повеќе на број, уни или билатерално во дојките. Дијагнозата се поставува со ултрасонографски преглед и мамографија, но поради големата сличност со мамар-

ниот карцином, на овие имиџинг методи, за поставување на крајната дијагноза е неопходна кор или хируршка биопсија со патохистолошка анализа на примерокот.

Приказ на случаи

Првиот случај е жена на возраст од 34 год. без претходна историја за автоимуни и ендокринолошки заболувања, со присутна тврда, безболна, палпабилна маса во горниот латерален квадрант на левата дојка. На направената бил. мамографија сл.1 на левата дојка, во зоната на интерес се регистрираше хетерогено фиброгландуларно ткиво по што беше направена ултрасонографска евалуација на палпабилниот тумефакт кој се прикажа како солидна, нејасно ограничена, спиккуловидна лезија, со постериорна акустична сенка. сл.2 Лезијата беше карактеризирана како БИРАДС 4, според класификациониот систем на Американскиот радиолошки колеџ, пациентката беше упатена на ексцизиона биопсија со дефинитивна дијагноза на лимфоцитен мастит без знаци за малигнитет. После пет години од иницијалната дијагноза на редовните контроли не се забележани радиолошки знаци за рецидив или малигнитет.

сл.1 мамографија



Стручни и научни трудови

сл.2 ултрасонографски наод

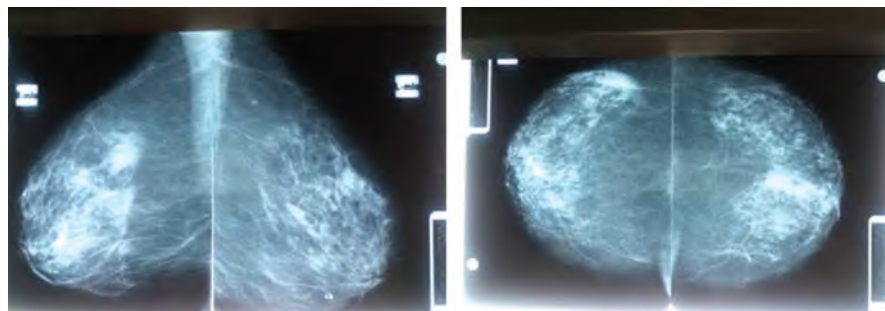


сл.3 патохистолошки наод



Вториот случај е жена на возраст од 46 години, со дијабет тип 1, дијагностициран во детството, без познати хронични компликации од примарната болест. На клинички преглед е присутен безболен, неподвижен, тумефакт во медијалниот дел на десната дојка, направена е билл мамографија, со наод на хетерогена зона на фиброгландуларно ткиво, во медијалниот дел на дојката, без знаци за фокална лезија, асиметрија или дисторзија на паренхимот. сл.1 Ултрасонографскиот наод во прилог на солидна, нејасно дефинирана сенка, со акустична одбој, сл.2. Лезијата е карактеризирана како БИРАДС 4, со патохистолошки наод на лимфоцитен мастит, со уредни последователни контроли за период од три години.

сл.1 мамографија



сл.2 ехосонографија



Дискусија

Лимфоцитниот мастит уште познат и како diabetic mastopathy или sclerosing lymphocytic lobulitis е фиброзна инфламација на мам.ткиво, асоцирана со автоимуну заболувања (инсулин зависен дијабет и Хашимото тироидитис), но може да се забележи и кај здрави жени, како што е нашиот прв случај. Патогенезата на оваа состојба е мултифакторијална, опфаќа повеќе теории, според две од нив ^(1,2) фиброинфламаторниот процес во дојката се јавува како реакција на егзогенниот внесен инсулин, додека според друга теорија ⁽³⁾ високите вредности на гликемија преку процесот на гликоксилација ги стимулира факторите на раст кои, пак, од своја страна, доведуваат до продуцирање на колаген кој не подложува на деградација. Колагенот делува како антиген, симулирајќи имун одговор со пролиферација на Б лимфоцити и создавање на антитела. Присуството на макрофагите генерира зголемување на факторите на раст со што се зголемува продукцијата на колагенот.

Ова го објаснува патохистолошкиот наод кој се карактеризира со различен степен на Б лимфоцитна инфилтрација перилобуларно, перидуктално и периваскуларно, асоцирано

со поголема количина на келоидно, фиброзно ткиво. Клиничката слика кај овие пациенти е безболен палпабилен тумефакт кој може да биде со различна локализација во дојката, без присутни знаци на инфламација, како што е случај со останатите воспаленија на дојката. Мамографските карактеристиките се неспецифични во голем број случаи и со уреден наод, како што беше случај со нашите две пациентки. Ултрасонографски се манифестира со хипоехогена, солидна промена, со акустична сенка, поради присутната фиброза, но во некои случаи и мамографијата и ехо - наодот се уредни. Клиничките и имидинг методите кај оваа состојба се многу слични со мамарниот карцином, па затоа во најголем број случаи е потребна патохистолошка потврда за да се стигне до конечната дијагноза. Понатамошниот третман кај овие пациентки зависи од тоа дали лезијата е унилатерална и една или повеќе лезии и биле. Во првиот случај се изведува екцизиона биопсија, додека во другите случаи се прави кор биопсија и доколку се докаже бенигност пациентката се упатува на редовни контроли. Кај контролните прегледи на овие пациентки е забележан висок процент на рецидив, околу 34%. Не се забележани докази дека лимфоцитниот мастит подлежи на малигна трансформација.⁽⁵⁾ Во дефинитивната дијагноза, покрај мамарниот карцином, доаѓаат предвид и други диференцијално дијагностички состојби (plasma cell mastitis, granulomatous mastitis, non-Hodgkin lymphoma, fibrotic tissue, trauma-type lesions, fibrocystic alterations, polyarteritis nodosa).

Заклучок

Лимфоцитниот маститис е бенигно заболување на дојката кое е раритет во радиолошката дијагностика. Претставува дијагностички предизвик, поради својата сличност која ја презентира на имидинг методите со мамарниот карцином. Ултразвукот и мамографија се сензитивни, но не и специфични во неговата детекција. За поставување на крајната дијагноза е неопходна кор или екцизиона биопсија.

Референци

- 1- Masaru O, Motoko S, Toru L, et al. A case of lymphocytic mastopathy requiring differential diagnosis from primary breast lymphoma Breast Cancer 2009; 16:141-146.
- 2- Selma RV, Herrero JC, Rubio CM, et al. Mastopatia diabética: clínica, hallazgos radiológicos y anatomopatológicos y tratamiento. Radiología 2011;53(4):349-354.
- 3- Camuto PM, Zetrenne E, Ponn T. Diabetic mastopathy. A report of 5 cases and a review of the literature. Arch Surg 2000; 135:1190-1193.
- 4- Pereira MA, de Magalhães AV, da Motta LD, et al. Fibrous mastopathy: Clinical, imaging, and histopathologic findings of 31 cases. J Obstet Gynaecol Res 2010; 36 (2): 326-335.
- 5- Alhabshi SM, Rahmat K, Westerhout CJ, Latar NH, Chandran PA, Aziz S. Lymphocytic Mastitis Mimicking Breast Carcinoma, Radiology and Pathology Correlation: Review of Two Cases. Malays J Med Sci 2013; 20(3): 83-87



ЛЕКАРСКА КОМОРА

на Република
Северна Македонија

lkm.org.mk

Контактен дерматит на рацете кај здравствените работници во Македонија во тек на ковид-19 пандемијата

Анита Најдова¹, Катерина Дамевска¹, Сузана Николовска¹, Силвија Дума¹, Ленче Нелоска², Ивана Дохчева Карајованов¹, Нора Положани¹, Маја Димова¹, Арбен Емурлаи³, Томче Поповски¹, Димитри Бачевски¹, Елена Мирческа Арсовска¹

¹ ЈЗУ УК за Дерматологија, Медицински факултет, Универзитет “Св. Кирил и Методиј”, Скопје, Македонија

² ЈЗУ Здравствен дом Скопје, Поликлиника “Горче Петров”, Скопје, Македонија

³ Клинички Центар, Тетово, Македонија

Апстракт

Пандемијата со ковид-19 резултираше со потребата и препораките за засилена хигиена и носење на заштитни ракавици. Тоа резултира со зачестена појава на контактен дерматит (КД) на рацете кај здравствените работници (ЗР), особено кај оние кои се директно вклучени во грижата за пациенти заболени со корона вирусот.

Цел

Да се истражи појавата на контактен дерматит на рацете кај здравствените работници кои не се директно вклучени во лекувањето на пациенти со ковид-19.

Метод

Беше спроведена интернет анкета кај 272 здравствени работници кои не се директно вклучени во грижата за пациенти со ковид-19, на територијата на цела Македонија. Анкетата содржеше прашања за појава на промени на кожата на рацете и фактори кои влијаат на тоа.

Резултати

Во тек на епидемијата со ковид-19, контактен дерматит на рацете забележале 132 (49%) од испитаниците, од нив 110 (53.9%) се лекари. Оваа појава е почеста кај здравствените работници вработени во секундарна здравствена заштита (56 или 47%) и нехируршките гранки (92 или 52.5%).

Заклучок

Зголемената хигиена на рацете, употребата на алкохолни дезинфициенси, како и ретката примена на емолиенти, се поврзани со појава на контактен дерматит кај здравствените работници.

Клучни зборови: дерматит на рацете, екцем, ковид-19, здравствени работници.

Вовед

Бројни студии покажаа дека здравствените работници, во однос на општата популација, имаат зголемен ризик за инфекција со SARS-CoV-2. Процентот на инфицирани

здравствени работници се движи од 2.2% до 12.6%, а процентот на SARS-CoV-2 серопозитивни е околу 7%^(1,2). Зголемен ризик за инфекција е забележан кај здравствени работници со поголема експозиција, кај медицинските сестри и кај здравствени работници од женски пол.⁽²⁾ Сите истражувања го потврдуваат значењето на заштитната опрема на работното место и хигиената на рацете.⁽²⁾ Така, правилната хигиена на рацете за 24-31% го намалува ширење на трансмисивните болести.⁽³⁾ Затоа, СЗО и националните здравствени институции веќе во јануари 2020 година дадоа прецизни препораки за хигиена на рацете на ЗР, која подразбира миење со сапун и вода во траење од 20 секунди. Алтернативно, се препорачува употреба на дезинфициенс кој содржи најмалку 60% алкохол.^(4,5)

Заштитните ракавици и средства за хигиена и дезинфекција го нарушуваат интегритетот на кожата. Тоа создава услови за појава на иритантен контактен дерматит, а поретко алергиски контактен дерматит на рацете.⁽⁶⁾ Овие заболувања резултираат со спектар на последици: од дискомфорт до намалена работоспособност.⁽⁷⁾

Седум студии од различни региони во светот докажаа дека во тек на пандемијата со ковид-19 е зачестена појавата на контактен дерматит кај здравствени работници кои директно се вклучени во грижата за ковид-19 пациентите⁽⁸⁻¹⁴⁾, од кои само две студии ги анализираат останатите здравствени работници.^(13,14)

Нашето истражување е спроведено кај здравствени работници кои не се директно вклучени во работата со ковид-19 пациенти, притоа анализирајќи повеќе фактори коишто може да влијаат на појавата на контактен дерматит на рацете.

Материјал и методи

За целите на студијата на платформата Google Forms беше дизајниран прашалник кој беше дистрибуиран по пат на електронска пошта и апликација за електронска комуникација (вибер). Истражувањето беше спроведено во периодот од 3.6.2020 година до 23.6.2020 година.

Прашалникот содржеше 23 прашања со кои се собираа основни информации за испитаниците (пол, возраст, професија, специјалност, медицинска установа), историја за болести на кожа, појава на нови симптоми (чувствителност, сувост, печење/чешање) или видливи промени (еритем, задебелување, лупење, мацерација, распукувања, рани), како и податоци за практиките во тек на епидемијата со ковид-19 (фреквенција на миење на рацете, употреба на заштитна опрема, нега на рацете).

Во истражувањето беа вклучени здравствени работници кои редовно ги извршуваа своите обврски за време на пандемијата со ковид-19.

Во истражувањето не беа вклучени здравствени работници

Слика 1. Контактен дерматит кај здравствени работници**1a-** реакција на дезинфициенси**16-** црвенило и сувост**1в-** мацерација

кои се директно вклучени во грижата за пациентите со ковид-19 (вработени во УК за инфективни болести, Инфективни оделенија во Македонија, ковид центри). Исто така, не беа вклучени административни работници во здравствените институции.

Етички аспекти на студијата

Истражувањето беше одобрено од Етичката комисија на Медицински факултет (Решение број: 03-1737/2) и Клиниката за дерматологија (Решение број: 03-273/1). Анкетата беше анонимна, доброволна и не содржеше лични податоци. Пристап до оригиналните податоци имаа само истражувачите А.Н. и К.Д. При статистичката обработка и другите манипулации со добиените одговори, податоците беа шифрирани.

Статистичка обработка

За обработка на податоците беше користена дескриптивна статистика (просек, минимум, максимум, ранг). Резултатите се претставени табеларно и графички.

Резултати

Анкетата ја пополнија 272 испитаници, од нив 98 (36%) мажи и 174 жени (64%), при што доминираа лекари 204 (75%). (Табела 1) Најголем број испитаници припаѓаа на возрастната група од 30-40 години (119 или 44%). Најголем дел (119 или 44%) од испитаниците потекнуваа од секундарна ЗЗ, по што следеа испитаниците од терцијарна ЗЗ (111 или 41%).

Табела 1. Општи карактеристики на испитаниците

	Лекари, n (%)	Мед.сестри/болничари, n (%)	Вкупно, n (%)
Мажи, n (%)	85 (31.2)	13 (4.3)	98 (36)
Жени, n (%)	119 (43.7)	55 (20.3)	174 (64)
Возрасни групи:			
20-30	52 (19)	19 (7)	71 (26)
30-40	98 (36)	21 (8)	119 (44)
40-50	35 (12.9)	16 (6.1)	51 (19)
50-60	12 (4.5)	12 (4.5)	24 (9)
>60	7 (3)	0 (0)	7 (3)
Институција:			
Примарна ЗЗ*	39 (13.9)	3 (1.1)	42 (15)
Секундарна ЗЗ*	85 (31.5)	34 (12.5)	119 (44)
Терцијарна ЗЗ*	80 (29.5)	31 (11.5)	111 (41)
Хируршки гранки, n (%)	77 (28.6)	20 (7.4)	97 (36)
Нехируршки, n (%)	127 (46.4)	48 (17.6)	175 (64)

*ЗЗ, здравствена заштита

Употреба на заштитна опрема

Во Табела 2 се презентирани податоците за употребата на заштитна опрема. Најголемиот број од лекарите (55 или 26.9%) во тек на работното време користат заштитни ракавици од четири до шест часа. Наспроти тоа, најголем број од сестрите (36.7%) носат заштитни ракавици повеќе од шест часа. Дури 76% (207 испитаници) повеќе од 10 пати во тек на работното време ја применуваат стандардната процедура на миење раце.

Табела 2. Употреба на заштитна опрема во тек на работниот ден

	Лекари N=204, n (%)	Мед.сестри, болничари N=68, n (%)	Вкупно N=272, n (%)
Ракавици (часови)			
< 2	52 (25.5)	15 (22.1)	67 (25)
2-4	45 (22.1)	15 (22.1)	60 (22)
4-6	55 (26.9)	13 (19.1)	68 (25)
> 6	52 (25.5)	25 (36.7)	77 (28)
Наочари (часови)			
< 2	70 (34.3)	32 (47)	102 (38)
2-4	29 (14.2)	6 (8.8)	35 (13)
4-6	48 (23.5)	14 (20.7)	62 (23)
> 6	57 (28)	16 (23.5)	73 (27)
Визир (часови)			
< 2	83 (40.7)	36 (52.9)	119 (44)
2-4	37 (18.2)	5 (7.3)	42 (15)
4-6	46 (22.5)	14 (20.6)	60 (22)
> 6	38 (18.6)	13 (19.2)	51 (19)
Заштитна облека (часови)			
< 2	37 (18.1)	19 (27.9)	56 (21)
2-4	30 (14.7)	7 (10.3)	37 (14)
4-6	42 (20.6)	12 (17.7)	54 (20)
> 6	95 (46.6)	30 (44.1)	125 (46)
Честота на миење на раце			
< 5 пати	3 (1.5)	1 (1.5)	4 (1)
5-10 пати	52 (25.5)	10 (14.7)	62 (23)
> 10 пати	149 (73)	57 (83.8)	206 (76)
Користење емолиент			
Не	23 (11.3)	5 (7.4)	28 (10)
Повремено	94 (46.1)	32 (47.1)	126 (47)
Редовно	87 (42.6)	31 (45.5)	118 (43)
Ракавици			
Не користи	12 (5.9)	7 (10.3)	19 (7)
Латекс со талк	85 (41.7)	33 (48.5)	118 (43)
Латекс без талк	79 (38.7)	20 (29.4)	99 (36)
Нитрил	18 (8.8)	8 (11.8)	26 (10)
Други	10 (4.9)	0 (0)	10 (4)
Број на ракавици во тек на работата			
Еден	105 (51.5)	29 (42.6)	134 (49)
Два	62 (30.4)	22 (32.4)	84 (31)
Три	37 (18.1)	17 (25)	54 (20)

Стручни и научни трудови

Промени на кожата на рацете како резултат на работата

Кај 47 испитаници (17%) имаше историја за кожна болест која ги зафаќа рацете при што кај 34 (71%) стануваше збор за екзем и кај 9 (21%) се работеше за atopски дерматит. Дури 79 испитаници (29%) имале проблеми со кожата на рацете поврзана со работата, пред појава на ковид-19. (Табела 3) Појава на нови промени, како резултат од работата за време на кови-19 забележале 132 (49%) испитаници, од нив 110 (53.9%) се лекари. (Табела 3) Како што е прикажано во Табела 4, оваа појава е почеста кај здравствени работници вработени во нехируршки гранки (92 или 52.6%), кај кои е забележана почеста употреба на алкохолни дезинфициенси (88%).

Табела 3. Промени на кожата на рацете поврзани со работата пред и за време на ковид-19

	Лекари N=204, n (%)	Мед.сестри/ болничари N=68, n (%)	Вкупно N=272, n (%)
Историја за кожна болест на рацете, n (%)	38 (13.9)	9 (3.1)	47 (17)
КД на рацете поврзан со работата пред ковид-19	66 (32.4)	13 (19.1)	79 (29)
КД на рацете поврзан со работата во тек на ковид-19	110 (53.9)	22 (32.4)	132 (49)

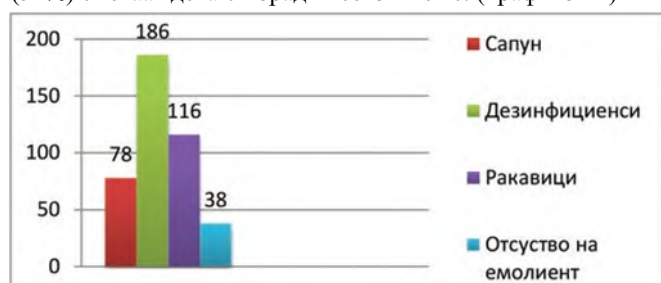
Табела 4. Хигиена и нега на рацете кај ЗР од хируршки и не-хируршки гранки

	Хируршки гранки N=97, n (%)	Нехируршки гранки N=175, n (%)	Вкупно N=272, n (%)
Честота на миене на раце			
<5пати	2 (2.1)	2 (1.1)	4 (1)
5-10пати	22 (22.7)	40 (22.9)	62 (23)
>10пати	73 (75.2)	133 (76)	206 (76)
Дезинфициенси			
не користи	0 (0)	3 (1.7)	3 (1)
безалкохолни	13 (13.4)	18 (10.3)	31 (11)
алкохолни	84 (86.6)	154 (88)	238 (88)
Употреба на емолиент			
Не	15 (15.5)	13 (7.4)	28 (10)
Повремено	52 (53.6)	74 (42.3)	126 (47)
Редовно	30 (30.9)	88 (50.5)	118 (43)

Најголем дел од лекарите (73%) и медицинските сестри (83.8%) ја применуваат стандардната процедура за миене на рацете повеќе од 10 пати во тек на работниот ден. Најголем дел од здравствените работници (47%) само повремено употребуваат емолиенти. (Табела 3) Генерално, употребата на емолиенти е поретка кај вработените во хируршките гранки. Најчесто, здравствените работници (118, 43%) користат латекс ракавици со талк, потоа следат испитаниците кои користат ракавици од латекс без талк (99, 36%) и алкохолни дезинфициенси (238, 88%). (Табела 4)

Причини за промените на кожата на рацете

Дури 186 (68%) испитаници сметаат дека промените на рацете се должат на употребата на дезинфициенси, а 147 (54%) сметаат дека е поради често миене. (Графикон 1)



Графикон 1. Причини за промени на кожата на рацете во тек на работата

Симптоми и знаци на оштетување на кожата на рацете

Најголем број од здравствените работници (176 или 65%) чувствуваат сувост и затегнатост на кожата на рацете. (Табела 5) Најчести промени беа црвенило (150 испитаници или 55%) и распукувања (138 или 51%). Потешки форми на оштетување на кожата беа ретки: рани (46 или 17%) и мацерација/ размекнување кај 17 (6%) испитаници. (Слика 1a-1b)

Табела 5. Симптоми и знаци на екзем на рацете

Симптоми / знак	Лекари N=204, n (%)	Мед.сестри/болничари N=68, n (%)	Вкупно N=272, n (%)
Симптоми			
Без симптоми	32 (15.7)	20 (29.4)	52 (19)
Чувствителност	53 (26)	7 (10.3)	60 (22)
Сувост/затегнатост	136 (66.7)	40 (58.8)	176 (65)
Печење/чешање	84 (41.2)	21 (30.9)	105 (39)
Болка	7 (3.4)	1 (1.5)	8 (3)
Знаци			
Без видливи промени	34 (16.7)	22 (32.4)	56 (21)
Црвенило	116 (56.9)	34 (50)	150 (55)
Забелување	45 (22.1)	6 (8.8)	51 (19)
Лупење	75 (36.8)	16 (23.5)	91 (33)
Мацерација	15 (7.4)	2 (2.9)	17 (6)
Распукувања	107 (52.5)	31 (45.6)	138 (51)
Рани	40 (19.6)	6 (8.8)	46 (17)

4. Дискусија

Здрава кожа на рацете на медицинскиот персонал е примарен услов за безбедна и непречена работа. Дури и пред пандемијата со ковид-19, беше познато дека здравствените работници имаат зголемен ризик за иритантен, а поретко и алергиски контактен дерматит^(10,11). Факторите кои се асоцирани со зголемен ризик за појава на овие заболувања, поврзани со професијата, се историја за atopски дерматит, машки пол, помлада возраст, често миене раце, поголем број работни часови, како и малата употреба на емолиенти.⁽¹⁰⁾ Превентивните мерки и едукација на здравствените работници, за нега на рацете, се покажале ефикасни во намалување на контактниот дерматит.^(11,12)

За појава на оштетување на кожата кај здравствените работници вклучени во негата на пациентите со ковид-19 први укажаа кинеските дерматолози кои, за таа цел, изработија протоколи за заштита.⁽¹³⁾ Овие протоколи подоцна беа преведени на повеќе светски јазици, вклучително и на македонски јазик.⁽¹⁴⁾

Нашето истражување потврди дека 29% од здравствените работници имале промени на кожата на рацете поврзани со работата, што е во согласност со слични студии.^(9,11,12)

Сепак, пандемијата со ковид-19 предизвикала промени кај дополнителен број здравствени работници, без претходна историја за контактен дерматит. Процентот на здравствени работници со вакви промени во нашата студија изнесува 132 (49%) и е понизок од рапортираните во другите студии^(9,11,12) кои, воглавно, се фокусирани на здравствени работници кои се вклучени во работата со ковид-19 пациенти.

Прва студија која ги потврди овие опсервации е студијата на Lap и сор.⁽⁸⁾ која утврди преваленца на контактен дерматит на рацете кај 74.5% (392 од 526 испитаници). Притоа, утврдиле дека ризикот се зголемува со фреквенцијата на миене раце >10 пати дневно (odds ratio, 2.17).

Erdem и сор. анализираат 107 ЗР ангажирани во ковид-19

центри и притоа утврдиле преваленца на контактен дерматит од 50.6%.⁽¹⁵⁾

Интересни се резултатите од анкетата спроведена од Guertler и сор. кај 114 испитаници од Универзитетот Ludwig Maximilian во Минхен, Германија. Авторите ја споредувале појавата на контактен дерматит кај здравствени работници вработени на хируршка клиника со здравствени работници вработени во ковид-19 единица при што утврдиле преваленца 93.2% и 85%, соодветно. Авторите заклучуваат дека во тек на пандемијата со ковид-19, засилените мерки на хигиена на рацете се присутни кај сите здравствени работници, независно дали директно работат со ковид-19 пациенти, што резултира со речиси подеднаква застапеност и на контактен дерматит.

Резултатите од нашата студија покажуваат пониска преваленца (49%) во однос на студијата од Германија, што веројатно се должи на методолошката разлика. Имено, прашалникот во германската студија ги вбројува и здравствените работници кои рапортирале само субјективни тегоби, како сувост на кожата или пруритус.

Испитаниците во нашето истражување во најголем дел сметаат дека причинител за појава на контактен дерматит се средствата за дезинфекција и сапунот, што е во согласност со останатите студии.^(6,10,19) Производите за хигиена на рацете базирани на алкохол (течни, гелови или пени), масовно користени од здравствените работници имаат комплексен состав (еден или повеќе видови алкохол, други антисептици, навлажнувачи). Некои состојки имаат иритантни својства (Ethanol, n-propanolol, isopropanolol, chlorhexidine, chloroxylenol, triclosan), а некои се познати алергени (isopropanol, парфеми, акрилати, конзерванси, benzyl alcohol, stearyl or isostearyl alcohol, quaternium ammonium chloride, јодофори, chlorhexidine, triclosan, chloroxylenol, phenoxyethanol, myristyl alcohol, propylene glycol)^(16,17). Дел од овие состојки често не се декларираани.

Според нашите резултати лекарите во сооднос со останатиот медицински персонал почесто се соочуваат со контактен дерматит. Најголем дел од испитаниците ја применуваат стандардната процедура за хигиена на рацете повеќе од 10 - пати во тек на работниот ден, што го наметнува прашањето за составот и безбедноста на употребуваните средства за хигиена (детергенти и дезинфициенси).

Нашата студија покажа дека здравствените работници во примарна здравствена заштита како и вработените во нехируршките гранки имаат почесто контактен дерматит, што може да е резултат на засилена хигиена на работното место, зголемениот обем на работа, користење на несоодветни сапуни и средства за дезинфекција, како и на недоволна нега на кожата на рацете.

Сознанието за ризикот од контактен дерматит кај здравствените работници беше повод во многу земји да се покренат акции за зголемена свест за проблемот⁽¹⁷⁻²⁰⁾, покренување на едукативни кампањи за промоција на нега на рацете на здравствените работници^(18,19), како и зголемено внимание за квалитетот на заштитните ракавици и дезинфициенси.⁽²⁰⁾

Заклучок

Истражувањето покажа почеста појава на контактен дерматит на рацете кај здравствените работници кои не се

директно вклучени во третманот на пациенти со ковид-19. Резултатите покажаа дека лекарите во однос на останатиот медицински персонал, како и вработените во примарна здравствена заштита и нехируршките гранки, почесто се соочуваат со контактен дерматит што го наметнува прашањето за составот и безбедноста на средствата за хигиена како и недоволната нега на кожата на рацете. Оваа студија може да даде насоки за планирање и распределба на заштитната опрема кај здравствените работници, како и потребата од едукација за заштита и нега на кожата на рацете.

Референци:

- 1 The Lancet. COVID-19: protecting health-care workers. Lancet. 2020;395(10228):922. doi:10.1016/S0140-6736(20)30644-9
- 2 Chou R, Dana T, Buckley DI et al. Update Alert 3: Epidemiology of and Risk Factors for Coronavirus Infection in Health Care Workers. Ann Intern Med. 2020;L20-1005.
- 3 Kantor J. Behavioral considerations and impact on personal protective equipment use: Early lessons from the coronavirus (COVID-19) pandemic. J Am Acad Dermatol. 2020;82(5):1087-1088.
- 4 Show Me the Science - How to Wash Your Hands | Handwashing | CDC. Published April 23, 2020. Accessed May 28, 2020. <https://www.cdc.gov/handwashing/show-me-the-science/handwashing.html>
- 5 WHO INTERIM RECOMMENDATION 1 April 2020. <https://www.who.int/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/who-interim-recommendation-on-obligatory-hand-hygiene-against-transmission-of-covid-19.pdf>
- 6 Rundle CW, Presley CL, Militello M, et al. Hand Hygiene During COVID-19: Recommendations from the American Contact Dermatitis Society [published online ahead of print, 2020 Jul 21]. J Am Acad Dermatol. 2020;S0190-9622(20)32256-8.
- 7 Zhou NY, Yang L, Dong LY, et al. Prevention and Treatment of Skin Damage Caused by Personal Protective Equipment: Experience of the First-Line Clinicians Treating 2019-nCoV Infection. International Journal of Dermatology and Venereology. 2020;10.1097/JD9.0000000000000085.
- 8 Lan J, Song Z, Miao X, et al. Skin damage among health care workers managing coronavirus disease-2019. J Am Acad Dermatol. 2020;82(5):1215-1216.
- 9 Guertler A, Moellhoff N, Schenck TL, et al. Onset of occupational hand eczema among healthcare workers during the SARS-CoV-2 pandemic: Comparing a single surgical site with a COVID-19 intensive care unit. Contact Dermatitis. 2020;83(2):108-114.
- 10 Longuenesse C, Lepelletier D, Dessomme B, et al. Hand dermatitis: hand hygiene consequences among healthcare workers. Contact Dermatitis 2017;77(5):330-331.
- 11 Gasparini G, Carmisciano L, Giberti I, et al. „HEALTHY HANDS“. A pilot study for the prevention of chronic hand eczema in healthcare workers of an Italian University Hospital [published online ahead of print, 2019 Jun 12]. G Ital Dermatol Venereol. 2019; 10.23736/S0392-0488.19.06220-5.
- 12 Soltanipoor M, Kezic S, Sluiter JK, et al. Effectiveness of a skin care programme for the prevention of contact dermatitis in healthcare workers (the Healthy Hands Project): A single-centre, cluster randomized controlled trial. Contact Dermatitis. 2019;80(6):365-373.
- 13 Yan Y, Chen H, Chen L, et al. Consensus of Chinese experts on protection of skin and mucous membrane barrier for health-care workers fighting against coronavirus disease 2019. Dermatol Ther. 2020:e13310. <http://zdravstvo.gov.mk/konsenzus-na-kineskite-dermatolozi-za-zashtita-na-kozhata-i-sluznicate-na-zdravstvenite-rabotnici-koi-se-borot-protiv-koronavirusot> https://www.youtube.com/channel/UCvcKzYq7-8Fz8q3-4XQ_lxQ
- 15 Erdem Y, Altunay IK, Aksu Cerman A, et al. The risk of hand eczema in healthcare workers during the COVID-19 pandemic: Do we need specific attention or prevention strategies? Contact Dermatitis. 2020;10.1111/cod.13632. doi:10.1111/cod.13632
- 16 Bhatia R, Sindhuja T, Bhatia S, et al. Iatrogenic dermatitis in times of COVID-19: a pandemic within a pandemic. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;10.1111/jdv.16710.
- 17 Patruno C, Fabbrocini G, Stingeni L, Napolitano M. The role of occupational dermatology in the COVID-19 outbreak. Contact Dermatitis. 2020.
- 18 Elston DM. Occupational skin disease among health care workers during the coronavirus (COVID-19) epidemic. J Am Acad Dermatol. 2020;82(5):1085-1086.
- 19 Araghi F, Tabary M, Gheisari M, et al. Hand Hygiene Among Health Care Workers During COVID-19 Pandemic: Challenges and Recommendations. Dermatitis. 2020;31(4):233-237.
- 20 MacGibeny MA, Wassef C. Preventing adverse cutaneous reactions from amplified hygiene practices during the COVID-19 pandemic: how dermatologists can help through anticipatory guidance [published online ahead of print, 2020 May 9]. Arch Dermatol Res. 2020;1-3. doi:10.1007/s00403-020-02086-x

PURPURA HENOC SCHONLEIN

Габриела Тавчиоска

Општа болница „Борка Талески“, Прилеп
оддел за детски болести

Коавтор:

Елена Јорданоска¹

¹ Општа болница „Борка Талески“, Прилеп
оддел за радиодијагностика

Апстракт

Henoch-Schonlein пурпура (HSP) претставува најчест васкулит во детска возраст и се карактеризира со класичен тетрад на симптоми кои опфаќаат нетромбоцитопенична палпабилна пурпура, артритис или артралгија, гастроинтестинално и бубрежно оштетување. Тоа е системско заболување каде комплексите на антиген-антитела (IgA) ја активираат патеката на алтернативниот комплемент што резултира со воспаление и васкулитис на мали садови. Болеста се јавува во лесна, умерена и тешка клиничка форма. Лесната клиничка форма се повлекува спонтано и доволен е само симптоматски третман. Системски стероиди се препорачуваат за умерена до тешка HSP. Долготраен морбидитет обично е поврзан со бубрежните компликации и се јавува кај 5% од случаите. Презентираме случај на десетгодишен пациент со HSP кој се манифестираше со бурна клиничка слика со силно изразена палпабилна нетромбоцитопенична пурпура, изразен оток и хематом на лево стапало и неможност за движење. Пациентот беше третиран на одделот за детски болести во општата болница „Борка Талески“ во Прилеп. Иако епидемиолошките и клиничките карактеристики на HSP се познати, потребни се дополнителни иследувања кои ќе одговорат на дилемите зошто некои деца развиваат тешки компликации како терминална бубрежна инсуфициенција и дали постои генетска склоност за оваа болест. Рано препознавање на вклучување на повеќе органи и соодветна интервенција може да ја ублажи болста и да го ограничи оштетувањето на органите.

Клучни зборови: Henoch-Schonlein пурпура, десетгодишен пациент, бубрежни компликации

Вовед

Henoch-Schonlein пурпура (HSP) како најчест васкулит во детска возраст кој ги зафаќа малите крвни садови, првпат е опишана во 1801 година од страна на англискиот лекар Вилијам Хеберден (William Heberden). Името Henoch-Schonlein е дадено во чест на германскиот педијатар Едуард Хенох (Eduard Henoch) и неговиот професор Јохан Шонлеин (Johann Schonlein). Во 1837 година Шонлеин прв ја опишал асоцираноста на пурпурата со артрит, а Хенох со гастроинтестинални симптоми. Се нарекува и алергиска пурпура, пурпура реуматика, анафилактоидна пурпура или IgA васкулит.⁽¹⁾

Најчесто се јавува во возрастна група од две до 11 години.

Инциденцата на болеста е 10-20 на 100 000 деца. Двапати е почеста кај машките деца. Почесто се јавува во тек на есен, зима и пролет.⁽²⁾

Се работи за состојба во која малите крвни садови се инфламирани како резултат на имун процес посредуван со имуноглобулини А како последица на што доаѓа до оштетување на сидот

на крвниот сад и се јавува крварење. Промените, најчесто, се локализирани во кожата, но може да бидат зафатени и крвните садови на цревата и бубрезите и, поретко, на белите дробови и централниот нервен систем. Етиологијата е непозната. Се работи за абнормален имун одговор на тригер фактор од околината како бактериска или вирусна инфекција на горните респираторни патишта, лекови, реакција на храна, убој од инсект, варичела, вакцини, изложеност на ладно време. Кај две третини од случаите се јавува неколку денови после појава на горно респираторна инфекција.⁽³⁾

Дијагнозата се поставува врз основа на симптоми и знаци во клиничката слика при што е задолжително присуството на еритематозни палпабилни макуло-папулозни кожни ефлоресценции.

Иследувањата се потребни за да се исклучат други дијагнози (сепса, особено менингококна, идиопатска тромбоцитопенична пурпура, леукоза, болест на сврзно ткиво, СЛЕ, полиартритис нодоза) и за проценка на степенот на вклученост на одделни органи.

Најсериозна потенцијална компликација е бубрежно оштетување. Ретко, може да се јави интусусцепција што бара хируршка интервенција.⁽⁴⁾

Приказ на случај

Машко дете старо десет години беше упатено од матичен лекар на Одделот за детски болести поради појава на исип на нозете. Исипот се појавил претходниот ден, а еден ден пред тоа се јавил оток на левото стапало. Според анамнестичките податоци добиени од родителите, четири дена пред приемот детето било фебрилно без други симптоми и третирано со пеницилински перорален антибиотик од страна на матичниот лекар. Поради појавата на оток на левото стапало во два наврати консултиран ортопед и ординиран локален нестероиден антиинфламаторен препарат. Детето беше хоспитализирано на Одделот за понатамошни иследувања и третман. Стануваше збор за дете со уреден психомоторен развој, редовно вакцинирано, со негативна алерголошка анамнеза и една хоспитализација на возраст од три години поради долно респираторна инфекција. Фамилијарната и личната анамнеза беа без податоци од интерес.

При прием детето беше афебрилно, со уредни витални параметри, правилна остео-мускулна градба и уредна застапеност на поткожно масно ткиво. На кожата на двете нозе и на левата рака со макуло-папулозен исип. На левото стапало изразен оток со конфлуентни пурпури и поголем крвен подлив. (слика 1) Поради големината на отокот, хематомот и болката во левиот талокрурален зглоб детето не можеше самостојно да се движи. Пасивните и активните движења во левиот талокрурален зглоб беа многу ограничени. Останатиот наод од физикалниот преглед по органи и системи беше уреден.

Реализирани беа лабораториски иследувања при што се добија лесно покачени вредности на дел од инфламаторните маркери (Se 60; CRP 22,4mg/l), додека резултатите од крвна слика, урина, хепатограм со трансaminaзи, јонограм, уреа и креатинин беа во границите на референтните вредности за возраста на детето. Уреден беше и ултрасонографскиот наод на абдоменот и уринарниот тракт.

Врз основа на клиничката слика презентирана со палпабилен макуло-папулозен исип, главно на екстензорни површини на долни екстремитети, артрит на левиот талокрурален зглоб со изразен хематом на кожата поставена е дијагноза Henoch-Schonlein пурпура.



На третиот ден од престојот на десната шака се појави лесен оток. (слика 2) За цело време на престојот детето беше афебрилно, со уредна столица и без стомачна болка, со уште еден налет на нови кожни ефролесценции. Болеста имаше поволна еволуција со постепено повлекување на отоците и регресија на хематомот и макуло-папулозниот исип. (слика 3) По седумдневен хоспитален третман детето беше испишано дома во добра општа состојба со препорака за редовни контроли на урина.

Детето беше третирано со парентерална хидрација, парентерален третогенерациски цефалоспорински антибиотик поради секундарната инфламација на кожните промени и перорален препарат на калциум и витамин Ц.

Состојбата на детето беше следена и по исписот од болница во следните три месеци при што не се јавија компликации.

Дискусија

Критериумите за дијагноза на HSP се јасно дефинирани. Покрај задолжителната нетромбоцитопенична палпабилна пурпура треба да постои уште еден од следните критериуми: дифузна и коликообразна абдоминална болка, акутен артрит или артралгија, бубрежно засагање со хематурија и/или протеинурија и наод на IgA депозити при евентуална биопсија на кожа или бубрег.

Дистрибуцијата на пурпурата е взаемна и главно на екстензорни површини на долни екстремитети и глутеуси, но може да се јави и на раце, лице и уши. Може да се јават и болни поткожни едеми на раце, нозе и скротуми.

Во 60-80% од случаите засегнати се и поголемите зглобови со болка, оток и ограничени движења. Промените на зглобовите не резултираат со трајни оштетувања.

Кај 60% случаи се јавуваат гастроинтестинални симптоми од типот на стомачна болка, гадење, повраќање, крварење, а ретко може да се развие панкреатит или ентеропатија со губиток на протеини.

Бубрежно засагање се јавува кај 20% до 60% од случаите. Кај 76% од децата бубрежното засагање се јавува во првите четири недели од почетокот на болеста, а кај 97% во првите три месеци. Бубрежното засагање може да се манифестира како макро или микрохематурија, протеинурија, нефритичен или нефротски синдром. Може да се јави хипертензија во склоп на нефритичен синдром или да биде изолирана.

Во случај на зафаќање на други органи и системи може да се јават главоболка, конвулзии, Guillain Barre Syndrom, кардитис, интерстицијална белодробна болест, пулмонална хеморагија и орхитис. Може да постои и фебрилност.

HSP, обично, е самоограничувачка болест и кај повеќето случаи симптомите се повлекуваат во рок од шест недели. 33% ќе имаат релапси. Долготраен морбидитет обично е поврзан со бубрежните компликации и се јавува кај 5% од случаите. Затоа, децата после HSP треба да бидат следени во тек на следните

три до шест месеци со анализа на урина и мерење на крвен притисок. Кај 1% се јавува прогресија до терминална фаза на бубрежна инсуфициенција.

Chen и соработниците, во својата ретроспективна студија, прават клиничка анализа на 120 случаи на деца на средна возраст од 6,5 години при што ги анализираат епидемиолошките и клиничките карактеристики на болеста. Кај нивните испитаници пурпурата била најчест прв симптом и просечно траела од четири до 14 дена. ⁽⁵⁾

Терапијата е симптоматска, зависи од видот и тежината на симптомите, возраста и општата состојба на детето. Антибиотска терапија е индицирана при постоење на секундарна инфламација на кожните промени или некроза. Кортикостероидна терапија е индицирана при гастроинтестинални крварења.

Joel Bluman и Ran Goldman, во својата публикација даваат осврт на користа од кортикостероидите коишто се предложени во терапијата поради нивните имunosупресивни својства и нивната корисност при лекување на други васкулити во детството. Актуелните докази не поддржуваат универзален третман на HSP со кортикостероиди. Во литературата нема статистички сигнификантна асоцијација помеѓу ран третман со преднизон и намалување на абдоминалните компликации. Кортикостероидите имаат улога во лекувањето на абдоминалната болка и артралгија. Децата со сериозни бубрежни симптоми треба да се упатат кај педијатриски нефролог за проценка и третман. ⁽⁶⁾

Frank Saulsbury во својот труд дава преглед на можната генетска склоност со заклучок дека се потребни дополнителни мултицентрични студии кои би одговориле на дилемите зошто некои деца развиваат сериозни компликации. ⁽⁷⁾

Референци

- 1 Gedalia A. Henoch-Schönlein purpura. Curr Rheumatol Rep. 2004 Jun; 6(3):195-202
- 2 Gardner-Medwin JM et al. Incidence of Henoch-Schönlein purpura, Kawasaki disease, and rare vasculitides in children of different ethnic origins. Lancet. 2002 Oct 19; 360(9341):1197-202.
- 3 Peter Trnka. Henoch-Schönlein purpura in children. J Paediatr Child Health. 2013 Dec; 49(12): 995-1003
- 4 Jessica Reid-Adam. Henoch-Schönlein Purpura. Pediatrics in Review. 2014 Oct; 35 (10) 447-449
- 5 Chen O et al. Henoch-Schönlein Purpura in children: clinical analysis of 120 cases. Arf Health Sci. 2013 Mar; 12(1):94-99
- 6 Joel Buman and Ran D. Goldman. Limited benefit of corticosteroids. Can Fam Physician. 2014 Nov; 60(11): 1007-1010
- 7 Frank T Saulsbury. Henoch-Schönlein purpura. Curr Opin Rheumatol. 2010 Sep; 22(5): 598-602

Стоматолошко згрижување на пациенти со хемофилија

Амбаркова Весна¹, Ставрева Наташа², Аријета Сулејмани¹, Тина Крмзова¹

¹ Клиника за детска и превентивна стоматологија

Стоматолошки факултет

Универзитет “Св.Кирил и Методиј-Скопје”

² Клиника за фиксна и мобилна протетика

Стоматолошки факултет

Универзитет “Св.Кирил и Методиј-Скопје”

Апстракт

Во овој труд се прикажани резултатите од литературниот преглед на публикации кои го обработуваат проблемот на стоматолошко згрижување на пациенти со хемофилија. Хемофилија е релативно ретко генетско нарушување кое се јавува поради несоодветно згрутчување на крвта. Во случај ткивото да е повредено, оштетено или крвните садови да прснат, крварењето ќе трае подолго од вообичаеното. Продолженото крварење може да предизвика сериозни здравствени проблеми. Најголемиот дел од луѓето кои страдаат од хемофилија се родени со неа. Хемофилијата главно ги напаѓа мажите, поради генетското наследство, бидејќи жените главно се носители на гените кои предизвикуваат болести, а во повеќето случаи не покажуваат симптоми. Хемофилија се јавува во две третини од случаите кај луѓе чии членови на семејството страдаат од оваа болест. Во останатите случаи, постои спонтанна генетска мутација, а луѓето дури и не се свесни за ова нарушување. Кај повеќето луѓе, хемофилијата се дијагностицира во детството, но полесни форми може да се дијагностицираат подоцна во животот. Во моментот, не постои лек за хемофилија, но постојат методи на лекување кои ги компензираат исчезнатите елементи во крвта.

Клучни зборови: хемофилија А, хемофилија Б, дентален кариес, стоматолошко згрижување

Вовед

Хемофилија (Hemophilia - МКБ D66, D67) е релативно ретко генетско нарушување кое се јавува поради несоодветно згрутчување на крвта. Во случај ткивото да е повредено, оштетено или крвните садови да прснат, крварењето ќе трае подолго од вообичаеното. Продолженото крварење може да предизвика сериозни здравствени проблеми. Најголемиот дел од луѓето кои страдаат од хемофилија се родени со неа. Хемофилијата главно ги напаѓа мажите поради генетското наследство, бидејќи жените главно се носители на гените кои

предизвикуваат болести, а во повеќето случаи не покажуваат симптоми.

Хемофилија се јавува во две третини од случаите кај луѓе чии членови на семејството страдаат од оваа болест. Во останатите случаи, постои спонтанна генетска мутација, а луѓето дури и не се свесни за ова нарушување. Кај повеќето луѓе, хемофилијата се дијагностицира во детството, но полесни форми може да се дијагностицираат подоцна во животот. Во моментот не постои лек за хемофилија, но постојат методи на лекување кои ги компензираат исчезнатите елементи во крвта.

Постојат неколку видови на хемофилија, а две се најчесто: хемофилија А и хемофилија Б.

Хемофилија А или класична хемофилија е наследна болест која се манифестира со нарушување на хомеостазата и се пренесува преку рецесивен ген кој се наоѓа на X-хромозомот, на начин на кој преку женските лица се пренесуваат, а машки лица се разболуваат. Во исклучителни случаи, женска индивидуа може да страда и ако генот кој предизвикува хемофилија од X-хромозомот на таткото (хемофилијак) премине со генот кој предизвикува хемофилија А на X-хромозомот на здрава мајка (спроводник). Инциденцата на хемофилија А е 1 x 10,000 новороденчиња^[1]. Првите знаци на болеста се забележуваат многу рано, веднаш по раѓањето, по интензивно крварење од папчната врвца што е испружена. Во првата година од животот кај некои деца со хемофилија смртта се јавува како резултат на интракранијално крварење. Факторот VIII (антиемофилен глобулин) е нормално присутен во крвта на здрави деца. Кај деца со хемофилија се јавува дисконтинуа - тион или намалено лачење на VIII факторот во коагулацијата на крвта или се синтетизира несоодветен (неактивен) фактор VIII. Во литературата се опишани голем број клинички случаи кои користат конвенционален третман со употреба на плазма, деривати или рекомбинантни коагулационо фактори.^[2,3] Лирас А. и др., кај пациентот од нивниот извештај за случај по екстракција, користеле вообичаени техники на

хемостаза и исто така спровеле постоперативно профилактичко анти-хемофилично лекување кое било индицирано 2 или 3 дена. [2] Администрацијата на факторот VIII пред операцијата им овозможи на пациентите со хемофилија подобар квалитет на живот и безбеден и ефикасен пристап до инвазивни хируршки процедури. Даглас А и др. спроведе клиничка анкета кај 71 учесници со блага ($n = 20$; 28%) и умерена до тешка хемофилија ($n = 51$; 72%). Тие ја проценуваат безбедноста на инфилтрација во бакална локална анестезија (ЛА) без дополнителна замена на фактори кај пациенти со хемофилија. Тие заклучиле дека локалниот анестетик е безбеден за администрација преку бакална инфилтрација за лица со лесна, умерена и тешка хемофилија без дополнително покривање на факторите. [3] Хартија од Ngoc VTN., Et al. претставува случај на 4 - годишно момче дијагностицирано со тешка хемофилија кое, исто така, имало неколку стоматолошки проби, на кои им бил потребен ендодонтски третман. Тие користеле ласерска диода за управување со пулпотимијата под општа анестезија за лекување на заболувања на забите. [4] Во студијата спроведена од Кумар М., et al., чија цел била да се процени состојбата на оралното здравје и стоматологијата, како и стравот од стоматолошки третман кај пациенти со хемофилија, орално здравје и статус на заб, биле регистрирани за 100 испитаници со хемофилија и 100 здрави контроли на возраст. Во споредба со здрави субјекти, тие забележале дека лицата со хемофилија имаат повисоки оценки за остатоци и калкулуси што укажува на лош ородентален статус, додека не се забележува значителна разлика во резултатите на DMFT меѓу студиите групи. Наодите од меѓусекторската студија на Кумар ја потенцираат потребата за воспоставување интердисциплинарна грижа за пациентите со хемофилија, бидејќи е забележано дека оралната хигиена кај пациентите со хемофилија е послаба во однос на контролната група од здрави пациенти.

Хемофилија Б

Хемофилија Б е генетско нарушување на крвта што предизвикува недостаток на протеини за згрутчување на крвта, фактор IX. Хемофилија Б во 1952 година била препознаена како посебно нарушување и почнала да се изучува одвоено од хемофилијата А, по идентификувањето на првото лице со такво нарушување. Првата дијагноза на првото дете на хемофилија Б била на Божиќ и ова нарушување е исто така наречено “божиќна болест”. Хемофилија Б е помалку честа од хемофилија А и влијае на еден на секои 35.000 до 50.000 мажи. Нарушувањето може да биде тежок, умерен или благ степен во зависност од нивото на фактор IX во крвта на заболениот лице:

- тешко (или умерено тешко): помалку од 1% од нормално ниво на фактор IX,
- умерено: 1% до 5% од нормалното ниво на фактор IX,
- благо: помеѓу 5% и 40% од нормалното ниво на фактор IX.

Тежината на нарушувањето ја диктира употребата на методот на лекување (дали лекот ќе биде препишан како средство за превенција или треба да се зема редовно или во случај на крварење, треба да се зема по потреба).

Третманот за хемофилија во денешно време е многу ефикасен. Факторот кој недостасува се инјектира во крвотокот. Крварењето стопира кога доволно фактор ќе дојде до местото на крварење. Крварењата треба да се третираат брзо. Брзото третирање на крварењата доведува до редуцирање на болката, оштетеноста на зглобовите, мускулите и другите органи. Ако крварењето се третира брзо, тогаш помалку фактор за коагулација е потребен за стопирање на истото.

Со адекватна количина на продукти за третирање и соодветна нега, лицата со хемофилија можат да живеат потполно здрав живот. Без третман повеќето деца со хемофилија би починале многу мали. Во светот околу 400.000 лица живеат со хемофилија и само 25% од нив добиваат соодветен третман. Светската федерација за хемофилија се стреми кон намалување на овој јаз.

Стоматолошки третман на деца заболени од хемофилија

Кај пациентите со хеморагичен синдром најважно е стоматологот да води сметка за следното:

- Превенцијата на оралните заболувања мора да биде прва и најважна цел на стоматологот. За секој пациент мора да се направи индивидуална превентивна програма која вклучува правилно и редовно одржување на оралната хигиена, совети за исхраната, локална примена на флуориди и редовни стоматолошки контролни прегледи.

- Примената на инвазивен, тераписки стоматолошки третман бара консултација (договор) и писмена согласност од хематологот.

- Стоматологот треба да биде запознаен со видот и тежината на хеморагичниот синдром за да може да првземе соодветни мерки во текот на самата интервенција, но и после неа.

- Стоматолошката интервенција мора да се направи точно во закажаното време, кога вредностите на внесениот фактор на коагулација се највисоки во крвта на заболениот (на пр. еден час после трансфузијата).

Во современата стоматологија, превентивните методи и мерки се од посебна важност, а посебно кај децата со хеморагички синдром. За секое дете треба да се направи индивидуална превентивна програма која подразбира редовна и добра орална хигиена повеќе пати на ден, примена на флуориди и исхрана во која мора да се води грижа за количината и фреквенцијата на внесување на јаглени хидрати. И во овој случај, основата на секој индивидуален превентивен програм ја сочинува здравствено воспитната работа, бидејќи на детето, а посебно на родителите, треба да им се нагласи значењето на зачувување на орално здравје во спречување на проблемите кои се јавуваат врзани за основната болест и

Стручни и научни трудови

терапевските стоматолошки интервенции. Почести стоматолошки контролни прегледи, при кои стоматологот ќе презема профилактички мерки исто така се многу значајни.

При секој контролен стоматолошки преглед е неопходно на децата со хемофилија внимателно, машински да им се отстрани денталниот плак и забниот камен, за пародонталните ткива да бидат целосно здрави, а задолжително треба да се направи и локална апликација на флуориди. Како и кај децата со кардиоваскуларни заболувања, неопходно е често правење на ретрокоронарни снимки, за да би се пратела состојбата на пародонциумот, за да се открие евентуално присуство на апроксималниот кариес во почетниот стадиум.

Посебно внимание треба да се посвети на техниката на давањето на анестезија, за во што помала мера да се трауматизира мекото ткиво. За плексус локална анестезија мора да се користат помали игли со помал пречник. При давање на спроводна (мандибуларна) анестезија, иглата треба да има што пократок пат, односно мандибуларната анестезија мора да се дава интраорално и директно. Со непрекинато вбригување на анестетикот при лесното продирање на иглата сме во можност да го одбегнеме повредувањето на крвните садови, а сепак најголемиот дел од анестетикот треба да го аплицираме епипериостално. Ако убодот се направи премногу високо и длабоко, или премногу ниско и длабоко, постои опасност да ги повредиме крвните садови кои се сместени во птеригомандибуларниот простор.

Повредата на некои од овие крвни садови кај хемофиличарот ќе има како последица од создавање на голем хематом кој може да врши компресија на ларингсот, а со тоа да го загрози и животот на пациентот. Доколку се утврди појава на хематом, после давање на мандибуларна анестезија, покрај аплицирање на ладни облоги и мирување на детето исто така е неопходно хематологот да обезбеди хематолошка терапија.

Реставративните процедури кај дете со хемофилија може да се направат и без консултација со хематологот, а во зависност од типот на детето, може да се работи со примен на седација или без неа, но со задолжителна примена на локална плексус анестезија. При реставрирањето на забите, како и при ендодонтските процедури се препорачува употреба на кофердамот, бидејќи на тој начин се изолира работното поле и се штитат образите, усните и јазикот од можните повредувања. Овие ткива се исклучително добро прокрвени и секое, дури и минимално повредување, би предизвикало обилно крварење и потреба за вклучување на антикоагуантна терапија. Матриците мора внимателно да се аплицираат, за да не дојде до повредување на соседните периодонтални структури на забот. Мора да му се каже на детето, сисалката за плунка да не ја притиска на подот од устата, за да не предизвика настанување на хематом. Се препорачува сисалката за плунка да се завитка со газа, за да не ги вовлекува и тарауматизира оралните ткива.

Ендодонтскиот третман, исто така, не бара посебна хематолошка подготовка и може нормално да се изведува со примена на локална плексус анестезија. Некој дури и сметаат дека ендодонтскиот третман е права индикација, бидејќи на

тој начин се одбегнува екстракција на забот за која е неопходна подготовка на пациентот. При екстирпација на пулпата, крварењето не е обилно поради дадената анестезија.

Авторот van Galen KP и соработниците заклучиле дека и покрај откривањето на корисниот ефект од системски администрирана тринексамична киселина и епсилон аминокaproична киселина (EACA), во спречувањето на постоперативното крварење кај лица со хемофилија подложено на екстракција на забите, е идентификуван ограничен број на рандомизирани контролирани испитувања, во комбинација со мали димензии на примероците и хетерогеност во однос на стандардната терапија и режимите на третман помеѓу двете испитувања што не дозволува да се донесе дефинитивен заклучок за ефикасност на антифибринолитичка терапија во орални или стоматолошки процедури кај лица со хемофилија.^[6] Професионалец за орална здравствена заштита се соочува со значителен предизвик додека лекува луѓе со хемофилија. Разликувањето на системите за надолнување на здравствената заштита, ограничувањата во буџетот и географските и културните фактори отежнуваат секоја земја целосно да дава идеална грижа за лицата со хемофилија.^[7] Секоја земја треба да избере да го обезбеди најдобриот начин за стоматолошко згрижување на пациентите со хемофилија се со цел, да им се обезбеди подобро орално здравје и подобар квалитет на живот.

Литература

1. Gajic M and Stevanovic R. "Handicapped child in dental practice". Faculty of Dentistry, University of Belgrade, (2002).
2. Liras A and Romeu L. "Dental management of patients with haemophilia in the era of recombinant treatments: increased efficacy and decreased clinical risk". BMJ Case Reports 12.4 (2019): e227974.
3. Dougall A., et al. "Safety of buccal infiltration local anesthesia for dental procedures". Haemophilia 25.2 (2019): 270-275.
4. Ngoc VTN., et al. "Pulpotomy management using laser diode in pediatric patient with severe hemophilia A under general anesthesia A case report". Special Care in Dentistry 38.3 (2018): 155-159.
5. Kumar M., et al. "Oral hygiene and dentition status in children and adults with hemophilia: A case-control study". Special Care in Dentistry 38.6 (2018): 391-394.
6. Van Galen KP., et al. "Antifibrinolytic therapy for preventing oral bleeding in patients with haemophilia or Von Willebrand disease undergoing minor oral surgery or dental extractions". Cochrane Database of Systematic Reviews 12 (2019): CD011385.
7. Stoffman J., et al. "Common themes and challenges in hemophilia care: a multinational perspective". Hematology 24.1 (2019): 39-48.

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 обмен 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. Известесте 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 едноподруго 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.

ИЗВОРСКА ВО ЕКО АМБАЛАЖА!



ЕКО АМБАЛАЖАТА
СЕ РЕЦИКЛИРА ПОБРЗО ОД
ВРЕМЕТО ШТО ТИ Е ПОТРЕБНО
ДА ГО ПРОЧИТАШ ТЕКСТОВ



Braltus®

тиотропиум

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

Малите Подобрувања* прават голема разлика

Долгиот и рамен
продолжеток за уста

*овозможува удобност
при инхалација*



Прозирна капсула

*за визуелна
потврда на
примената доза*

Ергономичен и
компактен

*за полесно
ракување*

- Тиотропиум—широко прифатена LAMA ** за терапија на ХОББ.
- Ергономичен и компактен инхалатор со прозирна капсула за визуелна потврда на примената доза.

TEVA

PLIVA

Respiratory

*Со мали подобрувања во дизајнот сакаме да им овозможиме на пациентите поудобно ракување со инхалаторот. Докажана е еквиваленција со тиотропиум доставени по пат на HandiHaler, без клинички разлики.

** LAMA = Long-acting muscarinic antagonist

Literatura: 1 Karner Cet al. Cochrane Database od Systematic Review 2014; 7: Article No.: CD009285

ЗАБЕЛЕШКА: ги упатуваме здравствените работници до најновиот Збирен извештај за особините на лекот Braltus® и информациите за лекови кои се достапни на веб-страницата на Агенцијата за лекови и медицински производи (www.malmed.gov.mk)

Број на решение и датум: 11-3952/2 и 11-820/4 од 24.04.2018. Начин на издавање: на рецепт, во аптека. Датум на подготовка: август, 2019. МК/RSPL/19/0004

ПЛИВА Доел Скопје ул. Никола Парапунов 6.6. 1000 Скопје Р. Северна Македонија. Телефон: +389 2 3063 414, Факс: +389 2 3062 702 www.pliva.com, www.plivamed.net