

година XXX • број 114 • март 2022

VOX medici



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

За луѓето со обезност, намалувањето и одржувањето на телесната тежина е повеќе од прашање на желба. По намалување на телесната тежина, промените во хормоните кои го регулираат апетитот водат кон враќање на изгубената тежина, со што ги намалуваат нивните напори.¹

Saxenda® е 97% сличен на природниот GLP-1 хормон, којшто делува во мозокот на намалување на апетитот, а со тоа и до намален внес на храната, што доведува 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, слип апнеата и ризикот од развој на дијабетес тип 2.^{2,4,5}

Обезноста 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 објаснете им како додавањето на Saxenda® на диетата и физичката активност може да им помогне да ја намалат и да ја одржат телесната тежина.²

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

За повеќе информации за производот, ве молиме прочитајте го збирниот извештај со особените на лекот, кој може да го најдете на:
<https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/detailview/2100541716>.

Референци: 1. Sumithran P, Prendergast 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 особените на лекот. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-552/2 од 09.03.2020. 3. Secher A, Jelsing 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, Fujioka 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, Fujioka 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;389(10077):1399-1409. 6. Bray GA, Kim KK, Wilding JH; 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 Кљусев бр. 11, Скопје, Р.С. Македонија
тел: +389 2 2400 202; www.novonordisk.mk
D-09/01-07/2021

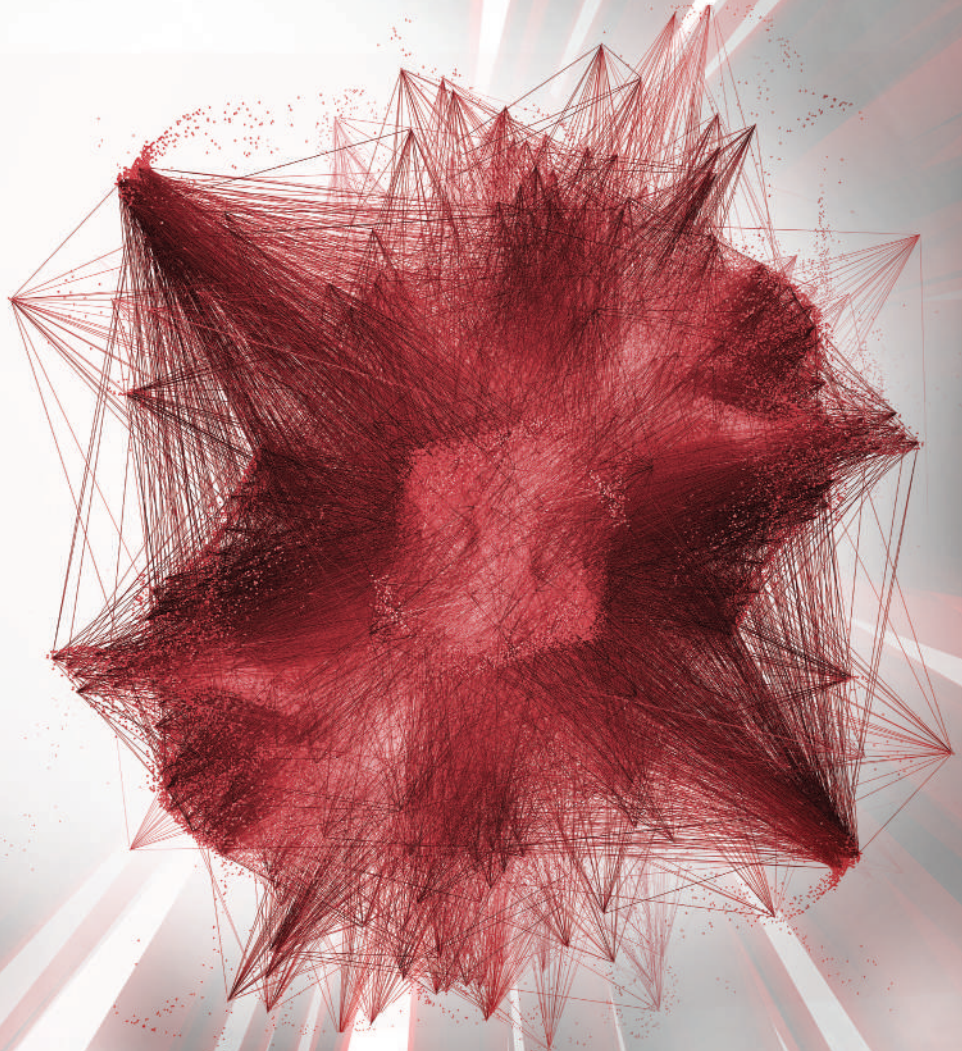
Овој материјал е наменет само за здравствени работници.

Saxenda®
liraglutide



МОКЕН

АНТИКОАГУЛАНТ



Rufixalo[®]

rivaroxaban

филм-обложени таблети од 10 mg, 15 mg и од 20 mg



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјето ѝ пред сè

Содржина

- | | | | |
|----|--|----|--|
| 8 | Актуелно
Д-р Беким Сали – нов министер за здравство:
Стимулирање на младите за вакцинација и
нов клинички центар - државен приоритет | 23 | Медицина
ВВ варијанта: Што знаеме за новиот силно
вирулентен сој на ХИВ пронајден во Холандија |
| 10 | Актуелно
Насилството врз лекарите со вознемирувачка
димензија, измени на Кривичниот законик за
подобрување на состојбите | 32 | Европски искуства
Непознати особини на апендиксот |
| 14 | Актуелно
Етиката на професиите во услови на пандемија:
Лекарите и новинарите заедно можат повеќе за
пациентите и за здравствениот систем | 44 | Дојдени
Стефан СТЕФКОВ
Професор и директор на Институтот за
микробиологија и паразитологија при
Медицинскиот факултет во Скопје |
| 17 | Актуелно
Прва трансплантација на лигамент
од починат дарител | 48 | Александар ЃОРЃЕВИЌ
Професор и основоположник на наставната
дејност по микробиологија при Медицинскиот
факултет во Скопје |

Прилог: Стручни и научни трудови

- 00683 | **Гордана Тодоровска, Олга Кокочева-Ивановска, Љуба Симјановска,
Катерина Сибиноска, Горан Серафимовски**
- ЗДРАВЈЕТО НА ПРВИОТ ТРАЕН МОЛАР - ПОКАЗАТЕЛ ЗА ВЛИЈАНИЕ НА ПРЕВЕНТИВАТА
ВО ДЕТСКАТА СТОМАТОЛОГИЈА

Sumamed®

azithromycin

ИСКУСТВО НА КОЕ МУ ВЕРУВАТЕ ПОВЕЌЕ ОД 30 ГОДИНИ

Sumamed® индикации и дозирање

Инфекции на горни дишни патишта	фарингитис/тонзилитис, синуситис, отитис медиа	возрасни и деца над 45 kg тежина 500 mg/ден во тек на 3 дена деца 10 mg/kg тежина во тек на 3 дена (почнувајќи веќе од 5 kg телесна маса на детето)
Инфекции на долни дишни патишта	акутна егзацериација на хроничен бронхитис, вонболнички стекната пневмонија	
Инфекции на кожа и меки ткива	умерен облик на акне вулгарис, еритема мигранс, еризипел, импетиго и пиодермија	кожа и меки ткива: како за респираторни инф. еритема мигранс - 1000 mg 1. ден, 500 mg 2.-5. ден акне - 500 mg дневно во првите 3 дена, по 7 дена од првата доза уште 9 недели по 500 mg еднаш неделно
Полово преносливи болести	неkomplициран уретритис / цервицитис причинет од <i>Chlamydia trachomatis</i>	1000 mg еднакратно
Хроничен простатитис	предизвикан од <i>Chlamydia trachomatis</i>	3 дена по 500mg/ден, во тек на 3 последователни недели (вкупно 4500 mg)
Инфекции на желудник и дуоденум	предизвикани од <i>Helicobacter pylori</i>	1000 mg на ден, во комбинација со антисекреторен лек и останати лекови по препорака на лекар

Напомена: Збирен извештај за особините на лекот Sumamed® е достапен на барање и на сајтот на Агенцијата за лекови и медицински средства МАЛМЕД (www.malmed.gov.mk). Датум на последна ревизија на текстот: март, мај, ноември 2017. Одобренија за ставање на лекот во промет: 11-9513/4, 11-9514/2, 11-1587/4 и 11-9472/4. Начин и место на издавање: на лекарски рецепт, во аптека. Носител на одобрение: ПЛИВА дооеп Скопје, Никола Парапунов б.б., Скопје.

Тел. 02/3062-702. Датум на подготовка: февруари 2021. SUM-MK-00001
САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

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



ПЛИВИН ОРИГИНАЛЕН АНТИБИОТИК

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 Реџеџи
д-р Владимир Аврамовски

УРЕДНИК

Јасминка М. Јанева

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Владимир Бачваровски

ЈАЗИЧНА РЕДАКЦИЈА

Јасминка М. Јанева

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ

ISSN 1409-8865

www.lkm.org.mk



ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Република
Северна
Македонија

Ковидот постои, а проблемот како да е во поблага форма?!



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

Верувам дека не постои човек кој не посакуваше оваа светска здравствена криза што ни ја донесе пандемијата со ковид-19 што брзо да заврши, па да можеме сите заедно, и ние здравствениите работници и граѓанине, да здивнеме и да се вратиме на поранешниот живот. Но, сигурен сум дека никој не очекуваше оваа глобална тема, која што никој не го осмислуваше рамнодушен, толку лесно да стане не толку ударна, барем не на ваков начин.

Како и да е, иако сум доктор и како и сите колеги директно сум инволвиран во битката што секојдневно ја водиме повеќе од две години (броеме заболени, починали, оздравени, вакцинирани, бевме сведоци на секакви човечки судбини), ковидот постои, а проблемот како да е во поблага форма?! И што, не само кај нас, туку и во регионот и во Европа. Дали причината за ваквата поумерена состојба (ако може така да ја наречеме) со заболениите од ковид-19 лежи во војната што пред извесно време започна или сега имаме поголеми сознанија за болеста или можеби станавме поорганизирани или ситиствичките податоци ни даваат за право да се охрабриме - времето ќе покаже. Но, искрено се надевам дека барем оваа пандемиска војна што човештвото сè уште ја води, наскоро ќе биде минало.

Не така одамна добивме нов министер за здравство, д-р Беким Сали, кој е доктор на стоматолозија. Тој најави дека во неговите мандати ќе се обиде да се изгради толку посакуван и неопходен нов клинички центар, а најави и поинаква ситуација во борбата со ковид - 19 која, како што рече, ќе се реализира преку мотивацијата на младите да се вакцинираат.

Како и најголемиот број земји, очигледно е дека сè уште живееме во време на пандемија и сè уште губиме од убавиот живот што претходно го имавме. Сè уште сме сведоци на човечки страдања и социоекономски последици што ковид-19 ги донесе.

Сведоци сме и дека здравствениот систем со децении беше засиан и со своите ресурси и човечки капацитети итешко можеше да одговори на сите предизвици. И, ќе се согласиме дека под итно мора многу да направиме. Мора сите да се вложиме здравствено во Македонија да го видиме во поинакво светло, на едно друго ниво, од кое и медицинскиот кадар и сограѓанине ќе бидат задоволни.

Обврзувачки ни е секојдневно да го градиме и својственото знаење затоа што ние најдобро знаеме дека медицината не признава импровизации.

Еден од чекорите што како држава мора да ги изодиме се опремување на здравствениите институции, задржување на здравствениот кадар во државата и, секако нови болнички капацитети, а како еден од нив и нов, модерен клинички центар.

Му посакувам многу успех на нашиот колега, на новиот министер д-р Сали. Неговата визија е голема. Се надевам дека ќе има продуктивна и успешна работа на сите полиња за која, ние - докторите во земјата, секако сме подготвени да му дадеме целосна поддршка во градењето на јак здравствен систем со универзални здравствени вредности. Бидејќи, сите ние имаме иста желба и цел, а најголемиот број од нештата не зависат само од другите туку и од нас самите.

Д-Р БЕКИМ САЛИ – НОВ МИНИСТЕР ЗА ЗДРАВСТВО

Стимулирање на младите за вакцинација и нов клинички центар - државен приоритет

Министер за здравство, д-р Беким Сали, е дипломиран стоматолог на Стоматолошки факултет – Скопје (УКИМ) во 2008 година, со приватна ординација во Чаир, постдипломец по јавно здравство, некогаш ангажиран во невладиниот сектор во областа здравството

Новиот министер за здравство, д-р Беким Сали, претходно бил шеф на кабинетот на Бујар Османи, а во време на ДПА шеф на кабинет на министерот Имер Селмани и поранешен претседател на Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување.

Политички ангажиран повеќе од една деценија како генерален секретар на Алтернатива, а на последните локални избори и кандидат за градоначалник на Чаир од редовите на Алијанса и Алтернатива.

Новиот министер за здравство, во владината програма пишува дека ќе ја стимулира вакцинацијата на младите, а до поголем процент вакцинирани ќе треба да се дојде со рестрикции.



Вториот сегмент за којшто особено ќе се ангажира, како што најави, е инсистирањето до пратениците да се изгласа законот за изградба на новиот клинички центар како државен приоритет.

Сали најави стимулативни мерки за зголемување на интересот за вакцинација кај младите, како целна група која има најголем отпор кон имунизацијата.

Мерките на Владата, како што наведе, се во насока да се опслужуваат граѓаните и се насочени кон одржување на здравствените домови во полна кондиција - и со персонал и со број на легла и технички капацитети.

„Процесот на вакцинација е клучен за да се спречат тешки симптоми кај заболелите, а со тоа да се спречи и оптоварување на здравствениот систем, односно да не се доведеме во ситуација во која некој граѓанин не би бил на време и соодветно третиран“, е наведено во програмата на Сали.

Заменик министер за здравство е доктор Владимир Рендевски. Тој е доцент по хирургија и неврохирургија на Медицинскиот факултет во Скопје, докажан хирург на Универзитетка клиника за неврохирургија и има објавено над 70 стручни трудови.

НОВ СОСТАВ НА КОМИСИЈАТА ЗА ЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ

Ќе се држиме исклучиво до научните докази и ќе ги направиме прифатливи за околностите кај нас

Во првата половина од февруари 2022 г. се именуваа членовите на новиот состав на Комисијата за заразни болести, во којшто се:

Претседател на Комисијата, проф.д-р Александар Петличковски
д-р Кристина Ставридис
доц. д-р Шабан Мехмети
проф. д-р Калина Грифчева Ставрова
проф. д-р Невзат Елези
д-р Дугадин Османи
прим. д-р Жарко Карацовски
д-р Иринка Сотирова Бухова
проф. д-р Катерина Ставриќ
д-р Милена Стевановиќ
проф. д-р Звонко Миленковиќ
д-р Фадил Цана
науч. сораб. Д-р Марија Динзова
д-р Илир Демири
д-р Виктор Исјановски
д-р Лилјана Деспотовска Ристовска

проф. д-р Нико Беќаровски
д-р Злате Мехмедовиќ
д-р Арбен Лабеништа
д-р Марија Дуганова
прим. д-р Сузана Маневска
д-р Јованка Костовска
д-р Златко Арсениевски
д-р Драган Ѓорѓиевски
Грета Николовска
Марија Милкова

“Комисијата за заразни болести е формирана и надградена”, истакна министерот за здравство д-р Беким Сали.

Според најавата на министерот, Комисијата ќе се состанува секој вторник, па дури и почесто доколку има потреба за тоа. Состаноците ќе ги свикува претседателот на Комисијата, Петличковски, а по потреба ќе присуствува и тој.

За претседател на Комисијата за заразни болести е именуван Александар

Петличковски кој е директор на Институт за имунологија каде што се вршат тестирања, анализи и истражувања поврзани со реакцијата на антитела на оздравените, како и за соевите на корона вирусот.

Александар Петличковски доаѓа на местото на Жарко Карацовски кој и понатаму е член од Комисијата за заразни болести.

„Цел на комисијата ќе биде артикулирање на научните податоци и нивно применување на нашите околности. Ќе се држиме исклучиво до научните докази и целта е нив да ги направиме прифатливи за околностите кај нас“, изјави новиот претседател на Комисијата, д-р Петличковски.

Доктор Злате Мехмедовиќ, од Здравствен дом – Скопје, е назначен за лице надлежно за односи со јавноста во име на Комисијата.

Vox Medici

ЛЕКАРСКА КОМОРА

ФОНДОТ ДА ГИ ПОВЛЕЧЕ КАЗНИТЕ ЗА АДМИНИСТРАТИВНИТЕ ПРОПУСТИ НА МАТИЧНИТЕ ЛЕКАРИ

Лекарската комора смета дека во вонредна состојба предизвикана од пандемија не треба да се казнуваат матичните лекари со казни што се засноваат на административни пропусти поради фактот дека најважната улога на матичниот доктор во време на ширење на заразата со корона вирусот е да го спречи ширењето на болеста и пред сè затоа што најважен приоритет на докторите е да се грижат за здравјето на населението

Лекарска комора реагираше на казнената политика на Фондот за здравствено осигурување за наплатата на изречените казни за матичните лекари коишто се засноваат на административни, а не на пропусти поврзани со лекувањето. Комората со реакција дека Фондот изрекува казни во време во кое целиот здравствен систем, а особено докторите од примарното здравство, се исцрпени од борбата со пандемијата предизвикана од ковид-19.

Дел од матични лекари пред Божиќ добиле решенија за казни за нивните ординации поради препишани лекарства. Лекарствата, како што тврдат матичните, пациентите морале да ги добијат, бидејќи во спротивно би било доведено во прашање нивното здравје. Се работи за лекови за кои требало да се бара препорака од специјалист, која има важност од една година.

Комората смета дека матичните лекари се првиот контакт на пациентот со здравствениот систем и тие треба да се мотивирани и да имаат механизми здравствените проблеми на болните да ги решаваат брзо и ефикасно на примарно ниво, а не да ги проследуваат пациентите непотребно до другите нивоа на здравствениот систем што се наметнува поради некои важечки прописи како што е режимот за препишување на лекови. Се појавува и проблем и во местата каде што нема специјалисти по одредени специјалности каде

матичните доктори лековите за хронична терапија кои треба да бидат препишани врз основа на претходна препорака, односно медицински извештај од одреден специјалист, ги препишувале врз основ на медицински извештаи од специјалисти кои согласно режимот на препишување на лекови немале право да ги препишуваат. Ова се правело со цел матичните доктори да излезат в пресрет на потребите на пациентите, бидејќи на докторот приоритет му е да обезбеди континуитет во лекувањето на пациентите, а здравствената регулатива треба да биде во функција на овој приоритет.

Комората неколку пати досега има реагирано до Фондот со барање да се ревидираат казните и да се промени казнената регулатива.

На барањата на Комората, на стручната фела, Фондот за здравство со одговор дека казнените одредби се регулирани согласно член 70 став 3 од Законот за здравствено осигурување којшто им е познат на матичните доктори, а и во договорите што матичните доктори ги потпишуваат со ФЗОПСМ точно се наведени сите точки што значат прекршување на договорот. Притоа, казните што ги добиваат матичните лекари се последица од извршените контроли и констатираните недостатоци во работењето на ординациите во 2019 год., пред пандемијата, е одговорот на Фондот во врска со барањата на Комората.

Фондот за здравствено осигурување, како олеснување во врска со обврските што матичните доктори ги имаат кон оваа институција, наведе неколку точки:

- Продолжување на важењето на специјалистичките извештаи, отпусни писма и конзилијарни мислења на повеќе од една година со цел, непречено издавање рецепти, боледувања, на ортопедски помагала на осигурениците;

- Избраните лекари за време на траење на мерките не ги повикуваат осигурените лица на превентивни прегледи;

- При отсуство на избран лекар поради болест, изолација и сл. здравствените услуги ги дава замената, а во отсуство и на матичниот доктор и на замената, Фондот овозможи без ограничување назначување на друг лекар;

- Доколку лекарскиот остане без сестра која е заразена со ковид-19 или е во самоизолација, докторот услугите ги дава сам, а Фондот продолжува да ја исплаќа капитациската;

- Во случај кога спреченоста за работа трае повеќе од 30 дена, лекарот редовна замена може да дава и по истекот на 30-те дена на пациентите осигуреници на докторот кој е подолго време на боледување за што добива 70% од капитациската на лекарот кој е на боледување;

- Избраните лекари може да препишуваат лекови на рецепт од Листата на лекови на товар на Фондот (антибиотици и анксиолитици) над дозволения лимит коишто се неопходни за третман на осигурениците кои се заболени од ковид-19.

Актуелно

КОМИСИЈА ЗА ЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ

Протоколите за лекување на ковид - 19 се насоки за усогласен пристап во третманот на болните

Комисијата за заразни болести ги објави протоколите за лекување на ковид – 19 за кои истакнаа дека требало да поминат подолга законска процедура и дека всушност претставуваат насоки за лекарите за да имаат усогласен пристап во третманот на болните од ковид – 19, во секоја фаза, од тестирање до хоспитализација. Препораките не се обврзувачки. Докторот има право сам да одлучи како во момент ќе го третира пациентот. Од Комисијата објаснија дека и претходно се користеле неколку верзии на препораки за лекување на ковид пациентите, но имало проблем со споделувањето на истите и затоа сега се дистрибуирани до здравствени-те установи.

“Оваа верзија, која е од септември 2021 година и е четврта или петта верзија, ќе претрпува промени во зависност од тоа како ќе се менуваат интернационалните научни сознанија. Тие се предвидени да бидат водич за сите лекари вклучени во лекувањето и третирањето на ковид пациенти и немаат обврзувачки карактер, но се тука да послужат од едно место да се црпат релевантни информации, за да не доаѓаме во ситуација некој лекар да советува терапија која не е препорачана, а тука пред сè мислам на “ивермектин” и да е прашање и денес дали овој лек е во некој протокол во некаква препорака или не е”, изјави проф. д-р Александар Петличковски, претседател на Комисијата за заразни болести.

Од Комисјата потенцираа дека иако препораките се објавени јавно, тие не се наменети за граѓаните сами да се лекуваат туку исклучиво за здравствени-те работници.

Vox Medici

ЗА ЕДНА ГОДИНА РЕГИСТРИРАНИ СЕ 17 КРИВИЧНИ ДЕЛА И 15 ПРЕКРШОЦИ ПОВРЗАНИ СО НАСИЛСТВО ВРЗ ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

Насилството врз лекарите со вознемирувачка димензија, измени на Кривичниот законик за подобрување на состојбите

Долгорочно решение се наоѓа во измени на законската регулатива со кои нападот врз здравствен работник на работно место ќе се смета за напад врз службено лице и по службена должност ќе се води кривична постапка против сторителот. Досега се направени измени на Законот за здравствена заштита, но за ова да почне да се применува во пракса потребно е да се направи усогласување преку измени и во Кривичниот законик за што е подготвен Предлог-закон кој е во собраниска процедура на носење

Во обид да воспостави непречен проток на пациенти, медицински материјали и здравствен персонал, во јануари годинава, докторка од инфективното Одделение во Општата болница во Охрид стана жртва на напад од пациент, кој пристапувајќи ѝ од зад грб ја давел за вратот со двете раце. Насилството врз докторите доби на интензитет во пандемијата предизвикана од ковид-19, а вербалните напади и закани станаа секојдневен дополнителен притисок во работењето на здравствените работници. Лекарската комора презеде повеќе иницијативи и активности во изминатиот период за подобрување на состојбите. Долгорочно решение се наоѓа во измени на законската регулатива со кои нападот врз здравствен работник на работно место ќе се смета за напад врз службено лице и по службена должност ќе се води кривична постапка против сторителот. Досега се направени измени на Законот за здравствена заштита, но за ова да почне да се применува во пракса потребно е да се направи усогласување преку измени и во Кривичниот законик за што е подготвен Предлог-закон кој е во собраниска процедура на носење.

Причините за насилството врз докторите се бараат во постојаниот јаз меѓу очекувањата на пациентите за лесен пристап до широк опсег на висококвалитетни здравствени услуги од една страна и капацитетите на здравствениот систем тоа да го обезбеди од друга страна. Се соочуваме и со зголемено влијание на финансиски ограничувања за добивање на здравствени услуги бидејќи современите лекови и терапии имаат висока цена, како и со недостиг на работна сила во здравствените системи. Исто така, пациентите не може да направат разлика меѓу последиците кои произлегуваат од политичките одлуки и здравствените политики и надлежностите и личната одговорност на докторот. Несериозноста во пристапот на казнувањето на сторителите на нападите, исто така има негативно влијание. Во нашите услови насилството врз докторите, медицинските сестри и другите вработени во здравството се доживува и како рецидив од минатото и резултат на претходните популистички политики со кои се нарушуваше угледот на докторката професија, наспроти нереално димензионарање на правата на пациентите.

Ме нападна од зад грб и избега кога побарав да се викне полиција

Многу пациенти на одделение, некои и со влошена здравствена состојба, нови чекаат за преглед, метеж во ходникот. Таква била сликата на инфективното Одделение на 16 јануари годинава кога беше нападна д-р Лидија Љаткоска.

„Во нашето инфективно Одделение, амбулантата и Одделот се на исто место, поради што се прави поголем метеж. Медицинската сестра ме замоли да направам ред за да има проток во ходникот затоа што болничарите носеа боци со кислород, по што им реков на пациентите кои чекаат за преглед да ги остават здравствените книшки и ќе бидат повикани во амбулантата и влегов внатре. Во еден момент пациентот влезе и ми се фрли да ме дави, револтиран од тоа дека сум се обидела да воспоставам ред. Немавме никаква директна комуникација пред да ме нападне. Среќа што некој кој беше со него му викна „што правиш“ и го тргна, инаку можеше и полошо да биде. Кога побарав да се викне полиција напаѓачот и неговата придружба избегаа од болницата“, раскажува д-р Љаткоска.

Таа додава и дека сите нејзини колеги секојдневно се изложени на вербални напади и работат под голем притисок.

За случајот постапка води Секторот за внатрешни во Охрид, каде делото е категоризирано како прекршочно, односно за нарушување на јавниот ред и мир. Д-р Љаткоска очекува да биде направена поинаква категоризација на делото, односно тоа да биде кривично што ќе одговара со тежината на стореното.

„Не е соодветно во една држава, доктор специјалист кој значителен дел од својот живот го поминал во учење и наука за да им помага на луѓето за заедничко совладување на нивните здравствени проблеми, да биде омаловажуван од една институција која треба да ја штити правдата? Дали тоа значи дека секој ќе може да нападне и притоа да помине со некоја смешна прекршочна казна? Очекуваме ова да биде соодветно променето“, вели д-р Љаткоска, која за случајот води и граѓанска постапка.

Пандемија на насилство врз здравствени работници во светот

Светската здравствена организација проценува дека и до 38% од здравствените работници доживеале физичко насилство во текот на нивниот работен век, а овој процент е драстично повисок доколку се вклучат и оние кои биле изложени на вербално насилство. Во САД за периодот од 2011-2018 година е регистриран пораст на насилни напади над медицински лица за 67%, при што Бирото за трудова статистика на САД проценило дека здравствените работници имаат за петпати поголема веројатност да бидат напаѓани на своето работно место во однос на сите други професии.

Во едно истражување на Британската медицинска асоцијација (БМА), во Шкотска, направено во мај 2021 година, речиси девет од 10 општи лекари (87,7 отсто) изјавиле дека

тие самите или некој од нивните колеги во текот на изминатиот месец претрпеле вербален или физички напад. Во друго истражување на БМА објавено во август 2021 година, каде биле опфатени 2.478 лекари и студенти по медицина во Англија, Велс и Северна Ирска, нешто повеќе од половина (51%) од општите лекари и 30% од болничките лекари пријавиле дека доживеале вербален напад во изминатиот месец. Истражувањето покажало дека лекарите се соочиле со „загрижувачки нивоа на насилство“ во исто време додека се справувале и со најголемата здравствена криза во поновата историја.

Појавата на вакви инциденти зазела таков обем што Институтот за менаџмент на општа пракса направил видео-компилација од закани упатени до персоналот на хирургијата, со наслов „Ако умрам, ќе биде твоја вина“. Во видеото се споделува и случај во кој еден пациент ги исекол гумите на автомобилите на тројца вработени во установата, затоа што дента кога се јавил во 17 часот да закаже преглед му било кажано дека ќе мора да почека за термин до следниот ден. Друг, пак, се појавил на операција со чекан.

ОЈО и Кривичен суд без податоци

За да се сфати сериозноста на некоја аномалија и нејзино влијание во општеството, таа прво треба биде квантифицирана од соодветните институции за да може да се процени нејзината димензија и соодветно на тоа да се преземат мерки. Кога се во прашање нападите врз лекарите во нашата земја во јавно-обвинителскиот и судскиот систем за нив нема никаква евиденција. Податоци единствено дава Министерството за внатрешни работи.

Според податоците кои „Vox Medici“ ги доби од Министерството за внатрешни работи во периодот од 2021 и јануари 2022 година, на територијата на Република Северна Македонија се регистрирани 17 кривични дела, 15 прекршоци, шест поплаки и една вербална закана поврзани со напад врз лекари.

Од регистрираните 17 кривични дела, расветлени се 14 кривични дела и поднесени се 13 кривични пријави против 16 сторители. За три кривични дела во тек се мерки и активности за нивно расветлување. Кривичните пријави се поднесени од: СВР Скопје - четири, по три од СВР Тетово и СВР Штип, две од СВР Битола и една од СВР Велес. Статистиката покажува дека пет кривични дела се „загрозување на сигурноста“, две се „насилство“, по едно кривично дело „загрозување со опасно оружје при тепачка или караница“, „напад врз службено лице при вршење на работи на безбедноста“ и „спречување на службено лице во вршење на службено дејствие“, како и три кривични дела се категоризирани како „напад врз здравствен работник при вршење на здравствена дејност“ од Закон за здравствена заштита.

Од страна на СВР Охрид, за едно кривично дело „загрозување на сигурноста“ доставено е известување до ОЈО, а нерасветлени се две кривични дела „насилство“ на подрачјето на СВР Тетово и СВР Велес и едно кривично дело „загрозување на сигурноста“ на подрачјето на СВР Тетово.

Актуелно



Во однос на прекршоците, констатирани се 15 прекршоци, од кои осум прекршоци „физички напад“, потоа четири „омаловажува или навреда на службено лице на државен орган или друга институција која врши јавни овластувања“ и три „карање, викање или непристојно и дрско однесување“ (по пет на СВР Охрид и СВР Скопје и по еден СВР Битола, СВР Штип, СВР Струмица, СВР Тетово и СВР Велес).

Прекршочно се пријавени 11 сторители, а сè уште не се расветлени три прекршоци „физички напад“ на подрачје на СВР Скопје, СВР Тетово и СВР Охрид.

Во изминатата година, од страна на медицински персонал, пријавени се шест поплаки (три на подрачје на СВР Скопје, две на СВР Тетово и една СВР Штип) за што од страна на полицијата писмено се предупредени шест лица.

Еден прекршок „физички напад“ и една поплака случени на подрачје на СВР Скопје се за настани во кои и оштетени и пријавените се медицински персонал.

Од Основното јавно обвинителство, пак, информираат дека не се води посебна статистика на примени кривични пријави согласно професијата на жртвата.

„Од тие причини не сме во можност да ги издвоиме пријавите за напад врз лекари од останатите кривични пријави кои се однесуваат на истородни кривични дела. Од она што би можело да се издвои од досегашното искуство во постапувањето во сите предмети поврзани со напад на определено лице, тоа е генерална препорака ваквите дела да се пријавуваат од сите кои имаат сознанија или докази за

стореното кривично дело. Доколку нападот навремено е пријавен и поткрепен со соодветни докази, кривичниот прогон на сторителот е значително полесен, а со тоа се делува и на општа превенција од ваквите кривични дела“, објаснуваат од Јавното обвинителство.

Од Основниот кривичен суд Скопје информираат дека Кривичниот законик не предвидел кривично дело кое конкретно е поврзано со напад врз лекар.

„Сите кривични дела поврзани со евентуален напад се раздвојуваат единствено кај службените лица кои освен лекари опфаќа и полициски службеници, судии, обвинители, војници, образовен и медицински кадар и сл. Во таа насока, како би добиле конкретни податоци за евентуални кривично – правни настани поврзани со напад врз лекар Ви препорачуваме да се обратите до надлежното Јавно обвинителство кои во фаза на истрага може да направи селекција на службените лица врз кои е извршен нападот, па согласно овие податоци (односно број на обвинителен акт или предлог) да ви обезбедиме дополнителни информации за судските предмети“, се наведува во одговорот од Кривичниот суд. Оттаму додаваат дека АКМИС системот, според кој се водат судските постапки, овозможува препознавање на оштетените лица кои самите ќе наведат во записник пред судија со што се занимаваат. Па така, во текот на 2021 година решени се четири предмети во кои оштетените навеле дека по професија се медицински или фармацевтски – работници, но ниту еден предмет не е поврзан со насилство.

Потребно е итно носење на измени на Кривичниот законик

Во услови на пандемија која трае веќе речиси две години, лекарите секојдневно се наоѓаат под притисок да одговорат на потребите на зголемениот број пациенти, а заканите, како и физичките и вербални напади, само го отежнуваат пружањето на здравствена услуга и негативно влијаат на нејзиниот квалитет.

„Лекарите и пациенти имаат иста заедничка цел, а тоа е обезбедување на квалитетна здравствена заштита, што може да се постигне преку заедничко делување и соработка. Во услови на пандемија, кај нас како и пошироко во светот, насилиството врз здравствените работници стана понагласен проблем. Решение за овој предизвик веруваме дека може да се побара во побрзо носење на измените на Кривичниот законик. Имено, Лекарската комора подолго време лобираше и активно беше вклучена во измени на законската регулатива со кои нападот на здравствен работник на работното место ќе се смета за напад на службено лице за што Јавното обвинителство ќе покренува кривична пријавата по службена должност и за што ќе има кривична одговорност. За ова да стапи на сила се направија измени на Законот за здравствена заштита кои се веќе донесени, како и измени на Кривичниот законик, кои се во собраниска процедура на носење. Апелираме, пратениците во Собранието што побрзо да ги разгледаат и донесат овие законски измени, кои веруваме дека ќе испратат порака дека насилиството не ги решава проблемите, туку само дополнително ги комплицира, поради што во случај на спор треба да се бараат системски решенија“, вели проф. д-р Калина Гривчева Старделова, претседател на Лекарска комора.

Проф. д-р Гривчева Старделова открива дека и таа лично, како и многу нејзини колеги била жртва на физички напад од пациент кој иако се случил пред девет години сè уште го памети секој детал.

„Инцидентот се случи на дежурство. Прегледувајќи пациентот кој ме нападна вербално и физички кога медицинската сестра му побара да приложи каков било личен документ за да може да се евидентира прегледот и да се издаде извештај. Траумата што се доживува навистина е голема, а загрижувачки е и тоа што негативно влијае на носењето на одлуки од страна на лекарот во процесот на лекување на пациентот. Сум била сведок и на напад на колега кој исто така се случи без никаква причина. Лекарите мора да имаат безбедни услови за работа, мора да се чувствуваат безбедни на работното место, од тоа залагање нема отстапување“, вели проф. д-р Гривчева Старделова.

Лекарската комора континуирано апелира до своите членови секој случај на вербално или физичко насилиство на работно место да го пријавуваат кај соодветните институции, но и во Комората, со цел да се пружи помош и поддршка согласно надлежностите.

Во 2017 година во Лекарската комора се потпиша Декларација - Стоп на насилиство врз докторите на медицина, стоматологија, фармацевтите, медицинските сестри, техничари, акушерки и другите здравствени работници.

Декларацијата ја потпишаа претседателите на Лекарската комора проф. д-р Калина Гривчева - Старделова, претседателот на Стоматолошката комора, проф. д-р Владимир Поповски, претставникот на Фармацевтската комора м-р Ерол Али, министерот за здравство, д-р Арбен Таравари, и претседателката на Здружението на медицински сестри, техничари и акушерки на Република Македонија, Велка Лукиќ.

Потписниците на оваа Декларација се обврзаа, секој во рамки на своите ингеренции, да работи на заштита од насилиство врз здравствените работници и соработници, а особено на единствено безбедна средина во која се даваат здравствени услуги, гарантира сигурна, стручна и квалитетна здравствена заштита за пациентите. Декларацијата го потенцира и правото за безбедна работна средина и неопходноста насилиството во здравството сериозно да биде сфатено од страна на управителите на сите здравствени установи, како и дека со помош на полицијата и правниот систем мора ефикасно да се справиме со сите негови облици.

Едно од начелата на Декларацијата е и дека плановите за спречување на насилиството врз докторите на медицина и стоматологија, фармацевтите, медицинските сестри, техничари, акушерки и другите здравствени работници, мора да се изработуваат на национално ниво, но и во здравствените установи, додека инцидентите на насилиство мора да бидат документирани преку систем кој ќе биде обезбеден од страна на Владата и здравствените установи.

Декларација за „Стоп на насилиство во здравството“, во средината на септември 2021 г., потпишаа и членките на ЗЕВА, асоцијација во која се обединети 17 комори од земјите на Централна и Источна Европа.

12 Март - Европски ден за подигање на свеста за насилиството врз лекарите

На 12 Март се одбележува Европски ден за подигање на свеста за насилиството врз лекарите и другите здравствени работници. Овој ден се користи како прилика за сите национални медицински асоцијации насекаде низ Европа да преземат активности за подигање на свеста за потребата од сузбивање на насилиството врз докторите.

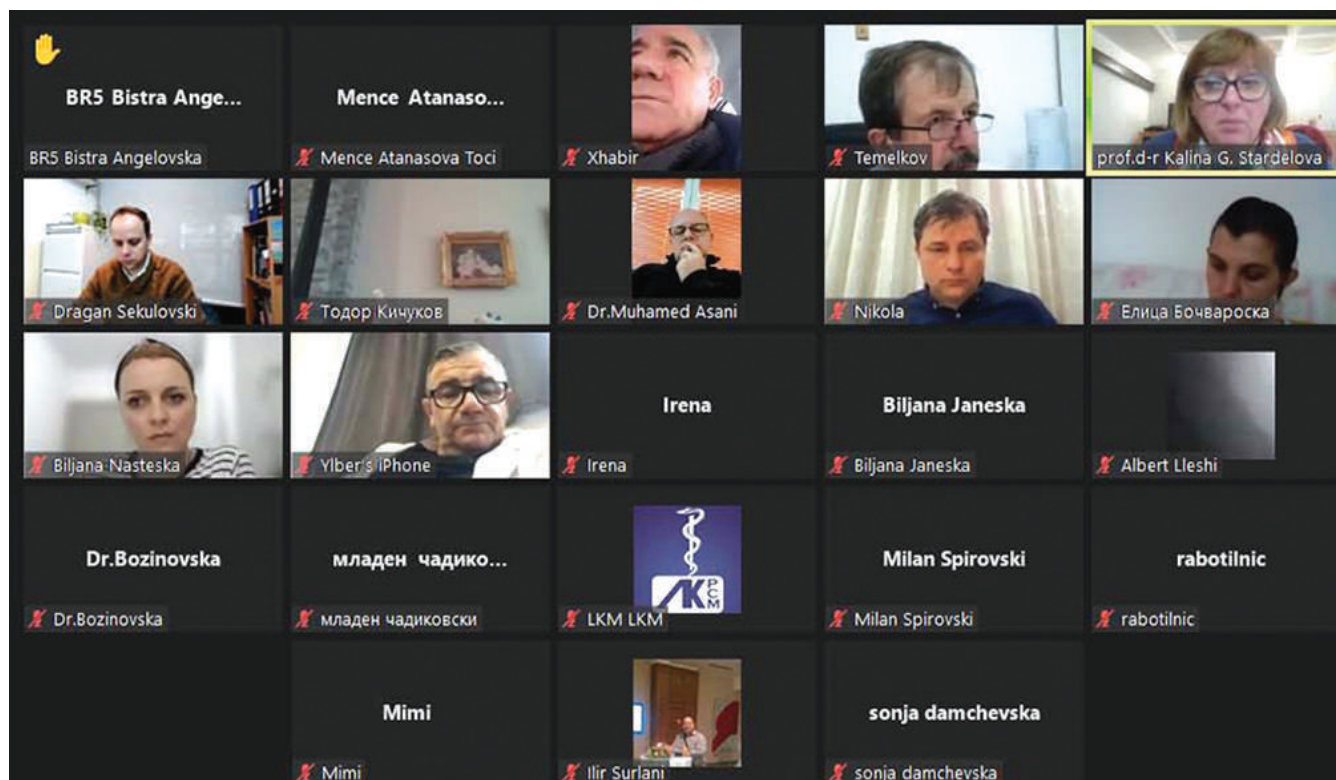
„Ги повикуваме европските влади и здравствените власти да постигнат политика на нулта толеранција за насилиство врз здравствениот персонал, да им овозможат безбедна работна средина и соодветна лична заштитна опрема додека се во првата линија и да ги распоредат сите неопходни средства за заштита на физичкиот и психолошкиот интегритет на нашите колеги за време на оваа пандемија и пошироко. Овие здравствени работници, на кои им аплаудираме, заслужуваат восхит, почит и заштита“, се вели во соопштението на Европските медицински организации.

М.Ш. – Е.Ц.

Актуелно

ПРВА ЗАЕДНИЧКА РАБОТИЛНИЦА НА ЛЕКАРСКА КОМОРА И ЗДРУЖЕНИЕ НА НОВИНАРИ

Етиката на професиите во услови на пандемија: Лекарите и новинарите заедно можат повеќе за пациентите и за здравствениот систем



Настанот се организираше во рамки на Меморандум за заедничка соработка кој го потпишаа Лекарската комора и Здружението на новинари, со цел заеднички да дејствуваат во насока на сузбивање на потешкотиите со кои се соочуваат двете професии, како и кон подигнување на здравствената култура во земјава и унапредување на здравствената заштита

Во услови на пандемија особено е важно јавноста да биде точно и навремено информирана, докторите и здравствените власти имаат обврска да обезбедуваат континуитет во доставувањето на најнови информации поврзани со актуелната состојба, а новинарите треба да избегнуваат сензационалистичко известување. Ова се дел од заклучоците кои се утврдија на првата заедничка работилница која ја организираа Лекарската комора на Република Северна Македонија и Здружението на новинари на Македонија. Претставници на докторите и на новинарите дискутираа околу предизвиците со кои се соочуваат извршувајќи ги своите работни задачи во услови на пандемија, како и околу етичките обврски и дилеми што постојат за двете професии. Настанот се организира-

ше во рамки на Меморандум за заедничка соработка којшто го потпишаа Лекарската комора и Здружението на новинари, со цел заеднички да дејствуваат во насока на сузбивање на потешкотиите со кои се соочуваат новинарите и лекарите, како и кон подигнување на здравствената култура во земјава и унапредување на здравствената заштита.

Калина Гривчева-Старделова:

Заедно може да направиме повеќе, да си помогнеме и да го подигнеме новото на здравствената култура

Обраќања на настанот имаа проф. д-р Калина Гривчева Старделова, претседател на Лекарска комора, д-р Илбер

Бесими заменик-претседател на Лекарска комора и Младен Чадиковски, претседател на Здружение на новинари.

Проф. д-р Гривчева Старделова истакна дека никој во своето работење не е толку добар да не може да биде подобар.

„Ние како лекари кои секојдневно сме ангажирани во лекување на пациентите, можеби сме недостапни за информации иако сме одговорни за нивото на здравствена култура во нашата земја и имаме обврска преку споделување на информации да го подобриме овој сегмент. Новинарската и лекарската професија се поврзани и со унапредување на соработката може едни на други да си помогнеме, да направиме повеќе, за нас самите, за пациентите и за здравствениот систем воопшто“, истакна проф. д-р Гривчева Старделова.

Илбер Бесими истакна дека двете професии се ранливи на ризиците од пандемија и се изложени на зголемен ризик од физичко и психичко насилство. Со потпишување на Меморандумот, рече тој, се согласивме заеднички да соработуваме се со цел да се подобри здравствениот систем да можеме полесно да ги идентификуваме проблемите со кои се соочуваме и да најдеме решение.

„Етичкото однесување и делување е голем предизвик бидејќи живеаме во динамично време и секојдневие, но приоритет за секој здравствен работник е да се однесува во согласност со етички и деонтолошки принципи, а тоа е и цел на активностите на Комората насочени кон подобро информирање на докторите“, истакна Бесими.

Тој рече и дека во финална фаза од донесување е и Законот за кривична постапка со кој нападот врз медиумските работници и лекарите ќе се смета за напад врз службено лице, што ќе придонесе за подобрување на безбедноста на двете професии.

Тема на работилницата беше „Етиката како предизвик во услови на пандемија“, на која свои излагања имаат проф. д-р Билјана Јанеска, д-р Никола Граматниковски како претставници на Лекарска комора и Менче Атанасова Точи и Ирена Мулачка како претставници на Здружението на новинари.

Д-р Никола Граматниковски:

Етиката го нарушува статус кво во општеството со цел да ја подобри неговата морална вредност



Д-р Никола Граматниковски појасни дека етичките начела на докторката дејност се уредени со Кодекс на медицинска деонтологија донесен на Првото собрание на Лекарска комора одржано на 05 јуни 1992 година.

„Медицинската етика е посебна и возбудлива и е постојно предмет на дискусија

бидејќи силата на аргументот оди во прилог на идентификување на посебноста на медицинската етика од медицинското право, политичкиот активизам и општествените науки поврзани со медицината. Аргументот има централно место во медицинското право како што го има и во медицинската етика, но основата на аргументот и улогата што ја играат

заклучоците се различни. Во случајот на правото, основата на аргументите се начелата во законот и дел од претходни правни пресуди. Но, во случај на етиката, принципите не се дадени, може да се однесуваат на етичките правилни принципи релевантни за одредена ситуација. Законот може да е ограничен од претходни правни пресуди, додека етиката никогаш не е ограничена, секогаш имаме дилема дека можеби така мислевме порано, но дали бевме во право во врска со тоа што го направиме. Во демократските општества законите се донесуваат од парламентот и преку одлуки се спроведуваат во судовите. И парламентот и судовите сакаат да дојдат до етички правилни одлуки што на етиката и дава примарно значење. Она што е етички правилно треба да го заснова медицинското право, но законот секогаш не мора да ја поткрепува етиката. Во медицинското право ова е особено очигледно“, истакна д-р Граматниковски.

Тој потсети на мисла на познатиот грчки филозоф Сократ во која ја доведе во прашање елитата на општеството, барајќи од нејзините претставници да ги оправдаат преку аргументи нивните одлуки и верувања.

„Сократ се гледаше себеси како мува која го нарушува статус кво во општеството, ги доведува во прашање претпоставките со цел да ја подобри моралната основа на општеството. Медицинската етика може и треба да делува како мува на медицинското право и целокупната законска регулатива. Секогаш се поставува прашањето дали законот етички е во право, ако не е тогаш тоа е добра причина за негова промена“, рече Граматниковски.

Тој потенцира и дека медицинската етика се бави и со прашањето дали одредена медицинската ситуација треба да се регулира со закон.

„Понекогаш етичките размислувања ќе доведат до заклучок дека одредени прашања треба да спаѓа во делот на професионалното расудување на лекарот и во рамките на регулативата од професионалните тела како што е Лекарската комора и здруженијата, но не и од законот на државата. Улогата на правото, исто така е различна од онаа на етиката. Општеството ги спроведува законите за здравствените работници како и за сите други преку казнување или компензација. Општеството бара лекарите да го следат законот, но останува етичкото прашање за самите професионалци, дали ние во оваа ситуација треба да постапуваме согласно законот. Во повеќето ситуации одговорот ќе биде „да“, дури и ако поединецот верува дека законот е етички погрешен постои етички императив како поединец да го почитува. Но, има и многу примери на поединци и групи кои ги прекршиле неправедните закони и со тоа придонеле за општествено подобрување. „Правните пресуди ги носат судовите, но секој од нас на крајот треба да донесе свој етички суд. Етиката, во оваа смисла, е строго индивидуална работа“, изјави д-р Граматниковски.

Медицинската етика исто така може и да се политизира и да служи за постигнување на одредени политички цели. Може да зборуваме за конзервативна или за либерална медицинска етика. Но, овој политизиран пристап носи ризик да ги поткопа темелите на медицинската етика.

„Затоа, сметам дека медицинската етика може да дејствува како мува, да застане на проблемот, да ја анализира ситуацијата

Актуелно

цијата да ги испровоцира сите оние кои постапуваат во одредена ситуацијата и да излезат од строгите правила на конвенционалната практика и размислување“, поентираше д-р Граматниковски.

Проф. д-р Билјана Јанеска:

Улогата на медиумите во справување со пандемијата е незаменлива и пресудна

Проф. д-р Билјана Јанеска истакна дека навременото и точно информирање може да помогне во справување со закани како оваа предизвикана од ковид - 19. Во својот вовед таа појасни дека епидемијата се случуваше многу брзо, немаше доволно познавање за самиот вирус, за начинот на ширење како и за начинот на лекување. Паралелно со тоа, напливот на болни го преоптовари здравствениот систем кој се соочи со недостиг на ресурси, болнички капацитети, опрема, оптоварување на здравствените работници.



„Во ваква состојба јавноста мора интензивно и навремено да се запознава со случувањата, да научи и да формира став за пандемијата и според тоа да го регулира своето однесување. Тука е незаменлива и пресудна улогата на медиумите, бидејќи тоа е единствена комуникација меѓу здравствените институции и пошироката јавност. Ако оваа комуникација не постои, тоа отвора место за ширење на неточни информации, шпекулации, создавање на паника и поради тоа улогата на медиумите е во информирање на јавноста за сите случувања и давање на поддршка во спроведување на мерките. Информациите кои е потребно секојдневно да се пренесуваат се бројките за заболени, воведување на нови мерки за заштита и намалување на штетните последици, пренесување на ситуација во другите земји. Во известувањето недостасуваше повеќе аналитички и едукативни текстови за актуелната пандемија и претходни пандемии, едукација за тоа што е пандемија, што е новиот вирус, кои се неговите карактеристики. Треба да се знае што се случува, но мора да има и образложување за тоа што и зошто се прави и се презема. Во јавноста недостасуваат изјави на доктори кои учествуваат директно во лекувањето на болните од ковид - 19. Можеби тоа може да се објасни со оптовареност и заморот, но сепак во јавноста треба да биде присутен и некој од нив“, истакна проф. д-р Јанеска.

Таа потсети и дека Светската здравствена организација во 2018 година издаде Упатство кое се однесува на етичкото однесување на докторите со јавноста во кое се нагласува дека експертите и здравствените власти во време на пандемија се должни и мора постојано да ја информираат јавноста што е можно поактуелно и притоа посебно внимание да се обрне на перцепцијата на болеста, на стравовите и грижите, на несигурноста што епидемија ја предизвикува во јавноста.

„Дел од активностите на здравствените власти исто така е и контрола на непроверените информации. Лошото и сензационалистичко однесување може да има многу несакани последици не само во справувањето со епидемијата туку и негативно да влијае на менталното здравје на луѓето. Недостигот на

точни и навремени информации оди во корист на скептиците кои не признаваат дека има пандемија“, потенцираше проф. д-р Јанеска.

Таа се осврна и кон трендот на ширење на неточни информации, претежно по социјалните мрежи кои се нарекува инфодемија.

„Неопходно е да се преземат мерки за борба со оваа појава, од кои најсоодветен начин е бомбардирање со точни и проверени информации. Во услови на пандемија многу почесто се зборува за медицинската етика, за која се почна и поинаку да се размислува и од друг аспект, не само за тоа кои се нашите права, туку и што си должиме еден на друг, како може да си помогнеме. Етички дилеми во услови на пандемија се и оние поврзани со ограничување на граѓанските права, односно до каде може да биде тоа ограничување, кое се изразено преку изолација, задолжителна вакцинација, ограничување на движење. Автономија на пациентите е основен етички принцип, секој има право самостојно да донесува одлука за своето тело и здравје, дали ќе се лечи, како ќе се лечи, кој и каде ќе го лечи. Но, во вакви ситуација автономијата на поединецот е секогаш поврзана и со одговорноста кон јавноста и кон другите. Овозможување на правото на самоопределување во процесот на вакцинација води до тоа поединците кои одбиваат да се вакцинираат да ги ограничуваат основните права на другите. Поради малиот процент на вакцинирани постои ограничување на посетата на затворени објекти, собирање, па дури и ограничување на правото на работа. Не може да се посвети внимание на правото на самоодлучување без да се размислува за правото на другите“, истакна проф. д-р Јанеска.

Во име на новинарите излагања на темата имаа Менче Атанасова Точи и Ирена Мулачка.

„Лекарите ги слушнаа предизвиците и тешкотиите со кои се соочуваат новинарите кои ја следат состојбата со пандемијата овие две години. Новинарите ги слушнаа ставовите на лекарите и се согласивме како треба да се премостат недостатоците. Ова доаѓа во исто време кога се отвора можност за полесна достапност до официјални информации од Комисијата за заразни болести и, се разбира, од лекарите кои се најмногу инволвирани во процесот на справување со пандемијата и лекување. Така што, понатаму многу повеќе ќе биде олеснет пристапот, полесно ќе се објавуваат навремени и објективни информации поткрепени од официјални извори“, потенцираше Атанасова Точи.

Ирена Мулачка истакна дека страшната пандемија на површина ги извади сите недостатоци на здравствениот систем, недостигот на лекари и медицински персонал во сите болници.

„Кога започна пандемијата, прво беше кажано дека новинарите не треба да креваат паника, но тоа не значи дека новинарите не треба да кажат точно и објективно тоа што се случува низ здравствените лавиринти. Здравствените власти беа транспарентни само дотаму до каде што ним им одговара, а многу прашања останаа неодговорени“, истакна Мулачка.

Во наредниот период Лекарската комора и Здружението на новинари ќе организираат и други настани, а темите на кои ќе се разговара, како што беше истакнато, треба да доаѓаат од лекарите и новинарите.

М. Ш.

НА КЛИНИКАТА ЗА ОРТОПЕДСКИ БОЛЕСТИ ПРИ ТОАРИЛУЦ

ПРВА ТРАНСПЛАНТАЦИЈА НА ЛИГАМЕНТ ОД ПОЧИНАТ ДАРИТЕЛ

На Клиниката за ортопедски болести при ТОАРИЛУЦ - Скопје, за првпат беше изведена трансплантација на лигамент од починат донор. Млад, 34 - годишен пациент, со сериозна повреда на десното колено, доби мекоткивен графт експлантиран од починат донор. Операцијата, која траела неколку часа, е изведена од ортопедскиот хирург д-р Алан Андоновски, кој долги години работи во делот на мекоткивната ортопедска хирургија, и неговиот тим од Клиниката.

Повредата на меките ткива, лигаментите и тетивите е многу честа кај младите лица, особено кај активните спортисти. Само успешен оперативен третман може да гарантира враќање кон редовните спортски активности. Со отворање на можноста на мекоткивна трансплантација со графт од починат донор, се исклучува праксата да се земе тетива од здравата нога, со што значително се подобрува квалитетот на живот на пациентот.

“Се работи за ревизија на скинат преден вкрстен лигамент на десното колено што е честа повреда кај физички и спортски активната популација”, истакна д-р Андоновски.

“Ревизијата се направи со графт од починат донор. Пациентот постоперативно се чувствува одлично и пред него е период на рехабилитација”, објасни д-р Андоновски.

Ова е деветта трансплантација од починат донор во последните десет месеци на Клиниката за ортопедија. По првата експлантација што ја направи тимот од Клиниката на 17 април 2021 година, досега се направени пет експлантации и девет трансплантации на коскено и меко ткиво. На пет пациенти со малигна болест им е трансплантирано здраво коскено ткиво, со што значително им е подобрен квалитет на живот, а последниот оперативен зафат е за првпат трансплантирање на мекоткивен графт, односно лигамент, кај млад пациент со сериозна повреда.

“За нашите пациенти ова поглавје ќе отвори можност за нови методи на хируршко лекување”, изјави директорот на Клиниката за ТОАРИЛУЦ - Скопје, во чиј состав е Клиниката за ортопедија, д-р Александар Трајановски.



“Со првата употреба на мекоткивен графт, на нашата Клиника започнуваме со ново поглавје во реконструктивната ортопедска хирургија. Се надевам дека по оваа процедура ќе се отворат повеќе опции за употреба на мекоткивните графтови во нашата секојдневна практика”, изјави д-р Милена Богојевска Доксеска, која е болнички координатор на Клиниката за ортопедија.

Од почетокот на 2021 година на Клиниката е возобновена и Банката за коскени ткива каде се чуваат експлантираните графтови.

“Мило ми е што оваа трансплантација на Клиниката за ортопедија се случи само неколку дена по првата експлантација од починат донор годинава. По одлуката на едно храбро семејство да ги донираат органите од својот близок, најпрвин беа направени три трансплантации, две на бубрези и една на срце. Би сакала уште еднаш јавно да му се заблагодарам на семејството, кое со својата добрина и хуманост спаси најмалку три животи. Пациентите кои добија орган се во стабилна состојба и се заздравуваат”, истакна д-р Маја Мојсова Мијовска, Национален координатор за трансплантација.

КЛИНИКАТА ЗА НЕВРОХИРУРГИЈА

НОВА ТЕХНИКА ЗА ВИЗУЕЛИЗАЦИЈА НА ТУМОРИТЕ ВО МОЗОКОТ

На Клиниката за неврохирургија за првпат е изведена операција со нова техника што врши визуелизација, односно флуоресцентно обојување на туморите. Операцијата е направена на повозрасен пациент кој имал проблеми со видот предизвикани од тумор во мозокот. Зафатот беше изведен од д-р Венко Филипче и д-р Владимир Рендевски.

Со примената на напредна технологија, како што објасни д-р Филипче, значајно се придонесува за прецизно отстра-

нување на тумор на мозокот кај пациентите.

„Со оваа техника се намалува можноста за хируршка грешка бидејќи прецизно се гледаат границите на туморот. Тоа е многу важно за вакви операции при животозагрозувачки состојби, бидејќи се намалува ризикот да остане нешто неотстрането од туморот и се зголемува шансата за заздравување и продолжување на животот на пациентите“, изјави Филипче.

СТУДИИ ОД РЕАЛНАТА КЛИНИЧКА ПРАКТИКА (REAL WORLD EVIDENCE) – ЗНАЧЕЊЕ И УПОТРЕБНА ВРЕДНОСТ

Што се тоа студии од реалната клиничка практика (RWE - Real World Evidence)?

Медицинската наука се темели на научни испитувања спроведени на поголем број испитаници, дизајнирани да обезбедат солидни докази кои понатаму се користат за одредени препораки за соодветни медицински интервенции. Рандомизирани контролирани клинички испитувања (Randomized Controlled trials - RCT) се сметаат за златен стандард во медицинската наука и се високо рангирани во хиерархијата на докази. RCT опфаќаат строги критериуми за вклучување и исклучување на пациентите, што резултира со хомогена испитувана популација. Пациентите се распределуваат на експериментален третман и на контролна група (на пр. плацебо или активен компаратор), тие се строго мониторираат и следени, што може да доведе до подобра атхеренција и перзистенција кон доделениот третман. Всушност, RCT се дизајнирани да одговорат на прашањето: Дали третманот може да делува во идеални услови? Но, тие не даваат одговор на тоа како третманот би делувал во реалната клиничка практика. За таа цел, сè поактуелно станува спроведувањето на студии од реалниот свет или реалната клиничка практика (Real World Evidence- RWE). RWE се базираат на податоци генерирани надвор од строго контролирани услови како во RCT, а се однесуваат на здравствената состојба на пациентите и/или испорачување и употреба на здравствена заштита. Во овие студии, за да се одрази секојдневната клиничка практика, се користат помалку рестриктивни критериуми за вклучување и исклучување, што резултира со поширока и похетерогена популација со коморбидитети, истовремени болести итн. На тој начин, ефектот на третманот во реалниот живот се доловува со набљудување на клиничката практика и со што е можно помало влијание од истражувачите. Пациентите се мониторираат и следат поретко. Според тоа, атхеренцијата и перзистенцијата може да се разликуваат од RCT, но ќе ги одразуваат клиничките сценарија од реалниот свет. Студиите за реалниот свет се дизајнирани да одговорат на прашањето: Дали третманот делува во реалниот свет?

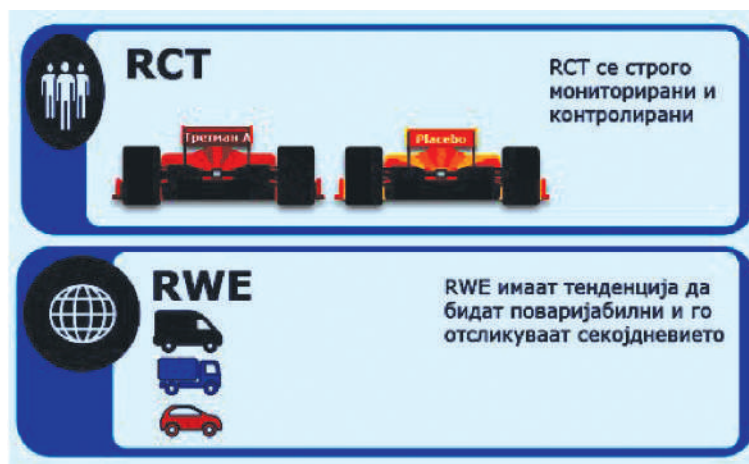
Слика 1- RCT наспроти RWE

Како извор на податоци за овие студии може да послужат мноштво различни извори: електронски досиеја на пациентите, регистри на пациенти, исходи рапортирани од самите пациенти, податоци од истражувања, податоци за моралитет, информации од аптеки, болници, лаборатории, апликации од мобилни уреди, социјални мрежи и собираани од фармацевтски компании (опсервациски студии). Податоците може да се собираат ретроспективно или проспективно.

Бенефити и употреба на RWE

RWE може да процени широк опсег на параметри кај широка популација на пациенти - клинички исходи, придржување кон третманот (атхеренција) и перзистенција, исходи пријавени од пациентите, психосоцијални фактори, мерки за квалитет на животот, искористување на здравствената заштита, ефективност на трошоците, финансиски товар на болеста.

RWE играат сè поважна улога во донесувањето одлуки поврзани со регулаторните агенции, покривање на трошоците од страна на плаќачите на здравствени услуги (реимбурсација) и пристап до нови лекови. Адресирајќи прашања како што се безбедност, ефективност и економичност надвор од „вештачкото“ поставување на RCT, се предвидува дека нивната употреба и важност само ќе се зголеми во иднина. RWE ги надополнуваат доказите од RCT и може да се користат за решавање на различни прашања и крајни исходи од RCT. Со тоа што податоците од реалната практика се достапни, трошоците за спроведување на RWE се пониски споредено со RCT. Потенцијалот на RWE се проширува во фазата на развој на лекови. Во овие рани фази, согледувањата од реалниот свет може да овозможат разбирање за холистичката средина на областа на болеста, вклучително карактеристики на болеста (товарот од болеста, незадоволени потреби), карактеристики на реалната популација на пациенти, начини на лекување и искуства на пациентите. Ваквите рани сознанија може да се искористат за дизајнирање поапетни и клинички испитувања фокусирани на пациентите со вистинските популации, подгрупи, компаратори и крајни исходи, релевантни за засегнатите страни, што може да го намали ризикот за скапите испитувања да не ги покажат очекуваните резултати.



Бенефитите од спроведување на RWE се многукратни и се однесуваат на повеќе засегнати страни, како што е прикажано во табела бр.1 подолу.

Лекари ¹	Здравствени власти (плаќачи на здравствен услуги) ^{1,3}	Пациенти ²	Развој на лекови/регулаторни тела
Проценка на болеста, исходите и усогласеноста со упатствата базирана на реална клиничка практика	Проценка на клиничката вредност и Трошок-ефективноста (економичноста) на интервенциите кај различни популации на пациенти	Проценка на влијанието на интервенциите на симптомите и секојдневниот живот	Проценка на ефикасноста и безбедноста во реалната клиничка практика ^{1,3}

Табела бр.1 – Бенeфити од спроведување на RWE

За нас, како клиничари, исклучително важно е да имаме информации за ефикасноста и безбедноста на третманот

коишто се одраз на секојдневната клиничка практика и особено доколку тоа е базирано на локални искуства. Од таа причина би требало што поактивно да стимулираме и да се вклучуваме во спроведување на ваков тип на испитувања, врз база на чии резултати може да се донесат соодветни одлуки за подобрување на здравствената грижа.

**Науч. сораб. д-р Ирфан Ахмети - ендокринолог
ЈЗУ УК за ендокринологија,
дијабетес и метаболички нарушувања, Скопје
УКИМ – Медицински Факултет Скопје**

Референци:

1. Gliklich & Dreyer (eds). Registries for evaluating patient outcomes: a user's guide. 2nd ed. Rockville, MD: AHRQ, 2010;
2. PatientsLikeMe. Достапно на: <https://www.patientslikeme.com/> (пристапено во февруари 2022);
3. ABPI. Достапно на: <http://www.abpi.org.uk/media/1378/vision-for-real-world-data.pdf> (пристапено во септември 2019)

СО ХУМАНОСТА ДА ГИ ДОНИРААТ ОРГАНИТЕ, ПОДАРЕН ЖИВОТ НА НАЈМАЛКУ ТРОЈЦА ПАЦИЕНТИ

Седма трансплантација на срце од починат дарител во земјава

Направена експлантацијата, а веднаш потоа и трансплантацијата прво на срцето, а потоа и на двата бубрези, а неколку пациенти ќе може да добијат и коскени ткива

На почетокот од 2022 година се изврши трансплантација на срце од починат дарител кај млад пациент што, всушност, претставува седма трансплантација на срце од починат дарител во земјава.

Откако семејството на пациентот кај кого била констатирана мозочна смрт дало согласност за донирање на органите, најпрвин е направена експлантацијата, а веднаш потоа и трансплантацијата прво на срцето, а потоа и на двата бубрези, а неколку пациенти ќе може да добијат и коскени ткива.

„Со нивната хуманост и одлуката да ги донираат органите, ова семејство подари живот на најмалку тројца пациенти, а на нас ни донесе утро полно надеж. И, за тоа сме им бескрајно благодарни. Благодарност и до медицинските тимови од сите клиници вклучени во експлантацијата и трансплантацијата кои неуморно работат“, соопшти Министерството за здравство.



ПРОФЕСИОНАЛЕН СТАВ НА ЗДРУЖЕНИЕТО НА ПЕДИЈАТРИ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

УПОТРЕБАТА НА БИОСЛИЧНИ ЛЕКОВИ ВО ДЕТСКА И АДОЛЕСЦЕНТНА ВОЗРАСТ

Фармаколошката терапија на одредени медицински состојби подразбира употреба на биолошки производи кои се направени или деривирани од живи организми. Значаен дел и од состојбите во детската возраст се лекуваат со употреба на биолошки молекули. Вообичаено, биолошките производи се состојат од протеински молекули произведени по пат на рекомбинантна ДНК технологија. Такви производи се на пример инсулините, хормонот за раст, интерфероните, факторите за коагулација на крвта, вакцините, ензимската заместителна терапија и моноклоналните антитела. Биолошките производи се разликуваат од хемиските лекови. Нивните молекули се поголеми, покомплексни и поразновидни од оние на хемиските лекови. Од таа причина, биолошките производи не може да бидат комплетно копирани.^{1,2,3,4} За разлика од биолошките молекули, хемиските молекули кои имаат релативно едноставна молекуларна структура може да бидат комплетно репродуцирани, резултирајќи со генерички производ.

„Биосимилар или биосличен лек“, е термин којшто се употребува за да ги опише биолошките производи кои се развиени да бидат што е можно последици до оригиналниот (референтен) производ развиен од страна на оригинаторска компанија, по пат на истражувачка дејност.⁴

Постојат битни разлики помеѓу биосличните лекови и генеричките копии на хемиските лекови. Активните супстанции кај генеричките лекови се идентични копии на оригиналниот производ. Додека, пак, кај биосличните лекови, поради комплексноста на биолошките производи и нивниот процес на производство, невозможно е да се направи идентична копија и секогаш ќе постојат мали разлики во молекуларната структура споредено со оригиналната молекула.^{1,2,3,4}

„Биосличен“ е регулаторна ознака и како таква може да има различни дефиниции под различни јурисдикции. Европската агенција за лекови (ЕМА) го дефинира биосличниот производ како “биолошки медицински производ којшто содржи верзија на активната супстанција на веќе одобрен за употреба оригинален биолошки медицински производ (референтен медицински производ)”.⁵ Сличноста треба да се утврди во однос на карактеристиките за квалитет, биолошка активност, безбедност и ефикасност. За биолошки лек со протеин како активна супстанција, секвенцата на аминокиселини на биосличниот лек се очекува да биде иста како и на референтниот производ.⁶ Активната супстанца кај биосличниот лек зависи и од секвенцата на аминокиселини и од структури од повисок ред како што се превиткување на протеинот и пост-транслационски модификации кои финално може да влијаат на безбедноста и ефикасноста на молекулата. На овие структури кај биосличните лекови, во тек на производството, може да влијаат повеќе фактори, дистрибуцијата и процесот на складирање, кои се комплексни и може да резултираат со варијабилност на биосличните лекови.^{7,8} Дури и најмали промени во структурата се смета дека може потенцијално да ја изменат ефикасноста и безбедноста, а особено да направат измени во имуногениот безбедносен профил.

Биолошките молекули, во одредени ситуации, имаат потенцијал да провоцираат несакани имунолошки реакции (имуногеност). Овој потенцијал е предмет на грижа при развојот и одобрувањето на биолошките лекови. Од таа причина, упатствата велат дека имуногеноста на биосличните лекови секогаш мора да се испита.⁹ Потенцијалот да предизвика имунолошка реакција може да се разликува од производ до производ и, се разбира, одговорот со развој на антитела кон лекот кај луѓе не може да се предвиди со студии на животни. Дополнително на компонентите кои се однесуваат на самиот производ, како што се модулација на секвенцата, формулација и агрегација, факторите од страна на пациентот и самата болест, вклучително и генетски фактори, потоа конкомитантната терапија и рутата на администрација исто така може да влијаат на имуногеноста. Битно е да се имаат предвид следниве фактори:

- Протеинските производи, генерално се сметаат за имуногени.
- Клиничките консеквенци од развој на антитела кон лекот варираат од состојби каде што овие антитела немаат клиничко значење, понатаму состојби кајшто водат до намалена ефикасност (неутрализирачки антитела), па сè до состојби кајшто предизвикуваат сериозни клинички компликации.
- Не е можно прецизно да се предвиди формирањето на антитела, иако некои докази говорат во прилог на важност на протеинската секвенца.¹⁰
- Имуногеноста на терапевтските протеини треба да биде евалуирана во клинички студии пред да се поднесе апликација за одобрување на употреба и доколку е потребно и во тек на периодот на надзор по одобрувањето.¹¹

Воведувањето на биослични лекови, исто така, може да резултира со загриженост во однос на меѓусебната заменливост - *interchangibility* (можност на пропишувачите да се префрлуваат помеѓу референтниот и биосличниот производ) или замената - *substitution* (автоматска замена на референтниот производ без согласност на пропишувачите).¹² Можноста за замена на биолошките производи без медицински надзор има важни клинички импликации, бидејќи може да спречи правилно следење на несакани реакции на специфичните биолошки производи, особено ако луѓето постојано се префрлуваат од еден на друг производ. За да се поддржи префрлувањето на биосличен лек, битно е да се воспостави компаративен профил за безбедност на поновиот биосличен производ. А тоа бара не само проценка на безбедноста во програмата за клинички развој пред одобрувањето за употреба, туку и внимателно известување и следење на ретки несакани дејства по пуштање на производот во употреба, што може да стане евидентно со голем број на третирани луѓе. Тековните барања за одобрување на биосличните лекови во Европа не вклучуваат робустен доказ за поддршка на замената. Спротивно на тоа, општиот стандард на докази за замена со биослични производи е утврден со закон според американската

патека за биослични лекови и може да вклучува безбедносни информации од повторени префрлувања и употреба по одобрување на лекот и тие се рефлектирани во издадените упатства на Американската агенција за храна и лекови – FDA.^{13,14} Автоматската замена со биосличен лек ја заменува одлуката на лекарот и затоа не може да ги земе предвид причините за назначување на одреден биолошки лек, како што е историјата на алергиски реакции. Замената, исто така, може да ја занемари добро прифатената потреба за дополнителна обука за ново медицинско помагало за употреба (кај лековите кои се употребуваат со инјекција) што е компатибилно со новиот производ или со дополнително следење на благосостојбата и контролата на болеста. Во Европа, нема централно усвоени критериуми за заменливост или замена; критериумите ги решаваат локалните власти и затоа може да се разликуваат од една до друга земја.^{15,16}

Биосличните лекови може да најдат примена и во детската и адолесцентната популација. Еден од првите примери за употреба на биослични лекови воопшто, е хормонот за раст кој присутен на пазарот од 2006 год. Исто така, постојат биослични лекови што се користат кај онколошките и ревматолошките заболувања кај оваа популација, како што се филграстим и инфлексимаб (моноклонално антитело) соодветно. Во последниве години, актуелна е и употребата на биосличен инсулин, иако искуствата во детска и адолесцентна возраст се сè уште скромни.

Употребата на биослични лекови за третман на ендокринолошки заболувања, како што се нарушувањата на растот и дијабетесот, особено внимателно треба да биде евалуирана, земајќи предвид дека се работи за хронична, долготрајна, а за одредени состојби и доживотна терапија.

Хормонот за раст е клучен хормон одговорен за постнаталниот раст, развој и чувство на здравје кај децата. Тој ја регулира и телесната структура и метаболизмот, нивото на енергија, како и емотивниот статус (во негово отсуство се јавува депресија). Се произведува со ДНК рекомбинантна технологија во живи клетки и бара строга контрола во текот на пурификацијата за да се постигне познатата ефикасност и безбедност за употреба. Која било варијација во целиот процес на синтезата и формулацијата може да резултира со производ кој физичко-хемиски ќе биде сличен на оригиналниот, но суптилно ќе се разликува во фармакокинетиката, фармакодинамиката и другите карактеристики.¹⁷ Од тие причини ЕМА и FDA имаат издадено строги упатства што мора да се почитуваат за да се добие одобрение за биосличен хормон за раст.^{18,19} Кога се споредуваат хормоните за раст од различни компании, пропишувачите на терапија треба да ги земат предвид различните фактори како производство, чистина, формулација, сигурност на набавка и други фактори коишто може да имаат влијание врз ефикасноста, безбедноста и толерабилноста. Предноста на биолошките оригинаторски видови хормони за раст е што покрај сите мерки околу производството, безбедноста и ефикасноста нивната долготрајна (повеќедецениска) употреба разреши голем дел од имуногеноста, се продуцираа начини за прецизно аплицирање и контрола на апликацијата, се проверија и долготрајните ефекти кај различни индикации. Така, многубројни студии ги прецизираа точните дози на хормонот за раст за различни одобрени индикации (хипопитуитаризам, Тарнеров синдром, деца мали за гестаиската возраст, деца со хронична ренална инсуфициенција и сл.). За вакви податоци кај биосличните лекови ќе биде потребно подолго време и поради тоа голем број од лекарите преферираат да пропишуваат лекови со познати и докажани ефекти на долг рок.¹⁷ Деклерк и соработниците анализираа голем број публикации врзани со

биосличниот хормон за раст и во својот труд заклучуваат дека валидноста на тековните критериуми за споредливост и заменливост на биосличните лекови и нивните референтни производи останува контроверзна.⁷ Тие сметаат дека се потребни долгорочни клинички истражувања и систематско следење на ефикасноста и толерабилноста на биосличниот хормон за раст за сите индикации. Покрај тоа, медицинско-економското опкружување на лекарите треба да им овозможи да донесат слободна и информирана одлука за видот на хормон на раст што ќе се пропише.

Инсулиноот е хормон од животното значење за децата и адолесцентите со дијабетес (во најголем дел тип 1) кој мора секојдневно и доживотно да биде супституиран. И за биосличните инсулини како и за хормонот за раст постои строга регулатива.²⁰ Но, исто така, и за овие производи важат и многуте предизвици поврзани со употребата на биосличните лекови. И мала варијација во однос на ефикасноста на биосличниот инсулин може да биде проследена со несоодветен клинички одговор или несакани реакции, особено хипогликемии. Терапевтскиот прозорец кај инсулините е тесен и точноста од нивно дозирање во голема мера е зависна од формулацијата и квалитетот на помагалото за администрација. Дополнително на тоа, бидејќи комбинацијата на инсулин и помагало може да варира значително во однос на карактеристиките за дозирање, не може да се претпостави дека биосличниот инсулин би бил компатибилен со соодветното помагало за администрација. На пример, патроните, шприцовите, пенкалата за повеќекратна или за еднократна употреба и пумпите, мора да бидат тестирани со секоја инсулинска формулација и концентрација која би се употребувала. Од таа причина и ЕМА бара компатибилноста со помагалото да се демонстрира.²¹⁻²³

Поради сето горенаведено, ние како професионално Здружение чија основна цел е одржување и унапредување на здравјето на децата и адолесцентите, сметаме дека употребата на биослични лекови кај оваа популација треба да биде контролирана и базирана на следниве наши професионални ставови:

1. Замена (автоматска замена) на оригиналниот со биосличен лек без консултација на лекар е неприфатлива. Ова ја подразбира можноста при подигнување на пропишаната терапија на пациентот истата да му биде заменета во аптека со биосличен лек без консултација со лекар. Исто така, подразбира планирање на јавните набавки на начин што при планирање на количините се смета дека одредена група пациенти автоматски би биле заменети со биосличниот лек. При специфицирање на потребите за набавка исклучително е важно да се одвојат засебно потребите за оригинален и за биосличен лек со цел, одбегнување на можноста за автоматска замена. Сметаме дека клиничките консеквенци од ваквата замена може да бидат поголеми од евантуалната економска добивка со набавка на биосличниот лек и од таа причина сметаме дека кај ниту еден пациент терапијата не треба да биде автоматски заменета без консултација со соодветниот лекар.

2. Со цел да се направи соодветна диференцијација помеѓу оригиналниот и биосличниот лек, покрај меѓународното незащитено име на лекот (INN) да се користи и заштитеното име или во случај на јавни набавки соодветна ознака (О и Бс). Со ова би се одбегнала конфузија во однос на употребата и би се овозможила соодветна следливост на ефикасноста и безбедноста на оригиналниот и биосличниот лек поединечно.

3. Употреба на биосличен лек со медицинско помагало во комбинација која не е тестирана и проверена за квалитет, безбедност е ефикасност е неприфатлива. Прецизноста во дозирањето

Медицина

е од исклучително значење, особено во детската возраст каде што и мали отстапувања може да предизвикаат значајни клинички проблеми (намалена ефикасност или безбедност) и од таа причина е многу важно секој биолошки лек кој се употребува со медицинско помагало да биде тестиран за употреба со конкретното помагало.

4. Употреба на биосличен лек за индикации за кои е одобрен оригиналниот лек, но за биосличниот не постојат директни тестирања и докази, односно автоматски пренос на индикациите – екстраполација, не е прифатлив. Биосличноста на лекот во однос на оригиналниот лек при одредена индикација не преставува гаранција дека и при друга одобрена индикација на оригиналниот лек биосличниот лек би ги имал посакуваните ефекти и безбедносен профил. За таа цел е потребно биосличниот лек да биде тестиран за секоја индикација засебно.

5. Следењето на несакани реакции од употребата на оригиналниот и биосличниот лек треба да се одвива засебно, со јасна идентификација на соодветниот лек, согласно ставот од точка 2 и дополнително бележење на соодветниот сериски број.

6. Пациентите, односно нивните родители/старатели, мора да бидат соодветно информирани на транспарентен начин при промена или воведување на терапија со биосличен лек за сите карактеристики на производот и можните ризици од употребата. Употребата на овој лек да се овозможи само по добиена писмена информирана согласност од пациентот, односно родителот/старателот.

7. Имајќи ја сериозноста и комплексноста на ендокринолошките заболувања, посебно кај педијатриската популација, неопходно е донесување на Национално упатство за билислични лекови со прецизно дефинирани информации кои ќе бидат содржани во информираната согласност од пациентот, односно родителот/старателот.

Здружението на педијатри на Р С Македонија континуирано ги следи сите трендови во лекувањето и ја поддржува секоја иницијатива за зголемување, но пред сè за подобрување на можностите за терапија на децата и адолесцентите во нашата земја. Од тој аспект сметаме дека секој лек чија ефикасност и безбедност е потврдена со солидни научни докази треба да го најде своето место во клиничката употреба кај нас. Истовремено, свесни сме дека лимитираниот здравствен буџет претставува сериозен предизвик и неопходно е изнаоѓање на начини за овозможување на подостапни терапевтски опции. Но, апелираме дека ултимативна цел треба да биде здравјето и безбедноста на децата и истото не треба да биде компромитирано исклучиво поради економски бенефит. Здравјето на нашите деца нема цена.

**Здружение на педијатри на
Република Северна Македонија**

КОРИСТЕНА ЛИТЕРАТУРА:

1. EuropaBio & Biosimilar Medicines
http://www.europabio.org/positions/Healthcare/biosimilar_factsheet_December_2008.pdf
2. McKinnon, R. A., Biosimilars are not (bio)generics. Aust. Prescr. 2009, 32 (6), 146-147
3. Kresse, G. B., Biosimilars - Science, status, and strategic perspective. Eur. J. Pharm. Biopharm. 2009, 72 (3), 479-486
4. EMA: Questions and Answers on biosimilar medicines (similar biological medicinal products)
http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Medicine_QA/2009/12/WC500020062.pdf

5. European Medicines Agency. Guideline on Similar Biological Medicinal Products. October 2014.

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2014/10/WC500176768.pdf Пристапено во јануари 2021.

6. European Medicines Agency. Guideline on Similar Biological Medicinal Products Containing Biotechnology-Derived Proteins as Active Substance: Quality Issues (revision 1). May 2014.

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2014/06/WC500167838.pdf Пристапено во јануари 2021.

7. Declerck PJ, Darendeliler F, Goth M, Kolouskova S, Micle I, Noordam C et al. Biosimilars: controversies as illustrated by rhGH. Curr Med Res Opin 2010; 26: 1219-1229.

8. Van de Vooren K, Curto A, Garattini L. Biosimilar versus generic drugs: same but different? Appl Health Econ Health Policy 2015; 13: 125-127.

9. EMEA/CHMP/BMWP/42832/2005 Guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: Non-clinical and clinical issues. 22 February 2006

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003920.pdf. Пристапено во јануари 2021..

10. Hai, S., McMurry, J. A., Knopf, P., Martin, W., De Groot, A. S. Immunogenicity screening using in silico methods: Correlation between T-cell epitope content and clinical immunogenicity of monoclonal antibodies. In An, Z. and Strohl, W.R., ed. Therapeutic Antibodies: from Theory to Practice. New York, New York: John Wiley and Sons; 2008.

11. EMA/CHMP/BMWP/86289/2010 Guideline on immunogenicity assessment of monoclonal antibodies intended for in vivo clinical use. 24 May 2012

http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2012/06/WC500128688.pdf. Пристапено во јануари 2021.

12. Dowlat HA, Kuhlmann MK, Khatami H, Ampudia-Blasco FJ. Interchangeability among reference insulin analogues and their biosimilars: regulatory framework, study design and clinical implications. Diabetes Obes Metab 2016; 2016 18: 737-746.

13. US Food and Drug Administration. Considerations in Demonstrating Interchangeability with a Reference Product: Guidance for Industry. May 2019. <http://www.fda.gov/ucm/groups/fdagov-public/@fdagov-drugs-gen/documents/document/ucm537135.pdf> Пристапено во јануари 2021..

14. US Food and Drug Administration. Guidance for Industry: Postmarketing Safety Reporting for Human Drug and Biological Products Including Vaccines. Available at <http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/Vaccines/ucm092257.pdf> Пристапено во јануари 2021..

15. Tsiftoglou AS, Ruiz S, Schneider CK. Development and regulation of biosimilars: current status and future challenges. BioDrugs 2013;27: 203-211.

16. Owens DR, Landgraf W, Schmidt A, Bretzel RG, Kuhlmann MK. The emergence of biosimilar insulin preparations – a cause for concern? Diabetes Technol Ther 2012; 14: 989-996.

17. Kochova M. Биослични (biosimilar) хормони-карактеристики и предизвици. Vox Medici, број 87, јуни 2015

18. EMA Biosimilar guidelines, http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/regulation/general/general_content_000408.jsp&menu=menus/regulations/regulations.jsp&mid=WC0b01ac058002958c. Пристапено во јануари 2021

19. EMA Similar medicinal products containing somatropin (Annex to guideline on similar biological medicinal products containing biotechnology-derived proteins as active substance: non-clinical and clinical issues) <https://www.ema.europa.eu/en/similar-medicinal-products-containing-somatropin-annex-guideline-similar-biological-medicinal> Пристапено во јануари 2021

20. EMA Non-clinical and clinical development of similar biological medicinal products containing recombinant human insulin and insulin analogues <https://www.ema.europa.eu/en/non-clinical-clinical-development-similar-biological-medicinal-products-containing-recombinant-human> Пристапено во јануари 2021

21. Krämer, I., Sauer, T. The new world of biosimilars: what diabetologists need to know about biosimilar insulins. Br. J. Diabetes Vasc. Dis. 2010, 10 (4), 163-171.

22. EMEA/CHMP/QWP/178621/2004 Guideline on the suitability of the graduation of delivery devices for liquid dosage forms. 18 February 2005 http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009/09/WC500003660.pdf. Пристапено во јануари 2021.

23. International Organization for Standardization. Pen-injectors for medical use. Part 1: Pen-injectors. Requirements and test methods (ISO 11608-1:2000). Geneva: ISO, 2000.

VB варијанта: Што знаеме за новиот силно вирулентен сој на ХИВ пронајден во Холандија

Списанието 'Science' го објави откритието на нов сој на ХИВ. Новата VB варијанта е пронајдена во Холандија од истражувачите на Универзитетот во Оксфорд.

VB варијантата на ХИВ е повирulentна и поконтагиозна, но модерните третмани се ефикасни против овој сој, бидејќи лицата со оваа варијанта имаат слично заздравување на имуниот систем и преживување како оние со другите варијанти на ХИВ, поради што научниците сметаат дека нема причина за аларм. Тие веруваат дека тоа што сега се нарекува 'VB варијанта' циркулира уште од доцните 1980-ти години.



Која е разликата помеѓу VB варијантата и другите ХИВ варијанти?

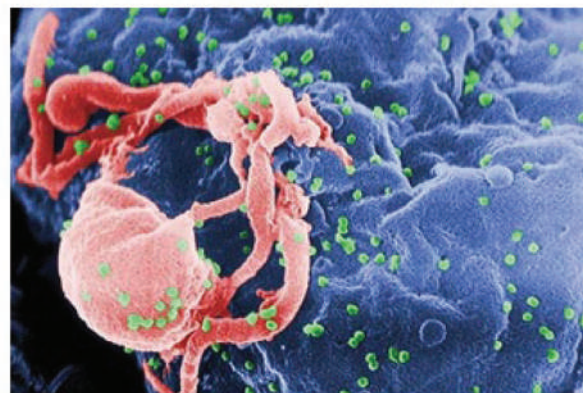
Лицата инфицирани со новата VB варијанта пред третманот покажувале значајни разлики во споредба со оние инфицирани со други варијанти на ХИВ. Тие имале 3.5 - 5.5-пати повисоко ниво на вируси во крвта, односно поголемо вирусно оптоварување. Освен тоа, ратата на намалување на CD4 клетките – главната карактеристика на оштетувањето на имуниот систем од ХИВ – се јавувало двапати побрзо кај лицата со варијантата VB, поради што имале зголемен ризик за многу побрзо да развијат СИДА. Тие, исто така, покажале зголемен ризик за пренос на вирусот на други лица.

Како истражувачите ја откриле варијантата VB?

Варијантата VB за првпат била идентифицирана кај 17 ХИВ позитивни пациенти од проектот BEENIVE, една студија во тек, која собира примероци од цела Европа и Уганда. Бидејќи 15 од пациентите доаѓале од Холандија, истражувачите анализираше податоци од една кохорта од над 6700 ХИВ позитивни лица од Холандија и со тоа биле идентифицирани дополнителни 92 лица од сите региони на Холандија со иста варијанта, така што вкупната бројка се искачила до 109.

Лицата со VB варијантата покажале типични карактеристики за луѓе кои живеат со ХИВ во земјата во однос на возраста, полот и претпоставениот начин на трансмисија. Истражувачите велат дека ова укажува дека зголемената преносливост на VB варијантата се должи повеќе на особините на самиот вирус, отколку на карактеристиките на луѓето со

ХИВ се залепува за клетката



вирусот. Нивната работа ја поткрепува теоријата дека вирусите може да еволуираат и да станат повирulentни, идеја за која нашироко се претпоставувало, но за која има само неколку примери во реалниот живот. Делта COVID-19 варијантата е еден друг скорешен пример за тоа.

Што треба сега да се направи?

“Нашите наоди ја истакнуваат важноста на упатството на Светската здравствена организација (СЗО) за тоа дека лицата со ризик да се заразат со ХИВ треба да имаат пристап кон регуларно тестирање за да се овозможи рана дијагноза, следено со третман веднаш” – рече Christophe Fraser, сениор автор на истражувањето и професор на Институтот за обемни податоци при Универзитетот во Оксфорд и Нјуфилд, Одделението за медицина.

“Со ова се ограничува времето во кое ХИВ може да го оштети имуниот систем на заразеното лице и да го загрози неговото здравје. Тоа, исто така, обезбедува колку што е можно побрзо да биде супресиран ХИВ, што ја спречува трансмисијата на други лица,” додава тој.

Кога лицата кои живеат со ХИВ се на регуларен третман, се намалува количината на вирусот во нивното тело до недефективно ниво и нема никаков ризик да го пренесат вирусот на други; истражувачите велат дека тоа е сè уште случај и со новооткриената варијанта.

Но, темпото на тестирање на ХИВ се намали речиси униформно ширум светот во последните две години и помалку луѓе кои живеат со ХИВ го започнале лекувањето во 2020 во 40 од 50 земји кои даваат извештаи до UNAIDS, заеднички програм на Обединетите нации за ХИВ и здруженијата за поддршка на болни од СИДА. Пандемијата со COVID-19, во многу земји направи средствата да се пренаменат и со тоа особено жестоко беа засегнати местата за тестирање за сексуално преносливите болести и ХИВ. На удар, исто така, беа сервисите за превенција на инфекцијата со ХИВ. Според

извештајот на UNAIDS, во 2020 година, сервисите за намалување на штетата од ХИВ за лицата кои користат дрога биле со нарушена функција кај 65% од 130 земји кои се истражувани.

Во Европа во 2020 година, и покрај потенцијалот за намалено дијагностицирање и намалено известување, дијагностицирани се 104.765 нови ХИВ инфекции во 46 од 53 земји кои припаѓаат на СЗО - европски регион, вклучувајќи ги 14.971 случаи од земјите на Европската унија/Европска економска зона.

Глобално, ХИВ засега 38 милиони луѓе и предизвика над 33 милиони смртни случаи.

Нееднаквост во третманот

И покрај фактот дека нема докажан третман за ХИВ, кога се гледа глобално, има големи проблеми поради нееднаквоста. Некои земји имаат направено значаен напредок во борбата против ХИВ, покажувајќи што сè е возможно да се направи. Но, појавата на нови ХИВ инфекции не се намалувала доволно брзо на глобален план за да се запре пандемијата.

имајќи 1.5 милиони нови ХИВ инфекции во 2020 и со растечки рати на ХИВ инфекции во некои земји. Инфекциите, исто така, ги следат линиите на нееднаквост.

Шест од седум нови инфекции меѓу адолесцентите во суп-сахарска Африка се јавуваат кај млади девојки. Ширум све-тот, геј мажките и другите мажи кои имаат сексуални односи со мажи, сексуалните работници и луѓето кои користат дрога, се соочуваат со 25 до 35-пати поголем ризик да се здобијат со ХИВ.

Со цел да се намалат овие ризици, UNAIDS има пет главни столба за подобрување на на превенцијата на ХИВ: програми за адолесцентни девојки, млади жени и нивните машки партнери во опкружувања со висока ХИВ инциденца, дистрибуција на кондоми и програми за со тоа поврзаните промени во однесувањето, доброволна медицинска циркумцизија кај мажите и профилакса пред експозиција, позната како PrEP, лекови кои луѓето може да ги земат за да спречат да се заразат со ХИВ.

Избор и подготовка: Проф.д-р Катица Зафировска

ГАНГЛИОН – СКОПЈЕ, МАКЕДОНСКО НЕВРОЛОШКО ЗДРУЖЕНИЕ, ЗДРУЖЕНИЕТО НА ПЕДИЈАТРИТЕ
НА МАКЕДОНИЈА И ЗДРУЖЕНИЕТО НА ФИЗИЈАТРИ НА МАКЕДОНИЈА ДОНЕСОА

ПРВ НАЦИОНАЛЕН КОНСЕНЗУС ЗА ДИЈАГНОЗА, ТРЕТМАН И СЛЕДЕЊЕ НА СПИНАЛНА МУСКУЛНА АТРОФИЈА КАЈ НАС

Во март 2022 година, за првпат во државата е донесен Национален консензус за дијагноза, третман и следење на спинална мускулна атрофија, како официјален стручен документ на македонски јазик. Иницијативата за донесувањето на Консензусот ѝ припаѓа на Националната алијанса за невромускулни заболувања и невронаука ГАНГЛИОН Скопје, младо стручно невладино здружение кое се залага за едукација на здравствениот персонал од перспектива на невромускулните заболувања. Благодарение на поддршката и соработката со Македонското невролошко здружение, Здружението на педијатрите на Македонија и Здружението на физијатрите на Македонија оваа идеја успешно се реализира. Документот се состои од 32 страници во кои се опфатени неколку поглавја: поим, патогенеза, клинички карактеристики и дијагноза на спинална мускулна атрофија (СМА). Посебно внимание е посветено на фармаколошкиот третман, локално достапните лекови nusinersen и risdiplam како и генската терапија, onasemnogene APOB10, којашто сè уште не е достапна како терапевтски модалитет во РС Македонија. Останатите подрачја на кои се темели овој Консензус се: физикалната терапија и медицинска рехабилитација, лекување на гастроинтестиналните нарушувања и нарушувања при голтањето кај пациенти со спинална мускулна атрофија, респираторната нега, како и итните состојби кај овие пациенти. Овој документ е корисна алатка за сите лекари инволвирани во менаџментот на пациенти со СМА и истиот е достапен на web - страницата на Националната алијанса ГАНГЛИОН, а секој новитет во областа на СМА ќе биде навремено евидентиран во истата.



Слика 1.
Алгоритам за
дијагностика на спинална мускулна атрофија

Националниот консензус, како документ, за првпат е изработен од страна на четири стручни здруженија. Истиот беше презентираан од страна на доц. д-р Иван Барбов на последниот виртуелен стручен состанок организиран од ГАНГЛИОН - Скопје. Голем придонес во изработка на овој документ дадоа авторите: доц. д-р Иван Барбов, проф. д-р Аспазија Софијанова, проф. д-р Драгана Петровска Цветковска, доц. д-р Валентина Коевска, д-р Гоце Калцев.

Доц. д-р Иван Барбов,
ЈЗУ УК за неврологија, Скопје
Претседател на Националната алијанса за
невромускулни заболувања и невронаука
ГАНГЛИОН - Скопје

ХИРУРГИЈА НА ЛИЦЕ, ВИЛИЦИ И ВРАТ MAXILLOFACIAL SURGERY



Проф. НАУМОВСКИ



 krunams.com.mk

 krunams@t.mk

 02 3166 919

 071 266 919

ГТЦ, Кеј 13 Ноември 2/2 Скопје

Ривароксабан во превенција на мозочен удар кај пациенти со атријална фибрилација

Атријалната фибрилација претставува најчеста срцева аритмија со инциденција од 4 на 1000 луѓе кај општата популација. Истата, значајно се зголемува со возраста, особено над 80-та година. Навремениот третман со орални антикоагуланси сигнификантно го намалува ризикот од исхемичен мозочен удар кој е всушност во просек е петпати поголем кај пациентите со атријална фибрилација. Од друга страна, 20-30% од мозочните удари се директна последица на атријалната фибрилација. Оттаму произлегува значајноста на раното откривање, преку нагласен скрининг и третман со новите антикоагуланси во намалување на последиците од АФ. Новите водичи за превенција на мозочен удар кај пациенти со АФ од 2021 г. даваат целосен осврт за индикациите за третман со новите директни Ха инхибитори и клиничките сценарија при третманот.

“Ривароксабанот”, како претставник на новата генерација антикоагуланси, е фундамент во превенцијата на тромбоемболични компликации кај пациенти со АФ и е подобра опција за адекватна орална антикоагулација во споредба со Вит. К антагонистите, односно “Варфаринот”. Тој демонстрира висока и долгорочна безбедност со следниве предности:

- Висока ефикасност и редукција на севкупната смртност преку:
 - редукција на мозочен удар/системски емболизам за 19% во споредба со “Варфарин”,
 - редукција на мајорни крварења (особено интракранијалните крварења) за 20% во споредба со “Варфарин”.

- Поадекватна антикоагулација vs “Варфарин” поради неможноста за адекватна антикоагулација со Вит. К антагонисти и низок ТТР 52%-65%;

- Предвидлива фармакокинетика: рапиден почеток на дејство, краток полуживот, пократко време до постигнување на терапевтска антикоагулација, рапидна елиминација после прекинување на лекот.

Карактеристики на “Ривароксабан”

- Директен Ха инхибитор;
- Биорасположливост 66-100% во зависност од исхрана;
- Пик на дејство 2-4 часа;
- Полуживот 5-9 часа кај помлади, 11-13 часа кај повозрасни;
- Ренален клиренс 35%, клиренс преку црниот дроб 65% преку CYP3A4, CYP2J2.

Кај кои пациенти даваме “Ривароксабан”?

Тоа се пациенти со невалвуларна атријална фибрилација кај кои е исклучено постоењето на умерена до тешка митрална стеноза. Кај пациентите кои имаат механичка протетична валвула и оние со краен степен на бубрежна болест т.е. дијализа, лек од избор останува Вит. К антагонист “Варфарин”. Проценката за давање на “Ривароксабан” се должи на проценка за ризикот од исхемичен мозочен удар и ризикот за крварење т.е. CHA2DS2-VASc score и HAS-BLED score.

CHA2DS2-VASc score ≥ 2 кај мажи, ≥ 3 кај жени	Class I индикација
CHA2DS2-VASc score 1 кај мажи, 2 кај жени	Class IIa индикација

- Повторна проценка на ризикот после 4-6 месеци од иницијалната-IIa класа;
- Монотерапија со антиагрегационен лек не треба да се користи за превенција на мозочен удар кај АФ пациенти-IIIa класа.

CHA2DS2-VASc score à Проценка на ризик од исхемичен мозочен удар

C (congestive heart failure, конгестивна срцева слабост);

H (hypertension, хипертензија);

A (age, возраст ≥ 75 години);

D (diabetes mellitus т.е.гликемија на гладно > 7 mmol/L или третман со орални хипогликемици и/или инсулин);

S (stroke, претходен мозочен удар, ТИА или системски емболизам);

V (vascular disease, васкуларна болест вклучувајќи миокарден инфаркт, атеросклеротична плака на аорта, периферна артериска болест);

A (age, возраст 65-74 години);

Sc (sex, женски пол).

HAS-BLED score à Проценка на ризик од крварење

H (hypertension, Систолен КП ≥ 160 mm Hg),

A (abnormal, патолошка бубрежна и хепатална функција, билирубин 2x нормален; AST,ALT 3x нормален,по еден бод),

S (stroke, мозочен удар),

B (bleeding, крварење),

L (labilen INR; time in therapeutic range $< 60\%$),

E (elderly, возраст > 65 години),

D (drugs, лекови предиспонирачки за крварење, алкохол > 8 единици неделно, по еден бод).

- HASBLED score ≥ 3 значи висок ризик од крварење;

• HASBLED score-от е динамичен и модифицирачки, односно истиот не е фактор за одбегнување терапија со “Ривароксабан”, туку поттик за модифицирање на ризикот, поголема внимателност и пофреквентни контроли. Проценетиот ризик од крварење без апсолутни контраиндикации за орален антикоагуланс не е сам по себе одлучувачки фактор за одлука/третман со ОАК. Затоа, користи го овој ризик скор соодветно и одговорно!

Дозирање на Ривароксабан

Препорачана доза е 20 мг “Ривароксабан”/ден, навечер со оброк поради поголема биорасположливост. Пред давање на лекот, секогаш се проценува бубрежната функција т.е.креатинин клиренс-от. Намалување на дозата е препорачано кај пациенти со влошена бубрежна функција, односно CrCl 30-49ml/min умерена/CrCl 15-29 ml/min тешка бубрежна слабост и дозата е 15 мг “Ривароксабан”/ден. Кај пациентите со ESRD, odnosno краен степен на бубрежна слабост/дијализа лек од избор е Вит. К антагонист “Варфарин”. Неадекватното намалување на дозата го зголемува ризикот од исхемичен мозочен удар.

Интеракција со лекови

Метаболизирањето на “Ривароксабан”-от е главно преку P-glycoprotein I CYP3A4. Лековите што се користат во терапијата кај пациенти со коморбидитети, а го користат истиот пат на метаболизирање може да влијаат на плазма нивото и елиминацијата на “Ривароксабан”-от. Затоа е препорачано одбегнување на вземена употреба (поголема внимателност) со “Дронедароне”, “Рифампицин”, ХИВ протеаза инхибитори, “Итраконазол”, “Кетоконазол”, “Дексаметазон”.

Клинички сценарија и “Ривароксабан”

- Switch терапија-пациенти кои веќе се на третман со Вит.К антагонисти и не се добро контролирани, односно кои имаат неадекватен ТТР $< 65\%$ /1 вредност на ИНР над 8 или 2 вредности на ИНР над 5/2 вредности на ИНР под 1.5 во последните 6 месеци, може да се префрлат на терапија со “Ривароксабан” кога ИНР < 2.5 .

- Пациенти со атријална фибрилација за кардиоверзија

При селективна кардиоверзија кај АФ пациенти се препорачува ефективна антикоагулација со “Ривароксабан”, три недели пред кардиоверзија и минимум четири недели по кардиоверзија (Ib класа). Трансезофагеалната ехокардиографија е алтернатива за перипроцедурална антикоагулација за да се исклучи тромб во лева преткомора/аурикула кога се планира рана кардиоверзија, односно АФ трае < 48 часа. Долгорочната антикоагулација со “Ривароксабан” не зависи од типот на кардиоверзијата (електрична или фармаколошка) т.е. рана/планирана кардиоверзија и се базира само на ризикот од мозочен удар CHA2DS2-VASc score.

- Пациенти со атријална фибрилација за аблација на пулмонални вени

Кај пациенти со АФ кои примаат редовно “Ривароксабан” и се планирани за аблација на пулмонални вени (3Д мапинг систем или криоаблација), не се препорачува прекин на “Ривароксабан”-от (Ib класа). Перипроцедуралниот switch со ниско-молекуларен хепарин, односно “Епохарагин” не само што го зголемува тромбоемболичниот ризик туку го зголемува и ризикот од крварење. Најголем бенефит покажа стратегијата на непрекинатата антикоагулација со НОАК “Ривароксабан” и АСТ (activated clotting time)-водена хепаринизација за време на интервенцијата.

- Пациенти со атријална фибрилација и акутен коронарен синдром/Перкутана коронарна интервенција

Препорачано е тројна терапија АСА/“Клопидогрел”/НОАК. Кај некомплицирани ПЦИ се прекинува АСА на 7-от ден и се продолжува со двојна терапија “Клопидогрел”/“Ривароксабан” во траење од 12 месеци. Кај комплицирана ПЦИ со висок ризик од instant тромбоза, тројната терапија АСА/“Клопидогрел”/“Ривароксабан” се препорачува до еден месец кога се прекинува АСА и се продолжува со “Клопидогрел”/“Ривароксабан” во траење од 12 месеци.

- Пациенти со животозагрозувачко крварење на “Ривароксабан”

Се дава антидот на Ха инхибитор “Andexanet alfa” и PCC 50 U/kg (prothrombin complex concentrate). Дозирањето на “Andexanet alfa” е следно: интравенски болус 15-30 минути следено со два часовна инфузија. Доколку последната доза на “Ривароксабан” е земена во период повеќе од 7 часа, се дава болус од 400 мг со 480 мг инфузија (4 мг/мин). Во случај кога последната доза на “Ривароксабан” е земена во период помал од седум часа, се дава 800 мг болус со инфузија 960 мг (8мг/мин).

- Пациенти со мајорно гастроинтестинално крварење на “Ривароксабан”

Повторното иницирање на “Ривароксабан” треба да се базира на проценката за поголемиот ризик од мозочен удар vs ризикот од рекурентно ГИТ крварење и обично е меѓу 4-от и 7-от ден. Кај пациенти над 75 години и состојба после мајорно гастрично крварење лек од избор е Вит.К антагонист или “Арихабан”.

- Пациенти со акутен исхемичен мозочен удар на “Ривароксабан”

Препорачано е започнување со “Ривароксабан” меѓу 3-от и 14-от ден после акутниот исхемичен настан, т.е. зависно од степенот на невролошкиот дефицит со претходно исклучување на хеморагична трансформација на мозочниот удар докажана со КТ на мозок. Во вакви околности може да се продолжи со тромболиза, доколку од последната доза на “Ривароксабан” поминале > 48 часа.

- Алтернатива на “Ривароксабан”/НОАК кај пациенти со многу висок ризик од крварење

Во услови на висок ризик од мозочен удар/крварење кај пациенти со АФ кои не можат да примаат “Ривароксабан”/НОАК се препорачува хируршка експизија на левата аурикула (засдно со примарната интервенција CABG/MVR) или поставување на оклудер на левата аурикула LAOO-Watchman/Amplatzer.

Д-р Дејан Ристески
Супспецијалист кардиолог - електрофизиолог
ЈЗУ Клиника за кардиологија,
Оддел електростимулација и електрофизиологија



Заштитени од непредвидливото



Достапен ривароксабан за редукција на мозочен удар

Терапевтски индикации и дозирање: Превенција на мозочен удар и системска емболија: Препорачана доза е 20 mg еднаш дневно, што е исто така и максимална препорачана дневна доза. Третман на длабока венска тромбоза (ДВТ), третман на пулмонална емболија (ПЕ) и превенција на повторливи ДВТ и ПЕ: Препорачана доза за почетен третман на акутни ДВТ или ПЕ е 15 mg два пати на ден во првите три недели, проследена со доза од 20 mg еднаш дневно за континуиран третман и превенција на повторливи ДВТ и ПЕ. Кога е индицирана подолготрајна терапија за спречување на повторливи ДВТ и ПЕ

(по завршување на најмалку 6 месеци терапија за ДВТ или ПЕ), препорачана доза е 10 mg еднаш дневно.

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: **Xerdoxo 10 mg** – 11-7841/2; **Xerdoxo 15 mg** – 11-7840/2; **Xerdoxo 20 mg** – 11-7843/2. Решенијата се со важност од 01.12.2020 год. Начин на издавање – Лекот може да се издава во аптека само на рецепт. Наведените информации се само за здравствени работници.

КРКА - 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.

Комерцијален итекст

ДЕБЕЛИНАТА НЕ Е ПРОБЛЕМ КОГА СЕ ИМА СООДВЕТЕН ЛЕК - Saxenda®

Обезноста е комплексна хронична метаболна болест (класифицирана по МКБ -10 со кодот E66) којашто, за жал, зафаќа епидемски размери. Епидемиолошките студии ја дефинираат обезноста користејќи го индексот на телесна маса - body mass index (BMI; тежина/висина²), којшто може да ги стратифицира здравствените ризици поврзани со обезноста. **Обезноста** е болест која се дефинира кога BMI ≥ 30 kg/m². Истата се супекласифицира во **класа 1** (30-34,9), **класа 2** (35-39,9) и **класа 3** (>40). Изразената адипозност може да стане дисфункционална и може да доведе до повеќе здравствени ризици и компликации поврзани со неа



Слика 1- компликации поврзани со обезност

(слика 1). Дополнително на тоа, обезноста е голем ризик фактор за развивање на тешка форма на болеста COVID-19 при инфекција со SARS-Cov-2 вирусот.

Доколку сегашниот начин на живот продолжи во иднина, проекцијата е дека во 2030 година 60% од светската популација, односно 3,3 милијарди луѓе би можеле да бидат со зголемена телесна тежина (2,2 милијарди) или, пак, обезни (1,1 милијарда)¹. 62,7% од мажите и 48,4% од жените во Македонија се со зголемена телесна тежина, а 19,6% и 17,2% соодветно се обезни.²

Менаџирањето на обезноста подразбира следење на препораките за третман на обезноста и тоа - **бихејвиорални промени, фармаколошка терапија и баријатрична хирургија**.^{1,3} Секако, прво и основно е промени во начинот на исхрана кај **обезните пациенти - диететски режим. Физичката активност** е многу важна компонента во програмот за губиток на телесна тежина и тоа, секако, во комбинација со **калориска редукција**. Неколку студии рапортираат дополнителен

	BMI 25-34.9 kg/m ²	BMI 35-39.9 kg/m ²	BMI 40-44.9 kg/m ²	BMI 45-49.9 kg/m ²	BMI ≥ 50 kg/m ²
Баријатрична хирургија	+	+	+	+	+
Фармаколошка терапија	+	+	+	+	+
Бихејвиорални промени	+	+	+	+	+
Сите лица, независно од телесната тежина и компликацијата имаат корист од здравна, добро избалансирана исхрана и физичка активност.					

Слика 2 – скалест пристап за менаџмент на обезност³

бенедит од комбинација на физичка активност и калориска редукција во редукција на телесната тежина во компарација само со диететски мерки. **Фармаколошкиот третман** треба да биде стратегија во третманот на обезноста. Тој ќе помогне во намалување на здравствените ризици поврзани со обезноста и во подобрување на квалитетот на живот. Исто така, го превенира развојот на коморбидитетите (пр. дијабетес мелитус тип 2). **Баријатричната хирургија** е последна мерка во скалестниот пристап за менаџмент на обезноста (слика 2).

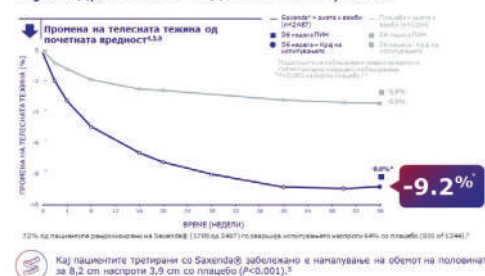
Liraglutide 3.0 mg, со заштитено име **Saxenda®** (Саксенда®) е, за сега, единствениот GLP-1 (glucagon like peptid, пептид сличен на глукгононот) рецептор агонист во нашата земја, којшто е одобрен од ЕМА и FDA за **третман и менаџмент на прекумерна телесна тежина и обеситас**. Индициран е за намалување на тежината кај пациентите со BMI ≥ 30 kg/m² или кај пациенти со BMI ≥ 27 kg/m², а ≤ 30 kg/m² во случај кога имаат барем еден коморбидитет како хипергликемија, ХТА, дислипидемија или опструктивна слип

апнеа, како дополнување на вообичаениот хигиенно-диететски режим и физичката активност.⁴

Saxenda® е сличен на природниот GLP-1 хормон со дури 97% сличност на него.⁴ Делува на начин што ги активира GLP-1 рецепторите на специфични неврони во хипоталамусот, вклучени во регулацијата на апетитот и на тој начин го намалува апетитот и го зголемува чувството на ситост. Како резултат на ова пациентите кои се на третман со Saxenda® јадат помалку затоа што се чувствуваат сити, а тоа води директно до намалување на телесната тежина.

Со цел да се испита ефикасноста и безбедноста на лекот спроведена е студијата **SCALE Obesity and pre diabetes study**, која даде доста релевантни информации.⁵ Студијата е спроведена на пациенти со BMI над 30 kg/m² или со BMI ≥ 27 kg/m² до ≤ 30 kg/m² со коморбидитети и преддијабетес. Ефектот на Saxenda® е споредуван со плацебо. Во тек на една година е

Пациентите кои земаа Saxenda® изгубија тежина и ја задржаа во 1-годишно испитување⁴



Графикон 1 – Едногодишно клиничко испитување за ефикасноста и безбедноста на лекот Saxenda®⁵

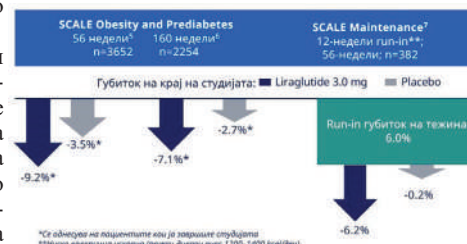
потврдено дека пациентите кои ја завршиле студијата и земале Saxenda®, споредено со тие на плацебо, имаат **просечен губиток на тежината од 9,2%**, наспроти плацебо групата со 3,5%, што покажува клинички значаен губиток на телесната тежина кој бил одржан во текот на една година (графикон 1). Исто така, забележано е и **намалување на обемот на половината за 8,2 cm**, наспроти 3,9 cm кај плацебо групата. Најголемиот дел од пациентите изгубиле на тежина, а значаен дел изгубиле и повеќе од 10%. (слика 3). Ако го земеме предвид фактот дека губењето на телесната тежина за 5% или повеќе е клиничко релевантно и влијае на намалување на кардиометаболните ризик фактори кај пациентите со прекумерна телесна тежина и обезност, овие бројки значат многу во однос на превенцијата од кардиоваскуларните болести.

9 од 10 ПАЦИЕНТИ ЈА НАМАЛИЛЕ ТЕЖИНАТА⁵ **1 од 3** ПАЦИЕНТИ ИЗГУБИЛЕ **>10% ОД ТЕЖИНАТА⁵**

Слика 3 – Пропорција на пациенти со губиток на тежина

Студијата со следење од 160 недели покажала дека пациентите кои биле третирани со Saxenda® не само што ја изгубиле тежината туку и ја задржале во тек на три години.⁶ Оние кои завршиле до крај постигнале просечно губење на тежината од 7,1% наспроти 2,7% на плацебо (графикон 2).

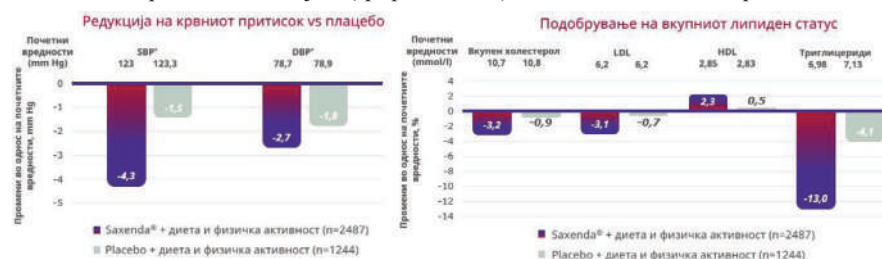
Пациентите кои го прекинаа третманот ја вратиле тежината во тек на 12 недели. Поентата е во потврдувањето на фактот дека дебелината е хронична болест која бара долготраен третман



Графикон 2 – просечен губиток на тежина со Saxenda® во клиничките студии

со лек кој го потенцира ефектот на хигиено-диететскиот режим и физичката активност. Иако ефектот се појавува уште во првата година, сепак одржувањето на губитокот на телесната тежина е главниот предизвик на пациентите и лицата со дебелина и прекумерна тежина. Во трета студија во која иницијално пациентите требало да изгубат најмалку 5% од тежината, а потоа биле поставени на Saxenda® или плацебо, утврдено е дека во тек на 56 недели, **пациентите кои биле на третман со Saxenda® продолжиле да губат тежина** наспроти плацебо групата. Кумулативно, пациентите од групата со Saxenda® изгубиле 12,2%, односно 6% почетен губиток + 6,2% **дополнителен губиток со Saxenda®** (графикон 2).⁷

Покрај редукцијата и контролата на тежината, **пациентите кои се лекуваат со Saxenda® постигнуваат и гликорегулација и превенција на развој на дијабетес**. После една година 69% од пациентите со преддијабетес добиле еуликемичен статус, а после три години речиси за **80% е намален ризикот за развој на ДМ2**.^{5,6} Позитивен ефект бил забележан и врз контролата на крвниот притисок како и врз дислипидемијата (графикон 3 и 4).⁵



Графикон 3 и 4 – Секундарни цели на едногодишното клиничко испитување за ефикасноста и безбедноста на лекот Saxenda® (SCALE Obesity and pre diabetes study)⁵

За потсетување, во големата LEADER студија работена со лираглутид до 1,8 mg се докажа дека има **кардиопротективен бенефит**, односно го намалува ризикот од 3 - компонентен голем несакан кардиоваскуларен настан за 13% и ризикот од КВ смрт за 22% кај пациентите со ДМ2 кои биле или со висок ризик од КВБ или веќе имале етаблирана КВБ.⁸ Истото се очекува и од Saxenda® со оглед дека се работи за истата молекула.

Лекот Saxenda® е спакуван во пенкало за самонјектирање. Се аплицира супкутано, еднаш на ден во кое било време, независно од оброците. Дозата се покачува постепено, по 0,6 mg неделно, почнувајќи од 0,6 mg до 3,0 mg (слика 4).⁴ Во однос на несаканите ефекти од Saxenda®, најчести се гастро-интестиналните тегоби, како гадење, повраќање и стомачен дискомфорт. Една од причините за скалестото покачување на дозата е токму за избегнување на овие тегоби. Најчесто се од транзитoren карактер и траат во првите 4-8 недели, па се губат, но сепак се најчеста причина за прекин на третманот. Хипогликемии се очекуваат само кај пациентите кои покрај лираглутид користат и друг антидијабетичен лек, односно кај обезни со третман за ДМ2 и истите се превенираат со регулирање на дозата на другиот антидијабетичен лек.⁴



Слика 4 – Дозно прилагодување на лекот Saxenda®⁴

Евалуација на ефектот од лекот во клиничката пракса е потребно да се направи после три месеци. Доколку после три месеци на доза од 3 mg нема губиток на телесната тежина >5% кај лица без дијабетес^{1,4} (или >3% кај лица со дијабетес¹), лекот треба да се прекине.

Од нашето досегашно искуство на Клиниката за ендокринологија, дијабетес и болести на метаболизмот како и во Градската

општа болница “8-ми Септември”, можеме да пренесеме навистина позитивни резултати од фармаколошкиот третман со лираглутид од 3 mg (Saxenda®) кај пациентите со обезност. Тоа се пациенти на различна возраст кои покрај обезноста имаат и други коморбидитети - дијабетес тип 2, висок крвен притисок, дислипидемија итн.. Секако, да не ги забораваме и негативните последици по психичкото здравје кај оваа група пациенти, па не ретко се лекуваат и од депресија, анксиозни растројства. Забележуваме дека пациентите користејќи ја Saxenda® стануваат мотивирани пред сè за подобрување на нивното здравје. Внимаваат на исхраната, почнуваат повеќе да се придржуваат до диететските режими, да практикуваат физичка активност. Се следи намалување на телесната тежина, а со тоа и подобрување на коморбидитетите: подобрување на вредностите на HbA^{1c} кај пациентите со дијабетес, на крвниот притисок кај пациентите со хипертензија и на липидниот профил кај пациентите со дислипидемија. Кај мал број пациенти, на почетокот се забележани лесни несакани настани како наузеа, повраќање, но и тие се најчесто транзиторни.

Токму поради тоа би сакале да апелираме на зголемена свесност за препознавање на обезноста како болест и навремено упатување на овие пациенти во ендокринолошките центри. Истите ќе бидат соодветно прегледани, лабораториски евалуирани и поставена точна индикација за фармаколошки третман на обезноста доколку тоа е потребно. Третманот треба да се базира на интервенции базирани на докази и треба да биде индивидуализиран и мултидисциплинарен, фокусиран на реални цели, одржување на телесната тежина и спречување на враќање на телесната тежина. Лекарите, а вклучително и пациентите, треба да разберат дека обезноста е хронична болест, а менаџирањето на тежината ќе треба да биде доживотно. Навистина е тешко и фрустрирачки да се намали телесната тежина и да се задржи. Пациентите имаат желба за справување со дебелината, затоа ние лекарите можеме да им понудиме РЕШЕНИЕ со СООДВЕТЕН ЛЕК.

Асс. д-р Билјана Тодорова,
ЈЗУ Универзитетска клиника за ендокринологија,
дијабетес и болести на метаболизмот, Скопје
Д-р Наташа Недеска Минова
ЈЗУ Градска општа болница “8-ми Септември” - Скопје

Референци:

1. Yumuk V et al for the Obesity Management Task Force of the European Association for the Study of Obesity, European Guidelines for Obesity Management in Adults, Obes Facts 2015;8:402–424.
2. Спирски И, Исхраната - јавното здравје, состојба, политики и предвидувања Архиви на јавно здравје, vol.* No1 2016
3. Wharton S et al. CMAJ 2020;192:E875–91.
4. Saxenda® збирен извештај со особините на лекот, <https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/detailview/2100541716>.
5. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka 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.
6. le Roux CW, Astrup A, Fujioka 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;389(10077):1399-1409.
7. Wadden TA, Hollander P, Klein S, et al; on behalf of NN8022-1923 Investigators. Weight maintenance and additional weight loss with liraglutide after low-calorie-diet-induced weight loss: the SCALE Maintenance randomized study. Int J Obes (Lond). 2013;37(11):1443-1451. [Erratum: Int J Obes (Lond). 2013;37:1514. doi:10.1038/ijo.2013.148.
8. Marso SP, Daniels GH, Brown-Franden K, et al; the LEADER Steering Committee on behalf of the LEADER Trial Investigators. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2016;375(4):311-322.
9. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka 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 and supplementary appendix. doi:10.1056/NEJMoA1411892.

Улогата на “прасугрелот” во третман на пациенти со акутен коронарен синдром

- “Прасугрелот” сигнификантно ја намалува стапката на миокарден инфаркт, ин-стент тромбоза и мајорни кардиоваскуларни случувања (МАССЕ) споредено со “клопидогрелот” кај пациенти со акутен коронарен синдром подложени на ПКИ.
- “Прасугрелот” има посилна антитромбоцитна активност, побрзо дејство и одржува постабилна концентрација во телото.
- “Прасугрелот” е поефективен од “тикагрелот” во намалувањето на стапката на мајорни кардиоваскуларни случувања, без разлики во стапката на крвање.
- Пациентите со дијабетес мелитус и АКС имаат најголема корист од употребата на “прасугрелот”.
- Намалување во дозата е потребна кај постарите пациенти > 75 години и пациентите со телесна тежина под 60 кг.
- Пациентите со историја на мозочен удар/транзиторна исхемична атака не треба да примаат на “прасугрел”.

Вовед

Двојната антитромбоцитна терапија е основата во третманот на пациентите со акутен коронарен синдром (1,2). Оваа комбинација која започна со ацетилсалицилната киселина и P2Y12 инхибитор кај пациентите на кои им беше имплантиран коронарен стент, сега еволуираше со новите P2Y12 инхибитори. Нивната главна улога е во намалувањето на стапката на стент тромбоза и мајорните кардиоваскуларни случувања (МАССЕ). Новите P2Y12 инхибитори (прасугрел и тикагрелор) имаат докажана многу поголема ефикасност од “клопидогрелот” (3). “Прасугрелот”, кој е трета генерација на орален тиенопиридин е иреверзибилен антагонист на тироцитниот аденозин- 5'-дифосфат P2Y12 рецептор. Водечката TRITON-TIMI 38 студија покажа дека “прасугрелот” е поефективен од “клопидогрелот” во превенцијата на исхемични случувања кај пациенти со акутен коронарен синдром (АКС), подложени на ПКИ (3). “Прасугрелот” обезбедува поголема инхибиција на агрегацијата на тромбоцитите и побрз механизам на дејство и во последните објавени рандомизациони студии се покажа како победник во оваа борба за ефикасност со “тикагрелот” (4-7). Новите податоци од литературата покажаа дека “прасугрелот” е поефикасен од “тикагрелот” во намалувањето на инциденцата на нефатален миокарден инфаркт, мозочен удар или кардиоваскуларна смрт, без зголемен ризик од мајорно крвање. Скоро објавената супстудија на ISAR REACT-5 студијата, покажа дека стратегијата со “прасугрел” беше поврзана со зголемена инхибиција на тромбоцитите споредено со “тикагрелот”, што најверојатно придонесе и кон нејзини подобри резултати во поголема редукција на исхемичните случувања што се покажа во главната ISAR-REACT 5 студија (4,5). Важно е да се напомене и дека сите последни европски и светски водичи за третман на пациенти со акутен миокарден инфаркт со или

без СТ-сегмент елевација (НСТЕМИ и СТЕМИ) подложени на ПКИ препорачуваат употреба на новите P2Y12 инхибитори – “прасугрелот” и “тикагрелот” со највисока класа и ниво на доказ, пред “клопидогрелот” (1,2).

Слика 1. Последни препораки од Европското кардиолошко здружение за третман на пациенти со СТЕМИ

Перипроцедурална и постпроцедурална антитромбоцитна терапија кај пациенти кои подлежат на примарна перкутана коронарна интервенција		
Препораки	Класа	Ниво
Антитромбоцитна терапија		
Потентен P2Y12 инхибитор (“прасугрел” или “тикагрелор”) или “клопидогрел”, доколку претходните два не се достапни или контраиндирани, се препорачуваат за време на ПКИ и се одржуваат над 12 месеци, освен ако нема контраиндикации, како голем ризик од крвање.	I	A

Значаен број на подгрупи на пациенти со АКС, покажаа дека имаат поголема корист од употребата на “прасугрелот”, како што се пациентите со дијабетес мелитус и оние со СТЕМИ (акутен миокарден инфаркт со СТ сегмент елевација), кои имаа најголема исхемична корист, без зголемување на мајорните крвачки случувања (8). Кај пациентите со дијабетес, како инсулин-зависните (14.3 vs 22.2%; HR: 0.63; p = 0.009), така и инсулин не-зависните (11.5 vs 15.3%; HR: 0.74; p = 0.009) пациенти, имаа поголема ефикасност со “прасугрелот”. Стапката на миокарден инфаркт се намали за 18% помеѓу пациентите без дијабетес мелитус кои беа на “прасугрел” (7.2 vs 8.7%; HR: 0.82; p = 0.006) и до 40% кај пациентите со дијабетес мелитус кои беа на “прасугрел” (8.2 vs 13.2%; HR: 0.60; p < 0.001).

Исто така, кај високоризичната група на пациенти со хронична бубрежна болест и терминална фаза на бубрежна болест (ТББ), споредено со “клопидогрелот” кој во поголем дел се исфрла од организмот по дијализа, “прасугрелот” одржува стабилна концентрација. “Прасугрелот” е со посилна антитромбоцитна активност, побрзо дејство и има помала загуба на концентрација на лекот за време на дијализа за разлика од “клопидогрелот”. Изложеноста на активниот метаболит на “прасугрелот”, кај овие пациенти, во секој случај е понизок за разлика од останатите пациенти без ТББ, но тоа не влијае на агрегацијата на тромбоцитите (9). Затоа, нема потреба од редукција на дозата на “прасугрелот” кај пациентите со терминална бубрежна болест. Истовремено, има значајни докази од рандомизирани клинички студии за безбедноста на долгорочната двојна антиагрегациона терапија (ДААТ) >12 месеци кај пациенти со ТББ на дијализа со намалување на стапката на МАССЕ и без значајни зголемувања во стапката на крвање (10). Според резултатите на оваа студија, користа од ДААТ може да перзистира дури и ≥2 години по ПКИ.

Индикации

“Прасугрелот” е одобрен за клиничка употреба кај пациенти со АКС подложени на ПКИ (1,2). Исто така, и пациентите со тромбоза во стент кои немаат соодветен одговор на терапијата со “клопидогрел” треба да бидат променети кон третман со “прасугрел” (1,2). Значајноста на истовремена употреба на инхибитор на протонска пумпа се докажа како доста ефикасен во намалувањето на крвавечките компликации кај пациентите на “прасугрел” (11).

“Прасугрелот” не треба да се дава кај пациенти со претходен мозочен удар или транзиторна исхемична атака (ТИА). Истовремено, не се препорачува кај пациенти ≥ 75 возраст. Ако по внимателна проценка на индивидуалниот ризик наспроти користа од оваа терапија кај пациенти ≥ 75 години или кај пациенти со пониска телесна тежина (< 60 kg), тогаш по оптоварувачката доза од 60mg “прасугрел”, се препорачува редукција на дневната доза на 5 mg на ден (12). Кај пациентите каде е неопходна хируршка процедура се препорачува 7-дневен период на прекинување на “прасугрелот” предоперативно.

Дозирање и внес на лекот

“Прасугрелот” ја инхибира активацијата на тромбоцитите и нивната акумулација преку иреверзибилно врзување на неговиот активен метаболит за аденозин бифосфатниот рецептор од класата P2Y₁₂ на тромбоцитите. Се работи за лек кој брзо се создава in vivo во активен метаболит и инактивни метаболити. Активниот метаболит се детектира во плазмата во првите 15 минути од давањето на лекот и достигнува највисока активност за 30 минути. Ова е едната од главните предности на “прасугрелот” кај пациентите со АКС. Главниот пат за елиминирање на лекот се бубрезите.

Дозирање:

1. Оптоварувачка доза од 60 мг “прасугрел” пред ПКИ

2. Доза од 10 мг на ден во понатамошниот период

Постоечките докази не поддржуваат преттретман со “прасугрел”, пред изведувањето на коронарна ангиографија.

Користа и безбедноста за долгорочна ДААТ > 12 месеци со “прасугрел” сè уште е под евалуација.

Заклучок

“Прасугрелот” е супериорен во намалувањето на сите исхемични мајорни кардиоваскуларни случувања. За разлика од “клопидогрелот”, како резултат на неговата потентност, “прасугрелот” има поголема стапка на крвавечки случувања. Во последните објавени студии за АКС пациенти, инциденцата на целокупниот морталитет, миокарден инфаркт или мозочен удар беше значајно пониска кај пациентите кои примија “прасугрел”, од оние кои примија “тикагрелор”. Стапката на мајорно крвање не беше повисока со употребата на “прасугрелот”, споредено со “тикагрелорот”. Пациентите со историја на претходен мозочен удар или ТИА не треба да примаат “прасугрел”. Пациентите со дијабетес мелитус и АКС имаат најголема корист од употребата на “прасугрелот”. Долгорочниот третман на ДААТ со “прасугрел” > 12 месеци треба дополнително да се евалуира.

Асс. д-р Билјана Зафировска Талеска

УК за кардиологија

Медицински факултет –

Универзитет “Св. Кирил и Методиј” - Скопје

Литература

1. Ibanez B, James S, Agewall S, et al; ESC Scientific Document Group. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2018 Jan 7;39(2):119-177.
2. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2021 Apr 7;42(14):1289-1367.
3. Montalescot G, Wiviott SD, Braunwald E, et al. Prasugrel compared with clopidogrel in patients undergoing percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction (TRITON-TIMI 38): double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2009;373(9665):723–31. doi: 10.1016/s0140-6736(09)60441-4.
4. S. Schüpke, F.-J. Neumann, M. Menichelli, et al. Ticagrelor or prasugrel in patients with acute coronary syndromes. *N Engl J Med*, 381 (2019), pp. 1524-1534
5. Mayer K, Bongiovanni D, Karschin V, et al. Ticagrelor or Prasugrel for Platelet Inhibition in Acute Coronary Syndrome Patients: The ISAR-REACT 5 Trial. *J Am Coll Cardiol*. 2020 Nov 24;76(21):2569-2571.
6. Jneid H. Ticagrelor or prasugrel in acute coronary syndromes - the winner takes it all? *N. Engl. J. Med*. 381(16), 1582–1585 (2019).
7. Khan MS, Memon MM, Usman MS et al. Prasugrel vs. ticagrelor for acute coronary syndrome patients undergoing percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Cardiovasc. Drugs* 19(5), 465–476 (2019)
8. Wiviott SD, Braunwald E, Angiolillo DJ et al. Greater clinical benefit of more intensive oral antiplatelet therapy with prasugrel in patients with diabetes mellitus in the trial to assess improvement in therapeutic outcomes by optimizing platelet inhibition with prasugrel – thrombolysis in myocardial infarction 38. *Circulation* 118(16), 1626–1636 (2008).
9. Small DS, Wrishko RE, Ernest Ii CS, et al. Prasugrel pharmacokinetics and pharmacodynamics in subjects with moderate renal impairment and end-stage renal disease. *J Clin Pharm Ther*. 2009;34(5):585–94. doi: 10.1111/j.1365-2710.2009.01068.x
10. Seokwoo Park, Yaerim Kim, Hyung Ah Jo, et al. Clinical outcomes of prolonged dual antiplatelet therapy after coronary drug-eluting stent implantation in dialysis patients, *Clinical Kidney Journal*, sfaa037.
11. O'Donoghue ML, Braunwald E, Antman EM et al. Pharmacodynamic effect and clinical efficacy of clopidogrel and prasugrel with or without a proton-pump inhibitor: an analysis of two randomised trials. *Lancet*. 374(9694), 989–997 (2009)
12. Ferri LA, Morici N, Grosseto D et al. A comparison of reduced-dose prasugrel and standard-dose clopidogrel in elderly patients with acute coronary syndromes undergoing early percutaneous revascularization: design and rationale of the randomized Elderly-ACS 2 study. *Am. Heart J*. 181, 101–106 (2016)

ФИЗИОЛОГИЈА

Непознати особини на апендиксот

Иако Charles Darwin апендиксот го нарекол безначаен остаток, изгледа дека реално ќе биде многу важен за долговечност, за имуниот систем и дури и за детекција на Паркинсонова болест. Последните откритија за апендиксот отвораат пат за рехабилитација на овој мал орган кој долго време бил запоставуван

Цицачите кои го имаат апендиксот живеат подолго од другите животни со ист раст кои го немаат! Ова е зачудувачкиот заклучок до кој ова лето дошла екипата составена од истражувачи од Inserm (Национален институт за здравје и медицински истражувања) и од MNHN (Национален музеј за историја на природата) од Франција, во студијата објавена во Journal of Anatomy. Овој мал орган во форма на црвче закачен на долниот дел на colon ascendens (caecum) е на пат да биде рехабилитиран, откако долго време бил сметан за безначаен и некорисен анекс во дигестивниот систем. Во 1871 година британскиот природонаучник Charles Darwin истиот орган го опишал како „безначаен остаток“, од еден „вистински“, орган којшто се смалил кога нашите предци го смениле начинот на живот и начинот на исхрана. Таткото на теоријата на еволуција претпоставувал дека овој орган бил многу важен кога требало да се свари храна богата со растителни влакна како кај некои тревопасни животни, како коњот кој има еден широк саесум во кој бактериите овозможуваат да биде асимилирана целулозата. Апендиксот, исто така, е сметан како потенцијално опасен. Затоа е и отстрануван и при најмал знак на воспаление-appendicitis. Докторите, секако знаат дека е фатално кога е перфорирано цревето бидејќи тоа доведува до воспаление на перитонеумот и сепса. Доколку првата апендектомија ја извршил французинот Claudius Amyand во 1735, требало да помине еден век и половина за да стане пракса, кога Американецот Charles Mc Burney ја опишал целата операција во подробности. Но денеска, доследната примена на овој оперативен зафат е доведена во прашање. Сепак, сите апендицитис не завршуваат фатално, а и третманот на воспалението со антибиотици е добра алтернатива за некои случаи.



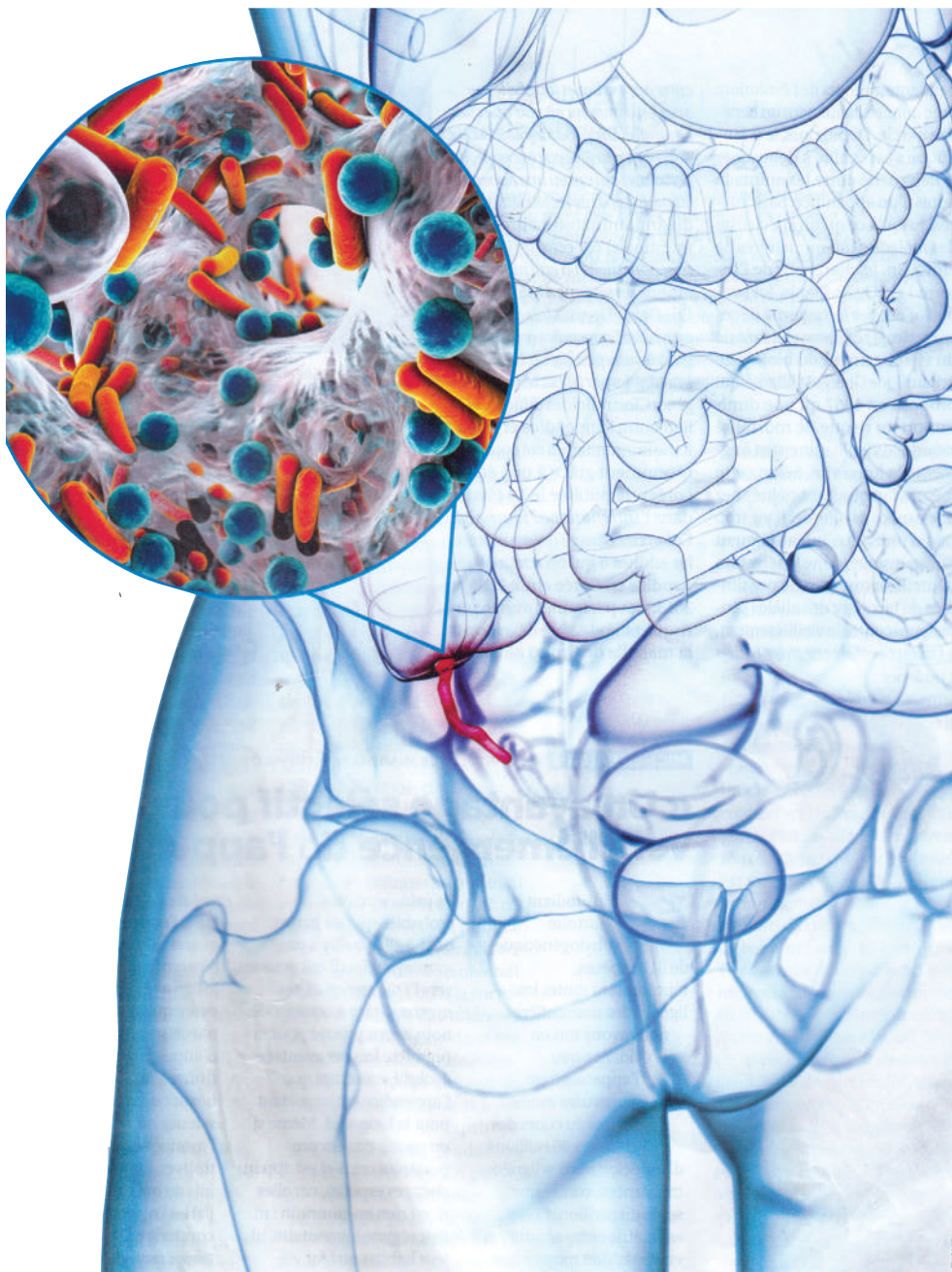
Eric Ogier-Denis, истражувач на Inserm, специјалист за инфламаторни болести на цревата: Воспаление на апендиксот ги едуцира лимфоцитите на колонот создавајќи имунитетна меморија

Орган кој се појавува повеќе пати во еволуцијата

Се знае дека еволуцијата го елиминира она што е некорисно а апендиксот е орган секогаш присутен кај многу цицачи. Палеонтологот од MNHN, Michel Laurin, оваа година го потврдил своето откритие од 2013 година: малиот орган се појавувал во неколку репризи на независен начин во еволуцијата. Значи, причината за појавување секако е некоја користност. Оттогаш, палеонтологот многу се намачил барајќи ја врската меѓу животните кои имале апендикс сè додека истражувачот од INSERM Eric Ogier-Denis, специјалист за цревни инфламаторни болести, не му сугерирал да ја истражува долговечноста кај овие животни. Неговото мислење се базирало на теоријата на британскиот биолог George Williams кој во 1957 година тврдел дека намалување на ризикот од смрт го одолжува стареењето и ја зголемува долговечноста. Според оваа теорија, кога морталитетот кај некоја врста е зголемен, малку индивидуи ќе ја достигнат напредната возраст што значи дека природната селекција имала малку можности да ги фаворизира заштитните аели во врска со стареењето. Eric Ogier-Denis вели дека решил да бара врска помеѓу апендиксот и долговечноста бидејќи, почнало да се согледува улогата на апендиксот кај човекот во имунитетот. На пример, луѓето кои имале апендицитис не се разболувале од хроничен ректоколит кој претставува хронична цревна инфламаторна болест кај која доаѓа до активирање на дигестивниот имун систем. Но, оние на кои им е отстранет апендиксот имаат поголема чувствителност кон цревни инфекции со патогената бактерија Clostridium Difficile. Оваа врска помеѓу апендиксот и имуниот систем е потврдена неодамна благодарение на една корејска студија публикувана на 16-ти февруари во International Journal of Colorectal Disease која ги следела сите адулти во Кореја на кои, меѓу 2005 и 2013 година, им бил отстранет апендиксот. Овие индивидуи имале зголемен ризик да се разболат од Morbus Crohn и од хеморагичен ректоколит, две патологии кои доведуваат до хронично воспаление на цревата. Истражувачите од Inserm и MNHN испитале 258 видови на цицачи за кои имале податоци за долговечност и за телесна маса. Според Eric Ogier-Denis, постои корелација помеѓу тежината (крупноста) и долговечноста: колку животното е поголемо, подолго живее. Значи, животни со слична телесна маса би требало да имаат слична долговечност. Исто така, цицачи кои имаат апендикс живеат подолго од оние со слична телесна маса но лишени од апендикс.

На секој од нас му се случуваат воспаленија на апендиксот повеќе пати во животот

Авторите укажуваат на способноста на апендиксот да штити од инфективна дијареја која е значајна причина за смрт кај цицачите, особено кај човекот (според СЗО тоа е



Со форма на цевка, апендиксот може да биде засолниште за бактериите (ова долу), кое овозможува после една инфективна дијареа, интестиналната флора (микробиом) најбрзо што може да се реконструира во цревата

втора причина за смрт кај деца помали од пет години). Според истражувачот Eric Ogier-Denis, животни кои го имаат апендиксот, имаат поголем капацитет брзо да ги реколонизираат цревата после една инфективна дијареа, бидејќи апендиксот со својата форма на црв служи како прибежиште за бактериите што го чинат цревниот биом, бидејќи неговата внатрешност не е во допир со инфекцијата. Тој смета дека апендиксот го зајакнува имунитетот. Според него, ние дури и да не разбираме секогаш што го предизвикало неговото вос-

паление, се активира имуниот систем. Постои силна врска помеѓу апендиксот и колонот: Со воспаление на апендиксот се едуцираат лимфоцитите на колонот создавајќи една имунитетна меморија која потоа ќе го заштитува цревата. Може ли да се дојде до заклучок од овие испитувања дека лицата на кои им е отстранет апендиксот ќе живеат пократко? Се разбира дека не. Оперираниите пациенти ќе имаат корист од „имунитетската обука“, која произлегла од ова воспаление. Во животот на секој од нас му се случуваат повеќе воспаленија на апендиксот со кои се справува сам, доведувајќи до стекнување на толеранција кон нив и така зајакнувајќи го имунитетот.



Хируршка аблација на воспалениот апендикс е најзастапена ургентна интервенција во Франција

Една импликација во Паркинсоновата болест

Сепак, рехабилитацијата на апендиксот има свои граници бидејќи научниците открија една негова темна страна. Така, според една студија објавена во Nature Communication на 26-ти август, изгледа

дека има врска со појавата на Паркинсонова болест која би имала потекло од овој орган. Имено, епигенетски модификации (значи не се од самиот генетски код како таков туку од начинот на кој тој се изразува) ја нарушуваат деградацијата на макромолекули, особено на alpha-synukleini кои се групираат во апендиксот за потоа да мигрираат кон мозокот каде ја предизвикуваат болеста. Автор на студијата е Литванецот Juozas Gordevicius, биоинформатичар на Универзитетот во Вилнус. Според авторот на студијата, овие молекули се акумулираат во апендиксот кај здрави личности, но епигенетските промени кај некои од нив прават оваа акумулација да биде лошо насочена предизвикувајќи патологија. Изгледа



Евројски искуства

дека оваа различност е предизвикана поради екстремна инфламација во дигестивниот систем што се потенцира со стареењето. Но, сепак, сè уште не е познато што влијае да отпочне овој процес. Авторот на студијата, сепак, смета дека нема корист од отстранување на апендиксот со цел да се заштити од Паркинсоновата болест затоа што тоа би било неефикасно, бидејќи веројатно е дека такви акумулации на макромолекули се присутни и на други места на дигестивниот систем. Напротив, апендиксот би ни помогнал да ги откриеме личностите кај кои се појавува овој епигенетски проблем или кои имаат зголемен ризик да развијат Паркинсонова болест, бидејќи се проценува дека овие модификации се такви што може да се опсервираат 10 до 20 години пред да започне болеста. Без апендикс, оваа предвремена дијагноза нема да биде можна. Ова е уште еден аргумент дека овој орган не е безначаен.

Michel Laurin-
палеонтологот на
MNHN - Национален
музеј за историја на
природата во Парис



Една селективна предност доведе до појавата на апендиксот

Проучувајќи ја историјата на сите родови на цицачите, ние евидентиравме дека апендиксот се појавил најмалку 16 пати во тек на последните 80 милиони години во многу разновид-

ни родови наспроти само едно исчезнување. Оваа асиметрија помеѓу појавувањето и исчезнувањето покажува дека добрите карактеристики се поверојатни од штетата што значи дека има една селективна предност која предизвикува појавување на овој орган. Благодареејќи на оваа студија ние за првпат ја докажавме оваа еволутивна предност, покажувајќи дека апендиксот е важен за долговечноста. Дури идоколку не знаеме уште зошто се јавила кај овие видови меѓу кои нема ништо заедничко: ниту живот во заедница ниту услови на живот. Тоа се е многу чудно. Јас бев скептичен кога Eric Ogier - Denis од Inserm предложи да се испита поврзаноста со долговечноста, бидејќи претходно се направени обиди во повеќе наврати со други фактори без ништо да се најде. Јас немав многу надеж, но науката никогаш однапред не се знае што ќе донесе. И, за прв пат имав можност да му се спротиставам на Darwin.



Терапија

Антибиотиците како алтернатива на хируршката интервенција

Веќе 120 години медицинската догма велеше дека за апендицитот неопходна е апендектомија. Во моментот оваа хируршка интервенција е најзастапена ургентна интервенција (околу 80 000 годишно во Франција). Но, се знае дека денеска 70% од апендицитите не предизвикуваат перфорација и немаат ризик од перитонитис. Екипата на хирургот Paulina Salminen од Универзитетот Turku во Финска, во серија клинички испитувања, покажа дека антибиотиците се доволни за третман на мнозинството на апендицити. Само треба добра дијагноза за идентификување на комплицираните случаи за кои е неопходна хируршка интервенција. Тоа е можно со компјутерска томографија која во денешно време секаде е застапена.

Sciences et Avenir-La Recherche N 897,-Novembre 2021

**Избор и подготовка
Прим. д-р Горица З. Пировска**

Диференцијална дијагностика на депресија и нејзин третман

Депресијата е многу често заболување. Како и анксиозноста и параноичноста спаѓа во универзалните обрасци на психичко реагирање. Освен примарните депресивни нарушувања, застапена е и кај невротите (посебно кај конверзивната, анксиозно - фобичната и опсесивно – компулзивната невротско нарушување) шизофренијата, алкохолизмот и другите токсикомани, како и кај социопатите. Депресијата често е придружник на органските лезии на централниот нервен систем, а се наоѓа и кај соматските заболувања и оштетувања, посебно кај хроничните и кај животозагрозувачките ситуации.

Ако тргнеме од вообичаената поделба на депресија на ендогена и реактивна, односно егзогена, се наидува на одредени проблеми и тешкотии. Терминот ендогена депресија означува дека болеста се развива од внатрешни причини. Во таквите облици на депресија спаѓаат од другиот на маничнодепресивната психоза и инволутивната меланхолија. Самото име **ендогена депресија** зборува дека влијанието на надворешните причинители е мало или занемарувачко. И, навистина најчесто и така се случува. Меѓутоа, во некои случаи маничнодепресивната психоза и инволутивна меланхолија го почнуваат својот развој после изразено трауматско нарушување. Очигледно е дека кај тие болни, болеста се развива по интеракција на специфични, наследни и стекнати предиспозиции и тие неповолни причинители имаат декланширачко или преципитирачко дејство.

Терминот „реактивна депресија“ укажува дека депресијата се јавува како реакција на некое изразито тешко и болно доживување. Овие депресији може да бидат важни за невротичните или психотичните нивоа. Меѓутоа и овде мора да се претпостави постоењето на одредени предиспозиции за развој на такви облици на психичко реагирање. Според тоа, очигледно е дека називите ендогена и реактивна депресија сами по себе не претставуваат дијагностички ентитети.

Границата меѓу нив во многу случаи е нејасна. Освен тоа и едната и другата дијагностичка категорија во себе содржат различни нозолошки единици. Понекогаш, долготрајно повеќегодишно следење на текот и исходот на болеста овозможуваат донесување на заклучок дали е во прашање ендегена или егзогена депресија и за каков облик на депресија се зборува. Ендегените депресији имаат свој иако прилично варијабилен сепак, карактеристичен тек. Реактивните депресији обично постепено ослабнуваат и престануваат, но може повторно да се појават ако дејствуваат исти или некои други неповолни фактори на надворешната средина.

Зошто во животниот век се манифестира депресијата?

Многу животни ситуации водат до депресија од кои најчести се: насилство (физичко, сексуално, емоционално), возраста (од 45 – 65-годишна возраст е со поголема веројатност), конфликтни ситуации на работа, дома и во севкупното опкружување, смрт на близок, развод, генетските наследувања, хормонални нарушувања, морални проблеми, заболувања, загуба на работно место.

Може да се констатира дека не постои единствена причина за појава на депресија. Напротив, може да постојат различни тригер фактори што водат до појава на севкупната симптоматологија изразена со различен интензитет, затоа често се вели дека не секоја депресија е иста, а се мисли на ICD (International classification of diseases) во која се опишани F32, F32.1, F32.2, F32.3 и во секоја од овие подвидови се манифестирани симптоми на: депресивно расположение за кое пациентот зборува само кога е прашан или спонтано вербално или невербално ги соопштува (преку изрази на лицето, држење на телото, гласот или склоност кон воздишки и липање). Присутно е чувство на вина и идеи за вина, размислување за постапки во минатото коишто ги чувствува како казна за болеста, делузии на вина, па дури и до чувство и желба за суицид. Присутни се тешкотии во заспивањето, потешкотии со сонот, вознемиреност во текот на ноќта, чувство на неспособност и слабост, па дури и неспособност за поранешни активности и хоби, рамнодушност и чувство дека треба да даде дополнителен напор за секојдневната работа и активности. Разговорот со вакви пациенти е отежнат, ги грицкаат ноктите, ја гризат усната, се оплакуваат на соматски симптоми – болки во грбот, главоболка, мускулни болки, губење на енергија и замор при извршување на секојдневните активности, како и намален апетит и губиток на килограми.

Во третманот на депресијата се употребуваат антидепресиви од постарата генерација (трициклични антидепресиви ТСА), а во последните години селективните серотонин реуптајк инхибитори и селективните норедраналин допамин реуптајк инхибитори од кои кај нас се применува duloxetine, а во светски рамки cymbalta одобрен од FDA (Food and Drug Administration).

Duloxetine е еден од најновите лекови од редоследот на антидепресивни синтетизирани 1993 г., а за првпат одобрен од FDA (Food and Drug Administration) 2004 година .

Веднаш по примената, duloxetine го свртел вниманието на себе со своите карактеристики, многу добрите терапевтски својства, успешен терапевтски ефект со ниски дози со одлично терапевтско дејство, ниска токсичност и минимални тератогени дејства.

Duloxetine е потентен лек со двојно дејство, serotonin - norepinefrin reuptake inhibitor, кој е класифициран како антидепресив, предизвикувајќи ја трансмисијата на serotonin/norepinephrine / noradrenline и dopamine. Метаболизмот му е добро познат, внесен преку уста како што и сега единствено се зема. Овој лек брзо и целосно се ресорбира од дигестивниот тракт, најголема концентрација на лекот во крвта со консекутивно терапевтско дејство се постигнува за околу 1-3 часа по земањето на лекот. Концентрацијата на лекот се намалува по околу 16 часа, а минимумот на ефектот е по 36 часа.

Фармаколошките дејства на duloxetine се слични како и на останатите антидепресиви, а се разликуваат по дејствувањето, покрај на серотонинските и на норепинефринските и допаминските реуптајк инхибитори. Неговата улога е да ги зголеми нивоата на серотонин и норепинефрин, природни супстанции во мозокот коишто помагаат да се одржи менталниот баланс и да се запре движењето на болните сигнали во мозокот. **Неговото norepinefrinsko I dopaminsko дејство е многу силно и е доминантно затоа duloxetine е еден од најефикасните антидепресивни лекови со специфичност која ја немаат другите антидепресиви.**

Ова ја прави основата на **широкото индикационо подрачје** за примена на овој лек во лекувањето на депресија, дијабетска периферна невропатска болка, фибромиалгија, генерализирано анксиозно растројство, хронична мускулноскелетна болка, уринарна инконтиненција предизвикана од стрес, невропатска болка/хронична болка, анксиозните состојби, артрози, лумбоишиалгична болка.

Вака широкото индикационо подрачје за примена, на докторите им дава моќно средство за лекување на оние облици на анксиозност кои слабо реагираат на другите антидепресиви (SSRI - selektivni serotonin reuptake inhibitor) и трициклични антидепресиви, односно тоа е третата и последната линија на антидепресиви на скалилот на употреба на антидепресиви, а во многу случаи и лек од прв избор.

Треба да се знае - дозите треба да се прилагодуваат, да бидат поголеми од вообичаените, а пожелни се **и најдобри комбинации за зголемување за делумен одговор или отпорност на третман со duloxetine** – психостабилизатори, атипични антипсихотици (за биполарна депресија, тешка депресија со психотични елементи, депресија резистентна на третман), бензодиазепини (за анксиозни нарушувања), хипнотици (за несоница), хормон за тироидната жлезда кај депресија.

Како и сите лекови и за duloxetine, треба да се знае дека има извесни нус појави кои се разновидни но, сепак, преодни и обично траат една недела од почетокот на лекувањето, а клиничките испитувања не забележале битни промени на крвниот притисок, алергиски манифестации или тешкотии во варењето на храната, што укажува дека duloxetine е лек кој добро се поднесува.

Многумина ја истакнуваат предноста во лекувањето која доведува до пријатно чувство на опуштеност и смиреност што обезбедува многу поволни терапевтски ефекти.

Duloxetine се произведува во широка употреба и пакување во вид на капсула од 30mg и 60 mg

Вообичаен опсег на дозирање

30-60 mg/ден во 1-2 дози за депресија, максимална доза 120 mg

Д-р Билјана Илиев, психијатар, Клиничка болница – Штип

ТЕСТИРАЈ ГО СВОЕТО ЗНАЕЊЕ

Уредува проф. д-р Катица Зафировска

Синдром на нагло прекинување на ексесивен внес на алкохол

Клиничко сценарио: Пациент стар 62 - години е дојден на преглед кај матичниот лекар во придружба на сопругата. Пациентот се жали дека не се чувствува добро, нема никаква болка, туку едноставно „не му е добро“. Негира дека кога било порано имал слични симптоми. Се препотува, има срцебиение, се тресе и делува уплашено и нервозно, малку е забрвтан. Имал гадење после денешниот ручек. Нема болка во градите и во абдоменот.

Матичниот лекар има празен картон за него – пациентот вели дека досега бил здрав, па немал потреба најмалку 10 - години да оди на доктор и не земал никакви лекови. Нема алергии, пушач е, не земал дрога и негира дека внесува алкохол. Но, сопругата кажува дека алкохол не пие само помалку од два дена и дека таа со години бара од него да престане со пиењето. Инаку, пиел по околу 750 мл ракија секој ден. После овој податок, матичниот доктор веднаш го упатува во амбуланта за ургентни состојби.

При прегледот во ургентната амбуланта има пулс од 110/мин, регуларен, крвниот притисок е 170/100 mmHg, температурата е 37.7 °C. Остеомускулната градба е нормална. Кожата е испотена и зацрвена. Нема промени при прегледот на главата, вратот, белите дробови и на срцето, освен тахикадијата. Абдоменот е мек и безболен на палпација, присутни се цревните звуци, нема дефанс. Нормален е наодот и на екстремитетите. Невролошки уреден наод на кранијалните нерви, нема сензорен или моторен дефицит, присутен тремор и хипер-рефлексија.

Направени се испитувања и добиени се следните резултати: крвна слика со леукоцити - $11.2 \times 10^9/L$, хемоглобин - 10.3 g/l, тромбоцити - $68 \times 10^9/L$. Натремија - 137 mmol/L, калцемија - 2.9 mmol/L, калцемија - 2.25 mmol/L, магнезија - 1.1 mmol/L, фосфати - 0.97 mmol/L, уреа - 5.3 mmol/L, креатинин - 114 $\mu\text{mol/L}$, гликемија - 5.5 mmol/L, AST - 242 IU/L, ALT - 115 IU/L, AP - 133 IU/L, вкупни протеини - 58 g/L, албумини - 31 g/L, вкупен билирубин - 25 $\mu\text{mol/L}$. Алкохол во серумот и урината – негативен. Во урината има траг на протеини и 1+ уробилиноген, останат наод е уреден. ЕКГ – синус тахикардија од 110/мин. Графија на белите дробови – нормален наод. КТ на главата – нормален наод.

Кој од подолу наведените одговори е точен: при нагло прекинување на ексесивен внес на алкохол, симптомите на алкохолна халуциноза - визуелни, аудиторни и тактилни халуцинации - обично се јавуваат

1. После околу 8 часови по последниот пијалак
2. После околу 12 до 24 часови по последниот пијалак
3. После околу 48 часови по последниот пијалак

Одговор: Симптомите на нагло прекинување на ексесивен внес на алкохол, како што е алкохолна халуциноза – визуелни, аудиторни и тактилни халуцинации – обично се јавуваат после околу 12 до 24 часа по последниот пијалак и траеат во текот на 48 часови.

Синдромот на нагло прекинување на ексесивен внес на алкохол претставува континуум од симптоми на хперактивност на ЦНС и на автономниот нервен систем што се јавуваат по престанок на употреба на алкохол после период на ексесивен внес. Во патофизиологијата на настанокот на синдромот улога игра тоа што алкохолот ја засилува активноста на GABA (која е инхибиторен трансмитер), а мозокот прави надолна регулација на одговорот на рецепторите што води до толеранција, а во исто време го инхибира NMDA рецепторот за глутамат (кој е екситаторна аминокиселина), а мозокот врши нагорна регулација на рецепторите. Наглото отстранување на алкохолот води до помала инхибиторна GABA активност и поекситаторна NMDA активност, што ги предизвикува симптомите, вклучувајќи ги конвулзиите.

Синдромот се развива во четири фази или стадиуми (види слика):

1. Хиперадренергичен стадиум: тремор, страв, несоница, гадење/повраќање, потење, палпитации, покачен крвен притисок, пораст на телесната и хиперрефлексија. Симптомите обично почнуваат после околу 6-8 часа по последниот пијалак.

2. Алкохолна халуциноза (халуцинации при инаку јасен сензориум) се јавува обично после 12 - 24 часа. Типични се визуелните халуцинации, но може да има и аудиторни илузии, а чести се и обвинувачки или заканувачки халуцинации. Пациентите се преплашени од живописните и страшни халуцинации. Може да наликува на шизофренија, но нема нарушување на мислењето. Таа обично е транзитрна и само му претходни на делириум тремор.

3. Конвулзиите се генерализирани, тонично-клонични, обично мултипли, се јавуваат во кластери. Околу 3% од пациентите развиваат епилептичен статус. Може да се јават уште во раната фаза, но тогаш не се повеќе од две едно по друго.

4. Делириум тременс обично започнува после 48 - 72 часа по последниот пијалак. Се јавуваат напади на силен страв, сè попотенцирана конфузија, несоница, ноќни кошмари или ноктурнални илузии, профузно потење и тешка депресија. Типично за иницијалниот стадиум на делириумот, конфузијата и дезориентираноста е враќањето кон рутинските активности, односно често замислуваат дека се на работа и се обидуваат да направат некои активности поврзани со работата. Халуцинациите предизвикуваат немир, страв, дури и терор. Во текот на оваа фаза, пациентите се сугестивни кон многу сензорни стимулуси, особено кон објектите коишто ги гледаат во пригушено светло. Вестибуларните нарушувања прават да веруваат дека се движи подот, паѓаат сидовите или собата се врти. Како што напредува делириумот, тремор на рацете во мирување понекогаш се проширува и на главата и трупот. Има значителна атаксија и во оваа фаза мора да се внимава да не дојде до самоповредување.

Хиперадренергичните симптоми го придружуваат делириумот и прогредираат заедно со него. Поблагата форма

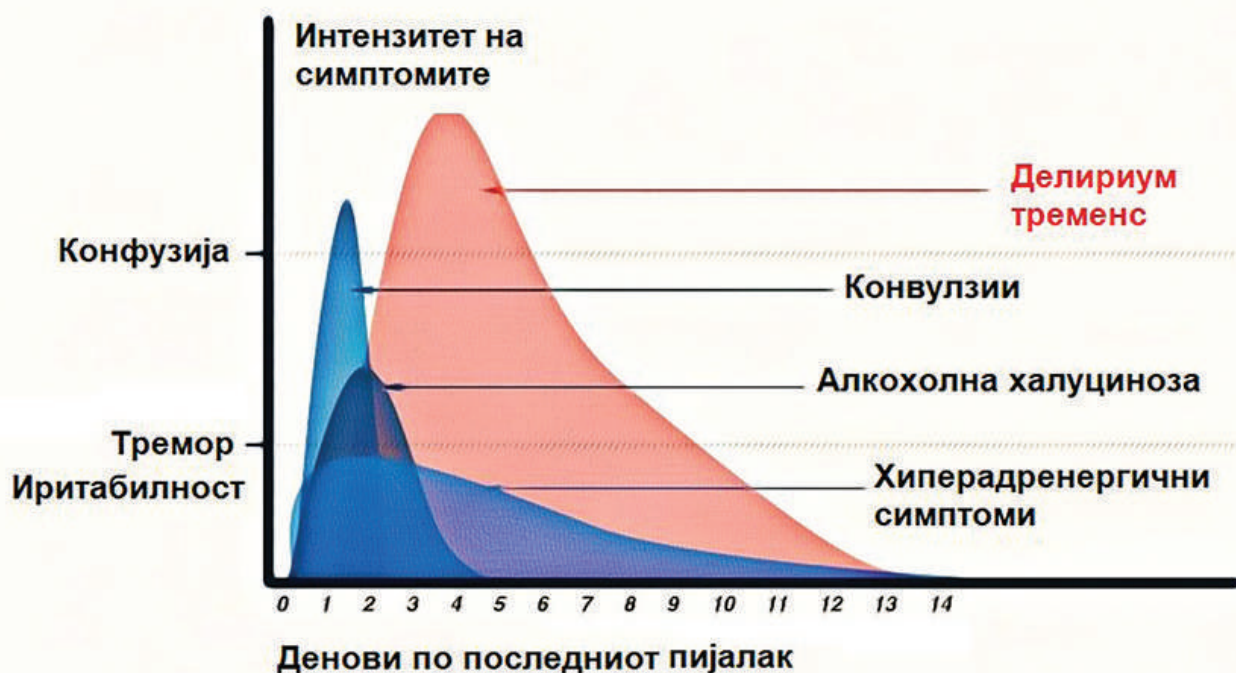
на делириум е пратена со изразено потење, срцева фреквенција од 100-120 удари/минута и температура од 37.2 - 37.8° C. Потешката форма е пратена со изразена дезориентација и когнитивна дизрупција, изразен немир, пулс > 120 удари/минута и температура > 37.8° C; кај овие пациентот ризикот за смртен исход е висок.

Пациентите може да имаат која било од овие фази или да ги имаат сите, а симптомите меѓу нив варираат, но обично секој пациент има слична клиничка слика како во претходните епизоди (ако ги имал), но може и да се влошуваат со секоја нова епизода.

Пристапот кон овие болни мора да е со многу внимание и постојано мониторирање. Најголемиот недостаток во пристапот е кога набрзина или некомплетно се земаат анамнестичките податоци, особено оние кои се однесуваат на распитот за постоење на долготраен ексцесивен внес на алкохол и негово наголо престанување. Од најголема важност е навреме да се преземаат соодветни мерки, затоа што состојбата многу брзо се влошува. Уште иницијално забраната срцева работа, покачениот крвен притисок и телесна температура, треба да предизвикаат аларм за ургентност.

Веднаш штом се добие податокот за нагло прекинување на внесот на алкохол, **веднаш** треба да се започне со третман. Обично, почетните тегоби се блага тахикардија и

Хронологија и интензитет на симптомите на синдромот на нагол прекин на ексцесивен внес на алкохол



Продолжува →

ТЕСТИРАЈ ГО СВОЕТО ЗНАЕЊЕ

умерено покачен крвен притисок, како кај пациентот прикажан во клиничкото сценарио. Но, брзо се воочува тренд за пораст во двата параметри и тој продолжува и понатаму, сè додека пациентот тераписки не се стабилизира. Во тек на околу 20 минути, без стабилизација на состојбата со високи дози на бензодиазепини, срцевата фреквенција ќе се зголеми за понатамошни 10 -15 удари/минута и притисокот може да порасне за 50 mmHg, а на ЕКГ трасе може да се покажат и знаци за исхемија. Мала доза на бензодиазепин ќе даде подобрување за многу кратко време – срцевата фреквенција да се намали за околу 10-15 удари/мин, а крвниот притисок да се намали за околу 15 mmHg во тек на 1-2 минути, но потоа нагорниот тренд продолжува. Пациентот ќе се стабилизира дури откако ќе добие доволно високи дози на бензодиазепин, најдобро со инфузија, поради што од тој момент треба да се третира во единица за интензивна нега. Висока доза на бензодиазепин со долготрајно делување во болус ќе ја намали срцевата фреквенција во тек на 5 минути за околу 30 удари/минута и крвниот притисок за околу 40 mmHg. Дополнителните дози дадени во болус ќе ја стабилизираат состојбата и нагорниот тренд ќе се прекине дури по втората или третата доза. Инфузија со бензодиазепин ќе ја стабилизира состојбата за околу 7 минути. Високите дози на бензодиазепини се потребни поради вкрстената толеранција со алкохолот. На некои пациенти со делириум тремнс им се потребни неколку стотини милиграми во тек на првите неколку часови.

Кај тешка хиперадренергична активност, а и за да се намали потребата од високи дози на бензодиазепини, се дава краткотрајна терапија (12-48 часа) на бета блокатор (метопролол 25 - 50 mg перорално или 5 mg и.в. на секои 4 - 6 часа, или клонидин - 0.1 - 0.2 mg и.в. на секои 2 - 4 часа).

Уште во тек на земањето податоците од анамнезата и при прегледот, пациентот може да се жали на гадење и

ако веднаш не му се даде антиеметик може да поврати и да аспирира повратена содржина, што може да се манифестира со пад на сатурацијата со кислород, поради што ќе има потреба да се интубира. Ако навреме се даде антеметик, нема да се јави повраќање, но набрзо ќе се јават конвулзиите, кои исто така се третираат со бензодиазепини.

После конвулзиите пациентите се немирни, борбени, се обидуваат да ги извлечат канилите и линиите од интравенозната инфузија, да ја тргнат кислородната маска ... Оваа состојба може да наметне потреба од седација со пропофол поради што пациентот треба да е интубиран.

Заедно со бензодиазепините третманот се вклучуваат високи дози на В витамини, посебно тијамин во доза од 100 mg ив., со цел да се спречи појава на компликации, меѓу кои и синдромот на Wernicke-Korsakoff (се јавува поради дефицит на тијамин кој примарно се гледа кај алкохоличари), кој вклучува клиничка тријада од променет ментален статус (конфузија или деменција), нистагмус или офталмолегија и атаксија.

Дозата и начинот на администрација на бензодиазепините зависат од степенот на агитација, виталните знаци и менталниот статус. Вообичаена иницијална интервенција е дијазепам кој се дава и.в. во доза од 5 - 10 mg или лоразепам во доза од 1 - 2 mg и.в. на секој час сè додека не се јави седација, а кај пациенти со делириум дозата може да се повторува на секои 10 минути. Фенотијазини и халоперидол не се препорачуваат иницијално, бидејќи го намалуваат прагот за појава на конвулзии. За пациенти со значајно хепатално оштетување препорачува пократкоделувачкиот лоразепам. Кај тежок делириум тремнс резистентен на терапија се одржува континуирана инфузија на лоразепам, дијазепам, мидазолам или пропофол, обично паралелно со механичка вентилација.

Значително покачена телесна температура кај оние со делириум тремнс е лош прогностички знак.

Референци

1. Amato L et al. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010;3:CD005063.
2. Bayard M et al. Alcohol Withdrawal Syndrome. Am Fam Physician. 2004 Mar 15;69(6):1443-50.
3. Eyer F et al. Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal—predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal. Alcohol Alcohol. 2011;46:427-33.
4. Kosten TR et al. Management of drug and alcohol withdrawal. N Engl J Med. 2003 May 1;348(18):1786-95.
5. Leggio L et al. New developments for the pharmacologic treatment of alcohol withdrawal syndrome. A focus on non-benzodiazepine GABAergic medications. Pro neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2008 Jul 1;32(5):1106-17.

6. Mayo-Smith MF et al. Management of alcohol withdrawal delirium: an evidence-based practice guideline. Arch Intern Med. 2004;164:1405-12.
7. Schuckit MA. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). N Engl J Med. 2014 November 371;22:2109-2113.
8. Stehman CR, Mysyk MB. A rational approach to the treatment of alcohol withdrawal in the ED. Am J Emerg Med. 2013;31(4):734-742.
9. Yanta JH et al. Alcohol withdrawal syndrome: Improving outcomes through early identification and aggressive treatment strategies. EB Medicine. 2015 June 17;6:1-20.
10. Rosenson J et al. Phenobarbital for acute alcohol withdrawal: a prospective randomized double-blind placebo-controlled study. J Emerg Med. 2013;44(3):592-598.

Проф. д-р Алберто Бенедети

(15. 06. 1958 - 28. 01. 2022)

Проф. д-р Алберто Бенедети е роден на 15 јуни 1958 г. во Скопје, каде го завршил основното и средно образование и се запишал на Стоматолошкиот факултет при УКИМ. Дипломирал/доктор по стоматологија станал 1982 г. Подоцна, се запишува и на Медицинскиот факултет при УКИМ во Скопје, каде дипломира и станал доктор по општа медицина во 1995 г.

Д-р Алберто Бенедети, на Клиниката за максилнофацијална хирургија во Скопје, се вработил во 1985 г. На истата Клиника добива специјализација по максилнофацијална хирургија и во 1992 г. се стекнал со звањето специјалист по максилнофацијална хирургија.

Своите стручни престои и усовршувања, д-р Алберто Бенедети ги реализирал во повеќе европски клиници и специјализирани центри, како што се: Клиника за максилнофацијална хирургија на ВМА – Белград, во 1986 год. кај проф. д-р Антоније Шкоклев и проф. д-р В. Цветиновик; на Клиниката за максилнофацијална хирургија во Најмехен - Холандија, кај проф. Х. П. Фрајхофер во 1994 год.; на Клиниката за максилнофацијална хирургија во Фрајбург - Германија кај проф. В. Шили и проф. Р. Шмелцајзен во 1997 год.

Магистер на стоматолошки науки од областа на максилнофацијална хирургија станал 1992 год. Во наставата на Катедрата за максилнофацијална хирургија на Стоматолошкиот факултет при УКИМ бил вклучен во 1988 г. Во 1991 год, бил избран за асистент и реизбран во 1994 г. За доцент е избран во 2002 г., а за вонреден професор во 2007 г. Во 2011 г., Бенедети е избран за редовен професор по група предмети при Катедрата за максилнофацијална хирургија на Стоматолошкиот факултет при УКИМ. Во 2009 год. бил избран за раководител на Катедрата за максилнофацијална хирургија. Проф. Бенедети, активно учествувал во секојдневната теоретска и практична настава по повеќе предмети со студентите, постдипломците, докторантите како и специјализантите. Учествувал во голем број на комисији за оцена и одбара на магистерски трудови и докторски дисертации како и комисији за специјализација по орална и максилнофацијална хирургија. Партиципирал во изготвувањето на наставната програма на додипломските и постдипломските студии, студиите за стручни стоматолошки сестри и стручни забни техничари во рамките на Стоматолошкиот факултет при УКИМ. До неговото прерано заминување, проф. Бенедети беше раководител на работната единица за мултимедијална презентација на Стоматолошкиот факултет при УКИМ.

Проф. д-р Алберто Бенедети бил активен учесник на голем број на семинари и конгреси во земјата и странство. Тука треба да се спомне неговото речиси редовно учество на конгресите на Европската асоцијација за кранио-максилнофацијална хирургија во Единбург – Велика Британија во 2000 г., во Тур - Франција во 2004 г., во Барселона – Шпанија во 2006 г., во Болоња – Италија, во 2008 г., и во Лондон – Англија, во 2016 г. Во 2004 година бил избран за советник (counselor) и претставник на Р. Македонија во Европското здружение на кранио-максилнофацијални хирурзи на 6-годишен период.

Проф. д-р Алберто Бенедети е автор на монографијата: “Карцином на долна усна” од 1999 год. Исто така, соработник е во книгата “Рендгенолошки атлас на болестите во максилнофацијалната регија” од 1997 год. и носител на научно-истражувачкиот проект: “Клинички, лабораториски и имунолошки анализи на инфламациите во лицева регија (2004 г.). Резултатите поврзани со научно-истражувачката дејност бележат повеќе од 120 стручни и научни трудови објавени во домашни и признати меѓународни научни списанија. Тој е рецензент во книги кои се преведени на стручен и македонски литературен јазик: Орална и максилнофацијална хирургија – од Џејмс Хап, Микрохируршка ендодонција – од Арналдо Кастелучи и Прирачник за орална хирургија – од Матео Киаско.

Во март 2022 година, на редовното годишно Собрание на Здружението на максилнофацијални хирурзи на Македонија едногласно беше избран за претседател на Здружението.

Проф. д-р Алберто Бенедети беше добитник на навистина голем број признанија за неговата стручна, образовна и научно-истражувачка дејност. Во 2007 г., италијанскиот амбасадор во Р. Македонија имаше чест на Алберто Бенедети да му го врати орденот Cavaliere (витез), орден за заслуги на Италијанската Република, кој му беше доделен од страна на Претседателот на Република Италија, Џорџо Наполитано.



Проф. д-р Перко Колевски

(27. 12. 1944 - 17. 12. 2021)

По кратко боледување, на 77-годишнина, почина проф. д-р Перко Колевски, првиот министер за здравство на Македонија.

Проф. д-р Перко Колевски беше редовен професор на Медицинскиот факултет и прв министер за здравство на независна Република Македонија, основоположник е на имунологијата и трансплатацијата на бубрег во земјата.

Директор на Институтот за трансфузиона медицина при Клинички центар Скопје.

Проф. д-р Перко Колевски е добитник на државната награда „11 Октомври“. Тој е одликуван и со орден за заслуга за народ со сребрена звезда.

Прим. д-р Стојан Ковачески

25. 11. 2021

Примариус д-р Стојан Ковачески, интернист – нефролог, почина на 25 ноември 2021 година.

Д-р Стојан Ковачески беше основоположник на нефролошката дејност во Струга и основач на тогашниот Центар за дијализа – Струга (денес – Специјализирана болница за нефрологија Струга) и долгогодишен и успешен раководител и директор на нашата установа која под негово раководење стана респектабилна здравствена установа, целосно опремена и со сите неопходни служби, опрема, медицински и друг кадар, со повеќе од 210 вработени.

Со неговата успешна работа како директот, прим. д-р Стојан Ковачески остави неизбришлива трага кај пациентите во Струга и пошироко, како и воопшто, во здравството во нашата земја.

Новини од медицината

КАКО КАФЕИНОТ ГО НАМАЛУВА РИЗИКОТ ЗА СРЦЕВО ЗАБОЛУВАЊЕ

Познато е дека кафенот (CF) го намалува ризикот за кардиоваскуларно заболување (CVD). Но, механизмот што доведува до тоа, до неодамна не беше познат. Во оваа студија, научниците го испитале влијанието на CF врз два регулатори на циркуирачки low-density lipoprotein cholesterol (LDLc): proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 (PCSK9) и low-density lipoprotein receptor (LDLR).

Во оваа студија, CF го намалил нивото на циркуирачки PCSK9, а го зголемил нивото на хепаталната експресија на LDLR. Во студијата, додатни CF-анализи, со зголемен потенцијал на инхибиција на PCSK9 во споредба со CF исто така се испитувани. Ефектот на PCSK9 врз намалување на CF бил дополнително потврден и кај здрави волонтери. Резултатите укажуваат дека CF го зголемува нивото на хепаталниот ендоплазматичен ретикулум Ca²⁺ и ја блокира транскрипционалната активација на sterol regulatory element-binding protein 2 (SREBP2) што е одговорен за регулирање на PCSK9, а со тоа ја зголемува експресијата на LDLR и елиминирањето на LDLc. Со ова, научниците утврдиле дека ER Ca²⁺ има една од главните улоги во регулацијата на холестеролниот метаболизам, а со тоа и потврдиле како CF може да штити од CVD.

Nat Commun 2022;13(1):770. doi: 10.1038/s41467-022-28240-9.

ПРИРОДНОТО ОСВЕТЛУВАЊЕ ВЛИЈАЕ ВРЗ РИЗИКОТ ЗА ДИЈАБЕТ

Вештачкото осветлување е достапно преку 24 часа и многумина од нас се под електрично осветлување или, пак, пред апарати што емитуваат светлина за време на темниот период од природниот циклус на ден и ноќ.

Ваквите супоптимални осветлувачки состојби влијаат врз нашиот метаболизам и имаат несакани нус ефекти. Внатрешното осветлување, што ќе го имитира природниот циклус на ден/ноќ, може да го подобри метаболичното здравје. Во оваа студија, научниците го споредиле метаболичниот одговор кон природното ден/ноќ осветлување во споредба со супоптималното осветлување кај луѓе кои се под зголемен ризик да развијат метаболично заболување.

Во ова рандомизирано испитување, 14 дебел, инсулин-резистентни волонтери биле подвргнати на две 40-часовни лабораториски сесии со различно осветлување во текот на 24 часа. За сето ова време, волонтерите биле сместени во метаболична комора под услови како во животот. За време на светол ден - самрак состојба, волонтерите биле изложени на електрично светло (~1250 lx), во текот на денот (08:00-18:00 h) и придушено осветлување (~5 lx) во вечерните часови (18:00-23:00 h), и обратно, одн. за време на самрак, волонтерите биле под дневно осветлување и вечерно, за време на денот. Во текот на целото време на експериментот, сите волонтери имале 24 часа индиректна калориметрија, како и непрекинато мерење на телесната температура и редовни крвни испитувања. Примарната цел биле мерките на плазма гликозата пред и по периодот на консумирање храна.

Поминувањето на денот под бело светло резултирало со зголемување на триглицеридите после доручек, но намалување на вредностите на гликоза пред вечерниот оброк во 18.00 часот, во споредба со вечерното осветлување (5.0 ± 0.2 vs 5.2 ± 0.2 mmol/l, $n = 13$, $p = 0.02$). Дневниот самрак – светлата вечер довела до покачување на гликоза по вечерниот оброк, во споредба со светлиот ден – самрак вечер (307 ± 55 vs 394 ± 66 mmol/l $\times$ min, $n = 13$, $p = 0.009$). Вечерната секреција на мелатонин била значително намалена во периодот на мрачен ден-светла вечер. Телесната температура во физиолош-

ката група на нормално осветлување ден и ноќ, била намалена во 18.00 часот ($28.8 \pm 0.3^\circ\text{C}$ vs $29.9 \pm 0.4^\circ\text{C}$, $n = 13$, $p = 0.039$) а зголемена во 23:00 h, во споредба со групата на мрачен ден-светла вечер ($30.1 \pm 0.3^\circ\text{C}$ vs $28.8 \pm 0.3^\circ\text{C}$, $n = 13$, $p = 0.006$). Научниците заклучиле дека внатрешното осветлување влијае врз регулирање на енергија во текот и по земањето на оброк, како и терморегулација кај инсулин-резистентните волонтери.

Diabetologia 2022. doi: 10.1007/s00125-021-05643-9.

СПОРТУВАЊЕ ПО ГРИП ИЛИ COVID-19 ВАКЦИНАЦИЈА ГИ ЗГОЛЕМУВА АНТИТЕЛАТА ВО СЕРУМОТ БЕЗ ЗГОЛЕМУВАЊЕ НА НУЗ ЕФЕКТИ

Вакцинацијата е ефективна здравствена мерка, но нејзината ефикасност варира во различни популации. Адјуваните ја подобруваат ефикасноста на вакцините, но обично го зголемуваат и реактогеницитетот, одн. способноста на вакцината да предизвика чести, очекувани нус ефекти, особено експресивен имунолошки одговор со соодветни симптоми и знаци, како на пр. грозница и болки во раката која била инектирана со вакцината, но и други манифестации како модринки, црвенило и отоци. Во оваа студија, научниците го испитале ефектот од 90 минути благо до умерен интензитет на ергометар вежбање, одење или пак догинг, по имунизација со три различни вакцини (2009 пандемична инфлуенца H1N1, сезонски грип и COVID-19). Вежбањето започнало по вакцинацијата на грип или по првата доза на Pfizer-BioNTech COVID-19 вакцина. Модел на глупци од influenza А имунизација бил применет за да се испита ефектот на вежбањето врз продукцијата на антитела како и улогата на IFN α како

потенцијален механизам за лекување на овие глумци со anti-IFN α антитело. Резултатите укажуваат дека 90 мин вежбање, конзистентно ги зголемило антителата во серумот во сите групи со различни вакцини во теко на четиринедели по имунизацијата и IFN α може да придонесе во бенефитот на спортувањето и неговиот имунолошки одговор /подобрување. Спортувањето не ги зголемило нусефектите по COVID-19 вакцинацијата. Овие наоди говорат дека возрасните кои редовно спортуваат може да го зголемат својот имунитет и по грип или по COVID-19 ваквина, со само една сесија на благо или умерено вежбање пост-имунизација.

Brain Behav Immun 2022 Feb 5;102:1-10. doi: 10.1016/j.bbi.2022.02.005.

ХРОНИЧНАТА БОЛКА ПРЕТХОДИ НА НАРУШУВАЊЕ НА ИСХРАНАТА КАЈ ЛУЃЕ СО БОЛКИ ВО ПОЛОВИНАТА

Хроничната болка е поврзана со анхедонија и намалена мотивација. Овие бихејвиорални промени се поврзани со промени во лимбичниот дел на мозокот и може да го објаснат

зголемениот ризик од дебелина кај луѓе кои имаат болки. Механизмот на овие бихејвиорални промени и нивниот однос со развитокот на болка не е доволно истражен. Научниците во оваа студија имаат испитувано како начинот на исхрана е променет кај луѓе кои имаат болки во половината пред и откако ќе преминат во хронична болка и како ова е променето во споредба со луѓе кај кои болката престанала или, пак, се намалила. Исто така, била испитувана и хедонистичката перцепција кон масна храна којашто е променета кај луѓе со хронична болка, а ова е поврзано со промените во nucleus accumbens кај овие пациенти. Хипотезата на научниците била дека nucleus accumbens е поврзан со хедонистичкото процесирање на масната храна, со оглед дека неговата улога во хедонистичката прехрана и преработката на масна храна е докажана, а сè повеќе се поврзува и со хроничната болка.

Во оваа студија, се применети бихејвиорални тестови, како и структурална неурорадиолошко иследување на мозокот, за да се тестираат болни со супакутна болка во половината (SBP; n=51, со 6-12 недели со болка во половината) и здрави, контролни субјекти (n=36) кои биле испитувани на почетокот на студијата (baseline) и по една година следење. Во исто време, уште една група на

пациенти со хронична болка во половината (CLBP; n=43 со болка во траење над 12 недели) била вклучена, но испитувањата кај нив биле направени само еднаш.

Резултатите укажуваат дека SBP болни кои се оздравеле по една година (SBPo) и CLBP пациентите, имале промени во прехраната. Наспроти ова, SBP болните кои имале перзистентна болка од една година (SBPr) немале промени во исхраната. SBPr и CLBP пациентите имале сигнификантна корелација со хедонистичката перцепција на храната богата со масти и волуменот на nucleus accumbens. Ова сугерира дека промените во accumbens кај SBPr пациентите може да имаат протективна улога од хедонистичките нарушувања во исхраната при почетокот на болеста, додека нарушувањето во исхраната настанува кога ќе има хронификација на болката и е пропратено со структурални промени во nucleus accumbens.

PLoS One 2022 Feb 10;17(2):e0263527. doi: 10.1371/journal.pone.0263527

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



ЛЕКАРСКА КОМОРА

на Република
Северна Македонија

lkm.org.mk

Целосно се укинуваат маските во училиштата, наскоро ќе заврши самотестирањето, а ќе се вратат и ученичките екскурзии?

По враќањето од зимскиот распуст, учениците во основните и средните училишта ќе можат да следат настава во живо во училиниците без да носат медицински маски. Министерот за наука и образование Радован потврди дека сериозно се разгледува можноста за симнување на маските.

- Разговараме и договараме варијанта за симнување на маските на децата во училиниците, став којшто ќе треба да го координираме со Хрватскиот завод за јавно здравје. Се движиме во таа насока и се надевам дека од следната недела ќе можеме да функционираме на тој начин што децата во училиштата нема да имаат потреба од маски - рече министерот за "Фукс", откривајќи дека разговорите се во завршна фаза.

Како што неофицијално дознава "Слободна Далмација", доколку се постигне договор, маските би биле речиси целосно отстранети, односно нивното (не)носење повеќе не би било условено со обезбедување јаз меѓу студентите. Евентуално, нив би можеле да ги носат само оние студенти и вработени кои тоа го сакаат и сметаат дека е неопходно, а како препорака би останало за студентите и оние со хронични заболувања кои може да се доведат до состојба на потешки облици на болеста ковид-19. Исто така, се предлага носењето маски да не биде задолжително за посетителите на училиштата во иднина, освен ако директорот не одлучи поинаку. Носењето маски за учениците ќе остане задолжително во јавниот превоз, вклучително и организираниот превоз.

Можноста за укинување на носењето маски на часови се отвори по воведувањето на самотестирање за корона вирусот на учениците дома, процедура која беше воведена и којашто ќе продолжи редовно да се спроведува уште три недели откако учениците ќе се вратат на училиште. После тоа, самотестирањето би се спроведувало само во оние одделенија каде еден од учениците е позитивен на корона вирус и со текот на времето целосно би се укинало.

Со воведувањето на самотестирањето се укина самоизолацијата за здравите деца, односно за оние кои се негативни на домашен тест и кои немаат знаци на болест, дури и кога ќе дојдат во контакт со лице позитивно на ковид. Според министерот, во првата недела од самотестирањето биле идентификувани околу 2.000 асимптоматски случаи кај деца, но



Доколку епидемиолозите ги прифатат предлозите на образовните власти, како епидемиолошки мерки ќе останат само оние од хигиенска природа

ХРВАТСКА

бројот на заразени ученици нагло опаѓа.

Укинувањето на носењето маски, за ублажување на епидемиолошките мерки во училиштата, не е единствената новина предложена од Министерството за наука и образование.

"Слободна Далмација" неофицијално дознава дека и епидемиолозите предложиле враќање на студентските екскурзии. Во случај на еднодневна воннаставна настава, без

ноќевања, постапката би била иста како и кај наставата во училиница, а кај повеќедневната воннаставна настава се препорачува организација во Хрватска. За студентите кои учествуваат во мерка на редовно рутинско самотестирање дома, нема да има ограничувања во овој случај.

Во сила би останале мерките како што се дозволување групи ученици од различна возраст да се мешаат, односно нема да има потреба од одвојување на учениците од различни паралелки и нема да има ограничувања за физичка активност и музичка култура, односно нема да има ограничувања за мешање ученици од различни одделенија и училиште. Иако прашање е кој од родителите сè уште го спроведува ова, сега и официјално се бара родителите во иднина да не мораат да ја мерат температурата на учениците пред да дојдат на училиште.

Доколку епидемиолозите ги прифатат предлозите на образовните власти, во основните и средните училишта би останале само оние од хигиенска природа - редовно миење раце и дезинфекција и проветрување на просторот, како и вообичаен третман за сомнителна инфекција со корона вирус.

Преземено - Jutarnji list



СЛОВЕНИЈА

Во Словенија децата наскоро без маски

Во Словенија продолжува да се смирува епидемиолошката состојба во пандемијата на корона вирусот, поради што се најавува можност наскоро да се вадат маските во пониските одделенија од основните училишта.

Мерките за опуштање наскоро ќе стапат на сила поради подобрување на епидемиолошката состојба, така што

освен во здравствените и пензионерските домови, нема да се бара потврда, а министерот за здравство Јанез Поклукар истакна дека се размислува да се укине обврската за носат маски во училиштата.

Олеснувањето на мерките се пошироки од оние што ѝ беа предложени на Владата од епидемиолозите кои се залагаа за постепеност и внимателност.



Србија добива нов Клинички центар, првите пациенти до средината на март

СРБИЈА



Се отвора нова зграда на Клиничкиот центар на Србија - најсовремена опрема на 12 ката и 86.000 метри квадратни за повеќе од 800 пациенти.

Се чекаше со децении, се одбројуваат годините, но конечно ќе биде отворена новата зграда на Универзитетскиот клинички центар на Србија. Белград, Србија и регионот добиваат здравствена установа со најсовремени услови за лекување на пациентите.

Професорката Милика Ашанин, директорка на Универзитетскиот клинички центар на Србија, за РТС, изјави дека е историски ден бидејќи ја добиваме една од најголемите и најмодерните болници не само во регионот, туку и во Европа.

„Помина половина век за да се изгради нов Универзитетски клинички центар на Србија, има огромни болнички капацитети, исклучително скапа и модерна опрема за да можеме да правиме високо специјализирани процедури во сите гранки на медицината“, рече д-р Ашанин.

Површината на новиот Клинички центар е 86.000 метри квадратни, на 12 ката.

Ќе има 825 болнички кревети - 231 во одделенијата за интензивна нега, 594 во полуинтензивна нега и 47 во дневни болници.

Има и 34 оперативни сали, осум ангио сали, три магнетни резонанци, шест скенери, 12 кабинети за рендген, а се воведува и нова технологија – роботи“, вели д-р Ашанин.

„Чекаме и пет скенери, има комплетно реновиран Оддел за нуклеарна медицина“, рече д-р Ашанин, додавајќи дека првите пациенти се очекуваат до средината на март.

Целиот Ургентен центар се сели во новата зграда, а од клиниките - Клиниките за хематологија, гастроентерологија, кардиологија, торакална хирургија, ендокринологија, ќе има Одделот за плодност, како и Центар за трансплантација. Д-р Ашанин рече дека во следните денови ќе биде отворен конкурс за вработување на 18 доктори на неопределено.

Преземено - rts.rs

Черкез: Носењето маски веќе не е задолжително

Кризниот штаб на Сојузното Министерство за здравство ѝ предложи на Владата на ФБиХ да прифати нова мерка според која носењето маска на отворено и на затворено повеќе не е задолжително – потврди помошникот на сојузниот министер за здравство, Горан Черкез.

Тој посочи дека носењето маски ќе биде задолжително во јавниот превоз, потоа за сите оние кои работат во здравствените и социјалните, но и во казненопоправните установи. Тој нагласи дека сепак, на старите лица кои сè уште се во ризик, и на невакцинираните, им препорачуваат да носат маски.

Черкезин истакна дека е дозволено собирање до 300 луѓе, а доколку тој број е поголем, потребно е да се има доказ за правилото VPT.



БИХ

Зборувајќи за угостителските објекти, тој рече дека сега важи правилото за растојание од два метри меѓу масите, со што се отстрануваат нумеричките ограничувања. Посетителите на дискотеки и ноќни клубови, покрај почитувањето на растојанието, мора да имаат и правило VPT.

Тој додаде дека отсега театрите и кината ќе може да работат со 50 проценти од капацитетот, додека истото правило важи и за спортските натпревари, освен во затворени простории каде што важи правилото VPT.

Черкез истакна дека кантоните имаат можност да донесат порестриктивни мерки и дека ќе ја следат ситуацијата и ќе продолжат да ги релаксираат мерките.

- Пандемијата сè уште не поминала, треба да се следат препораките, особено постарите и невакцинираните лица - заклучува Черкез.

Преземено - Vijesti.ba / FENA



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 потоа, 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 друштите слична на наставниците во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиника и катедри во новоформираните Медицински факултети во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговото развој.

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

„Vox medici“ ги повикува сите автори кои поседуваат лична документација и/или имаат интерес и наклоност кон истражување на расположливи архивски и друштите 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 новата историја на медицината и оддавање должна почта и признание на првите наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.



Стефан СТЕФКОВ

Професор и директор на Институтот за микробиологија и паразитологија при Медицинскиот факултет во Скопје

“На секое големо достигнување на човешвото му претходел долготраен, често долготраен период на концентриран напор”

– Ерл Најшингел

Д-р Стефан Стефков е роден на 18.11.1920 г. во Скопје, како последно од пет деца (Надежда, Верка, Зорица, татко Димитар Стефков. Основно образование и гимназија завршил во Скопје и започнал медицински студии во Белград во 1939 г., а продолжил во Софија во 1941-42 г. Во 1943 г., поради војната и тешките материјални услови, ги прекинал студиите до 1946 г. кога продолжил и дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Белград во 1948 г. Потоа, се вработил на Централниот хигиенски завод во Скопје и започнал специјализација по микробиологија и паразитологија. Во 1951 г., тој се преместил во Институтот за микробиологија и паразитологија при МФ-Скопје, а специјалистичкиот испит го положил во 1955 г.

Својата животна сопатничка Маријана Вангелова од Скопје, наставник по анатомија и физиологија во Средното медицинско училиште во Скопје, ја запознал во Скопје во раните 1950-ти. Во нивниот брак, склучен во 1955 г., се родиле две деца: Константин и Димитар, дипл. стоматолог, вработен во Крка Фарма Доел Скопје, кој со сопругата Славица, новинар, и синови-те Стефан и Томо живеат во Скопје.

Д-р С. Стефков бил избран во звање доцент во 1958 г., во вонр. професор во 1964 г. (реизбран во 1971 г.) и редовен професор во 1974 г. Во 1978 г. бил наз-

начен за директор на Институтот и раководител на Катедрата за микробиологија и паразитологија и раководел до 1985 г.

Проф. д-р Стефан Стефков починал во Скопје на 1.03.2003 г., во 83-та година од животот.

Стручен развој и лекарска и наставно-едукативна дејност

По дипломирањето на МФ во Белград во 1948 г., д-р С. Стефков се вратил во Скопје и го завршил задолжителниот лекарски (приправнички) стаж во повеќе клиника во тогашната Земска (Државна болница), а во 1949 г. се вработил во тогашниот Централен хигиенски завод во Скопје и добил решение за специјализација по микробиологија со паразитологија. Во 1951 г. се преместил во Институтот за микробиологија и паразитологија и бил избран за помлад асистент, а во 1954 г. во асистент на Катедрата за микробиологија и паразитологија при МФ-Скопје. За време на специјализацијата остварил стручен престој од шест месеци во тогашниот Централен хигиенски завод на Хрватска во Загреб и три месеци во Заводот за здравствена заштита на Србија во Белград. Со добиена стипендија од СЗО остварил стручен престој од осум месеци во Франција, во Институтот „Луј Пастер“ во Париз, како „епицентар“ на најголемите откритија и развојот на микробиологијата и паразитологијата во Европа и светот. Специјалистичкиот испит го положил во мај 1955 г., а во март 1958 г. одбрал хабилитатиски труд на МФ-Скопје со наслов „Прилог кон испитувањето на физиолошките особини на бактерии од Klebsiella-aerobacter група и нивниот однос во однос на антибиотиците“. Во јуни 1958 г. бил избран во звање доцент по микробиологија и паразитологија

при МФ-Скопје, а во 1962 г. остварил студиски престој од три месеци во Институтот “Луј Пастер” во Лион, Франција. Во 1964 г. бил избран во вонр. професор, а во текот на академската 1967/68 г. водел настава по микробиологија и истовремено вршел должност шеф на лабораторијата на Клиниката за инфективни болести при МФ-Алжир. По враќањето од Алжир продолжил со работа во Институтот за микробиологија при МФ-Скопје. Во 1969 г. добил стипендија и престојувал два месеца во Институтот за туберкулоза во Бристол, Западна Германија, за запознавање со новите современи дијагностички методи.

Од март 1970 до јули 1972 г. проф. С. Стефков бил на работа во Константина, Алжир, преку Сојузниот завод за меѓународна техничка соработка со земјите во развој и притоа ги извршувал функциите шеф на Катедрата по микробиологија и паразитологија и шеф на сите лаборатории на клиниките при МФ-Константина. Притоа, од страна на Министерството за образование на Алжир бил избран за претседател на испитната комисија за избор на доценти и асистенти во три универзитетски центри (Алжир, Константина и Оран). Во ноем. 1971 г. се пријавил на конкурсот и бил реизбран во звањето вонр. професор по микробиологија и паразитологија при МФ-Скопје, а по истекот на договорот за работа склучен со алжирската Влада се вратил во Скопје и продолжил со работа во Институтот за микробиологија при МФ-Скопје во август 1972 г.

Проф. С. Стефков се истакнувал со својата елоквентност во наставната дејност. Неговите предавања за студен-



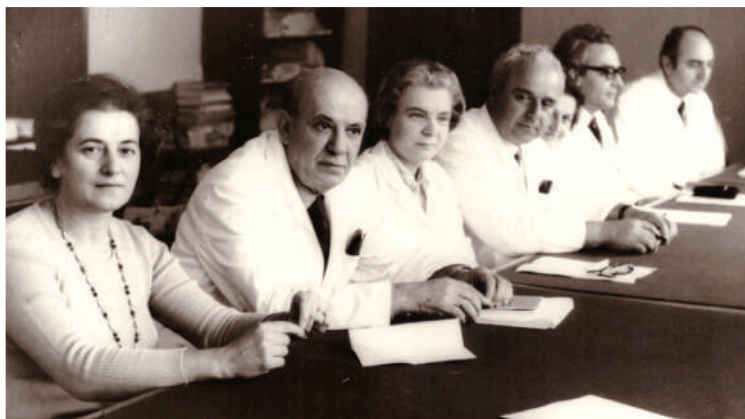
Проф. С. Стефков (стои втор од десно) со наставници и ученици „санитарни техничари“ во Средното медицинско училиште во Скопје, април 1957 г.

тите секогаш биле дидактички дотерани и разбирливи. Испитите ги одржувал со потребен такт и трпеливост и со строг и правилен критериум во оценувањето.

Во раните 1950-ти, како лекар на специјализација, а подоцна и како специјалист микробиолог, бил наставник во Средното медицинско училиште во Скопје по предметот микробиологија и паразитологија за медицински сестри, акушерки и здравствени техничари (лабораториски, фармацевтски и санитарни).

Општествено-политички и организационо-стручни активности

Проф. С. Стефков бил континуирано општествено-политички активен почнувајќи од неговите студентски денови. Во ноем. 1944 г. стапил во НОВ и ПОЈ, вршејќи ја должноста санитарски референт во бригада, до дек. 1945 г. кога бил демобилизиран и потоа продолжил со медицинските студии во Белград. Учествовал во напредното студентско движење на Универзитетот во Белград и во политичката работа на Студентската организација, како и во повеќемесечната акција за сузбивањето на пегавиот тифус во БиХ. Учествовал во младинска работна акција, од јуни до септември 1947 г., во изградбата на железничката пруга Шамац-Сараево, како дело на доброволна работа на младината од сите краеве на поранешна Југославија за обнова на разрушената земја, со слоганот „Ние ја градиме пругата, пругата нè гради нас“. Младинските акции биле и своевиден општествен феномен со едукативен карактер и предвесници на подоцнежното волонтирање, општествено –



Матичната комисија за основањето на Факултетот за фармација во Скопје, формирана од Советот на МФ-Скопје на 6.10.1977 г. Од лево: м-р Софија Влашка, проф. Стефан Стефков, м-р Радојка Наумовска, проф. Александар Наумовски, проф. Епса Урмува, проф. Борислав Каранфилски, проф. Бранислав Никодијевиќ

Доајени

корисна работа, па и активизам, нешта за кои денес сè повеќе се зборува бидејќи се сè повеќе неопходни затоа што, во суштина „ние ја градиме државата, државата нè гради нас“.

Институтот за микробиологија ги започнал своите активности во учебната 1949-50 г., при што теоретските предавања по микробиологија преку интензивни курсеви за првата генерација студенти ги одржувал проф. А. Горѓевиќ, кој дошол од МФ-Белград, додека само еден асистент-предавач по микробиологија (д-р Р. Скалова) ги одржувала сите практични предавања и лабораториски вежби. Потоа, теоретските предавања и испити по микробиологија ги одржувал проф. Димитар Мицев од Земјоделско-шумарскиот факултет во Скопје. Во 1951 г. во одржувањето на практичната настава по микробиологија се вклучил д-р С. Стефков како помлад асистент. Првите привремени простории на Институтот за микробиологија и паразитологија биле обезбедени во Декеровата барака во состав на тогашниот Централен хигиенски завод во Скопје. Во 1949 г., Институтот бил преместен во зградата на Институтите. Првиот редовен наставник по микробиологија бил именуван во 1952 г., вонр. проф. Богдан Каракашевиќ, кој раководел и со Катедрата за микробиологија додека бил директор

на Централниот хигиенски завод во Скопје од 1952-54 г. Во 1958 г. бил избран за доцент Стефан Стевков и поцелосно бил вклучен во реализација и на теоретската настава по микробиологија и паразитологија. Институтот кадровски се зајакнал во 1955 г. кога, покрај постојните двајца асистенти, асс. С. Стефков и д-р Г. Несторов, биле вработени д-р Л. Несторова и д-р П. Наумовска и, потоа, избрани во асистенти во 1957 г. Во 1958 г. биле вработени и избрани во асистенти д-р Н. Каранфилска и д-р Е. Ефремова. Во 1960-61 г. се вработени д-р А. Ковачева, д-р В. Стојменска и д-р М. Поп-Ацева. Двајца наставници и седум асистенти можеле да одговорат на зголемениот

обем на настава во редовните и вонредни студии по медицина и стоматологија на МФ-Скопје во 1960-те и потоа. По заминувањето во пензија на проф. Б. Каракашевиќ, во 1978 г., раководната улога ја презема проф. С. Стефков, како директор на Институтот и шеф на Катедрата за микробиологија и паразитологија, кои функции ги извршува до 1985 г. Во тој период е зголемена наставната дејност по микробиологија со отворањето на Фармацевтскиот факултет во Скопје и било неопходно кадровско зајакнување на Институтот. Во 1979 г. била вработена д-р М. Петровска, а во 1980 г. д-р Н. Пановски, кои потоа биле избрани во асистенти па наставници. Во 1981 г. биле избрани за доценти асистентите М. Поп-Ацева, А. Ковачева и П. Наумовска, а во 1983 г. д-



Зградата на Хигиенскиот завод, од основањето во 1925 до земјотресот во Скопје во 1963 г.

р К. Апостолов, кој работел во Лондон, бил избран за наставен редовен професор и од 1986 г. се вклучил во наставата со 6 часа од областа на вирусологијата. Во 1985 г. звање доцент добила Н. Каранфилска и била избрана за шеф на Катедрата, а функцијата директор на Институтот за микробиологија ја презела доц. П. Наумовска.

Проф. С. Стефков извршувал повеќе други раководни и стручно-општествени функции во рамките на МФ и УКИМ-Скопје и пошироко. Бил шеф на лабораторијата за цревни бактерии, а потоа шеф на серолошката лабораторија и лабораторијата за туберкулоза и пиогени бактерии во Институтот за микробиологија и паразитологија при

МФ-Скопје. За време на неговиот тригодишен престој во Алжир, бил шеф на лабораторијата на Клиниката за инфективни болести во Алжир и на сите клинички лаборатории во Константина. Учествовал во спречувањето на епидемијата на колера во Виљата на Константина во 1970 г.

Зборувал француски и германски јазик, а се служел и користел стручна литература и на англиски јазик.

Научноистражувачка и публицистичка активност

Научноистражувачката активност на Институтот за микробиологија се изведувала од основањето и првите години на развојот, паралелно со наставната и другите основни дејности. Проф. С. Стефков се занимавал со широк спек-

тар на прашања во доменот на микробиологијата и паразитологијата. Од почетокот на својата стручна работа покажувал голем интерес и за научната дејност. Како помлад асистент, во раните 1950-ти, објавил неколку видни трудови кои позитивно биле оценети при неговиот избор во асистент, како и подоцна, кога бил избран во доцент. Неговиот научен интерес бил посебно насочен кон проблемите на серологијата на ревматските и, воопшто, на

стрептококните заболувања и нивните секвели, причинителите на цревните инфективни болести кај доенчињата (*Escherichia coli*, *Klebsiella* и др.), како и со микробиолошката дијагностика (туберкулински тест) и разновидните особини на причинителите на туберкулозата. Во серолошката дијагностика на наведените болести вовел повеќе нови и современи методи и бил ценет како еден од најдобрите стручњаци во таа област во Македонија и пошироко.

Публикувал голем број стручни и научни трудови во домашни и странски списанија, како и во списанија од популарно здравствен карактер. Автор е на над 70 стручно научни трудови објавени во научни списанија. Учествовал

активно со трудови на повеќе конгреси и други стручни собири во земјата и странство. Напишал скрипта „Одбрани поглавја на паразитологија и микробиологија“, издадена од МФ-Константина, Алжир, во 1971 г. Во периодот на раководење со Катедрата за микробиологија со паразитологија проф. С. Стефков објавил скрипта „Микробиологија: општ дел“, издадена од Универзитетската печатница при УКИМ-Скопје во 1981 г. Во познатиот југословенски учебник „Микробиологија и паразитологија“, во редакција на Б. Каракашевиќ, објавен од Медицинска книга Белград-Загреб во 1962 г., препечатен во вкупно шест изданија до крајот на 1980-те, како основен учебник за студенти на факултетите за медицина и стоматологија и за лекари на специјализација по микробиологија и други специјалности, проф. С. Стефков е автор на поглавјата „Mycobacterium“ (Mycobacterium tuberculosis, M. paratuberculosis, M. ulcerans, и атипични микобак-

терии) и „Основи на серолошката техника“ (Аглутинација, преципитација и фиксација на комплименти). Проф. С. Стефков е еден од вкупно 42 соработници-автори, од сите републики на СФР Југославија, на практикумот „Прирачник за стандардните методи за микробиолошка рутинска работа“, за лабораториите во Југославија, во редакција на Богдан Каракашевиќ, објавен во раните 1960-ти и со повеќе последователни изданија до крајот на 1980-те.

Проф. С. Стефков активно учествувал со презентации на голем број научни состаноци на микробиолозите, епидемиолозите и инфектолозите на Југославија, во 1970-те и 1980-те, кои се одржувале во Пула, во организација на проф. Б. Каракашевиќ, со масовна посетеност и учество на околу или над 1000 учесници. Пред и по одржаните научни состаноци проф. С. Стефков учествувал во прифаќањето на пријавените реферати и уредувањето на зборниците на трудови.

Бил член на Уредувачкиот одбор на Македонски медицински преглед во 1969-71 г.

Спомени, признанија и награди

Проф. С. Стефков останува во колективната меморија во нашата средина како еминентен стручњак, професор и педагог кој придонел во развојот на микробиолошката дејност во Македонија и на Институтот и Катедрата за микробиологија со паразитологија од самиот почеток на нивното основање во раните 1950-ти и, посебно во периодот кога раководел како директор на Институтот и шеф на Катедрата, од 1978-85 г. Во поширока смисла, дал придонес во развојот на МФ-Скопје и во 1967 г., на прославата на Јубилејот – 20 години од формирањето, бил добитник на Спомен-диплома за особени заслуги за МФ-Скопје. Како член на Матичната комисија, придонел во основањето на Фармацевтскиот факултет во Скопје во 1978 г.

Покрај професионалните задачи и активности, проф. С. Стефков наоѓал слободно време да посвети внимание и грижа за семејството и за негување на неколку свои хобија и пасии, како што биле риболовот, филателијата и нумизматиката.

Проф. д-р С. Стефков бил добитник на повеќе признанија и благодарници од МФ и УКИМ-Скопје, Македонското лекарско друштво и Црвениот крст на Македонија, но и на високи републички и сојузни признанија. Бил добитник на наградата на Град Скопје „13-ти Ноември“ во 1981 г. Одликуван е со Орден на трудот со златен венец и Орден за народ со сребрени зраци.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. 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>
2. Лазаревски М, Никодијевич Б, Велков К, Чапароски Р, Главаш Е. Основање и 40-годишен развој на Медицинскиот факултет во Скопје (1947-1987). Во: Лазаревски М., главен и одговорен уредник. МФ во Скопје 1947-1987. МФ, Универзитет Св. Кирил и Методиј, Скопје. 1987: 15-50.
3. Лазаревски М, Никодијевич Б, Велков К, и др. Развој на институциите во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.
4. Марковски А, уредник. 50 години Медицински факултет во Скопје. МФ, УКИМ-Скопје, Скопје, 1998: 144.
5. Редакција на ММП. Шеесетгодишњаци – проф. д-р Стефан Стефков. ММП 1980; 34(1-2): 109-10.
6. Ристовски Б, главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел II. МАНУ, Скопје, 2009: стр. 1426.
7. Стојковски Г. Македонските уметници во медицината. НП „Култура“ – Скопје, Скопје, 2001: 354.
8. Тофоски Ј, уредник. 60 Години Македонско лекарско друштво, 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.
9. Каракашевиќ Б, Таџер И, Миронски С, рецензенти. Реферат за избор на редовен професор по предметот микробиологија (Стефан Стефков) на МФ-Скопје. Билтен на УКИМ-Скопје бр. 200, 1973: 14-24.
10. Цековска Ж. Катедрата за микробиологија и паразитологија – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Години Медицински факултет во Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, Скопје, 2017: 82-6.



Проф. С. Стефков со сопругата Маријана и синовите Константин и Димитар, Матка, јуни 1967 г.

Доајени



Александар ГОРЌЕВИЌ

Професор и основоположник на наставната дејност по микробиологија при Медицинскиот факултет во Скопје

*Најголемо нарушување на духот
е да веруваме дека работиш се
иако, какви што ние би посаку-
вале да бидат*

– Луј Пасџер (1822-1895)

Д-р Александар Д. Ѓорѓевиќ е роден во Ниш, Србија, на 17.09.1893 г. По матурирањето во Втората белградска гимназија во 1911 г., започнал студии по биологија на Филозофскиот факултет во Белград, а во 1912 г. ги прекинал студиите поради започнување на Првата балканска војна. Следната година добил воена стипендија од Министерството за војската на Србија и започнал медицински студии во Ненси, Франција, во 1913 г. По прекилот на студирањето поради воените услови, од 1914-19 г., продолжил со медицинските студии во Ненси, каде дипломирал во 1923 г. Завршил едногодишен курс по бактериологија и хигиена во Париз во 1924 г., а во 1925 г. бил избран за хонорарен асистент по хигиена и бактериологија на МФ-Белград. Во 1946 г. бил избран за вонр. професор по епидемиологија и микробиологија на МФ-Белград, а од 1946-50 г. бил управник на Сојузниот епидемиолошки институт и директор на Вишата школа за медицински сестри на југословенскиот Црвен крст во Белград. Од 1946-48 г. бил продекан, а од 1950-51 г. декан на МФ-Белград.

Проф. А. Ѓорѓевиќ, во 1946 г., бил назначен за член на Матичната комисија за основање на МФ-Скопје и на МФ-Сараево, а потоа во 1949 г. како единствен наставник по микробиологија и имунологија започнал со одржување на теоретската настава за првата генерација студенти на МФ-Скопје.

Проф. д-р Александар Ѓорѓевиќ починал во Белград на 13.04.1969 г., на возраст од 76 години.

Учество во двете светски војни и општествено-политичка дејност

Започнатите медицински студии во Ненси, Франција, во 1913 г., Александар Ѓорѓевиќ ги прекинал по 10 месеци и се вратил во Ниш, Србија, за да се придружи на медицинската служба на воените сили на Србија во Првата светска војна. Учествовал како лекарски помошник во мобилната Епидемиска воена болница во Ниш, со која се повлекувал, во 1915 г., преку Албанија на островот Крф. Работел на островот Вид, познат како „остров на смртта“, а подоцна учествувал и на Солунскиот фронт, од окт. 2015 до септ. 2018 г. Од воена служба бил ослободен/демобилизирен во 1919 г., во чин санитетски потпоручник. По дипломирањето на МФ-Ненси, во 1923 г., и враќањето во Белград, бил поставен за лекар на Военохигиенскиот завод на Главната воена болница во Белград.

По окупацијата и капитулацијата на тогашна Југославија во 1941 г., на него во барање, бил пензиониран, а во 1944 г. доброволно се вклучил во партизанските одреди и продолжил да работи во Санитетското одделение на Врховниот штаб на НОВ на Југославија.

Професионален развој, лекарска и наставно-едукативна дејност

По демобилизацијата во 1919 г. продолжил со медицинските студии во Ненси, Франција, каде дипломирал во 1923 г., со одбрана на докторска теза со наслов „Нумерички и морфолошки варијации на Коховиот бацил во клиничкиот тек и лезиите на белодробната туберкулоза“. Во 1924 г. завршил едногодишен специјализиран курс по бакте-

риологија и хигиена на Катедрата за епидемиологија при МФ (College de France) во Париз и, по положениот испит се стекнал со Diplôme d'Hygiène. Во 1925 г., бил избран за хонорарен асистент за одржување настава по хигиена и бактериологија при МФ-Белград, а во 1926 г. продолжил да се усовршува и да работи како асистент на Катедрата за епидемиологија при МФ (College de France) во Париз, кај проф. Р. Вицент. Меѓу двете светски војни работел на воведување на современа воена бактериологија и епидемиологија во Србија. По завршување на војната бил избран за вонр. професор по епидемиологија и микробиологија на МФ-Белград во 1946 г.

Наставните активности на МФ-Скопје проф. А. Ѓорѓевиќ ги започнал во есента 1949 г. На 29-та седница на Наставничкиот совет на МФ-Скопје, на 11.01.1950 г., бил избран за хонорарен вонр. професор по микробиологија на МФ-Скопје. Наставата по микробиологија со паразитологија на МФ-Скопје започнала со реализација во академската 1949/50 г. Теоретската настава по овој предмет, во обем од 90 часа, во концентрирана форма преку интензивни повеќенеделни курсеви, во зимскиот и во летниот семестар, ја одржувал проф. А. Ѓорѓевиќ. За целокупната практична настава и лабораториски вежби, во обем од 90 часа, за првата генерација студенти по медицина, бил задолжен само еден асистент по микробиологија, д-р Радмила Скалова. Испитот по микробиологија и паразитологија студентите го полагале пред комисија составена од доц. Шуберт, специјалист по хигиена и микробиологија од МФ-Прага, и д-р Никола Хаџи Здравев, епидемиолог, кои работеле во тогашниот Централен хигиенски завод, како и еден од наставниците од МФ-Скопје, проф. Борис Спиров и проф. Ѓорѓи Гаврилски, кои наизменично се вклучувале во комисијата. Исто така, проф. А. Ѓорѓевиќ одржувал настава и по имунологија (главно поврзана со имунизација и серум-терапија против заразните болести) за студентите на МФ-Скопје во периодот 1949-51 г. и предавања по бактериологија во курсот за лекари на специјализација по бактериологија при Институтот за суптропски болести во Скопје и Белград.

Проф. А. Ѓорѓевиќ заминал во пензија во 1957 г., на негово барање, од здравствени причини.

Општествени и организационо-стручни активности

Проф. А. Ѓорѓевиќ бил именуван за член на Комисијата за испитување на можноста за основање на МФ-Скопје, во септ. 1946 г., а потоа, на првата седница, одржана на 22.10.1946 г., бил избран за претседател на Комисијата. Основниот заклучок на Комисијата бил дека отворањето на МФ во Скопје е медицинска неопходност поради големиот недостиг на лекари и специфичните здравствени проблеми во Македонија, кои ќе можат најсоодветно да се решаваат со формирањето на МФ во Скопје. Притоа, била изградена визија за следните чекори кон формирање Матична комисија, во која проф. А. Ѓорѓевиќ бил предложен за член, со задача за обезбедување на основните материјални, просторни и лабораториски услови за отпочнување со реализација на наставата во следната академска 1947/48 г. Притоа, било предвидено користење и проширување на капацитетите на Централниот хигиенски завод во Скопје, со постојните бараки, и да се изгради дополнителна привремена предавална за претклиничката теоретска настава, како и користење на капацитетите на Земската (Државна) болница за реализација на клиничката настава. Била покрената иницијатива за изработка на градежни планови и брза изградба на згради на претклиничките институти и, потоа, изградба на нов клинички блок како трајно решение за сместување на повеќе клиници на МФ-Скопје. Во врска со кадровската политика и развој, важен заклучок бил дека јадрото на наставниот кадар мора да биде составено од избрани македонски лекари кои исполнуваат најосновни квалификации за наставна дејност, но и испраќање на млади лекари во земјата и странство за усовршување и едукација во идни наставни кадри. Било нагласено дека должност на медицинските факултети во Белград, Загреб и Љубљана е да помогнат, во границите на своите можности, во поглед на обезбедување опрема, библиотека и друг потребен материјал за настава, како и да издвојат еден дел од своите наставни кадри, привремено или трајно, за пополнување на наставниот кадар на МФ-Скопје, посебно за теоретските претклинички предмети.



Наставници со група студенти-апсолвенти од првата генерација на МФ-Скопје, мај 1952 г. Прв ред, од десно: Проф. Александар Ѓорѓевиќ (со бел мантил), проф. Глигор Муратовски и доц. Димитрие Атанацковиќ; Втор ред централно проф. Драгослав Милетиќ.

Проф. А. Ѓорѓевиќ бил член на Матичната комисија за формирање на Стоматолошкиот факултет во Белград и станал првиот раководител (декан) на тој Факултет кадешто одржувал предавања по бактериологија. По престанувањето на наставниот ангажман на проф. А. Ѓорѓевиќ на МФ-Скопје, во одредени кратки периоди, теоретските предавања и испити по микробиологија ги одржувал проф. Димитар Мицев од Земјоделско-шумарскиот факултет во Скопје, до доаѓањето на првиот редовен наставник по микробиологија, именуван за директор на Институтот и раководител на Катедрата за микробиологија во јан. 1952 г., вонр. проф. Богдан Каракашевиќ, кој бил директор и на Централниот хигиенски завод во Скопје од 1952-54 г.

Првите привремени простории на Институтот за микробиологија биле обезбедени во Декеровата барака, во состав на тогашниот Централен хигиенски завод во Скопје. Во 1949 г., Институтот за микробиологија бил преместен во зградата на Институтите, во западното крило на зградата, над библиотеката, каде останал сè до 1967 г., кога бил преместен во северното крило на првиот кат каде се наоѓа и денес, вклучувајќи ги и сутеренските простории.

Проф. А. Ѓорѓевиќ извршувал повеќе раководни и општествено-стручни



Промоција на прва група дипломирани студенти на МФ-Скопје, 30.12.1953 г. Прв ред од десно, поканети високи гости: проф. Александар Сабовљев (Белград), проф. Александар Ѓорѓевиќ (Белград), проф. Јанез Милчински (Љубљана) и проф. Анте Премеру (Загреб)

Доајени

активности во рамките на МФ-Белград и пошироко. Во периодот од 1946-50 г. бил управник на Сојузниот епидемиолошки институт (за суптропски болести) и на Институтот за микробиологија и паразитологија при МФ-Белград, како и директор на Вишата школа за медицински сестри на југословенскиот Црвен крст во Белград. Од 1946-48 г. бил продекан, а од 1950-51 г. декан на МФ-Белград.

Бил претседател на Одборот за народно здравје на СР Србија од 1951-53 г. и претседател на комисијата за полагање на специјалистичкиот испит по микробиологија.

Научноистражувачка и публицистичка активност

Проф. А. Ѓорѓевиќ бил импресиониран од откритијата и постигнувањата на бактериологијата и имунологијата поврзана со заразните болести во Европа, посебно во Франција, и неговите истражувања биле насочени главно кон испитување на бактерицидната моќ на човечката крв и серум преку создавање на антибактериски или антитоксични антитела како основа за воведување на многу превентивни (моновалентни и поливалентни вакцини) и куративни серовакцинални средства (антидифтериски и антигетанусен серум), како и бактериолошко испитување на хигиенската исправност на водата за пиење. Во периодот од 1952-65 г. бил генерален секретар на Комисијата за медицинско-научни истражувања при Секретаријатот за народна одбрана на СФР Југославија.

Проф. А. Ѓорѓевиќ е автор и коавтор на голем број стручно-научни трудови објавени во медицински списанија меѓу кои посебно значење имаат следниве списанија: *Comptes rendus des séances de la Société de biologie* (Masson, 1926), *Војно-санитетски гласник* (Белград, 1930), *Archives médicales belges* (Лиеж, 1932), *Bulletin international* (Женева, 1937) итн. Објавил учебници по Општа и специјална бактериологија, а потоа и учебник Бактериологија за студенти на медицина во 1951 г.

Спомени, признанија и награди

Проф. А. Ѓорѓевиќ останува во колективната меморија во нашата сре-



Декерова барака во состав на Хигиенскиот завод, со првата предавална во која се одржувала настава и вежби по микробиологија за студентите на МФ-Скопје, од 1949-51 г.

дина како авторитетен професор, основоположник на наставната дејност по микробиологија и паразитологија при МФ-Скопје. Како претседател на Комисијата за испитување на можноста за основање на МФ-Скопје и со позитивните заклучоци на првиот состанок на комисијата во окт. 1946 г., дал голем придонес со поддршка на иницијативата и градењето визија за идните чекори за забрзување на процесот на формирање и натамошен развој на МФ-Скопје.

Како наставник, проф. А. Ѓорѓевиќ бил одличен предавач со висока елоквијенција како олицетворение на француската школа на која им припаѓал. Бил со блага природа и благородност што зрачела од неговите сини очи. Имал родителски однос кон студентите кои многу го сакале и почитувале, следејќи ги редовно и со големо внимание неговите предавања и доаѓајќи солидно подготвени за полагање на испитот по микробиологија и паразитологија.

Проф. А. Ѓорѓевиќ бил добитник на повеќе награди и признанија од медицинските факултети во Скопје и во Белград и од други институции и организации. Бил одликуван со Орден на трудот од II степен.

Проф. д-р Дончо Донев

ЛИТЕРАТУРА

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

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

<http://www.manu.edu.mk/prilozi/jully2012/CONTRIBUTIONS%20OF%20DOCTORS%20FROM%20SERBIA.pdf>

3. Каранфилски Б. Нашите први учители. Во: Никодијевиќ Б, Антова Н, Шумковски М, уредници. Алманах на првата генерација студенти на МФ-Скопје 1947-53 г. МФ при УКИМ-Скопје, 1997: 16-19.

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

5. Марковски А, уредник. 50 години Медицински факултет во Скопје. МФ, УКИМ-Скопје. Скопје, 1998: 144.

6. Милановиќ М. Познати српски лекари. Воена печатница, Белград, 2005: 229-30.

7. Попов Ч, главен и одговорен уредник. Српски биографски речник, том 1, А-Б. Матица Српска, Нови Сад, 2004: 927.

8. Попов Ч, главен уредник. Српски биографски речник, том 3, Д-З. Матица Српска, Нови Сад, 2007: 517-8.

9. Савиќевиќ М, уредник. Наставници на МФ-Белград - од основањето до 1950-те, трето издание. МФ при Универзитетот во Белград, 2007: 205.

10. Цековска Ж. Катедрата за микробиологија и паразитологија – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Ј, уредници. 70 Години Медицински факултет во Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, Скопје, 2017: 82-6.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 52, март 2022 година

ЗДРАВЈЕТО НА ПРВИОТ ТРАЕН МОЛАР - ПОКАЗАТЕЛ ЗА ВЛИЈАНИЕ НА ПРЕВЕНТИВАТА ВО ДЕТСКАТА СТОМАТОЛОГИЈА

Гордана Тодоровска, Олга Кокочева-Ивановска, Љуба Симјановска,
Катерина Сибиноска, Горан Серафимовски

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 она што произлегува од читањето на објавените трудови, туку и за подигнување на нивото на знаење за целиот процес од подготвка до објавување на манускрипти. Овој процес подразбира и рецензија на поднесените трудови.

Рецензија или евалуација од колежи-експерти е процес на подложување на труд, истражување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да направат нејпристрастна рецензија. Одлучата дали манускриптиот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува едиторот на сисанието врз основа на мислењето на еден или повеќе рецензенти. Овој процес треба да ги охрабри и поттикне авторите да се придржуваат на прифатените стандарди на нивната дисциплина и да сиречи дисеминација на релевантни наоди, 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. Трудови 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 слекување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (негативна) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажанието проистиче 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 истражат труд за објавување, а итти, се ожорчени, лути, навредени.

Се разбира, секој има право да не се согласи со мислењето на рецензентот или на едиторот, и доколку успее да го образложи и да го поткрепи својот став со релевантни докази, ќе придонесе за подобрување на квалитетот на рецензирањето. Иако рецензирањето има многу недостатоци (најчесто се споменува бавноста), сепак, на него треба да се жлага како на чувар на профитот на едно сисание, унаредувач на квалитетот и училец 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 115 од јуни 2022 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 мај 2022 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.

Здравјето на првиот траен молар - показател за влијание на превентивата во детската стоматологија

Гордана Тодоровска¹, Олга Кокочева-Ивановска²,
Љуба Симјановска³, Катерина Сибиноска⁴,
Горан Серафимовски⁵

Здравствен дом Скопје¹,
Стоматолошки факултет Скопје, Клиника за детска
и превентивна стоматологија²
Стоматолошки факултет Скопје, Клиника за
орална хирургија³
Стоматолошки факултет Скопје⁴
ПЗУ Серафимовски⁵

Апстракт

Цел: Да се истакне влијанието на превентивните мерки во детската стоматологија во зачувување на здравјето на трајните заби, преку следење на здравјето на првиот траен молар во школска возраст.

Материјал и метод: За реализација на поставената цел е извршен стоматолошки преглед на 183 испитаници (95 машки и 88 женски) деца, од прво одделение од Скопје. Спроведени се превентивни активности во период од седум години. И, направен е контролен преглед кога децата биле во седмо одделение.

Резултати: По спроведените активности ги добивме следните резултати: Во прво одделение со GC Fuji TRIAGE биле залееани 406 први трајни молари (55.22%), со композитен залевач залееани биле 122 заба (16.59 %), здрави (незалееани) 79 (10.74%), кариозни први трајни молари 21 (2.85%) и неизникнати биле 79 (10.74%). КЕП изнесува 0.22.

Во седмо одделение присутни залевања со GC Fuji TRIAGE биле на 338 први трајни молари (45.96%), залееани први трајни молари со композитен залевач биле 188 заба (25.56. %), здрави (незалееани) 62 (3.54%), кариозни први трајни молари 51 (6.93%) и екстрахирани 1 заб (1.36 %). КЕП изнесува 0.78.

Заклучок: Спроведување на превентивните мерки: едукацијата, ставање под контрола на шеќерите, залевање на фисурите на првиот траен молар, редовна посета на стоматолог, санирање на кариесот кај млечните заби и рана санација на иницијалната кариозна лезија кај децата се најзначајните постапки кои дале резултати во сочувување на здравјето на првиот траен молар кај децата.

Клучни зборови: превентивни мерки, прв траен молар, кариес, едукација, залевање на фисури.

Вовед

Превентивата во детската стоматологија ги изучува и имплементира сите постапки коишто принесуваат за добро здравје во оралната регија. ^[1]

Училиштата и предучилишните установи се одлично место каде стоматолошките тимови може да го промовираат оралното здравје кај децата. Притоа, за успешност и резултати во работата е неопходно ангажирање на наставниците, педагозите и родителите. ^[2]

Превентивните активности подразбираат редовни систематски прегледи на забите и меките делови на усната празнина од шест до

дванаесет години и едукација на децата во период од предучилишната установа, прво и четврто одделение (пет, шест и девет години).

Кај децата од училишна возраст се организираат еднаш во текот на школската година. Потоа, педодонтот по направениот преглед, во зависност од состојбата на оралното здравје и оралната хигиена, кај секое дете посебно ја одредува понатамошната постапка: дали ќе се постават залевања, контролни прегледи, санација на кариес или потреба од ортодонтски третман.

На тој начин е овозможена информацијата за рана детекција на кариесот на младите трајни заби и препораките за негово санирање, навремено да стигне до родителите на децата. (Матичниот стоматолог има обврска да го санира кариесот и по потреба да се служи со инвазивна техника на залевање или доколку деструкцијата на забот е пообемна да постави пломба).

Педодонтите ја користат неинвазивната техника на залевање на фисурите и јамичките кај здравите млади молари и премолари со гласномерен залевач кој содржи флуориди.

Втор дел од превентивните активности на педодонтите е едукативниот дел кој се организира во училиштата во вид на работилници. Се одржуваат четири пати во текот на учебната година кај учениците од прво и четврто одделение во училница, при што учениците земаат активна улога со свои коментари и прашања. ^[3]

Едукативните работилници се одржуваат кај деца од пет години, кај оние деца кои се згрижени во предучилишни установи.

Образовните активности на педодонтите кои треба да ги научат децата за важноста на оралното здравје, правилната исхрана и ставање под контрола на храна што содржи шеќери, редовна и правилна орална хигиена, редовна посета на стоматолог, се спроведуваат кај децата во сите предучилишни и училишни установи и се вклучени во Национална стратегија за спречување на болести на устата кај деца 0-14 години во Р С Македонија. ^[4, 5, 6, 7, 8]

Во ова истражување, за репер е земен првиот траен молар поради неговите специфики во однос на останатите трајни заби.

Тој е еден од најголемите и најважните заби во усната празнина и ја одредува оклузијата на забалото. Прв никнува од трајните молари (заедно со долниот централен инцизив во шестата година од животот на детето, кога во устата се присутни само млечни заби). Тоа е период кога децата уште доволно ја немаат совладано техниката за четкање забите и хигиената во усната празнина не е на завидно ниво.

Анатомоморфолошките карактеристики: длабок фисурен систем и незавршена матурација на емајлот, ерупција во средина со кариозни млечни заби, го прават младиот траен молар лесно подложен на кариес.

Бајрактарова изложува дека 30% од децата на возраст од 5-8 год. имаат кариес на првите на времетраење трајни молари. Низа околности влијаат тој заб рано да страда од кариес. Минерализацијата на првиот траен молар, што се одвива и продолжува во времето на негово појавување во усната празнина, претставува хендикепирачки момент што се одразува на морбидитетот на истиот. ^[9]

Децата не внимаваат на исхраната и во текот на целиот ден внесуваат голема количина жатени хидрати кои ги има во многу прехранбени производи. Во фисурите и јамичките на моларите и премоларите и по површини, најчесто во гингивалната третина, останува наталожена леплива храна и со микробите го сочинуваат таканаречениот денгален плак. При недоволна хигиена на забалото, во подолг временски период во текот на денот, забите се изложени на

Стручни и научни трудови



Слика бр. 1. Работилница за едукација на деца за правилно четкање заби

киселите метаболити, при што се создаваат услови за почетна деминерализација на површината на младиот емајл на младите трајни заби.

И исхраната со лепливи јаглехидрати прави нивна задршка во фисурите на младиот траен молар во голем период од денот и е фактор кој придонесува за создавање кариес во фисурниот систем. Со ова се согласуваат Rossete melo R и сораб. и Todorovska G. и сораб.^[10,11]

Освен во фисурите, кариес на првиот траен молар многу често се развива и од мезијална страна. Тоа се случува ако постои несаниран кариес на млечниот втор молар од дистална страна.

Кај некои деца, поради лоша хигиена и неправилно четкање на забите, може да настане кариес од букална страна со локација покрај гингивата.

Недоволната орална хигиена и грижа за здравјето на забите се важен фактор за влошување на здравјето на забите. Во корелација со нередовните посети на стоматолог се најчести причини за деструкција на коронката на првиот траен молар и понатака и подлабоките забни ткива и, неизбежна е неговата загуба т.е. екстракција, истакнува Kondeva VK и сораб.^[12]

Петровски М. и соработници, во двегодишна студија направена кај популација на возраст од 7-76 години, ги истражувале сите стоматолошки интервенции и дошле до заклучок дека интервенциите направени на првиот траен молар изнесуваат 10.98% и се најчести во однос на интервенциите на другите заби.^[13]

Кај заб кој веќе има кариес, доколку навреме не се санира, се одолговлекува со посетата на стоматолог, последиците се: заб со хронична инфекција и екстракција.^[14]

Предвремена екстракција на првиот траен молар е една од етиолошките фактори за настанување на ортодонтски аномалии, истакнува Todorovska G. и сораб.^[15]

Халидиоглу и соработници испитувале како на симетријата на мандибулата влијае предвремената екстракција на првиот молар, кај турски испитаници на возраст од осумнаесет години. Истражувањата ги направиле кај две групи со по 51 пациент. Кај една испитувана група, првиот траен молар бил екстрахиран еднострано пред 12-годишна возраст и не биле ортодонтски третиран и една контролна група кај кои немало екстрахиран прв траен молар. Дошле до заклучок дека предвремената екстракција на првиот траен молар, од една страна, влијае на симетријата и на кондили и рамус заедно, но сметаат дека влијанието, од клинички аспект, е незначајно.^[16]

Со екстракција на првиот траен молар се нарушува забниот низ и оклузијата и растот и развојот на вилицата. Соседните заби тежнеат

да го пополнат просторот и се наведнуваат и ротираат. Во повозрасно доба стануваат проблем при протетските надополнувања.

Кариесот и неговите компликации доведуваат до посериозно нарушување на цвакалната функција и оптоварување на желудникот и останати системски заболувања.

Превентивните стоматолошки активности се преземаат со цел, да се сочува здравјето на сите трајни заби и меките делови во оралната регија кај децата.

Материјал и метод

За реализација на овој труд, реализиран е систематски преглед кај 183 деца на возраст од 12 години, од двата пола - машки 95 и женски 88, од пет училишта во Скопје. И, проверена е состојбата на здравјето на првиот траен молар.

Кај истите ученици, првиот систематски преглед е направен во прво одделение и евидентиран во соодветна документација.

Кај сите испитаници во период од седум години е следено оралното здравје, а посебно здравјето на првиот траен молар. Притоа, се поставени залевања со GC Fuji TRIAGE на првиот траен молар и останатите трајни заби во устата кои биле еруптирани. Истовремено, направена е проверка на старите залевања и залевањата поставени во други ординации. Сите испаднати залевки биле повторно поставени. Оние деца кои имале кариозна површина на трајниот молар, млечните или останатите трајни заби, добиле препорака за санација на забалото, кај матичен стоматолог. Децата кои имале ортодонтска аномалија, биле пратени на ортодонт. И тие кои имале заболувања на меки делови на устата и лицето, биле препратени кај соодветни доктори-специјалисти.

Во прво и четврто одделение е направена едукација на испитаниците која спаѓа во редовен протокол на редовната работа. Се обрнa вниманието на децата да бидат запознаени за значење на оралното здравје, анатомоморфологијата и функција и болести на оралната празнина, одржување на редовна и правилна орална хигиена, правилна и квалитетна исхрана, зашто треба да се стават под контрола слатката и леплива храна и, во кое време од денот може да се конзумира, и колку се важни редовните посети на стоматолог.

Во текот на останатите години децата и родителите добиваа совети од педодонтиите во ординација при правењето систематските прегледи.

За да го утврдиме ефектот од превентивата која е изведена кај истите деца во период од седум години, контролниот преглед беше направен во седмо одделение. Сите испитаници кои биле присутни на првиот преглед, но не беа присутни на контролниот преглед, не беа земено за статистичката обработка на податоците. Тоа овозможува да направиме споредба на состојбата на здравјето на првиот траен молар кај децата регистрирана во прво одделение со состојбата на истиот на систематскиот преглед на децата направен во седмо одделение.

За следење на денталниот кариес кај првите трајни молари, користевме статистички единици (ознаки): КЕП (DMFT) или Klein-Palmer-ov систем (кариозен, екстрахиран, пломбиран заб).

Резултати:

По спроведените активности ги добивме следните резултати: Во прво одделение кај 183 испитаници биле залеани први трајни молари со GC Fuji TRIAGE биле 406 забa (55.22%), залеани први трајни молари со композитен залевач констатирано е дека биле 122 забa (16.59 %), здрави (незалеани) 79 (10.74%), кариозни први трајни молари 21 (2.85%) и неизникнати биле 79 (10.74%). КЕП изнесувал 0.22. КЕП кај машките испитаници изнесувал 0.21, а кај женските испитаници 0.23

Во седмо одделение присутни залевања со GC Fuji TRIAGE биле 338 заби (45.96%), залеани први трајни молари со композитен залевач биле 188 забa (25.56. %), здрави (незалеани) 62 (3.54%), кариозни први трајни молари 51 (6.93%) и екстрахиран 1 заб (1.36 %). КЕП изнесува 0.78. Кај машки испитаници КЕП= 0.84, а кај женски КЕП=0.72



Табела 1. Состојба на прв траен молар кај испитаници од прво одд.

ОУ	М Ж ВК	Залевани со GC Fuji TRIAGE			композитни залевачи			пломбирани молари			кариозни молари			екстрахирани молари			здрави молари			неизникнати молари		
		М	Ж	ВК	М	Ж	ВК	М	Ж	ВК	М	Ж	ВК	М	Ж	ВК	М	Ж	ВК	М	Ж	ВК
Х. Т. Карпош	14 20 34	31	40	71	9	17	26	0	3	3	0	0	0	0	0	0	8	13	21	8	7	15
В. Чернотрински	30 28 58	58	50	108	15	28	43	2	1	3	4	3	7	0	0	0	29	12	41	12	18	30
В.Ц.Трена	20 13 33	55	27	82	12	10	22	2	3	5	3	2	5	0	0	0	2	6	8	6	4	10
Ј. Кемал	24 16 40	64	31	95	17	12	29	4	3	7	1	3	4	0	0	0	8	6	14	2	9	11
И. Паликука	7 11 18	18	32	50	2	0	2	2	0	2	2	3	5	0	0	0	0	0	0	4	9	13
Вкупно	95 88 /183	226	180	406	55	67	122	10	10	20	10	11	21	0	0	0	47	37	84	32	47	79
		М=30.74 % Ж=24.48% ВК=55.22%	М=7.48 % Ж=9.11 % ВК=16.59 %	М=1.36% Ж=1.36% ВК=2.72%	М=1.36% Ж=1.49% ВК=2.85%	М=0% Ж=0% ВК=0%	М=6.39% Ж=5.03% ВК=11.42%	М=4.35% Ж=6.39% ВК=10.74%														

КЕП=0.22

Табела 2. Состојба на прв траен молар кај испитаници од седмо одд.

ОУ	М Ж ВК	Залевани со GC Fuji TRIAGE			композитни залевачи			пломбирани молари			кариозни молари			екстрахирани молари			здрави молари		
		М	Ж	ВК	М	Ж	ВК	М	Ж	ВК	М	Ж	ВК	М	Ж	ВК	М	Ж	ВК
Х. Т. Карпош	14 20 34	33	29	62	16	27	43	5	9	14	2	3	5	0	0	0	0	12	12
В.Чернотрински	30 28 58	65	42	107	19	42	62	13	11	24	8	0	8	1	0	0	14	17	31
В.Ц.Трена	20 13 33	41	23	54	17	18	35	12	5	17	3	3	6	0	0	0	7	3	10
Ј. Кемал	24 16 40	43	29	72	27	20	47	18	7	25	3	4	7	0	0	0	5	4	9
И. Паликука	7 11 18	11	22	33	2	0	2	2	10	12	13	12	25	0	0	0	0	0	0
Вкупно	95 88 /183	193	145	338	81	107	188	50	42	92	29	22	51	1	0	1	26	36	62
		М=26.24% Ж=19.72% ВК=45.96%	М=11.01% Ж=15.55% ВК=25.56%	М=6.80% Ж=5.71% ВК=12.51%	М=3.94% Ж=2.99% ВК=6.93%	М=1.36% Ж=0% ВК=1.36%	М=3.54% Ж=4.89% ВК=8.43%												

КЕП = 0.78

Дискусија

Истражувањата покажаа дека кај децата во прво одделение кај 406 (55.22%) први трајни молари биле поставени залевачи со гласнономерен залевач. Со композитен залевач биле залевани 122 (16.59 %). Пломбирани молари биле 20 (2.72%). Кариес имале 21 молар (2.85%). Исто така, имало деца т.е. родители кои одбиле залевача и тие молари се ставени во здрави заби 84 (11.42%) . На оваа возраст на децата имало неизраснати молари 79 (10.74%). КЕП

(DMFT) изнесува 0.22

Во седмо одделение ситуацијата беше следната:

Присутни залевачи со GC Fuji TRIAGE. имавме 338 забa или 45.96%, со композитен залевач 188 заби 25.56%, пломбирани 92 или 12.51%, кариозни 51 заб или 6.93%, екстрахиран 1 заб, 1.36% здрави незалевани први молари, 62 или 8.43%. КЕП =0.78. Односот машки во споредба со женски деца немаше забележителна разлика. Машки КЕП= 0.84, а женски КЕП=0.72.



Стручни и научни трудови

Истражувањата покажаа забележителна, солидна орална хигиена кај поголем број од децата. Залевањата на првиот траен молар се намалиле за околу 10%, за сметка на композитните залевачи кои се зголемиле за истиот процент. За 0% се зголемил и процентот на пломбирани молари, што значи со зголемување на возраста децата се повеќе стануваат свесни и одговорни и посетуваат стоматолог. И, за 5% се зголемил процентот на кариозни молари. Со оглед на тоа ако во прво одделение здрави-незалеани и неизникнати заби заедно, процентот е 22%, во седмо одделение здрави заби и незалеани изнесува 8.43%. Може да констатираме дека кај децата во седмо одделение се зголемила бројката на кариозни и пломбирани молари. КЕП е со лесно покачени вредности.

Залевањата со GC Fuji TRIAGE превенирале појава на кариес кај голем број млади трајни молари. Одбивањата на залевачите во комбинација со недоволна и нередовна орална хигиена и дисциплината во режимот на исхрана, кај одредени деца, се останатите чинители коишто повлияале за овие резултати.

Нашите истражувања може да ги споредиме со слична студија на Тодоровска Г. и соработници,^[17] чии истражувања биле направени на првиот траен молар кај 122 деца, на возраст од 10 години, од двата пола, од кои на 75 деца од градска и 47 од рурална средина од Скопје, а се добиени следниве резултати. Кај испитаниците од градска средина КЕП= 0.93. Кај испитаниците од рурална средина КЕП=1.48. Нашите истражувања кореспондираат со истражувањата направени кај деца од градска средина.

Испитувања направени кај 563 (307 машки и 256 женски) дванаесетгодишни деца од Иран, кои зборуваат за застапеноста на кариес на првиот траен молар, покажуваат ДМФТ 1.9 кај машките и 1.6 кај женските деца.^[18]

Амбаркова^[19], во студијата спроведена меѓу 15-годишните испитаници од вардарски регион, заклучува дека преваленцата на забен кариес кај 15-годишните деца од Велес била 90,55%. Истата, смета дека има подобрување на оралното здравје на децата во нашата Република од почетокот на спроведувањето на Националната стратегија во 2007 година, но сè уште треба напорно да се работи за поголемо подобрување во сите возрастни групи на деца.

Врз основа на студија спроведена кај 1538 адолесценти од 12 до 15 години од Мексико, од кои 49.9% биле женски. Врз основа на клинички орален преглед биле утврдени индексите DMFT кариес, преваленцата била 5,4% (48,6% наспроти 43,2%), додека индексот ДМФТ бил на 0,34 (1,15 наспроти 0,81).^[20]

Спроведувањето на добра едукација за квалитетот на исхраната и редовната и правилна хигиена на забалото придонесува во одржување на здравјето на забите и меките делови на устата. Со тоа сè согласуваат Амбаркова и соработници.^[21]

Заклучок:

Превентивните активности на педодонтите кои вклучуваат редовни систематски прегледи на забите кај децата од училишна возраст, едукативните предавања и залевањата во фисурниот систем на младите трајни заби дале придонес во зачувување на комплетното орално здравје.

Имплементирани во Национална стратегија за спречување на оралните заболувања кај деца 0-14 години, во Р С Македонија и понатаму треба да се продолжи да се спроведуваат и да надоградуваат превентивните активности.

Литература:

- Rajić Z, Kostić A, Jelinek E. Pediatric and Preventive Dentistry. (Dječja i preventivna stomatologija) Zagreb: Jugoslavenska medicinska naklada, 1985
- Petersen PE, Christensen LB. Oral Health Promotion: Health Promoting Schools Project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995
- Kwan Y.L S, Petersen P.E. Pine M. , Borutta R: Health –promoting schools: an opportunity for oral health promotion; Bulletin of the World Health Organization 2005;83:677-685
- Preventing Dental Caries in Children at High Caries. Scottish Intercollegiate Guidelines Network, A National Clinical Guideline, 2000
- Carcev M, Milosevski B, Spirovski V, Getova B, Sarakinova O, Pavlevska M, et al. Guidebook for Implementation of the National Strategy for Prevention of Oral Diseases for children of 0-14 year of the Republic of Macedonia. Ministry of Health, Department for Dental Health Care, Skopje, 2010.
- Moynihan P, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutr. 2004; 7(1A):201-26
- Kalsbeek H, Verrips GH. Consumption of sweet snacks and caries experience of primary school children. Caries Res. 1994; 28(6):477-83.
- Todorovska G, Simjanovska LJ, Todorovska K, Kokoceva O, Markovska-Arsovska M. Prevention in pediatric dentistry-health and bright smile. Physioacta 2016; 10(1):105-111
- Bajraktarova B :Trajna denticija, Skopje 2000
- Rosete melo R, Rezende JS, Gomes VE, Oliveira AC. Sociodemographic, biological and behavioural risk factors associated with incidence of dental caries in schoolchildren's first permanent molars: (a 3-year follow-up study. Eur. J. Pediatr. Dent. 2013;14(1):8-11
- Todorovska G, Simjanovska LJ, Todorovska K, Simjanovska S, Simjanovski S, Ambarkova V. SUGAR – A PREDISPOSING FACTOR FOR TOOTH DECAY IN 7-YEAR-OLD CHILDREN Medicus 2017, Vol. 22 (3): 305-310
- Kondeva VK, Kukleva MT, Petrova SG, Mileva SP. Dynamics of occlusal caries in permanent molars and premolars in children aged 7 to 14 years. Folia Med (Plovdiv). 2008 Jul-Sep;50(3):58-64. PMID: 19009752
- Petrovski M. , Kovacevska I, Georgiev Z, Minovska A. Dental Interventions on First Permanent Molars British Journal of Medical and Health Research. 2016;3(11) 53-65 ISSN: 2394-2967
- Kalauz A, Prpić-Mehićić G, Katanec D. Razlozi za ekstrakcije zuba: ogledna studija The Reasons for Tooth Extractions: A Pilot Study Acta Stomatol Croat. 2009;43(2):110-116
- Todorovska G, Ambarkova V, Kokocheva-Ivanovska O, Dzipunova B, Tosheska-Spasova N, Sibinska K. Orthodontic anomalies in mixed dentition. MicroMed. 2018; 6(1): 36-46.
- Halicicoglu K, Celikoglu M, Buyuk S.K, Sekerci A.E., Candirli C. Effects of early unilateral mandibular first molar extraction on condylar and ramal vertical asymmetry Eur J Dent. 2014 Apr-Jun; 8(2): 178–183.
- Todorovska G, Simjanovska LJ, Ambarkova V, Kokocheva-Ivanovska O, Gligorova D, Todorovska K. Кариес на прв траен молар кај десетгодишни деца од градска и рурална средина Vox dentarii . дек 2017;7(3):28-32
- Sadeghi M. Prevalence and Bilateral Occurrence of First Permanent Molar Caries in 12-Year-Old Students JODDD, Vol. 1, No. 2, Summer 2007;1(2):86–92.
- Ambarkova V, Jankulovska M, Arian D, Glavina D, Soleva A. Dental Caries Experience among Secondary School Children in the Vardar Region of the Republic of Macedonia. Oral Health & Dental Management OHDM, 2014; 13(3):805-10.
- Pontigo-Loyola A.P, De Lourdes Márquez-Corona M, Minaya-Sánchez M, Lucas-Rincón S.E, Casanova-Rosado J.F, Robles-Minaya J.L, Casanova-Sarmiento J.A, Casanova-Rosado A.J, Mendoza-Rodriguez M, Medina-Solis C.E. Correlation between the caries status of the first permanent molars and the overall DMFT Index: A cross-sectional study Medicine (Baltimore) 2020 Jan; 99(5): e19061.
- Ambarkova V, Andonovska V. Dental Caries Experience among primary school children in the Eastern Region of the Republic of Macedonia. Oral Health & Dental Management OHDM, 2014; 13(1):514-520

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 страници (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 еднопруго со арапски бројки, според редоследот на појавување во текстот. Дајте кратко објаснување на табелата во продолжение на насловот. Сите дополнителни објаснувања, легенди или објаснувања на нестандартните кратенки, ставете ги веднаш под табелата. Секоја

табела треба да биде цитирана во текстот.

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

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

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

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

НАПОМЕНА

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

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

КОЖУВЧАНКА

ОД ЕКОЛОШКИ ЧИСТА СРЕДИНА



Plivit[®] D 2000

спреј за перорална употреба

- ✓ содржи холекалциферол (витамин D₃)
- ✓ 1 притиснување на спрејот содржи 50µg/2000 IU витамин D₃
- ✓ 1 шише - 10 ml/95 притиснувања
- ✓ се чува на температура помеѓу 15-25°C



- ✓ за нормална функција на имунолошкиот систем
- ✓ за нормално одржување на коски и заби
- ✓ за нормална функција на мускулите
- ✓ маслен раствор
- ✓ за возрасни и деца над 12 години

Напомена: Пливит Д 2000 е граничен производ со упис во Регистар за гранични производи. Решено во Агенција за лекови и медицински средства под бр. 12-6064/2 од 20.07.2021. Начин и место на издавање: граничниот производ може да се издава без рецепт. Носител на одобрение: ПЛИВА довел Скопје, Никола Парапунов б.б. Скопје, тел/факс: 02/3062 702. Датум на подготовка: октомври 2021. САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ MULTI-MK-00066