

година XXX • број 116 • октомври 2022



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

PRASugrel

PLIVA

ПРАСУГРЕЛ ПЛИВА

28 x 10 mg филм-обложени таблети
со разделна црта (еднакви дози)

НЕКОИ
ВАЖНИ РАБОТИ
НИ ПОМАГААТ
ДА ЗАПОЧНЕМЕ
ОДНОВО



САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

НАПОМЕНА: Збирен извештај за особините на лекот ПРАСУГРЕЛ ПЛИВА 10mg е достапен на барање и на сајтот: www.malmed.gov.mk
Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет: ПРАСУГРЕЛ ПЛИВА филм-обложена таблета 11-2694/2 од 09.09.2020.
Начин и место на издавање: може да се издава само со лекарски рецепт (Р). Носител на одобрение: ПЛИВА дооеп. Датум на подготовка: август 2022. MULTI-MK-00232



PLIVA

teva

ПЛИВА дооеп Скопје, Никола Парапунов б.б., Скопје. Тел. 02/3062702

Кардиопирин® 100mg

acetylsalicylic acid
гастрорезистентни таблети




АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ
Здравјето ѝ пред сè



Ацетилсалицилната киселина (ASA) се препорачува со највисоко ниво на доверба за секундарна превенција од кардиоваскуларните заболувања*



Ацетилсалицилната киселина во доза 75 – 100 mg дневно се препорачува за секундарна превенција од кардиоваскуларни заболувања (класа на препорака I, ниво на доказ A).



Ацетилсалицилната киселина во доза 75 – 100 mg се препорачува кај пациенти по миокарден инфаркт или по изведена коронарна реваascularизација (класа на препорака I, ниво на доказ A).



Кај пациентите со цереброваскуларна болест, и тоа со некардиоемболичен мозочен удар или со транзитрна исхемична атака, превенцијата само со ASA или со комбинација на ASA со дипиридамоил или само со клопидогрел се препорачува со највисока класа на доверба. (класа на препорака I, ниво на доказ A).

Литература:

*Маријан Бошевски. "Препораки за примена на анти тромботична терапија за кардиоваскуларна превенција". *Лекарски весник* 143 / 144, јули / август 2022, 15.



Содржина

- | | |
|--|---|
| <p>8 Интервју
М-р Магдалена Филиповска Грашкоска -
В.Д. Генерален директор на Фондот за здравствено
осигурување на Република Северна Македонија:
Се анализираат можности и бараат средства за
зголемувањето на капитацискиот бод</p> <p>12 Актуелно
Професор Калина Гривчева Старделова-
реизбрана за претседател на Лекарската комора</p> <p>13 Актуелно
Владата ќе ја ревидира политиката за
стимулација на младите лекари</p> | <p>15 Медицина
Новите техники за третирање на миопијата
го запираат нејзиното напредување</p> <p>28 Медицина
Персонализирани вакцини против рак:
на прагот сме на нивната комерцијализација
(втор дел)</p> <p>42 Доајени
Димитар ЖЕЛЕЗАРОВ
Професор и основоположник на македонската
стоматолошка протетика</p> <p>46 Иван БИКАР
Хонорарен професор по ортодонција
на Медицинскиот факултет во Скопје</p> |
|--|---|

Прилог: Стручни и научни трудови

- 00699** | **Јован П. Тодоровски**
ДИСТРИБУЦИЈА НА DIABETES MELLITUS ВО ПОДРАЧЈЕТО НА
ЈЗУ ЦЕНТАР ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ - БИТОЛА ЗА ПЕРИОД 2017-2021 ГОДИНА



ЕДИНСТВЕНА ТАБЛЕТА ЗА ДИЈАБЕТЕС ТИП 2 ОД ОВОЈ ТИП¹

RYBELSUS[®]

semaglutide tablets



Супериорна редукција на HbA_{1c} наспроти Januvia[®] и Jardiance[®] 1-3



Конзистентно намалување на телесната тежина до 4,3 kg^{1,2,4,a}



Редукција на кардиометаболните ризик фактори¹

ПОМОГНЕТЕ ИМ НА ВАШИТЕ
ПАЦИЕНТИ ДА СТАНАТ
СВЕСНИ
ЗА МОЖНОСТИТЕ

^aРезултатите за намалување на телесната тежина се од PIONEER 4, 52-неделна, двојно слепа, двојно маскирана (double-dummy) клиничка студија спроведена кај 711 возрасни пациенти со дијабетес тип 2, којашто ја споредува ефикасноста и безбедноста на RYBELSUS[®] наспроти liraglutide и плацебо.⁴



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/2574355367>
<https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/detailview/2574355368>
<https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/detailview/2574355369>

RYBELSUS[®] 3 mgRYBELSUS[®] 7 mgRYBELSUS[®] 14 mg

Референци: 1. RYBELSUS[®] Збирен извештај со особените на лекот; Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-6957/2, 11-6958/2, 11-6958/2 од 11.08.2021 2. Rosenstock J, Allison D, Birkenfeld AL, et al. Effect of additional oral semaglutide vs sitagliptin on glycated hemoglobin in adults with type 2 diabetes uncontrolled with metformin alone or with sulfonylurea: the PIONEER 3 randomized clinical trial. *JAMA*. 2019;321(15):1466-1480. 3. Rodbard HW, Rosenstock J, Canani LH, et al. Oral semaglutide versus empagliflozin in patients with type 2 diabetes uncontrolled on metformin: the PIONEER 2 trial. *Diabetes Care*. 2019. 2019;42(12):2272-2281. 4. Pratley R, Amod A, Hoff ST, et al. Oral semaglutide versus subcutaneous liraglutide and placebo in type 2 diabetes (PIONEER 4): a randomised, double-blind, phase 3a trial. *Lancet*. 2019;394(10192):39-50.



Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
 ул. Никола Кљусев бр. 11, Скопје, Р. С. Македонија
 тел: +389 2 2400 202; www.novonordisk.com
 D-24/01-09/2022
 Овој материјал е наменет само за здравствени работници.

RYBELSUS[®]
 semaglutide tablets

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

Честитка до новиот состав на Лекарска и за реизборот на професор Калина Гривчева Старделова

Лекарската комора, неодамна, одржа изборна собраниска седница на којашто беше избран новиот состав на организацијата и ишлата на нашата Комора.

Најпрвин, искрена честитка до сите вас кои сите дел од новиот состав, а особено до професор Калина Гривчева Старделова за реизборот за претседател на ЛКРСМ, што е доказ дека нејзиниот изминав ангажман и голема посветеност, ги оправдаа очекувањата на колежите.



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

На оние кои за првпат се наоѓаат во оваа, за нив нова улога, им посакувам најшосто доброто и се надевам дека заедно со искусните членови, идеите за успешно работење на нашата најголема стручна асоцијација ќе може во целост да ги реализираат. Им посакувам успех и лично исполнување.

Очекувам, како и досега, да ја гледам Комората во својата улогорност да се наметне како креатор на семенити битни за здравствениот систем, а секако и во етиблирањето на лекарите на меѓународен план и да ја продолжиме нашата традиција на издигнување на докторите на медицина на повисоко ниво.

Драги колежи, Лекарската комора во минатото успеаваше со многу од нашите потреби поврзани пред сè со егзистенцијалните прашања и со проблемите од секојдневната практика, успешно да се справува. Но, имајќи ги предвид барањата од членството, има уште многу многу да се работи. Но, да не забравиме, фактот е дека примените во Македонија знаат да одат бавно поради фактот што институциите имаат строго дефинирани правила кои се на граница од нейроменливост, иако станува збор за некој чекор кој би бил добра одлука и за докторите на медицина и за пациентите. Верувајте, тешко може да се маневрира за да се издигнува некоја рационална одлука која би значела добро решение и за докторите и за пациентите и за општеството во целост.

Знаеме, проблемите во медицината ги решаваат политичарите, а тие имаат своја поен. Ние сме само мониторинг на некое делче од нивната политика. Затоа, се надевам дека како и досега, нашата задача е да инсистираме да ги увидат проблемите и да сфатат дека решенијата што ги нудиме како фела, се добри за сите страни.

И, ако е некаква утеша, нашата приказна не е уникатна. Таа е повеќе или помалку е присутна и во други земји, па сретно на стариот континент сега работи како кај 20-годишен човек, забрзано, заинтересирано и со адолесцентни поведенија во созревање. Но, пречките и предизвиците не прават општорни, издржливи и улогорни во остварувањата.

Затоа, им посакувам доброто до сите оние кои сакаат да го прифатат предизвикот, на сите оние кои имаат идеја како да се подобрат условите за работа на докторите во медицина во државата. Донесете ги вашите искуства, планови и идеи.

Интервју

М-р Магдалена Филиповска Грашкоска -

В.Д. Генерален директор на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија

Се анализираат можности и бараат средства за зголемувањето на капитацискиот бод



Реализацијата на превентивните цели беше стопирана врз основа на Одлуката за прогласување на кризна состојба поради ковид-19, чија важност заврши на 30.06.2022 година. До денеска, нова ваква Одлука не е донесена. Имајќи го сето ова предвид, Фондот нема основ за укинување на превентивните цели

ФЗОРСМ веќе работи на воведување на сопствен електронски интегриран систем кој директно ќе ги поврзува информациите системи на здравствените установи во реално време, со што ќе се подобри ефикасноста во работењето, во размената на податоци и контрола врз истите, по однос на пружањето здравствени услуги на товар на Фондот, а во насока и на оптимизација на расположливите буџетски средства, според реалните потреби и намени на здравствените установи

Почитувана, разговорот го водиме во тешко време (време на пандемија и економска криза). Може ли да ни кажете кои се најакутните проблеми со кои се соочивте по доаѓањето на функцијата?

Најнапред, би сакала да Ви се заблагодарам за можноста да поразговараме за повеќе прашања кои се од интерес и за докторите и за пациентите, односно осигурениците.

Имајќи предвид дека ФЗО РСМ има огромен број надлежности што се од особено значење за сите општествени сегменти, секојдневно се соочуваме со различни предизвици.

Во изминативе неколку месеци интензивно работевме на повеќе полиња од здравственото осигурување, во поглед на справување со различни предизвици.

Имено, со оглед дека на оваа функција пристапив кон крајот на април оваа година, кога веќе извесен временски период се работело на реформа во примарната здравствена заштита, секако дека големо внимание ми привлече оваа реформа.

Дополнително, покрај ова прашање, дел од фокусот беше насочен кон примена на зајакнати контролни механизми на фактурите за издадени лекови на товар на Фондот во аптеките, на што интензивно се работи со месеци.

Не може, а да не се нагласи континуираниот предизвик за Фондот поврзан со финансиските импликации, како резултат на зголемувањето на цената на електричната енергија, како и последиците од светската ковид криза, којашто во текот на 2020 и 2021 година изврши огромен притисок врз работењето на здравствените установи и на здравствените работници, а со тоа индиректно и на Фондот.

Во каква финансиска состојба е Фондот?

Фондот е во стабилна финансиска состојба и редовно и навремено ги врши плаќањата на обврските кон сите договорни субјекти.

Кои се приоритетите во планот за работа за следната 2023 година, во контекст Фонд за здравствено осигурување - здравствени установи?

ФЗО РСМ, како купувач на здравствени услуги врз начелата на сеопфатност, солидарност и еднаквост, обезбедува квалитетно и навремено обезбедување на надоместоците за остварени права на осигурените лица на Фондот и плаќања за здравствените услуги за кои склучува договори со здравствените установи.

Фокусот на стратешките цели за 2023 година на ФЗО РСМ ќе биде насочен кон изнаоѓање дополнителни модели и механизми, преку процесите на реорганизација и соодветна мотивација на човечките ресурси и воедно оптимално користење на материјалните ресурси, а во насока на обезбедување повисок квалитет на услугите коишто здравствените установи им ги пружаат на пациентите, односно на осигурениците.

Постојат забелешки во функционирањето на системот, во врска со остварувања на правата на граѓаните, во делот на рецептите, листата на лекови, боледувања и сл. Во која насока е ангажманот на Фондот за надминување на овие проблеми?

Што се однесува до моделот и системот на функционирање на Фондот досега немаме забелешки, освен во насока на усовршување на веќе поставени системски функционалности за кои е надлежен Фондот.

ФЗО РСМ веќе работи на воведување сопствен електронски интегриран систем што директно ќе ги поврзува информациите системи на здравствените установи во реално време, со што ќе се подобри ефикасноста во работењето, во размената на податоци и контрола врз истите, по однос на пружањето здравствени услуги на товар на Фондот, а во насока и на оптимизација на расположливите буџетски средства, според реални потреби и намени за здравствените



Интервју

установи. На овој начин, воведениот електронски рецепт на Фондот ќе овозможи, меѓу другото, достапност до информации во реално време меѓу Фондот и здравствените установи во делот на креирање и реализирање рецепти во е-формат за лекови на товар на Фондот.

Што се однесува до постапката за ажурирање на т.н. “Позитивната листа на лекови”, согласно законските прописи Фондот интензивно работи со Министерството за здравство кое е надлежно за донесување на потребните законски акти за практична имплементација на ваквата реформа.

За исплатите за боледувањата може да кажам дека се вршат тековно, без застој, според соодветна динамика на обработка на комплетните барања, а така се исплаќаат и средствата за боледување. Ова подразбира дека евентуално проблем со застој на исплата може да настане во случај на некомпетираната документација од страна на матичниот лекар или од работодавецот.

Дали, според Вас, е оправдано мислењето на граѓаните “зошто ми е здравствено осигурување кога и онака сè морам да платам приватно”, ако и анализите покажуваат дека и пред ковид - кризата голем дел од здравствените услуги граѓаните ги плаќаа приватно, а и голем дел од лековите не се на позитивната листа којашто не е обновена со години (посериозно разгледана, одобрена и сл.)?

Со средствата кои осигурените лица на Фондот ги плаќаат како основ за остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување, солидарно за секој осигуреник може да се обезбедуваат и поголем број на здравствени услуги и лекови. Овој модел подразбира права за секој осигуреник на Фондот.

Тоа што “Листата на лекови” не е ажурирана со години, за жал, а поради што сега интензивно работиме на воведување современ процес, не потекнува и не е прашање кое го засега единствено буџетот на Фондот.

Според светската позитивна пракса и согласно Директивата за транспарентност на ЕУ за воспоставување на континуиран процес за обнова на “Позитивната листа” важна е правната рамка, а секако и основно поставените правила и критериуми за транспарентна работа, што со важечкиот закон треба да се уредат од страна на Министерството за здравство со правилник.

Во насока на реализација на оваа програмска цел, на 28 септември во Владата на РСМ, тим од ФЗО РСМ заедно со министерот за здравство д-р Беким Сали, присуствуваше на стручен состанок и дебата со цел разгледување на одредени согледувања и сугестии по однос на Предлог - правилникот за начинот и методологијата за утврдување на “Листата на лекови” кои паѓаат на товар на Фондот, кој треба да биде добра основа за квалитетно спроведување на постапката на





вклучување на лекови на “Позитивна листа” како и другите постапки поврзани со ревидирање на “Позитивната листа на лекови”.

Фондот силно ги поддржува сите активности и мерки за обнова на “Листата на лекови” во интерес на осигурениците на Фондот.

Што мислите за предлозите за реформирање на Фондот - наместо Управниот одбор на Фондот, да се формира Собрание на осигуреници?

За ова прашање немаме добиени претходни сознанија. Сакам да нагласам дека и во сегашната управувачка структура на Фондот има претставници кои ги застапуваат осигурениците. Имено, Управниот одбор е составен од седум членови кои ги именува Владата на РСМ и тоа на период од четири години. Управниот одбор го сочинуваат по еден претставник предложен од Министерството за здравство, Министерството за финансии, од Сојузот на синдикатите на Македонија, од Стопанската комора, еден претставник од Лекарската, Фармацевтската и Стоматолошката комора, претставник од Здружението на пензионери и претставник на осигурениците предложен од Здружението на потрошувачите.

Подолго време беше нагласувана потребата за зголемување на капитацијата како сериозен проблем, чија висина не е променета од 2018 година. Дали и кога матичните доктори може да очекуваат позитивен одговор?

Во тек е активност и соработка со сите надлежни институции за воведување на реформа за плаќањето на здравствени услуги во примарна здравствена заштита, поточно начи-

нот на пресметка и плаќање кон избраните лекари. Последното зголемување на износот за капитација беше во октомври 2019 година, со зголемувањето на капитацискиот бод од 55 на 63 денари (+14,55%).

Освен активното анализирање на потребите и можностите за зголемување на капитацискиот бод, побарани се средства од Министерството за финансии од буџетската проекција за 2023 година и во тек се преговорите за одредување на Буџетот на ФЗО РСМ за 2023 година.

Дали за време на траење на здравствена криза ќе се отстрани реализацијата на превентивните цели? Од страна на матичните доктори е потенцирано дека во услови кога има голем број заболени од ковид - 19 не треба да се мешаат здравите со болните пациенти, односно не може да се обезбедат услови за извршување на целите, бидејќи се зголемува ризикот за ширење на вирусот.

Превенцијата е клучен дел од грижата за здравјето на нацијата, а превентивните цели се ставени токму во таа насока, да се заштити здравјето на граѓаните и да се спречат разни компликации од задоцнето детектирање на болестите.

Дополнително, во изминатиот период, реализацијата на превентивните цели беше стопирана врз основа на Одлуката за прогласување на кризна состојба поради ковид-19, чија важност заврши на 30.06.2022 година. До денеска, нова ваква Одлука не е донесена.

Имајќи го сето ова предвид, Фондот нема основ за укинување на превентивните цели.

Vox Medici

Актуелно

Конститутивна собраниска седница на ЛКРСМ

Професор Калина Гривчева Старделова-реизбрана за претседател на Лекарската комора

Новоизбраните членовите на органите на Комората со ветување за посветеност и одговорна работа

На конститутивната седница на Собранието на Комората, одржана во Градската општа болница „8-ми Септември“ на 01.07.2022 г., делегатите на највисокиот орган на ЛКРСМ, својата доверба по вторпат ѝ ја дадоа на професор Калина Гривчева Старделова.

Професор Гривчева Старделова беше реизбрана со поддршка од 51 член на Собранието на Комората, од присутните 75 делегати. Кандидат за претседател на ЛКРСМ беше и доц. д-р Емилија Велковска, за која гласаа 24 делегати.

Во обраќањето пред колегите, д-р Гривчева Старделова, даде краток преглед на активностите во изминатиот период и ја презентираше програмата за работа во наредниот период. Притоа, истакна дека активностите пред сè ќе бидат насочени кон зајакнување на улогата на Комората како еснафско здружение, на понатамошна силна посветеност во јакнењето на меѓународната соработка со коморите и другите сродните асоцијации и институции, на унапредување на местото и положбата на лекарите во општеството и иницирање на реформи во здравствениот систем



Конститутивно Собрание на ЛКРСМ

коишто ќе креираат подобри услови за работа на докторите на медицина.

Собранието, за заменик-претседател во следниот четиригодишен мандат го избра д-р Беким Исмаили, а за потпретседатели беа избрани д-р Љупчо Стефановски, д-р Маја Манолева и д-р Алберт Леша.

Нов претседател на Собранието стана д-р Висар Муча, а потпретседате-

ли на Собранието на Комората, д-р Александар Димовски и д-р Берат Лена.

Нови членови на Извршниот одбор станаа д-р Лилија Чолакова Дервишова, д-р Дафина Карацова, д-р Кадри Хахихамза, д-р Тодор Кичуков, д-р Мевљудин Куч, д-р Илбер Бесими, д-р Дениел Поповски, д-р Илир Шурлани и д-р Џабир Бајрами.



Седница на Извршен одбор

Владата ќе ја ревидира политиката за стимулација на младите лекари

Барањата за унапредување на примарната здравствена заштита што беа доставени до Министерството за здравство и до Владата на РСМ, беа разгледани на владина седница за коишто Влада донесе заклучоци.

Во делот на владините заклучоци, на Фондот за здравствено осигурување му се укажува да направи финансиски и правни анализи и во одреден рок да достави информација до Владата. Анализите на Фондот, меѓу другото, треба да се однесуваат на

зголемување на капитацискиот бод (75 денари за избраните лекари), на унапредување на системот на е-упат и е-рецепт за лекови од листата на товар на Фондот, ревидирање на состојбата поврзана со специјалистичките договори по интерна медицина, на ревидирање и оптимизирање на политиката за стимулација на млади лекари, ревизија на режимот на препишување на одредени лекови и друго.

На Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј

На Фондот за здравствено осигурување му се укажува да направи финансиски и правни анализи и во одреден рок да достави информација до Владата, меѓу другото и во врска со зголемување на капитацискиот бод (75 денари за избраните лекари)

– Скопје, на Катедра по семејна медицина, се препорачува во соработка со Лекарската комора, во рок од четири месеци, да изготви предлози за зголемување на ингеренциите на специјалистите по семејна медицина кои работат како избрани лекари.

ЛКРСМ и ФЗОРСМ - заеднички интерес е да се изнајдат решенија прифатливи за сите

Реализирана средба помеѓу Извршниот одбор на Лекарска комора и Фондот за здравствено осигурување (директорката м-р Магдалена Филиповска Грашкоска и претставници на Стручната служба на Фондот).

Во фокусот на состанокот беа проблемите со кои матичните лекари подолго време се соочуваат во секојдневната практика и кои создаваат отежнати услови за третман на пациентите. Посебен акцент беше ставен на потребата да се најде решение за реално вреднување на трудот на матичните лекари, односно на зголемувањето на капитациската која не е променета подолго време.

Исто така, на средбата беше дискутирано и за начинот на запишување на матичните пациенти, при што беше укажано дека треба да се создаде можност кога матичните лекари кои се закупци, односно концесионери во здравствените домови, а кои одат во пензија, нивните матични пациенти да може по автоматизам да ги преземе другиот лекар кој е затекнат и работи во ординацијата со што, како што беше укажано од Комората, значително ќе се олесни и поедностави процедурата која сега е на сила, а која бара ординацијата



да биде затворена, а пациентите еден по еден одново да бидат запишани кај матичен доктор.

Како прашање, на средбата беше поставена и реализацијата на превентивните цели, за коишто беше побарано да бидат одложени сè додека има голем број заболени од ковид - 19, односно додека не се создадат безбедни услови за нивно извршување, бидејќи во спротивно се зголемува ризикот за ширење на вирусот.

На состанокот беше констатирано

дека од заеднички интерес е да се изнајдат решенија прифатливи за сите засегнати страни. Претставниците на Фондот за здравствено осигурување изразија согласност да ги разгледаат до нив адресираните прашања. За зголемувањето на вредноста на капитацискиот бод информираа дека ќе се прават пресметки што ќе треба да покажат колкава корекција може да биде направена без да се предизвика финансиска нестабилност на здравствениот систем.

Комората со став за продолжување на работниот однос на докторите од примарно кои навршуваат 64 години

Според податоците на ЛКРСМ, 222 матични доктори од примарна здравствена заштита се на возраст од 61 до 67 години, што е висока бројка на доктори од примарно здравство кои за краток период, од сега и во следните две до три години, треба да се пензионираат, а што претставува голем проблем и за нивните пациенти

Извршниот одбор на Лекарската комора упати допис до претседателот на Владата, г. Димитар Ковачевски, и до министерот за здравство, д-р Бахим Сали, со кој се бара продолжување на работниот однос на докторите на медицина од примарна здравствена заштита на кои, согласно член 104 од Законот за работни односи, им престанува работниот однос со навршувањето на 64-годишна возраст.

Комората нагласува дека со заминувањето во пензија на овие лекари, пациентите во некои општини ќе останат без основните здравствени услуги на примарно ниво и без матичен доктор, а во одредени општини – како на пример Дебар, кајшто треба да се пензионираат сите матични педијатри, децата ќе останат без матичен педијатар.

Комората е со став дека на докторите вработени во постојаните приватни здравствени установи што се основани по основ на закуп на простор и опрема на делови од јавните здравствени установи, согласно Законот за здравствена заштита, треба да им се дозволи да вршат здравствена дејност до исполнување на условите за стекнување на старосна пензија, односно до 67-годишна возраст.

Докторите освоија девет пехари на Балканијадата во тенис



Македонската репрезентација на доктори учествуваше на 34-та Балканијадата во тенис која се одржа во Сончев Брег во Република Бугарија. Најдобар успех постигна репрезентацијата на Турција, но и македонската репрезентација, која беше бројна, постигна одличен резултат со освоени девет пехари во различни категории и тоа:

- Д-р Софија Милановска Јордановска освои 3 пехари - полуфиналист во поединечна категорија, двојки и мешани двојки;
- Д-р Драгица Томовска - полуфиналист во двојки;
- Д-р Стефан Коцев - полуфиналист во “отен” категорија;
- Д-р Александар Петличковски - финалист во 50+ и полуфинале во двојки “отен” категорија;
- Д-р Горјан Милановски - полуфиналист во двојки “отен” категорија;
- Небојша Милутиновиќ - победник во мешани двојки.

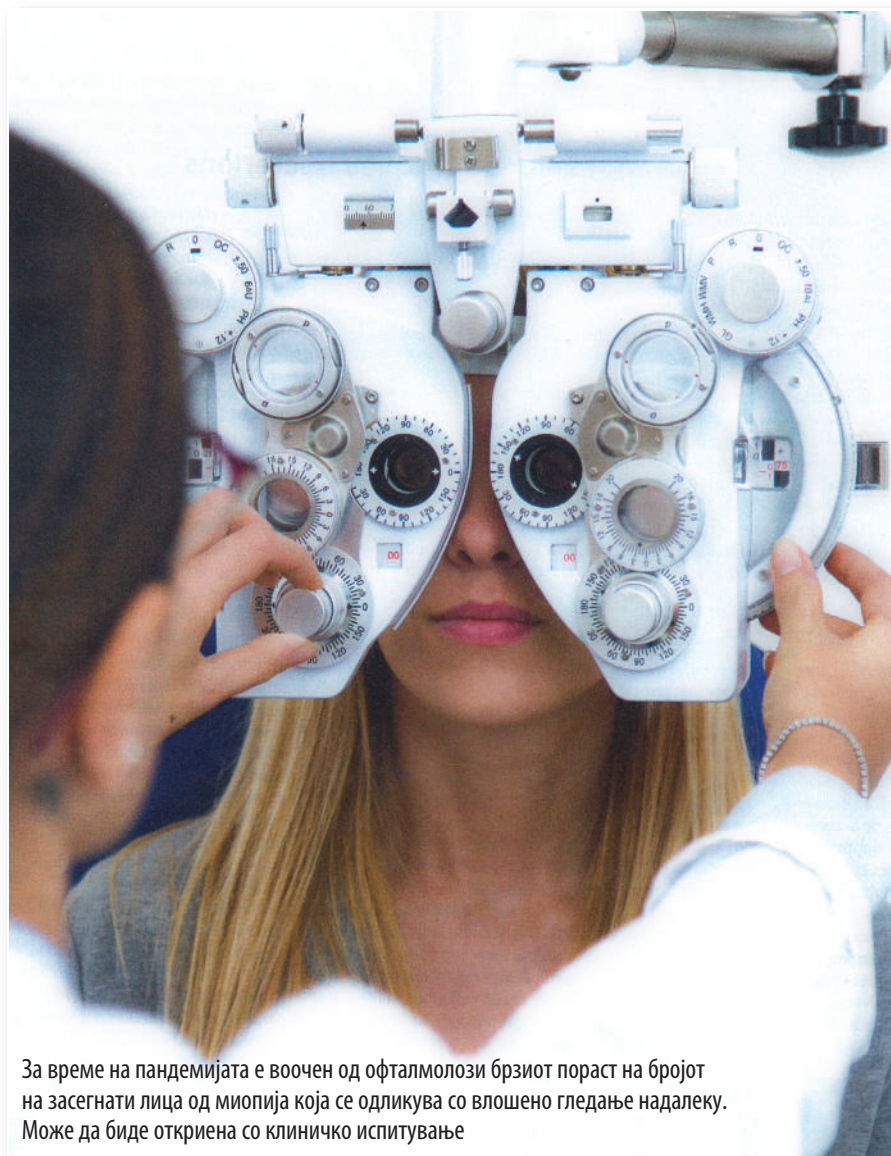
За време на Балканијадата во тенис, која беше една од најмасовните досега, се одржа и стручен Симпозиум. По неколку откажувања домаќин на идната Балканијада ќе биде Грција.

М.Ш.



Новите техники за третирање на миопијата го запираат нејзиното напредување

Процентот на миопии во Франција и во светот е во постојан пораст за што секако има големо влијание и начинот на живот. Третманите за корекција на оваа маана на окото покажуваат голем напредок. Во Париз во 2023 година ќе биде отворен национален референтен центар за посериозните случаи кој е финансиран од Фондацијата на Adolphe de Rothschild



За време на пандемијата е воочен од офталмолози брзиот пораст на бројот на засегнати лица од миопија која се одликува со влошено гледање надалеку. Може да биде откриена со клиничко испитување

Овој истражувачки Институт ќе има за цел изнаоѓање на нови патишта за справување со оваа епидемија. Уште пред 10 години овој термин го искористи австралискиот офталмолог со интернационално реноме Ian Morgan во ревијата The Lancet. Во весникот Nature во 2015 се потенцира дека се случува

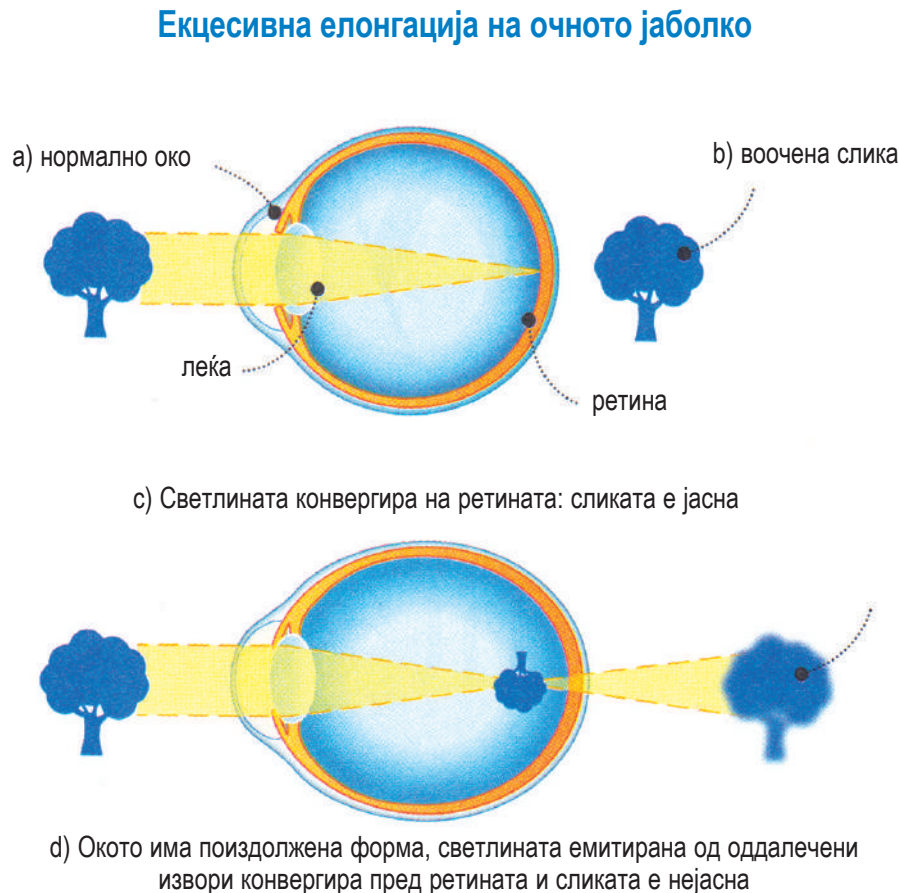
миопије boom. Овој аларм се заснова на неумоливите податоци според кои преваленцата на миопијата двојно е зголемена во тек на триесетте години, 20% во 1970 година, 40% денеска или 2,6 милијарди личности, а во 2050 година се претпоставува дека бројката ќе биде пет милијарди личности.

Зголемувањето на бројот на лица кои страдаат од оваа афекција поврзана со окото кое е многу долго (види го цртежот) и се појавува во детството, поради што се влошува гледањето надалеку, е толку брзо што дури епидемиолозите веќе го користат поимот епидемија. Значи, доколку во 2022 година, многу добро се знае како да се открие миопијата (класичната табла со букви за читање од далеку), да се квантифицира, да се корегира (носење на очила или леќи) и веќе 30 години да се оперира, ова нарушување сè уште останува лошо разбрано, прецизните механизми за потеклото на сигналот за отпочнување на издолжувањето на очното јаболко не се целосно разјаснети. Многу трудови покажале дека миопијата сè порано се јавува во детството. Затоа, примариус Dominique Bremond-Gignas, раководител на Одделот за офталмологија во болницата Necker-Enfant maladies, во Париз, инсистира на прегледи на очите уште во третата година на детето, бидејќи повеќето миопи се нападнати од една умерена миопија (помеѓу 0,5 -6 диоптер) којшто се стабилизира често околу дваесет и петата година, а 5 до 10% се афектирани од силна миопија (над 6 -ти диоптер). Тогаш, се работи за вистинска болест која еволуира во тек на целиот живот и е изложена на рани ризици од компликации како одлепување на ретината, глаукома, катаракта и други. Издолжувањето на очното јаболко доведува до растегнувањето и на други ткива (ретина, оптичкиот нерв). Но, зошто се издолжува окото кај некој на прекумерен начин? Генетските фактори се присутни и гените со предиспозиција се идентификувани, но тие самите не можат да ја објаснат исто така брзата експлозија и преваленцијата на миопии кај децата. Денес се знае дека главните фактори се во врска со околината, како на пример зголемувањето на времето поминато во домот,

во внатрешноста, слаба потреба од гледање надалеку или обратно, оваа екцесивност на гледање одблизу, исто како и недостатокот на изложеност на природна светлина. Кога времето се поминува надвор, се активира синтезата на допамин, неуромедијаторот кој ја забавува елонгацијата на окото. Во Азија, каде овој феномен е проучуван повеќе од 20 години (во Тајван 90% од младите се миоопи), се преземени мерки како на пример, повеќе прозорци во училиниците, повеќе време во училиштата да се поминува во активности што се одвиваат надвор. Овие промени веќе даваат резултат: во тек на 10 години е намалена преваленцата за 10%. За жал, ниедна од мерките што ги преземаат азиските земји не се применува во Франција и во Европа. Но, затоа трите оски за превенција егзистираат, а тоа се: нови закочувачки очила, користење на ноќни леќи или препишување на соодветни капки за очи.

Очила кои ја закочуваат миопијата

Закочување на еволуцијата на миопијата кај дете со воспоставување на иста вредност на брзината на елонгација на едното око со миопија, со она без миопија, е истакнатата цел на двете вида очила Stellest на француската фирма Essilor и Miyosmart, на јапонската фирма Ноуа. Наречени дефокализатори или френатори (закочувачи) на миопијата, се пуштени во продажба пред околу две години и во основа се две блиски технологии. Во двата случаи, стакларите земале превид дека периферијата на ретината на миоопите ги прима сликите матни. Оттаму, произлегла идејата да дејствуваат во таа периферна зона на ретината, за да се корегираат овие грешки на перцепцијата. Првата технологија наречена HALT (Highly Aspherical Lenslet Target) користена од Essilor, се состои од невидливи 1021 микро - леќи во прстени во периферијата на леќата. Во втората технологија, комерцијализирана од Ноуа, DIMS (Defocus Incorporated Multiple Segments), се работи за повеќе стотини сегменти наречени дефокализатори што се интегрирани во леќа за да се постигне истата корекција. Засега, клиничките испитувања покажале дека закочувањето постигнато за три години



е околу 60% кај едно дете миоп и развојот на миопијата е на ниво на четири диоптри, наместо 10 диоптри, што е еден многу добар резултат. Но, треба да се предупреди дека студијата има ограничување, а тоа е дека таа е реализирана кај деца од Азија кај кои генетските фактори и факторите во врска со опкружувањето се многу различни. Поради овие причини, во февруари 2020 година, офталмологот Dominique Bremond – Gignak започна студија за очилата Miyosmart со деца видени во консултации во Франција. Околу 200 млади од четири до 16 години ќе бидат следени две години.

Леќи што се носат ноќе

Алтернатива на леќи кои се носат дење се оние коишто се носат ноќе. Овој пристап е наречен orthokeratologia и е ограничен на слаби до просечни миоопии кај деца. Принципот е да се доведе до промена на формата на корнеата израмнувајќи ја во центарот за време најмалку од шест саати. Се работи за ремоделирање потполно механич-

ки користејќи ги силите аплицирани во леќите. Тие сили се со цел да создадат добра оксигенација на корнеата. Студиите покажале дека ноќното носење дозволува да се помине на дневните очила, но исто така може да ја забави еволуцијата на болеста. За неа, потребно е добро соработување со детето на почеток од седмата година и треба да се насочи кон спортот за стекнување кондиција. Исто така, треба да го научат родителите да одржува хигиена за да се избегне инфекција. Овој пристап е поскап од очилата (околу 200 евра месечно).

Капки секој ден

Третиот начин на третирање е секојдневно во очите да се инсталираат капки на база на атропин, за да се дилатира пупилата. Механизмот на дејство е малку познат. Изгледа дека поминува низ некои рецептори, но и без сомнение ги растегнува локалните фиброзни влакна на колагенот. Повеќе азиски студии ја докажуваат ефикасноста кога е слаба концентрацијата на растворот

(0,01 до 0,05%). Тогаш доаѓа до забавување на прогресијата на миопијата. Но, сè уште не е постигнат консензус за егзактна ефикасна концентрација. Овие капки за очи не се достапни во аптеките и се фабрикуваат на барање на офталмолозите за болничките аптеки. Офталмологот Gilles Martin, од октомври 2021 г. ја започнал Atrosmart студијата што за цел има да ги спореди капките за очи со новите очила наречени дефокусирачки. Во студијата се опфатени 240 деца од четири до 14 години и ќе трае најмалку две години. Која и да биде користената стратегија за закочување на издолжувањето на очното јаболко, едно големо прашање опстојува: прашањето за должината на третманот, бидејќи некои студии известуваат за рибант ефектот, во моментот кога третманот се прекинува.

CORNEA

Многу е важно да не се тријат очите

Триењето на очите може да изгледа банално, но доколку се повторува може да има тешки консеквенци на нашето визуелно здравје. На ова обрнува внимание Dr Damien Gatineau, раководител на офталмолошката служба на Fondation Adolphe-de-Rothschild. Пресијата извршена со рацете може да доведе до деформација и истенчување на корнеата доведувајќи до развој на кератоконус, афекција која се одликува со визуелни симптоми на матна и деформирана слика, но исто така фактор за појава или потенцирање на миопија или астигматизам. Значи, подобро е да се третира причината за триењето на очите (алергија, атопија, замор, предолго седење пред екран, прашина).

ИНТЕРВЕНЦИЈА

Рефрактивна хирургија како алтернатива на очила или леќи

Во поголем број од случаите, миопијата може да се корегира користејќи разни техники на ласер во функција на дејствување повеќе или помалку силно на болеста.



Ласерите интервенираат на кривината на корнеата; облекувајќи ја речиси со микронска прецизност

Во Франција секоја година 150 000 миопи ги избираат техниките наречени рефрактивна хирургија за начин на лекување на нивната миопија. Сите тие техники се засноваат на користење на ласери што ја обликуваат корнеата со микронска прецизност. Овој транспарентен преден дел на око, што го прекрива пред ирисот и пупилата, има улога да ја пренесе светлината на кристалното тело и ретината. О,И точно тука на оваа искривеност интервенираат хирурзите, модифицирајќи го центарот или периферијата. Димензиите на корнеата се околу 550 микро и интервентната вилушка за аблацијата не смее да отстрани поголем обем од 20% од корнеата што би било помалку од 100 микрони. Пионерската техника и ексимерниот ласер се појавија во 1990 година, а потоа следи Lasik (Laser-Assisted-In situ Keratomileusis). Но, веќе по 10 години, Lasik го губи теренот и на негово место доаѓаат попрецизни, како Smile (Small Incision Lenticule Extraction) и најновиот Trans PKR reaktivna transepitelijana photokeratectomia. Оваа техничка разновидност дозволува хирургот да се адаптира според ситуацијата: Lasik или PKR што се користат при слаби миопии (од 0,25 до 2,5 диоптри), Lasic или Smile за средни или транс PKR во повеќето случаи. Но, не сите миопии се оперативни- укажува Националната осигурителна агенција (ANSM), затоа што и со ефикасна техника кај помалку од 1% од реинтервенциите се неуспешни. За оперативен зафат кај миопи подобро е да се почека до 25-та година, кога се стабилизира миопијата, а секако треба да се почитуваат и контраиндикациите, на пример кај една многу нежна корнеа. Оттаму, важно е да се обрати до еден хирург пред оперативниот зафат, кој детално ќе ја прегледа корнеата и лабораториските испитувања.

Фотографија на корнеата овозможува евалуација на нејзината дебелина и нејзината регуларност. За тешки миопии, со повеќе од осум диоптрии, не се користат ласери, но можна алтернатива е прибегнување кон поставување меки или тврди импланти пред кристалното тело кое, според возраста на пациентот, останува или не останува на своето место. Овие потези што се поризични отколку техниката со ласер се ретки, односно помалку од 5% од ласерските техники.

ПРЕВЕНЦИЈА

Практични совети за децата

Миопијата сè повеќе ги засега децата во светот. За да се превенира оваа афекција, неколку едноставни искуства треба да се прифатат. Да се охрабрат децата да поминуваат најмалку два часа во денот надвор, бидејќи дневната светлина чини добро на очите и целиот организам воопшто, но и да се ограничи користењето на екраните. Тие треба



Големи мерења се извршени во Азија каде миопијата се истражува веќе 20 години. На сликата се гледаат кинески ученици како со помагала пишуваат на соодветно растојание

да читаат, работат при добри услови на осветлување, добро држење на телото и на добро растојание (најмалку 40 сантиметри). Побарајте од детето редовно да трепка. Правилото е 20/20, а тоа значи една пауза од 20 секунди во која погледот се носи надалеку и се фиксира еден објект. Во другите 20 секунди се гледа фиксираниот објект. На крај, една силна препорака за депистажа или преглед на видот на деца на возраст од три години без поплаки за видот од доктори ортописти, офталмологисти.

Sciences et Avenir-La Recherche mai 2022 N 903

Избор и подготовка

Прим. д-р Горица З Пировска

ОРАЛЕН GLP-1 РЕЦЕПТОР АГОНИСТ - ЗА КОГО И ЗОШТО?

Дали успешно се справуваме со дијабетесот?

Неретко се говори за глобалната пандемија со дијабетес и особено загрижувачкиот тренд на пораст на преваленција од година во година. Се работи за сериозен проблем кој заслужува внимание, поради тоа што околу 463 милиони луѓе во светот се афектирани од оваа состојба¹. И, додека станува очигледно дека на светско ниво општествата и здравствените системи тешко се справуваат со превенцијата на оваа состојба, дополнително се отвора прашањето дали сме барем успешни во третманот на ова заболување коешто е откриено уште во првиот век по нашата ера. За овој долг период броиме бројни револуционерни откритија за третман на дијабетесот меѓу кои е откритието на инсулинот, благодарение на којшто низ годините се спасени милиони човечки животи. Но, дали би можело да се каже дека сме успешни во третманот на дијабетесот? Доколку дијабетесот е, „само шеќерна болест“ како што се нарекува, би се нарекле успешни; постојат моќни антихипергликемични агенси со кои може задоволително да се оптимизираат гликемиските нивоа. Но, дијабетесот е многу повеќе од „само шеќерна болест“, и намалувањето на високата гликемија не е единствена цел на третманот. Напротив, неретко го усложнува целокупниот третман. Од медицинска гледна точка, гликорегулацијата е доста предизвикувачка, особено поради ризикот од хипогликемија, која понатаму води кон мноштво на акутни и хронични компликации, вклучително и кардиоваскуларни настани и смрт. Многу чест предизвик во третманот на хипергликемијата е и порастот на телесната тежина, кој веќе постои кај нашите пациенти. Па така, додека се обидуваме да ја решиме хипергликемијата, со цел да ги одбегнеме хроничните компликации од истата, всушност влијаеме на зголемување на кардиоваскуларните ризик - фактори. Тоа ни го потврдија и револуционерните студии како ACCORD2 и ADVANCE3, кои ни укажаа дека добрата гликорегулација води кон намалување на микроваскуларните компликации, но не и на макроваскуларните. ADA (American Diabetes Association) 4 дава податок дека само 19% од пациентите ги исполнуваат целните вредности за трите најважни ризик - фактори: гликемија, хипертензија и липиди. Дополнително на тоа постојат ограничувања (страх од хипогликемија, пораст на тежината, одбивање на инјектибилна терапија и др.) што водат кон недостаток на придржување до терапијата и последователна несоодветна контрола кај добар дел од нашите пациенти.

Дали постои решение за ова?

Постојат современи водичи и препораки базирани на докази кои нудат можности за решение, при што е потребна нивна доследна имплементација.

Последното упатство за третман на дијабетес коешто го издаде Научното здружение на ендокринолози и дијабетолози на Македонија, базирано на препораките на двете најголеми стручни асоцијации за дијабетес, европската EASD и американската ADA, во фокусот го содржи таканаречениот пациент - центричен, односно индивидуализиран пристап (графикон 1)⁵. Суштината на овој пристап е прилагодување на третманот на пациентите со дијабетес тип 2 на ниво на индивидуа, што се базира на проценка на карактеристиките на пациентот (моментален животен стил, коморбидитети, на пр. атеросклеротична кардиоваскуларна болест (АСКВБ), хронична бубрежна инсуфициенција (ХБИ), срцева слабост (СС), клинички карактеристики како возраста, гликозилираниот хемоглобин (HbA1c), телесна тежина (ТТ), психолошки, културен, економски и социолошки аспект на пациентот. Се води сметка за несаканите ефекти од терапијата, комплексноста на режимот, начинот на администрација и секако достапноста и цената на лекот. Се препорачува да се одбере режим со кој би се подобрил ставот на пациентот кон терапијата, а самото тоа би довело и до оптимизирање на комплијансата.

Во препораките, големо внимание се обрнува на современата антидијабетична терапија, особено на новите групи на антидијабетични лекови GLP-1 рецептор агонисти и SGLT2 инхибитори. Овие лекови се препорачуваат кога постојат индикатори за висок ризик или етаблирана АСКВБ, ХБИ или СС - независно од висината на HbA1c, и ако HbA1c е над индивидуализираната целна вредност, но постои евидентна потреба за минимизирање на хипогликемијата или постои потреба за редукција на тежината.

Но, што е тоа што ја прави оваа терапија посебно атрактивна за современ третман на дијабетес тип 2?

Во оваа прилика би се задржала сосема накусо за GLP-1 рецептор агонистите за коишто потемелно беше образложено во текстот Можност повеќе за лицата со дијабетес тип 2- прв орален ГЛП-1 рецептор агонист- орален семаглутид објавен во декемврискиот број на Vox Medici (бр.113) од 2021 година.

Зошто GLP-1 RA?

GLP-1 RA се аналози на природниот GLP-1 пептиден хормон, кои се атрактивна терапија за дијабетес поради моќниот антихипергликемичен ефект проследен со низок ризик од хипогликемија.

Терапевтскиот ефект на GLP-1RA се должи на неговото директно дејство на панкреасот (зголемување на инсулинска секреција и инхибиција на глюкагонска секреција на глюкозно-зависен начин) и индиректното дејство на црниот дроб (инхибиција на хепаталната глюкозна продукција). Глюкозно -



Графикон 1- Пациент-центричен пристап во справување со дијабетес тип 2

зависниот механизам штити од хипогликемија, бидејќи ефектите врз секрецијата на инсулин и глукагон се губат во отсуство на покачени гликемиски нивоа. Се покажа дека глукагоностатскиот ефект на GLP-1 RA не ја загрозува секрецијата на глукагон за време на контра-регулаторниот одговор на хипогликемија.

Покрај овој ефект, GLP-1RA имаат и други поволни ефекти на ниво на панкреасот – стимулација на синтеза на инсулин и стимулација на пролиферација и формирање на нови бета клетки во панкреасот (неогенеза), како и инхибиција на апоптозата на овие клетки.

Поради ефектот на центарот за ситост, GLP-1RA доведуваат до намалување на телесната тежина. Одредени лекови од оваа група имаат многу моќен ефект и веќе се одобрени за третман на безност (независно дали пациентот има или нема дијабетес).

Намалување на кардиоваскуларниот ризик

GLP-1RA обезбедуваат кардиоваскуларни придобивки преку повеќекратни ефекти, вклучително и намалување на хипергликемијата на гладно и постпрандијалната, редуција на телесна тежина и подобрувања на липидите и крвниот притисок. Исто така, се покажа дека GLP-1RA имаат и анти-инфламаторни ефекти, што може да објасни некои од нивните вазопротективни својства. Неколку претклинички модели

на кардиоваскуларна дисфункција покажаа дека GLP-1RA имаат кардиопротективно/анти-атеросклеротично дејство.

Корисни хепатални ефекти

Покрај инхибицијата на хепаталната продукција на гликоза, GLP-1RA ја намалуваат хепаталната стеатоза и концен-трациите на ензимите на црниот дроб.

Зошто орален GLP-1RA - Орален семаглутид?

Семаглутидот е хуман аналог на GLP-1 со 94 % хомологија со хуманиот GLP-1. Достапен е во инјектибилна форма (Оземпик) и орална форма - Rybelsus (Рибелсус) којшто е првиот и засега единствен одобрен орален GLP-1 RA.

Горенаведените ефекти на GLP-1 RA, секако се однесуваат и на Рибелсус, како преставник од оваа група. Сепак, постојат индивидуални разлики помеѓу различните лекови од оваа група во однос на одредени параметри.

Во однос на редуцијата на HbA_{1c}, оралниот семаглутид се покажа супериорен (статистички сигнификантна разлика) во однос на испитуваните компаратори како во рамки на групата на GLP-1 RA (liraglutide, dulaglutide), така и во однос на компаратори од други групи, како SGLT2 инхибитори (empagliflozin), DPP-4 инхибитори (sitagliptin), а исто така и наспроти плацебо и инсулин. Студиите PIONEER 1-5 и 7-86-

12 покажале намалување на HbA1c од 1,1% до 2% со најголемата доза на орален семаглутид од 14 mg. Овие резултати се конзистентни со оние што ги покажа инјектибилниот семаглутид.

Во однос на ефектот на оралниот семаглутид, врз телесната тежина, студиите укажуваат на постигната просечна редукција на тежината до 4,7 kg со максималната доза од 14 mg и оваа редукција е статистички сигнификантно поголема наспроти речиси сите компаратори и компарбилна со таа на Оземпик. При повисока почетна ТТ, овој губиток е поголем.

Оралниот семаглутид, како и инјектибилниот, има докажана кардиоваскуларна безбедност, односно покажал неинфериорност наспроти плацебо како додаток на стандардна заштита за КВ настани. Со оралниот семаглутид во студијата PIONEER 613 (во времетраење од неполни две години) е добиен 21% помал релативен ризик за големи несакани кардиоваскуларни настани (кардиоваскуларна смрт, нефатален мозочен удар, нефатален миокарден инфаркт), разлика која не била статистички сигнификантна, за разлика од статистички сигнификантната разлика кај инјектибилниот семаглутид што покажал понизок релативен ризик за КВ настани за 26% споредено со плацебо. Комбинираната анализа на двете студии, SUSTAIN 6 со инјектибилниот и PIONEER 6 со оралниот семаглутид, демонстрирала конзистентен ефект на двете молекули врз големите несакани кардиоваскуларни настани наспроти компараторот (плацебо)¹⁴. Се очекуваат резултатите од подолгорочната студија за кардиоваскуларна безбедност со оралниот семаглутид која е во тек.

За кои пациенти орален семаглутид?

Оралниот семаглутид е индициран за третман на возрасни пациенти со недоволно контролиран дијабетес тип 2, за подобрување на гликемиската контрола како дополнување на диета и физичка активност. Може да се користи како монотерапија, кога метформинот се смета за несоодветен или во комбинација со други антидијабетични лекови¹⁵.

Препораките за индивидуализиран пристап укажуваат дека овој лек може да биде одлична опција за пациенти кои преферираат орална терапија и кај кои е потребна поголема редукција на HbA1c. Тој има силен антихипергликемичен ефект и, за разлика од останатите моќни антихипергликемични лекови (сулфониуреа и инсулин), ризикот од хипогликемија е минимален (табела 1). Битно е да се напомене дека останатите орални лекови, како SGLT2 инхибитори и DPP-4 инхибитори, имаат само умерен ефект во намалување на HbA1c 5(до 1%).

Табела 1- Ефикасност, ризик од хипогликемија и промена на тежината со антидијабетичните лекови

	Ефикасност	Хипогликемија	Промена на тежина
Метформин	Висока	Не	Неутрален (потенцијал за умерен губиток)
SGLT-2 инхибитори	Средна	Не	Губиток
GLP-1RA	Висока	Не	Губиток
DPP-4 инхибитори	Средна	Не	Неутрален
Тиазолидиндиони	Висока	Не	Пораст
Сулфониуреи (2-ра генерација)	Висока	Да	Пораст
Инсулин Хумани Аналози	Највисока	Да	Пораст

Овој лек е погоден и тогаш кога редукцијата на HbA1c не е пресуден фактор, туку пациентот има проблем со зголемена телесна тежина.

Поволниот кардиометаболен профил го прави погоден за пациенти кои имаат коморбидитети и висок кардиоваскуларен ризик.

Дополнително на тоа, се аплицира еднаш дневно, наутро на гладно и може да биде добра опција за пациенти кои примаат повеќе лекови и чиј животен стил може да биде компромитиран од примање на терапија повеќе пати во тек на денот.

Доколку се користи како монотерапија, не е потребно често мерење на гликемијата при прилагодување на дозата на оралниот семаглутид. Доколку се користи во комбинација со сулфониуреа или инсулин, тогаш е потребно прилагодување на нивната доза.

Не е потребно прилагодување на дозата кај пациенти со лесно, умерено или тешко ренално нарушување, ниту пак ниту кај пациенти со хепатално нарушување. Сепак, не се препорачува кај пациенти со ренално нарушување во краен стадиум.

Не се препорачува употреба на оралниот семаглутид кај лица под 18 години, дијабетес тип 1 и срцева слабост NYHA класа IV.

Оралниот семаглутид може да се комбинира со сите антидијабетични лекови (вклучително и инсулин), со исклучок на DPP-4 инхибитори и друг GLP-1 RA.

Согласно на погоре кажаното, се препорачува негова употреба во тек на сите фази од дијабетесот, но редукција на компликациите се постигнува со негова порана употреба, како

прва линија после метформин или како монотерапија, доколку пациентот не го поднесува метформинот или, пак, е контраиндициран.

Заклучок

GLP-1RA обезбедуваат ефикасна контрола на гликемијата, следено со намалување на телесната тежина и низок ризик од хипогликемија. Студијата Capture16 ни покажа дека секој петти пациент во светски рамки добива терапија со кардиопротективно дејство, како што е терапијата со GLP-1RA или SGLT2 инхибитори.

Иницирање на орален GLP-1RA, како оралниот семаглутид (Рибелсус), порано во тек на третманот може да го подобри прифаќањето и придржувањето кон терапијата споредено со инјектибилните формулации.

Кај нас, употребата на лекови со кардиоваскуларен бенефит и на лекови што имаат докажан поволен ефект на кардиометаболните параметри се далеку од реалните потреби, но се прават напори оваа терапија да биде достапна за оние на кои им е потребна. Иновативната терапија за која зборуваме во овој текст, нуди многу предности во однос на намалување на компликациите од дијабетесот, а со тоа и подобрување на квалитетот на живот.

Доц. д-р Искра Битоска
ЈЗУ Клиника за ендокринологија,
дијабетес и метаболички нарушувања, УКИМ, Скопје

ЛИТЕРАТУРА:

1. IDF Diabetes Atlas (9th edition). International Diabetes Federation. 2019.
2. Gerstein HC et al. Effects of Intensive Glucose Lowering in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2008; 358:2545-2559
3. Patel A et al. Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2008; 358:2560-2572
4. Stark Casagrande S et al. Diabetes Care 2013;36:2271-2279.
5. Национален водич за добра клиничка практика - Упатства за дијабетес (ревизија од 2020 година)
6. Aroda VR, et al. Diabetes Care 2019;42:1724-32;
7. Rodbard HW et al. Diabetes Care. 2019;42(12):2272-2281;
8. Rosenstock J, et al. JAMA 2019;321:1466-80;
9. Pratley R, et al. Lancet 2019;394:39-50;
10. Mosenzon O, et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2019;7:515-27;
11. Pieber TR, et al. Lancet Diabetes Endocrinol 2019;7:528-39;
12. Zinman B et al. Diabetes Care. 2019;42(12):2262-2271;
13. Husain M, et al. N Engl J Med 2019. 381:841-51;
14. Husain M et al. Diabetes Obes Metab 2020;22(3):442-51
15. Збирен извештај со особините на лекот Рибелсус
16. Mosenzon, O., Alguwaihes, A., Leon, J.L.A. et al. CAPTURE: a multinational, cross-sectional study of cardiovascular disease prevalence in adults with type 2 diabetes across 13 countries. Cardiovasc Diabetol 20, 154 (2021).



ЛЕКАРСКА КОМОРА

на Република
Северна Македонија

lkm.org.mk

Модерен хируршки третман на стеснувањето на мочниот канал

Анатомски особености

Мочниот канал претставува канал што почнува од мочниот меур и излегува кон надвор, а служи за празнење на мочниот меур. Мочниот канал се разликува кај мажите и кај жените. Кај мажите тој е воедно дел и на половиот и на уринарниот систем и е многу подолг отколку кај жените.

Мочниот канал кај жените е тенка цевка долга само 4 cm. Таа е сместена пред спојувањето на двете карлични коски и е препокриена со мускули на предниот сид на вагината. Надворешниот отвор е наречен меатус и е сместен над вагиналниот отвор меѓу малите усни на надворешниот дел на половиот систем кај жените.

Кај мажите, мочниот канал е долг околу 20 cm. На почетокот поминува низ простатата, каде е поврзан со канали кои ја пренесуваат спермата од машкиот полов систем. Потоа, продолжува низ пенисот, машкиот полов орган и се отвора кон надвор низ надворешниот отвор или меатусот. Мочниот канал кај машките има двојна функција: ја пренесува спермата и го празни мочниот меур, а кај жените мочниот канал ја има само втората функција, односно само го празни мочниот меур.

Проблемот на стеснување на мочниот канал или стриктура на уретрата

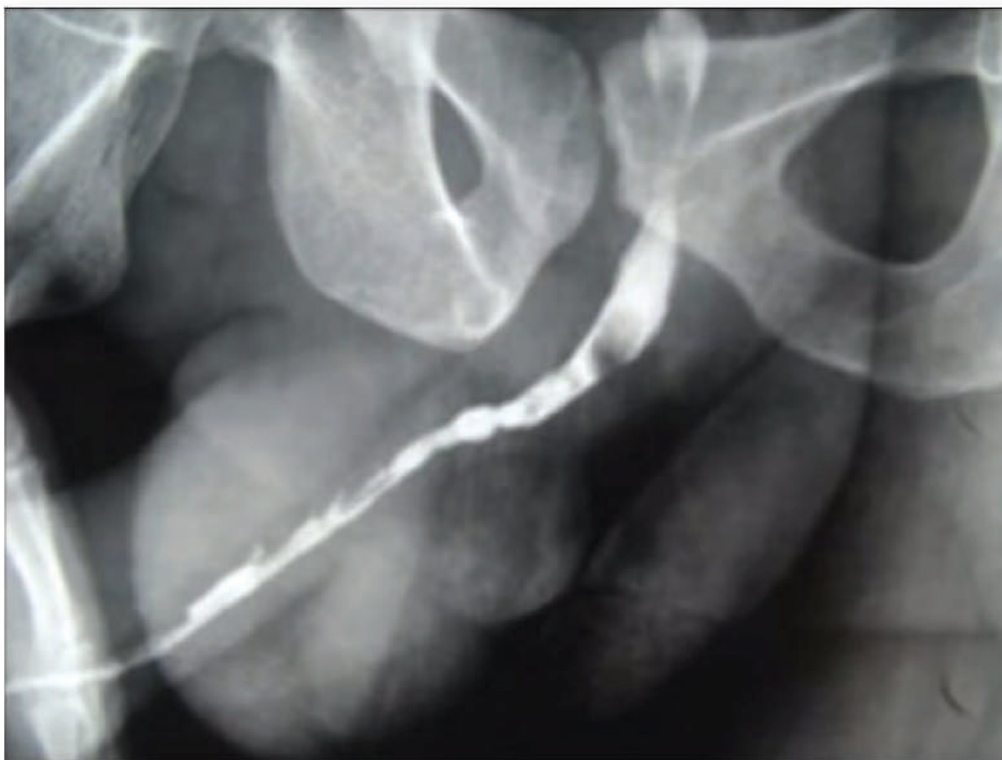
Под уретрална стриктура се подразбира стеснување на уретрата, од која било етиологија, со или без афектирање на протокот на урината дистално од мочниот меур. Почесто се јавува кај мажи, а многу ретко кај припаднички од женскиот пол. Кај мажите стриктурите кои се во првите 2.5 – 5 cm од уретрата се наречени подни стрикту-

ри, додека стриктурите во последните 23 – 25 cm се означуваат како предни стриктури.

Постојат повеќе причини за оваа состојба. Според научните истражувања се смета дека една третина од уретралните стриктури се резултат на претходни медицински процедури или манипулации со уретрата и соседните структури. Најчеста манипулација која доведува до стриктура е претходно лошо поставен уринарен катетер, потоа честите цистоскопии или каков било претходен трансуретрален оперативен третман. Тука се истакнува операцијата на простатата, како најчест етиолошки фактор.

Друг чест етиолошки фактор може да биде траумата или повредата со

оштетување на уретрата или мочниот меур (сообраќајна несреќа со автомобил или моторцикл). Како куриозитет се јавува паѓањето од трактор како најчеста причина за повреди на уретрата, најверојатно поради местоположбата на менувачот. Оваа траума на уретрата најчесто е придружена со фрактура или кршење на карлицата. Останати поретки причина за оваа состојба е карцином на уретрата, инфекциите (кламидија, гонореја), конгениални малформации на уретрата, претходно третирана хипоспадија како и инфламаторни состојби како lichen sclerosus или рајтер синдромот. Интересно да се напомене е дека во една третина од случаите не е верифициран никаков етиолошки фактор.



Слика 1. Стеснет мочен канал по целата должина (како изеден од молци). Резултат на тешки инфекции

Симптоми

Најчести симптоми на уретрално стеснување се уринарната ретенција или неможност да се испразни мочниот меур. Во најтешките случаи доаѓа до целосно затнување или комлетна ретенција на урина. Во тој случај се поставува цевка директно во мочниот меур. Понатаму, честа е појавата на болка при мокрењето, појава на крв во спермата или урината, зголемена ургентност за мокрење, чести уринарни инфекции, како и болки во долниот дел на абдоменот и пелвичната регија. Воедно имајќи предвид дека голем број од овие пациенти се млади, страда и репродуктивната и сексуалната функција на пациентот. Ова се случува пред сè поради постоење на реални генитални деформитети кои ја придружуваат оваа состојба како и поради психолошкиот фактор кој неретко е изразен кај овие пациенти.

Дијагноза

Доколку пациентот боледува од оваа состојба, потребно е да се јави на уролог за комплетен клинички преглед, урофлометрија и мерење на резидуална урина како и ретроградна микциона уретроцистографија. Идеално, на пациентот му се врши уретрографија, за да се визуелизира позицијата и должината на дефектот. Во одредени случаи, на таа регија се прави и магнетна резонанца.

Третман

Постојат два начина на третирање на оваа болест. Првата е нехируршкиот третман со употреба на уретрален дилататор или поставување на перманентен катетар или цистостома. Овој пристап дава краткотрајни резултати и моментално, според водичот на Европската асоцијација по урологија, не се препорачува.

Вториот, воедно и препорачан начин на лечење е хируршкиот којшто вклучува две методи. Првата е внатрешно-то сечење на каналот што дава крат-



Слика 2. Хируршко земање на лигавица од внатрешната страна на образот со цел уретропластика или отворена реконструкција на каналот

котраен успех и се препорачува за кратки стриктури. Втората метода е уретропластиката или отворената реконструкција на уретрата. Уретропластиката претставува метода на избор во многу случаи бидејќи дава висок процент на излекување (околу 95%). При уретропластика урологот ја реконструира уретрата, најчесто со помош на слезница од внатрешната страна на образот, создавајќи “нова” уретра или нов канал. Научните истражувања увиделе дека лигавицата во устата е со ист состав на епител со лигавицата на мочниот канал. Воедно, оваа лигавица неретко може да се употреби како графт при хирургија на пенилните курватири како и при разни реконструкции на пенисот таканаречени фалопластики.

Компликациите при гениталната хирургија вклучуваат: постоперативна инфекција, појава на хематом, парестезии или боцкање или трпнење на местото на операцијата, повторно стеснување или развој на фистула и ерекtilна дисфункција. Во најголем број случаи, пациентот си оди на

домашно лекување уште првиот ден после операцијата. Во раниот постоперативен период се ординира антибиотски третман, додека во подоцниот период се ординира секојдневна мала доза на тадалафил со цел, подобрување на мокрењето како и целосно враќање на сексуалната и репродуктивна функција на пациентот.

Во модерната урогенитална хирургија, уретропластиката претставува златен стандард за третман на уретралните стриктури и нуди подобар исход од дилатациите и уретротомииите. Процедурата успешно се изведува на Универзитетската клиника за урологија и досега се изведени повеќе од 100 операции од ваков вид. Операцијата е целосно покриена од фондот за здравствено осигурување.

Спец. д-р Огнен Ивановски,
хирург-уролог при УК за урологија
и виш научен соработник на
Медицинскиот факултет во Скопје

Комерцијален шексѝ **ФАРМАБРЕНД** **НОВА**

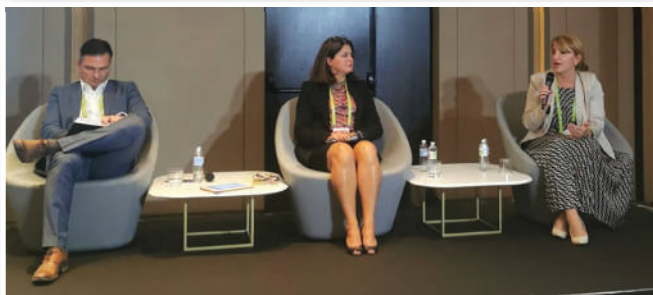
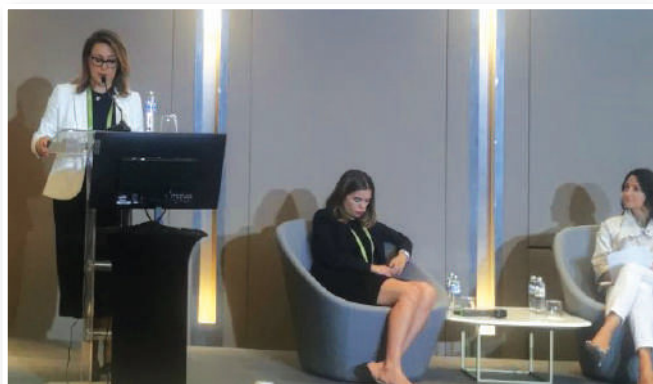
Фармабренд Нова на DIA SEE Conference во Белград: Со намалување на јазот меѓу нас и ЕУ до полесен пристап до иновативна медицина

„Градиме мостови за побрз пристап на пациентите до иновативни терапии“, беше главната тема на регионалната Конференција DIA SEE во Белград, којашто се одржа на 13 и 14 септември, а на која активно учество зема и Фармабренд Нова, асоцијација на производителите на иновативни лекови во Р С Македонија (<https://fbn.mk/>).

Фармацевтската индустрија е една од иновативните индустрии во светот со најбрз развој, во која промените се случуваат практично на секојдневна база. Оттаму е и потребата за поконтролиран, поквалитетен, но пред сè побрз и полесен пристап на иновативните лекови до пациентите на кои им се потребни, сè со цел обезбедување на поквалитетен живот и соодветна здравствена нега за нив. Неопходна е и потребата за тесна соработка со локалните здравствени институции, здравствени власти и размена на искуства на партнерска основа.

Од страна на македонската асоцијација Фармабренд Нова, која ги застапува интересите на осум иновативни фармацевтски компании, беше истакнато дека пристапот до иновативните лекови на овие простори е далеку потежок отколку во земјите од Европската унија, а решението за овој проблем се гледа во намалување на јазот помеѓу нас и ЕУ и во градење конструктивни релации со здравствените институции коишто ќе бидат базирани на доверба.

Фармабренд Нова имаше активно учество во Програмскиот комитет на DIA SEE и целосно ја поддржа Конференцијата и нејзината мисија. Главната тема на регионалната Конференција одржана во Белград беше пристапот до иновативните лекови за пациентите од регионот, нивно вклучување во процесот на донесување одлуки, рекапитулација на она што го научивме во пост-ковид светот, како и примената на практични, применливи решенија за остварување на целта. Свое излагање на конференцијата како претставници на Р С Македонија, имаа ас. проф. Ана Данева Маркова (продекан на Медицинскиот факултет), проф. Александра Грозданова (национален координатор за имунизација, С Македонија), м-р Кристина



Христова советник на директорот на Фондот за здравствено осигурување на Р С Македонија) и Милан Мишковиќ (директор на одборот на ELPA). Повеќе за дводневната Конференција можете да дознаете на линкот: <https://www.diaglobal.org/en/conference-listing/meetings/2022/09/see-south-eastern-europe-region-workshop/agenda#showcontent>

Уште од нејзиното основање во 2012 година, Фармабренд нова е активно вклучена во создавањето на полесен пристап до современите, иновативни лекови за сите пациенти од земјава. Таа е претставник на осум компании од полето на иновативната фармацевтска индустрија и нејзината мисија е преку соработка, учество и едукација, да се подобрат условите за пристап до иновативната медицина со цел, да се обезбеди подобар локален здравствен систем. Дополнително, Фармабренд Нова се обидува да го намали јазот помеѓу нашата земја и Европската унија кога е во прашање пристапот до иновативна медицина, во партнерски однос со здравствените власти, учествувајќи во процесите на усогласување на регулативата со онаа на ЕУ со цел, да создаде подобри услови за пациентите од Северна Македонија.

DIA SEE Белград успеа да обедини претставници од повеќе земји и на учесниците им даде единствена можност да научат од примерите на најдобрите практики и да се поврзат со регулаторите и клучните лидери од цела Европа.

Основана во 1964 година, DIA како организација е посветена на подобрување на човековите состојби на глобално ниво, на вклучување на сите гледишта и перспективи со цел да се креираат иновативни фармацевтски производи. DIA верува дека само со комбинирање и инклузија на секое различно животно искуство, знаење, инвентивност, иновативност, самоизразување, уникатна способност на сите членови и засегнати страни, може да се создадат најдобрите здравствени практики, а од тоа да имаат интерес сите, пациентите, институциите, здравствените власти и компаниите.

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

Комерцијален шексѝ

EVRYSDI[®] ИМА ДОКАЖАНА КОНТИНУИРАНА ЕФИКАСНОСТ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО СПИНАЛНА МУСКУЛНА АТРОФИЈА

Спинална мускулна атрофија (СМА) е ретка, генетска, невро-мускулна болест која причинува прогресивна мускулна атрофија и бројни компликации.^{1,2} СМА е најчестата генетска причина за доенечка смрт, со инциденца од 1 на 6.000 до 10.000 живородени.²⁻⁴ СМА е автозомна рецесивна болест предизвикана од мутација или делеција во SMN1 генот што резултира со недоволно производство на функционален SMN протеин и последователно губење на моторните неврони и прогресивна мускулна атрофија, слабост и губење на моториката.⁴⁻⁶

EVRYSDI Е ПРВ И ЕДИНСТВЕН ОРАЛЕН ЛЕК ЗА ТРЕТМАН НА СМА ВО ДОМАШНИ УСЛОВИ

Evrysdi (risdiplam) е индициран за третман на 5q спинална мускулна атрофија (СМА) кај пациенти на возраст од два месеца и постари, со клиничка дијагноза на СМА тип 1, тип 2 или тип 3 или со една до четири SMN2 копии.⁷ Досега, повеќе од 5.000 пациенти се лекувани со Evrysdi ширум светот,⁸ а клиничките студии покажуваат дека Evrysdi има континуирана ефикасност во тек на три години.^{9,10}

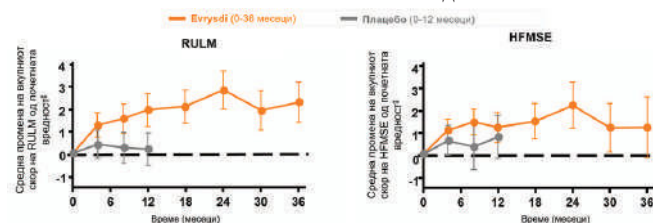
Во тек на 14. Конгрес на Европското здружение по педијатриска неврологија, за првпат беа презентирани податоци од студијата FIREFISH после три години третман со Evrysdi кај пациенти со СМА тип 1.⁹ Податоците се многу охрабрувачки бидејќи покажуваат дека 91% од доенчињата лекувани со Evrysdi биле живи после три години третман.⁹ Исто така, мнозинството доенчиња ги подобриле и/или одржале моторните функции, вклучително и способноста за голтање, исхрана, седење без поддршка, стојење со поддршка и одење со поддршка, по три години третман.⁹ Без третман, тие обично не би преживеале повеќе од две години.¹¹

Слика 1. Evrysdi овозможил задржување на способноста за голтање и исхрана после 3 години третман кај доенчиња со СМА тип 1⁹



Март, оваа година, се одржа Конференција на Muscular Dystrophy Association на која, исто така беа презентирани резултати од студијата SUNFISH после три години третман со Evrysdi кај деца и возрасни со СМА тип 2 и 3. Долгорочните податоци покажуваат континуирано унапредување на моторната функција и кај пациентите со СМА тип 2 и 3 кои примале Evrysdi, измерено преку одредување на вкупниот скор на MFM-32 скалата.¹⁰ Статистички сигнификантно подобрување на моторната функција е забележано и на скалите на RULM и Hammersmith, Слика 2.¹⁰ Без третман, пациентите со СМА тип 2 и 3 имаат континуирано намалување на моторната функција со текот на времето.¹²⁻¹⁴

Слика 2. Evrysdi континуирано ја подобрува моторната функција кај деца и возрасни лица со СМА тип 2 и 3 според RULM и HFMSE скалите во тек на 3 години¹⁰



Според податоците од ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести и Клиниката за неврологија, вкупно 20 пациенти имаат 5q СМА.^{15,16} Пациентите се на различна возраст и тип на СМА. 55% од пациентите примаат Evrysdi, односно три деца и осум возрасни лица со СМА тип 1, 2 и 3. Нашето досегашно двогодишно искуство со Evrysdi во третман на широк спектар на пациенти со СМА е позитивно и во согласност со објавените податоци и искуства од клиничките студии. Досега, само еден пациент пријавил несакана реакција (дијареја) поврзана со лекот, која не довела до прекин на третманот; додека сите пациенти имаат клинички потврдено унапредување на моторната функција после започнување на третманот со Evrysdi.

- Evrysdi обезбедува трајно подобрување на моторната функција прикажано кај хетерогена популација на пациенти^{9,10,17}
- Evrysdi добро се поднесува, без прекини поради несакани реакции поврзани со третманот во клиничките студии^{9,10,18}
- Секојдневното дозирање во домашни услови обезбедува доверба за конзистентна експресија на SMN протеин во ЦНС и периферните ткива^{7,10,19}
- Оралната администрација во домашни услови е покомфорна опција за пациентот и неговото семејство која го намалува товарот на пациентите, здравствените работници и здравствениот систем⁷

▼ Овој лек подлежи на дополнително следење. Со ова се овозможува брзо откривање на нови информации за безбедноста на лекот. Од здравствените работници се бара да пријават секаква сомнителна несакана реакција од овој лек. Лекот се издава во здравствена установа.

Проф. д-р Аспазија Софијанова, ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести - Скопје и доц. д-р Иван Барбов, ЈЗУ Универзитетска клиника за неврологија - Скопје

Референци:

1. D'Amico A, et al. Orphanet J Rare Dis 2011;6:71; 2. d'Ydewalle C, Sumner CJ. Neurotherapeutics 2015;12:303-16; 3. Prior TW, et al. Am J Med Genet A 2010;152A:1608-16; 4. Lefebvre S, et al. Cell 1995;80:155-65; 5. Miller N, et al. Hum Mol Genet 2016;25:3395-406; 6. Ripolone M, et al. JAMA Neurol 2015;72:666-75; 7. Збирен извештај за особините на лекот Evrysdi (risdiplam), број на одобрение за ставање на лек во промет: 11-6730/1 од 06.07.2021 г., последна ревизија на Збирниот извештај за особините на лекот: март 2022 г.; 8. Податоци на Рош, пациенти на комерцијален лек, учесници во клинички студии и пациенти во Програми за помош од сочувство, пресек на податоци: 4. март 2022 г.; 9. Servais L, et al. European Paediatric Neurology Society Congress 2022; 10. Day JW et al. MDA Conference 2022; 11. Finkel R et al. Neurology 2014;83:810-817; 12. Roche data on file; courtesy of AIM; 13. Pera MC et al. Muscle Nerve 2019; 59:426-430; 14. Kaufmann P et al. Neurology 2012; 79:1889-1897; 15. Извор: ЈЗУ Универзитетска клиника за детски болести - Скопје, 07.04.2022 г.; 16. Извор: ЈЗУ Универзитетска клиника за неврологија - Скопје, 07.04.2022 г.; 17. Baranello G et al. N Engl J Med. 2021; 18. Chiriboga CA et al. MDA Conference 2021; 19. Darras BT et al. N Engl J Med. 2021.

Roche

за третман на спинална мускулна атрофија*

СЕ ДВИЖИМЕ НАПРЕД!

Evrysdi®▼ продолжува да делува, за да можеме да постигнуваме

Evrysdi
има докажана
континуирана ефикасност
во тек на 3 години кај
> 5.000
лекувани пациенти
со СМА⁸

Evrysdi обезбедува трајно **подобрување на моторната функција** прикажано кај хетерогена популација на пациенти¹⁻³

Evrysdi ја зачувува способноста за **голтање и исхрана**⁴

Evrysdi **добро се поднесува**, без прекини поради несакани реакции поврзани со третманот во клиничките студии³⁻⁵

Секојдневното **дозирање во домашни услови** обезбедува доверба за конзистентна експресија на SMN протеин во ЦНС и периферните ткива^{3,6,7}



* Evrysdi е индициран за третман на 5q спинална мускулна атрофија (СМА) кај пациенти на возраст од 2 месеци и постари, со клиничка дијагноза на СМА тип 1, тип 2 или тип 3 или со една до четири SMN2 копии.

Референци: 1. Chiriboga CA, et al. SMA Conference 2020; Virtual; 2. Baranello G, et al. N Engl J Med. 2021; 3. Day JW, et al. MDA Clinical & Scientific Conference 2022. Virtual; 4. Darras BT, et al. AAN 2021; Virtual; 5. Chiriboga CA, et al. MDA Conference 2021; Virtual; 6. Збирен извештај за особините на лекот Evrysdi (risdiplam), број на одобрение за ставање на лек во промет: 11-6730/1 од 06.07.2021 г., последна ревизија на Збирниот извештај за особините на лекот: март 2022 г.; 7. Darras BT, et al. N Engl J Med. 2021; 8. Податоци на Рош, пациенти на комерцијален лек, учесници во клинички студии и пациенти во Програми за помош од сочувство, пресек на податоци: 4. март 2022 г.

Подетални информации и целосниот Збирен извештај за особините на лекот се достапни на на следниот линк: <https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/detailview/2553119671>.

Лекот се издава во здравствена установа.

▼ Овој лек подлежи на дополнително следење. Со ова се овозможува брзо откривање на нови информации за безбедноста на лекот. Од здравствените работници се бара да пријават секаква сомнителна несакана реакција од овој лек.

РОШ Македонија ДООЕЛ Скопје | ул. Максим Горки бр. 13, Скопје

Датум и место на подготовка: јули 2022 г., Скопје

M-MK-00000327

Персонализирани вакцини против рак: на прагот сме на нивната комерцијализација (втор дел)

Научниците се на прагот на комерцијализација на првата персонализирана вакцина против рак. Доколку е успешна, како што се надеваат, вакцината, која го поттикнува имуниот систем да го идентифицира туморот преку за неговите својствени мутации, ќе може ефикасно да се избори со многу типови на канцер.

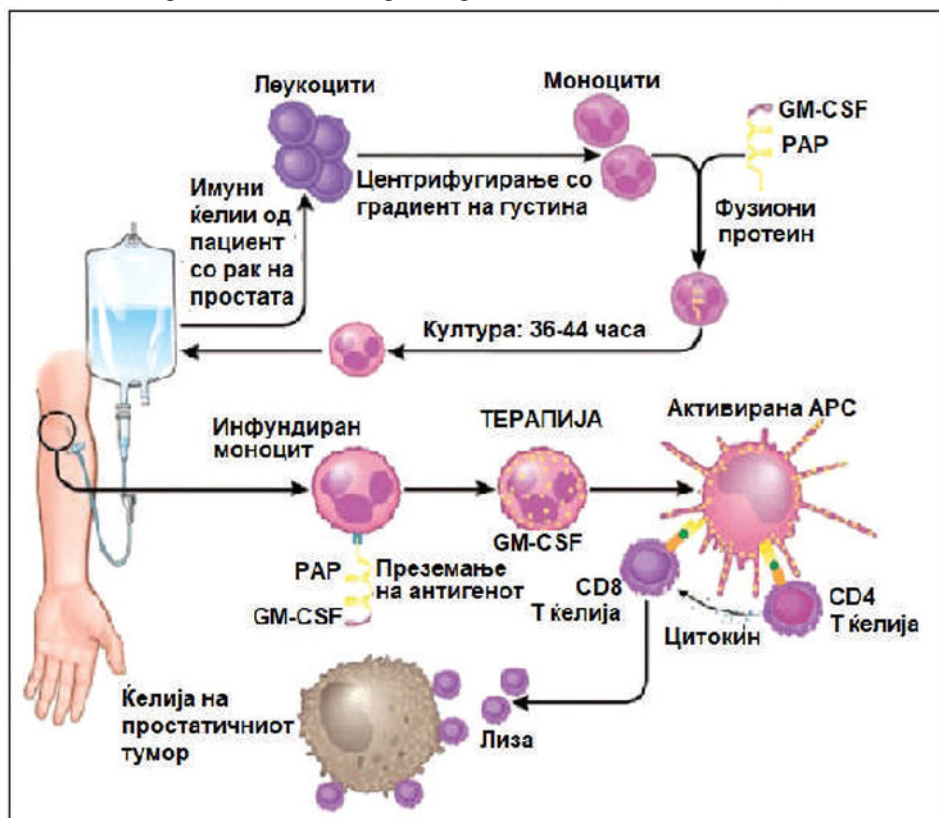
Одобрени терапевтски вакцини

Досега во светот се одобрени само три вакцини за третман на канцер:

BCG жива вакцина - за третман на ран стадиум на карцином на урвезика, одобрена од FDA во 1990 година, за интравезикална употреба во третман и профилакса на уротепителијален карцином ин ситу на урвезиката и за профилакса на примарен или рекурентен, стадиум Ta и/или T1 уротелијален карцином по трансуретрална резекција.

Sipuleucel-T - за третман на карцином на простатата. Тоа е автологна вакцина од дендритични клетки (слика 2).

Слика 2 . Sipuleucel-T, ex-vivo процесирање



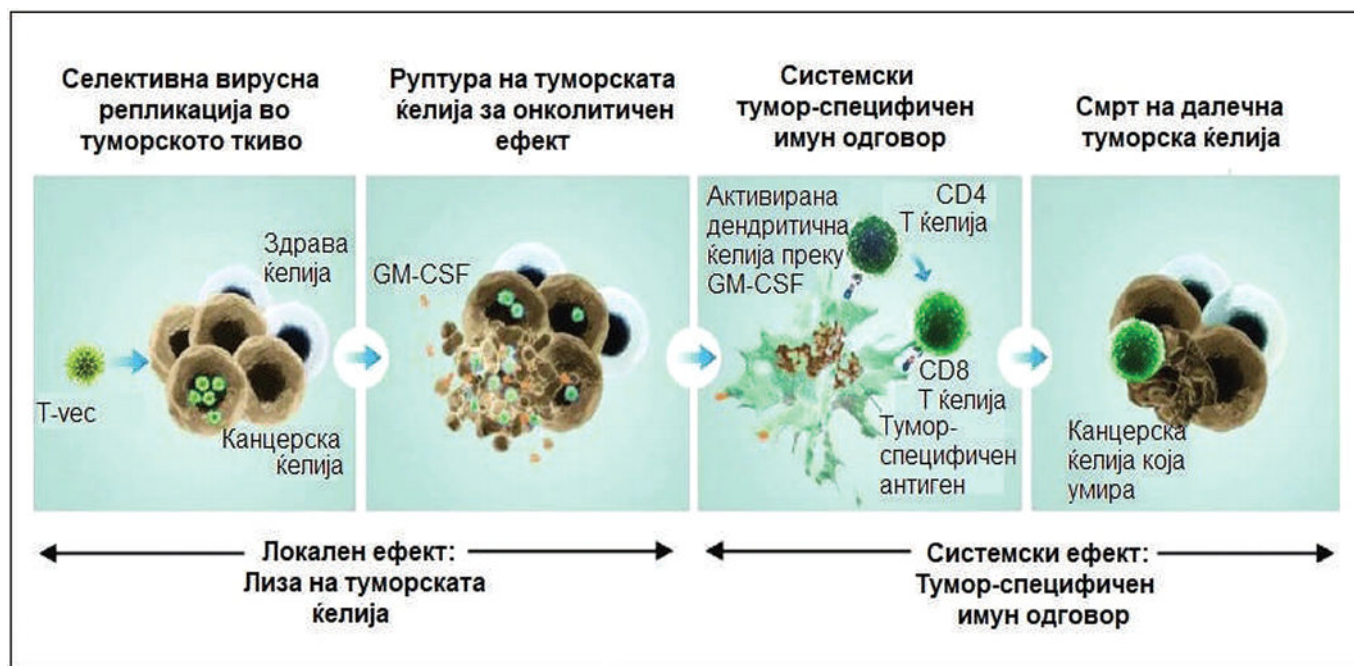
Се произведува така што мононуклеарни клетки од периферната крв на пациентот се изложуваат и се активираат со туморскиот антиген PAP (простатична кисела фосфатаза). Активираниите дендритични клетки потоа, за да се развие имун одговор, се инфундираат назад во пациентот каде одат до лимфните јазли и им го претставуваат процесираниот антиген на Т клетките, заедно со костимулаторните сигнали (слика 2).

Sipuleucel-T е одобрен од FDA во 2010 г., за третман на асимптоматски или минимално симптоматски метастатски канцер на простатата кој е резистентен на кастрација.

Talimogene laherparepvec (T-vec) - за третман на меланом. Тоа е првиот агенс кој е одобрен за третман на канцер во класата на онколитички вирусни терапии. T-vec е генетски модифицирана онколитична вирусна терапија првпат одобрена од FDA во 2015 г. за третман на напреднат меланом. Се смета за еден вид терапевтска антиканцер вакцина. Користи генетски модифициран, жив, атенуиран херпес-вирус кој има експресија на GM-CSF. T-vec има двоен механизам на делување, посредувајќи и во локалниот и во системскиот имун одговор. Се инјектира во нерезектабилна кутана, субкутана или нодална лезија кај пациенти со рекурентен меланом, каде дава локален ефект на уништување на туморот преку вирусната репликација и лиза на клетките. GM-CSF кој се создава во текот на вирусната репликација го подобрува прајмингот на Т-клетките со помош на APC (antigen-presenting cell) коишто ги претставуваат туморски антигени ослободени во текот на вирусно-посредуваната лиза на туморот. Дендритичните клетки натоварени со туморскиот антиген мигрираат системски и

јавуваат далечен имун одговор, иако одговорот во инјектира- ниот тумор е супериорен во однос на оној во далечните метастази.

Слика 3. Механизам на делување на Talimogene laherparepvec (T-vec)



По иницијалниот третман, следните дози на T-vec може да се администрираат на интервали од три недели (доза 2) и две недели (доза 3 и понатамошните) во тек на шест месеци или додека нема повеќе лезија која треба да се третира.

Клинички студии на вакцини против рак

Освен клиничките студии за BCG, sipuleucel-T и T-VEC, клиничките студии во III фаза на вакцини против рак како монотерапија биле негативни иако, генерално, добро се толерирале и биле со поволен профил во однос на несаканите ефекти. Искуствата од овие студии покажале дека кинетиката на клиничкиот одговор на монотерапијата со терапевтски вакцини е различна од кинетиката на одговорот на цитотоксичната терапија и дека преживувањето без прогресија на туморот - PFS (progression-free survival) е слаб показател за клиничка ефикасност. Хемотерапијата може да делува брзо, но нејзиниот тумороцидален ефект е минлив, ограничен со фармакокинетиката, полуживотот на лекот и токсичноста. Наспроти ова, вакцините даваат одложен, мемориски имун одговор кој може да допринесе во далечна корист во однос на преживувањето, преку спречување на ширењето и опстојувањето на микрометастатската болест.

Актуелно, во тек се над 500 активни интервенциски студии за рак вакцини, најголемиот број во САД, но значителен број и во Европа и Кина, достапни се за преглед на clinicaltrials.gov.

Актуелните студии се обидуваат да ја подобрат терапевтската ефикасност на рак вакцините преку таргетирање на нови туморски антигени или преку комбинирање на вакцините со други терапевтски пристапи. Комбинационите стратегии типично вклучуваат хемотерапија, радиотерапија, ендокрина терапија, инхибитори со мали молекули, цитоки-

ни или инхибитори на имуните контролни точки (ICI). Овие терапии често даваат секундарни имуно-посредувани анти-неопластични ефекти и новите студии се обидуваат да ги искористат тие потенцијални синергистички одговори. Системските стандардни антирак терапии може да го потенцираат антираковскиот ефект на имунотерапијата.

Многу студии со ICI биле негативни и главно биле одобрени ограничено за „жешките“ тумори – оние кои се склони на имунопрепознавање поради големиот мутационен товар и зголемената туморска неоантигенска експресија.

Најголемиот број на тумори се „ладни“, така што новите комбинациони стратегии на користење на терапевтски вакцини против рак, заедно со терапии од стандардната нега, нудат потенцијал да го претворат туморот од „ладен“ во „жешок“.

Клиничките студии во фаза I и II кои ја испитуваат комбинацијата на од FDA одобрените вакцини (sipuleucel-T, T-VEC) и од FDA одобрените ICI (ipilimumab, pembrolizumab, nivolumab), покажале силен одговор во комбинираниот крак на студијата.

Студиите на вакцини во комбинација со антитела кон протеин 1 на програмираната ќелиска смрт (PD-1) и цитотоксичниот со Т-лимфоцитите асоциран протеин 4 (CTLA-4), генерално се позрели од оние кои ги користат од FDA одобрените антитела против лигандот 1 на програмирана смрт (PD-L1), како што се avelumab, atezolizumab и durvalumab.

Медицина

Новите вакцини кои сè уште се неодобрени од FDA, исто така покажуваат успех во комбинација со ICI. Отворената клиничката студија во фаза II - NCT02426892, испитува пептидна вакцина (ISA101) чија мета се HPV онковирусите E6 и E7 кај пациенти со неизлечиви HPV-16+ солидни тумори. Студијата покажала дека додавањето на вакцината на nivolumab, дало објективна рата на туморски одговор од 33%, (ORR - objective response rate), важен параметар што ја покажува ефикасноста на третманот. Тоа било супериорно во однос на поединечниот агенс, анти - PD-1 антитела, претходно тестиран кај слична популација на пациенти.

BN-Brachyury е рекомбинантна терапевтска вакцина заснована на вектор, дизајнирана да предизвика засилување на имуниот одговор против brachyury. Brachyury е во преголема експресија во многу солидни туморски типови и е транскрипционен фактор кој ја подобрува транзицијата на епител во мезенхим и го олеснува метастатското ширење.

Рандомизираната клиничка студија - NCT03050814 – која применува мултимодален пристап е терапевтска вакцина во фаза II (Ad-CEA) на комбинација на едно анти -PD-L1 моноклонално антитело (avelumab) со стандардна хемотерапија, наменета за пациенти со метастатски колоректален карцином.

Технолошкиот напредок сега дозволува процесирање на ладен тумор во персонализирана мутаном вакцина. Тие вакцини имаат потенцијал за терапевтска вакцина, независно од хистологијата на туморот или интринсичната имуногеничност. Преку хируршките одделенија по резекција на тумори, се генерираат линии на туморски неоантигени кои служат за студии на персонализираните терапевтски вакцини. По резекцијата на туморот, се изолираат тумор-инфилтрирачки лимфоцити (TIL). Имуногените неоантигени ќе бидат препознани од нив и тие неоантигени ќе бидат база за терапевтска mPNC вакцина. Може да се користат TIL и за создавање на персонализирана DC вакцина.

Вакцините против рак се едно од највозбудливите откритија во онкологијата во последнава декада. За жал, нивниот ефект како монотерапија кај метастатски карциноми е скромн. Многу предклинички и клинички студии сугерираат дека терапевтските вакцини против рак може да ги активираат ефекторните Т-келии против туморските антигени кај голем број различни туморски типови со минимална токсичност. Идните клинички студии ќе треба да го идентифицираат тајмингот и секвенцата на најдобрите комбинациони стратегии.

Подготви:

Проф. д-р Катица Зафировска

Литература

1. Cadena, A. et al. Radiation and anti-cancer vaccines: a winning combination. *Vaccines* 6, 9 (2018).
2. Castle, J. C. et al. Exploiting the mutanome for tumor vaccination. *Cancer Res.* 72, 1081–1091 (2012).
3. Cho, H. et al. Vaccine based immunotherapy regimen (VBIR) for the treatment of prostate cancer. *Cancer Res.* 76 (14 Supplement), LB-093-LB-093 (2016).

4. Donnelly OG, et al. Measles Virus Causes Immunogenic Cell Death in Human Melanoma. *Gene Ther* 20(1):7–15 (2013)

5. Galluzzi, L, et al. Immunological effects of conventional chemotherapy and targeted anticancer agents. *Cancer Cell* 14, 690–714 (2015).

6. Gatti-Mays ME et al. Cancer vaccines: enhanced immunogenic modulation through therapeutic combinations. *Hum. Vaccin. Immunother.* 13, 2561–2574 (2017).

7. Hegde PS, Chen DS. Top 10 Challenges in Cancer Immunotherapy. *Immunity* 52(1):17–35. (2020)

8. Itoh K et al. Recent Advances in Cancer Vaccines: An Overview. *Jpn J Clin Oncol* 39(2):73–80. (2009)

9. Kantoff PW et al. Sipuleucel-T Immunotherapy for Castration-Resistant Prostate Cancer. *N Engl J Med* 363(5):411–22 (2010)

10. Keskin DB et al. Neoantigen Vaccine Generates Intratumoral T Cell Responses in Phase Ib Glioblastoma Trial. *Nature* 565(7738):234–9 (2019)

11. Kohlhapp FJ, Kaufman HL. Molecular Pathways: Mechanism of Action for Talimogene Laherparepvec, a New Oncolytic Virus Immunotherapy. *Clin Cancer Res* 22(5):1048–54 (2016)

12. Kroemer G et al. Immunogenic Cell Death in Cancer Therapy. *Annu Rev Immunol* 31:51–72 (2013)

13. Larocca, C. & Schlom, J. Viral vector-based cancer vaccines. *Cancer J.* 17, 359–371 (2011).

14. Lee P, Gujar S. Potentiating Prostate Cancer Immunotherapy With Oncolytic Viruses. *Nat Rev Urol* 15(4):235–50 (2018)

15. Lundstrom, K. & Replicon, R. N. A. viral vectors as vaccines. *Vaccines* 4, 39 (2016).

16. Ma J, et al. Characterization of Virus-Mediated Immunogenic Cancer Cell Death and the Consequences for Oncolytic Virus-Based Immunotherapy of Cancer. *Cell Death Dis* 11(1):48 (2020)

17. Ott, P. A. et al. An immunogenic personal neoantigen vaccine for patients with melanoma. *Nature* 547, 217–221 (2017).

18. Overwijk, W. W. Cancer vaccines in the era of checkpoint blockade: the magic is in the adjuvant. *Curr. Opin. Immunol.* 47, 103–109 (2017).

19. Phua, K. K. L., Nair, S. K. & Leong, K. W. Messenger RNA (mRNA) nanoparticle tumour vaccination. *Nanoscale* 6, 7715–7729 (2014).

20. Sahin U et al. An RNA Vaccine Drives Immunity in Checkpoint-Inhibitor-Treated Melanoma. *Nature* 585(7823):107–12 (2020)

21. Sahin, U. et al. Personalized RNA mutanome vaccines mobilize poly-specific therapeutic immunity against cancer. *Nature* 547, 222–226 (2017).

22. Santos, P. M. & Butterfield, L. H. Dendritic cell-based cancer vaccines. *J. Immunol.* 200, 443–449 (2018).

23. Sultan, H. et al. Designing therapeutic cancer vaccines by mimicking viral infections. *Cancer Immunol., Immunother.* 66, 203–213 (2017).

24. Tanyi JL et al. Personalized Cancer Vaccine Strategy Elicits Polyfunctional T Cells and Demonstrates Clinical Benefits in Ovarian Cancer. *NPJ Vaccines* 6(1):36 (2021)

25. Yamano T, et al. Whole Cell Vaccination Using Immunogenic Cell Death by an Oncolytic Adenovirus is Effective Against a Colorectal Cancer Model. *Mol Ther Oncolytics* 3:16031 (2016)

26. Yang W, et al. In Situ Dendritic Cell Vaccine for Effective Cancer Immunotherapy. *ACS Nano* 13(3):3083–94 (2019)

ОТКРИТИЕ НА ИСТРАЖУВАЧИТЕ ОД KAUST (КИНА)

Помош при дијагностицирање на пост-COVID пулмонални проблеми

Алатка ги разоткрива скриените оштетувања при скенирање на градниот кош

24 мај 2022 година

Новиот компјутер, со помош на дијагностичка алатка развиена од научниците на KAUST, може да придонесе да се надминат некои од предизвиците на мониторирањето на здравствената состојба на белите дробови при вирусна инфекција. Како и други респираторни инфекции, COVID-19 може да предизвика трајни оштетувања на белите дробови, но докторите имаа проблем да ги визуелизираат. Конвенционалниот скен на градниот кош не може вистински да детектира знаци од пулмонални лузни и други абнормалности, што создава тешкотии при следење на здравјето и оздравувањето кај луѓето со постојани проблеми со дишењето и други пост-COVID компликации. Новиот метод, откритие на KAUST, е познат како DLPE (Deep Lung Parenchima-Enhancing) или длабок зголемувач на пулмоналниот паренхим што ги надмина алгоритмите на вештачка интелигенција кои се сметаат за врвен стандард на пулмоналната визуелизација, бидејќи ги разоткри инаку не забележливите визуелно карактеристики индикативни кај пулмонални дисфункција. “Со DLPE зголемувањето, радиолозите може да откријат и анализираат тешко видливи пулмонални лезии”, вели компјутерскиот научник и компјутерски биолог Xiu Gao. Анализите на овие лезии може да помогнат во објаснувањето на респираторните симптоми на пациентите, овозможуваат подобро водење и третман на болеста. Xiu Gao и членовите на неговата Structural and Functional Bioinformatics Group и Computational Bioscience Reserch Center заедно ја креираа алатката со научникот на полето на вештачка интелигенција, Provost Lawrence Carin и клиничките соработници од Harbin Medical University in China. Најнапред, методот ги елиминира сите анатомски елементи кои не се поврзани со пулмоналниот паренхим. Ткивата инволвирани во размената на гасови служат како главно место каде COVID-19 индуцира оштетување. Тоа значи отстранувајќи ги воздушните патишта и крвните садови и зголемувајќи ја сликата на тоа што останало назад, овозможува да се експонираат лезиите кои би биле изгубени без компјутерската помош. Научниците тренирале и проценуваа алгоритми користејќи компјутерски томографии (CT) на граден кош на стотици луѓе кои биле хоспитализирани поради

ди COVID-19 во Кина. Тие го прочистиле методот со инпут на експерти радиолози и потоа е аплициран DLPE во идните обработки кај дузина преживевани од COVID-19 со тешки пулмонални проблеми поради кои биле третирани на интензивна нега. На овој начин, Gao и неговите колеги покажаа дека алатката може да ги разоткрие знаците на пулмонална фиброза во продолжен COVID-19, но и дека може да помогне во разјаснување на краткиот здив, кашлањето и други пулмонални тегоби. До ваква дијагноза не е возможно да се дојде со стандардниот CTM. Со алатката DLPE, за првпат се докажа дека долготрајни CT лезии може да се објаснат со некои симптоми. Користејќи ги овие предности и третманите на пулмоналната фиброза, може да бидат многу ефектни. Иако тимот на KAUST ја разви DLPE примарно, со цел подобро заздравување од пост-COVID, тие ја тестираа новата платформа на скен на граден кош на луѓе со различни пулмонални



ни проблеми, вклучувајќи пнеумонија, туберкулоза и пулмонален карцином. Истражувачите докажале дека нивната алатка може да служи како широка дијагностичка помош за пулмонални болести, зголемувајќи ја моќта на радиолозите да го видат невидливото како што вели Gao.

Подготви: Прим. д-р Горица З. Пировска

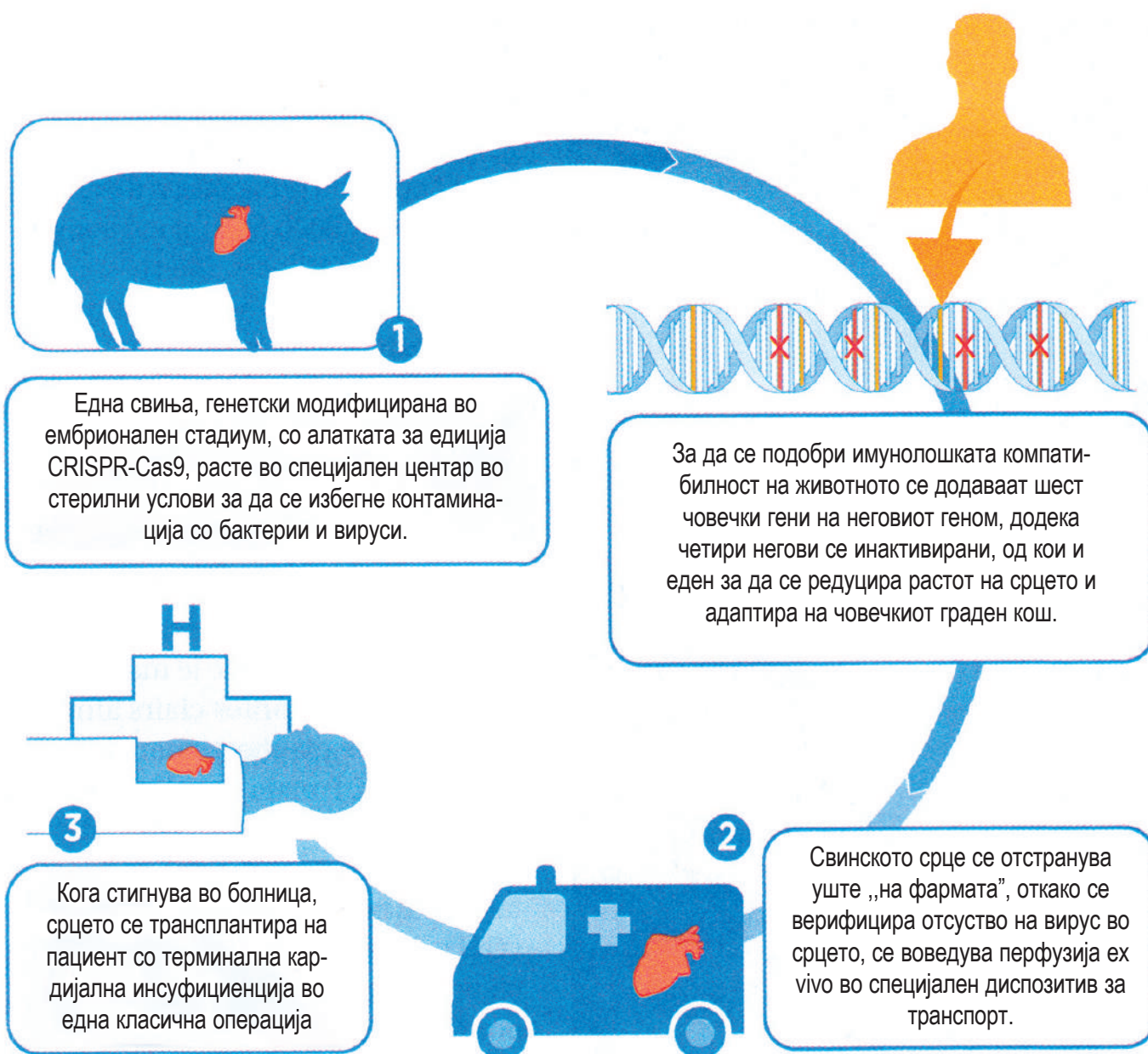
Референци:

1. Zhou, L., Meng, X., Huang, Y., Kang, K., Zhou, J., Chu, Y., H., Xie, D., Zhang, J., Yang, W., Bai, N., Zhao, Y., Zhao, M., Wang, G., Carin, L., Xiao, X., X., Yu, K., Qiu, Z., X. Gao, X. An

Револуција кај графтовите на органи КОИ ПОТЕКНУВААТ ОД ЖИВОТНИ

Еден Американец живеел два месеца со генетски модифицирано срце од свиња, значи компатибилно со имуниот систем на човекот. Ова е еден нов почеток кој ги потврдува надежите за xenograft, во време кога има недостаток од хумани графтови

Од свиња генетски модифицирана до оперативниот блок



Интервју со Muhammad Mohiuddin



Директор на програмата
за кардијална
ксенотрансплантација на
Универзитетот во
Мериленд (САД)

**„Ксенографтите
се иднината на
трансплантацијата”.**

Како се однесуваше вашиот пациент со трансплантирано срце од свиња пред да биде подлегнат на трансплантацијата?

Јас не можам да навлегувам во подробности, бидејќи нашиот научен труд е во фаза на валидација. Но, после еден месец на постоперативно закрепнување тој беше во состојба да стане од креветот, да седне на столица, да ги мрда рацете и главата и да следи три сеанси на ден психотерапија за да ги зацврсти мускулите кои беа многу ослабнати од периодот на екстремната кардијална инсуфициенција. Иако неговото тело не покажуваше типични знаци на отфрлање на срцето, имуносупресивната терапија која е неизбежна, доведуваше до повторувачки инфекции.

Значи, десетте генетски модификации на срцето на донаторот не беа доволни да се реши проблемот со имуната компатибилност?

Идеално би било да се заобиколат овие супримирачки лекови. Но, ние не ги знаеме и сè уште не ги откривме сите причини за отфрлање. Дури со свиња генетски модифицирана овие третмани стануваат неопходни. Ќе продолжиме да учиме, да модифицираме, додаваме или супримираме гени сè додека не можеме комплетно да ја елиминираме имуносупресивноста.

Дали тоа навистина е стратегијата на иднината?

Во овој момент други научни тимови очекуваат одобрување за обиди со други органи. И ние се надеваме дека ќе почнеме серија на нови испитувања следната година. Ксенографтите се иднина на трансплантацијата, јас сум убеден во тоа. Решавајќи го проблемот на недостаток на хумани графтови, би можеле да им замениме орган на болни дури и пред тие сосема да ослабнат. Затоа што, кога срцето е во терминална инсуфициенција, сите органи страдаат и ја ослабнуваат општата состојба на пациентите. Можностите се огромни.

Овојпат, ксенографтот навистина е прифатен. Опстојувал 61 ден од 7-ми јануари до 8-ми

март. Примачот е 57 - годишниот американец David Bennet кој бил во терминална кардијална инсуфициенција. Прв пат човек живеел со туѓ графт - срце од свиња, значи графт од животно. Ова е еден рекорд за срце што не е човечко, кое опстојува на отфрлањето. Откако претходно не успеаја обидите на пресадување на органи од мајмуни, кози, зајци, кокошки. На оваа инкомпатибилност на графтовите од животни со имуниот систем на човекот, им претходи проблематична историја на ксенотрансплантација, бидејќи кога итно се потребни постојано се јавувал недостаток на човечки органи. Но, антителата и имуните клетки формирани да се борат со туѓото, се несигурни.

Во случајот на David Bennet, отфрлањето не е причина за смртта според Bartley Griffith, клиничкиот директор на програмата за ксенотрансплантација на срце на Универзитетската болница во Baltimor од Maryland (САД). Тој не можеше да ја надмине општата слабост од претходниот период на кардијална инсуфициенција која била екстремна. Самиот орган одлично функционираше. Muhammad Mohiudin, хирургот кој го оперираше, ни потврди дека срцето не покажало каков било типичен знак на отфрлање. Клучот на ова нечуено јунаштво е во природата на свињата користена за графтоот: животното беше генетски модифицирано за да даде компатибилен графт од свиња со имуниот систем на човекот. Ова е дело на американската фирма Revivicor која се специјализирала уште од 2003 г. во одгледување на свињи кои може да се користат во хумана медицина. Фирмата не била особено успешна сè до 2012 година, со настанот CRISPER-Cas9, револуционерната техника што прави генетска едисија (прецизна промена на гените со ензим м.з.). Професорот Vough, експерт за детска кардијална хирургија и надлежен за ксенотрансплантација во Француската медицинска академија, за оваа техника вели дека со неа се промени парадигмата и дека без оваа алатка денеска воопшто не може да се напредува. Кај свињата од видот „Uheart”, чие срце беше пресадено на David Bennet, се внесени од Revivicor не помалку од десет генетски модификации. Најнапред, е извршена супресија на три гени кои ја програмираат продукцијата на гликан,

Евројски искуства



шеќер присутен во сите клетки на свињата против кој луѓето располагаат со силни антитела. Две од нив го отфрлаат веднаш. Четвртиот ген, вмешан во растот на свинскиот миокард, исто така е потиснат, за да се ограничи големината на органот и да се олесни трансплантацијата во градниот кош. На крај, додавањето на шест гени за продукција на човечки молекули, ја подобруваат имунитетската компатибилност. Четириесетина различни човечки генетски профили исто така може да бидат креирани. Објавувањето за овој настан на Универзитетот од Мериленд беше слушнат, иако досега се направени обиди со GMO срца од свињи уште во 2016 година на бабуни во Бостон и

Gene Center во Минхен. Некои од нив живееја така речиси три години.

Како да се разбере отфрлањето на графто

Многу одамна, дури во 1905 година во Франција, е објавено известување во la Revue Medicale за поставен ксенографт од М. Princeteau, кој поставил парче од бубрег од зајак на дете кое страдало од ренална инсуфициенција. „Резултатите беа брзи и одлични, напиша тој, волуменот на урината се зголеми, повраќањето престана. На шеснаесеттиот ден умре од пулмонална конгестија“. Многубројни беа обидите во првите две децении од дваесеттиот век

пред да бидат поставени имунолошки-те основи на отфрлање на графт. Научната заедница престана да се интересира бидејќи предизвикот беше преголем, а и имуниот систем беше многу мистериозен. Интересот повторно ќе се појави со зголемувањето на знаењата за имунитетот и со успешните хумани трансплантации. Во 1964 година, на Универзитетот Колумбија во Њујорк, една серија од 12 графта од бубрези од шимпанза се направени на пациенти со различна стопа за преживување, до девет месеци за една жена од 23 години која дури почна повторно да си ја работи својата работа како учителка. Друга позната операција е на; „Baby Fae“ од САД, на кое му е трансплантирано срце од бабун на денот на раѓањето во 1984 поради хипоплазија на левото срце, кое живееше 33 дена. Овие два примери имаа техничка предност што прибегнаа кон органи од примати, поблиски до човекот. Но, од етички и практични причини, свињата генетски модифицирана е таа која ја одреди иднината на донирање на органи. Во Франција, според Агенцијата за биомедицина, околу 5000 личности денеска живеат со графт на срце, но повеќе од 300 секоја година се во очекување. Медицинските истражувања напредуваат со големи чекори. Некои американски екипи се веќе подготвени графтови од срца да постават на новородени. Кај 200 новородени годишно, во Франција, е присутна хипоплазија на лево срце. Научниците утврдиле дека новородените се најдобри примачи на графт, бидејќи кај нив имунитетот сè уште е несозреан и затоа тие полесно го прифаќаат трансплантираниот орган. Теоретски, операцијата кај новороденчињата може да се дуплира со уште еден графт од коскена срж или на thymus од свиња GMO, органи кои ги фабрикуваат имуните клетки, со цел да се зацврсти и имуната компатибилност помеѓу двата вида. Очекувајќи да успее култивирањето на човечки органи, овие од свињи на пациентите веќе им овозможуваат да преживаат.

ФАНТАЗИИ

Човечки органи култивирани кај животни

Чудо кај трансплантацијата би било ако се овозможи да растат човечки органи во организми на животните. Тоа е една од целите кај култивирање на ембриони-химери, ембриони на животни на кои им се пресадени човечки матични клетки. Проблем на биоинженеријата е да се разбере кога да започне развојот на срцето или на бубрегот во ембрионалниот развој за да се инактивира процесот, потоа и да се замени со човечки клетки. За нешто слично известил екипата од Salk Institut for Biological Studies во San Diego, во 2021 година. Имено, објавува дека култивирале ембриони мајмун-човек, додека во Кина секогаш во истражувањата се култивира ембрион на свиња. Така, прасе заменувајќи го ембрионот во утерусот на една прасица, тоа кога ќе се роди може еден ден да биде носител на орган компатибилен со примачот во фаза на чекање. Така, навистина ќе заврши недостигот на графтови.

Sciences et Avenir-La Recherche-mai
2022-N 903

Избор и подготовка:
Прим. д-р Горница З. Пировска



CO-ROSWERA®

30 филм-обложени таблети

rosuvastatin/ezetimibe

10mg/10mg

20mg/10mg

40mg/10mg

Држете го холестеролот под контрола



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: Co-Roswera 10mg/10mg - 11-865/3; Co-Roswera 20mg/10mg - 11-866/2; Co-Roswera 40mg/10mg - 11-867/2. Решенијата се со важност од 18.04.2022 год. Начин на издавање - Лекот може да се издава во аптека само на рецепт. Наведените информации се само за здравствени работници.

За подетални информации обратете се на:

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.

ТЕСТИРАЈ ГО СВОЕТО ЗНАЕЊЕ

Уредува проф. д-р Катица Зафировска

Исип во вид на траги од удари со бич

Клиничко сценарио: Претходно здрав 38-годишен маж консултира поради нагла појава на исипаност по телото од пред два дена, кој не дава тегоби и не влијае на добрата општа состојба на пациентот. Во медикалната и фамилијарната историја на пациентот нема ништо забележително. Тој не зема никакви лекови. Лесно е натхранет, атлетски е развиен, редовно вежба во фитнес клуб и зема протеини од сурутка. Не е женет и најчесто се храни во ресторани и кафеани.

При прегледот, се гледаат мултипли, вкрстени, еритематозни линеарни плаки кои изгледаат како гребаници или како траги од удари со бич. Локализирани се на абдоменот, грбот, градите, рамениците и го зафаќаат и вратот (слика 1 и 2). Нема дермографизам, ниту промени на мукозите, ноктите, шаките и стапалата. Нема лимфаденопатија, нема промени на зглобовите или мускулна слабост.

Основните лабораториски тестови и анализата на урината, како и серолошките тестови се во границите на нормалност.

Која е најверојатната причина за појавата на исипаност кај пациентот од прикажаното клиничко сценарио:

1. Системска болест
2. Третман со некои лекови
3. Внес на шитаке печурки
4. Парвоврусна инфекција

Одговор: Се работи за шитаке дерматитис поради внес на шитаке печурки – пациентот конзумира хранина во кинески ресторан пред појавата на исипаноста.

Кај исипаност во вид на траги од удари со бич, лекарите треба да помислат и на шитаке дерматитис, кој првпат е опишан во Јапонија од Nakamura во 1977 година, и е наречен токсикодерма. Со порастот на консумацијата на шитаке печурките во западниот свет, кои инаку често се користат во азиската кујна, шитаке дерматитисот се очекува да стане попревалентен.

Шитаке дерматитис е ретка, самоограничувачка состојба,

која е поврзана со ингестија на неварени или недоволно варени шитаке печурки (*Lentinus edodes*). Кај суспензивилни лица тоа резултира со типична исипаност што се јавуваат спонтано, за разлика од дерматозите кои се пратени со јадеж и од невротските ексоријации коишто се манифестираат со самоиндуцирани линеарни гребаници.

Овој дерматитис е

примарно клиничка дијагноза што не бара хистопатолошка потврда, а се карактеризира со типична исипаност - erythema flagellatum (позната и како исипаност во вид траги од удари со бич) - кожна ерупција со прогресивен и нагол почеток на паралелни, вкрстени или закривени плаки, најчесто на трупот. Инаку, наодот од кожна биопсија е неспецифичен: фокална спонгиоза, едем на папиларниот дермис, наод за суперфицијална, лесна периваскуларна инфламација со ретки еозинофили и неутрофили во луменот на суперфицијалните крвни садови, без наод за васкулитис.



Слика 1: Широко распространета исипаност со изглед на гребаници или траги од удари со бич на грбот;

Слика 2: Инспекцијата од близу на лезиите покажува еритематозни линеарни плаки со псевдовезикуларен или уртикариелен изглед

На основа на клиничката слика и добиените резултати од испитувањата, поставена е дијагноза за erythema flagellatum.

Се претпоставувало дека е поврзан со токсична реакција на активен лентинан којшто се деактивира со варење. Токсичната реакција се мислело дека е посредувана од сензибилизација на IL-1, што дава вазодилатација и хеморагија. Поновите докази сугерираат дека се работи за алергиски механизам. Оскудни извештаи покажуваат дека пациентите со шитак дерматитис имаат одложен позитивен кожен прик тест на лентинан, што сугерира одложен тип на хиперсензитивна реакција како дел од патогенезата. Лентинанот е укажано дека е алерген во неколку прикази на случаи со алергичен контактен дерматитис со шитак печурки, како и во случаи со алергиски алвеолитис при инхалација на спори од шитак печурки.

Типичните кожни лезии се претпоставува дека имаат поврзаност со минималните трауми во тек на периодот на висока серумска концентрација на лентинан, што доведува до локален депозит и нагорна регулација на релевантните инфламаторни медијатори и неуропептиди.

Оригинално, овој еритем е опишан во асоцијација со третман со блеомицин. Денес се смета за посебен наод кај неколку дерматолошки и системски состојби и затоа е важно да биде препознаен. Освен со аналози на блеомицинот, може да е поврзан и со други антиканцерски лекови, како пепломицин, бендамустин и доцетаксел. Поретко е опишана асоцираност со системски болести, како дерматомиозит, системски лупус еритематозус (ЛЕ) и при M. Still која има почеток во адултно доба.

Кај пациентот од клиничкото сценарио, нема актуелни клинички манифестации, ниту историја или лабораториски и серолошки наоди во прилог на системска болест.

Кај дерматомиозитот знаците и симптомите се јавуваат нагло и се развиваат постепено. Кожните промени, освен erythema flagellatum, најчесто се во вид на виолетова или темно - црвена исипаност на лицето и очните капаци, на карпо-фалангеалните зглобови, лактите, колената, градите и грбот. Исипаноста, најчесто е првата манифестација на дерматомиозитот и, за разлика од оној кај erythema

flagellatum, е болен и предизвикува јадеж. Освен тоа, пратен е со прогресивна мускулна слабост на рамениците, натколениците, надлактиците и вратот која ги зафаќа двете страни на телото и постепено се влошува.

Кај системскиот ЛЕ се јавуваат симптоми и знаци за засегнатост на повеќе органи/системи асоцирани со многу кожни манифестации, но три форми се специфични: 1. хроничен кожен или дискоиден ЛЕ – перутеста, задебелена плака, најчесто на површините изложени на сонце, која не чеша и остава лузни. 2. супакутен кожен ЛЕ - лезии кои не оставаат лузни, кожата не е задебелена, нема јадеж. 3. акутен кожен ЛЕ – активни инфламаторни лезии на ареи изложени на сонце и провоцирани од изложеност на сонце, како што е исипаноста во вид на пеперутка и потенцираната реакција со изгореници од сонце и исипаност поради фотосензитивност. Може да се јави и livedo reticularis, алопеција, орални и назални улцери, феномен на Raynaud, уртики, пурпура и кожен васкулитис.

Кај инфекција со хуманиот парвовирус B19 типичните кутани манифестации, освен erythema flagellatum, се петехијални ерупции со дистрибуција во вид на ракавици и чорапи, ретикуларен трункален еритем и знакот на „образи удрени со шклаканица“, коишто се асоцирани со стигмати на болест на сврзното ткиво.

Исипаноста кај шитак дерматитисот спонтано се повлекува по 10-14 дена, не оставајќи лузни или резидуална хиперпигментација. Третманот е симптоматски со антихистаминици, топишно бетаметазон дипропионат и доколку има јадеж, со антипруритични средства.

Интересно е дека, оштетувачкиот агенс кај шитак дерматитисот – лентинанот, бил испитуван и за потенцијални антитуморски својства преку засилување на имуниот систем и комплемент системот кај домакиноот. Јапонска студија нашла дека пациенти со карцином на желудникот кои примале лентинан заедно со хемотерапија со паклитаксел или циклоплатин имале подолго средно преживување во споредба со оние кои примале само хемотерапија.

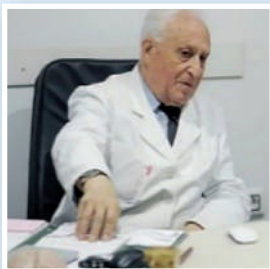
Референци

1. Wu K et al. Flagellate erythema: a case of shiitake dermatitis and review of pathogenesis. EMJ Allergy Immunol. 2022; DOI/10.33590/emjallergyimmunol/21-00187.
2. Maroñas-Jiménez L et al. Whiplash-shaped acute rash. CCJM 2016 Jun; 83(6):417-418.
3. Corazza M et al. Shiitake dermatitis: toxic or allergic reaction? J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(7):1449-51.
4. Forward E et al. A case of shiitake mushroom dermatitis. Australas J Dermatol. 2018;59(4):337-8.

5. Kopp T et al. Systemic allergic contact dermatitis due to consumption of raw shiitake mushroom. Clin Exp Dermatol. 2009;34(8):e910-3.
6. Miguélez A et al. Flagellate erythema in parvovirus B19 infection. Int J Dermatol 2014;53:e583-e585.
7. Mahmoud BH, Eide MJ. Bendamustine-induced “flagellate dermatitis.” Dermatol Online J 2012; 18:12.
8. Niiyama S, Katsuoka K. Systemic lupus erythematosus with flagellate erythema. Eur J Dermatol 2012; 22:808-809.
9. Jara M et al. Dermatomyositis and flagellate erythema. Clin Exp Dermatol 1996; 21:440-441.

Проф. д-р Методи Чепреганов

(1936-2022)



На 9.07.2022 г. во Скопје, на возраст од 86 години, почина проф. Методи Чепреганов, редовен професор по невропсихијатрија и долгогодишен директор на Клиниката за неврологија при на Медицинскиот факултет (МФ) во Скопје, по пензионирањето соработник на приватната болница „Неуромедика“ од 2006

г., активен до последните денови од својот живот.

Проф. д-р Методи Чепреганов е роден на 28.06.1936 г. во Штип во трговско патријархално семејство од мајка Цветанка и татко Васил Чепреганови. Основно образование и гимназија завршил во родниот град, а медицински студии запишал и дипломирал на МФ-Скопје, во 1962 г. По отслужување на воената обврска во 1963 г. продолжил со работа во ПИ „Македонка“ во Штип, а од септ. 1964 г. се вработил на Клиниката за нервни и душевни болести при МФ-Скопје и започнал специјализација по невропсихијатрија. Специјалистичкиот испит го положил во 1968 г.

Посебен интерес имал за усовршување во клиничката неврофизиологија и епилептологија и примена на електроенцефалографијата (ЕЕГ). За таа цел, во 1972-73 г., како стипендист на белгиската Влада, престојувал во Брисел кај еминентните стручњаци за неврофизиологија проф. Титека (Jean Titeca) и проф. Богард (Ludo van Bogaert). Притоа имал можност да работи во многу познати ЕЕГ лаборатории во Брисел, Лијеж и Анверс и да посетува постдипломски супспецијалистички студии по клиничка ЕЕГ во тек на два семестра на МФ-Брисел и да стекне диплома супспецијалист по клиничка ЕЕГ. Исто така, се запознал и со клиничката примена на евоцираните потенцијали во неврофизиолошката школа на проф. Десмет (Yvo Desmedt). По враќањето во Скопје се посветил на примена на ЕЕГ и на евоцираните потенцијали во клиничката пракса со набавка на соодветен апарат во Клиниката во 1973 г.

Во 1974-75 г., како стипендист на Владата на Франција, остварил двегодишен престој во Париз, за продлабочување на своите познавања во областа на клиничката ЕЕГ и примената на евоцираните потенцијали во клиничката практика во познатата Лабораторија за невронаука „LENA“ во болницата Pitié Salpêtrière на проф. Ремонд (Antoine Remond). Следел и постдипломска настава по епилептологија во Клиничкиот центар „Св. Ана“ (Sainte-Anne) во Париз кај проф. Банко (Jean Bancaud) и проф. Талаира (Jean Talairach), како и кај проф. Гасто (Henri Gastaoud) во Марсеј.

Во 1978 г. во Клиниката за нервни и душевни болести во Скопје бил набавен апарат за КТ на мозокот и за запознавање со можностите на клиничката апликација на овој нов дијагностички метод проф. М. Чепреганов остварил стручен престој во Белгија кај проф. Колар (Michael Collard), потоа во Лондон и Саутемптон во Англија кај проф. Амброс (John Ambrose) и проф. Бороз (Borrows).

Докторска дисертација од областа на неврофизиологија, на тема: „Корелација помеѓу функционалните и морфолошките карактеристики кај епилептичките мозочни тумори“, одбранил на МФ-Скопје на 7.11.1984 г. Во звање доцент бил избран во 1986 г., вонр. професор 1991 и редовен професор во 1996 г.

Своите сознанија ги продлабочил со појавата на магнетната нуклеарна резонанца преку учество на повеќе тематски европски семинари на таа тема, меѓу нив и семинарите во Париз, Лондон и Стразбур во 1994/95 г. кога стекнал диплома за анатомо-морфологија (КТ и магнетна нуклеарна резонанца) на мозокот, рбетниот мозок и целото тело.

Бил директор на Клиниката за нервни и душевни болести (1988-95), член на УО на МЛД (1998-2002) и на Редакцискиот одбор на ММП (1989-2001), претседател на Здружението на невролози на Македонија (1990), член на Асоцијацијата за неврологија на Франција, на Европската асоцијација за клиничка неврофизиологија и епилептологија за земјите од француското говорно подрачје и на Светската невролошка асоцијација.

Вовел повеќе нови методи во неврологијата и посебно во епилептологијата (КТ) и магнетна нуклеарна резонанца, која метода проф. Чепреганов прв ја вовеле во доменот на неврологијата во Македонија кон средината на 1990-те. Учествовал активно на повеќе стручни собири во земјата и странство. Автор е на над 200 стручно-научни трудови, монографии и книги во областа на неврологијата, психијатријата и епилептологијата.

Проф. Методи Чепреганов остави спомен на еминентен професор и педагог од областа на неврологијата, самопрегорен клиничар-невропсихијатар и епилептолог, голем стручњак, научник и хуманист, секогаш спремен да помогне на пациентите, сенароден човек и вљубеник во музиката, свиреше на гитара и други инструменти и живееше со музиката, беше чест гостин во медиумите за разговор на стручни и пошироки општествени теми. Неговата животна филозофија и смисла на животот беше: „да живееш и да постоиш значи да учиш, да работиш, да создаваш, да креираш, да умееш да почитуваш, да те краси емпатија, флексибилност и толерантност, а тоа значи да имаш изграден свој психопрофил со богат резервоар на знаења и инкорпориран морални норми во совеста на сопственото его“. Споменот и името на проф. Чепреганов остануваат вечно вградени во историјата на Клиниката за нервни и душевни болести при МФ-Скопје и во медицината на Македонија и пошироко.

За својата работа на полето на медицината, неврологијата и епилептологијата, како и во општествените организации, проф. Методи Чепреганов е одликуван со голем број признања и награди. Добитник е на орден „Академски палми“ (Palme Académique) од Министерството за наука во Франција, како дел од тимот на невролози кои учествувале во изработка на Светската енциклопедија за невро-радиолошка дијагностика.

Нека почива во мир и нека му е вечна слава!

Проф. д-р Дончо Донеv

Проф. д-р Георги Чадловски

(1943-2022)



На 9.07.2022 г., во вечерните часови, ненадејно почина проф. д-р Георги Чадловски, великан во полето на клиничката психијатрија и психофармакологија, директор на Клиниката за психијатрија при Медицинскиот факултет (МФ) во Скопје и прв директор на Клиничкиот центар во Скопје.

Роден е на 1.03.1943 г. во Скопје, каде завршил основното и средното образование. Медицински студии запишал 1962/63 г. и дипломирал на МФ-Скопје во септ. 1967 г. Во текот на студирањето работел и како новинар во весникот „Нова Македонија“ – јакнејќи ја својата вештина и љубов кон пишаниот збор. Работел како лекар по општа медицина во Здравствениот дом во Ростуше, а од 1.12.1969 г. се вработил и започнал специјализација во Клиниката за нервни и душевни болести при МФ-Скопје под менторство на проф. Петар Филдишевски. Во тек на специјализацијата остварил престој од три месеци во Заводот за ментално здравје во Белград. Специјалистичкиот испит по невропсихијатрија со медицинска психологија го положил во мај 1973 г.

Својата стручност ја надградувал со студиски престој, со користење 10-месечна стипендија од Владата на Франција во академската 1974/75 г., во Клиничкиот центар „Св. Ана“ (Sainte-Anne) во Париз, Клиника за психијатрија кај доајенот на психијатријата во Франција, проф. Деникер (Pierre Deniker), за продлабочување на знаењата од клиничката психијатрија и психофармакологија, посебно во третманот на шизофренијата со невролептици (хлорпромазин - Thorazine).

Докторирал на МФ-Скопје на 30.06.1982 г., на тема „Психолошки и психопатолошки аспекти на етиопатогенезата на самоубиството и обидот за самоубиство во Скопје“. Бил еден од организаторите на I. Југословенски конгрес за превенција на самоубиствата, Охрид 1983 г. Во наставно звање доцент по предметот невропсихијатрија бил избран

во 1986 г., вонр. професор во 1991 и во редовен професор во 1996 г.

Проф. Г. Чадловски учествувал во реализацијата на редовната настава по невропсихијатрија на МФ и Стоматолошкиот факултет во Скопје, изведувал настава по предметот психопатологија на Филозофскиот факултет – Група психологија, како и по предметот криминалистичка психопатологија на Факултетот за безбедност во Скопје. Во 1986 г., по неговиот избор во доцент, започнува да се спроведува организирана настава за лекари на специјализација по психијатрија на кој начин започнал процесот кон диференцирање и поделба, во следните неколку години, на Клиниката за нервни и душевни болести во Клиника за неврологија и Клиника за психијатрија, како и соодветна поделба на Катедрата за невропсихијатрија на две катедри, Катедра за неврологија и Катедра за психијатрија на која бил шеф од 1995-97 и од 2003-2005 г. Носител е на повеќе научноистражувачки проекти. Проф. Г. Чадловски бил еден од иницијаторите и придонел во формирањето на Клиничкиот центар „Мајка Тереза“ во Скопје на кој бил директор од 1989-95 г. Бил директор на Клиниката за психијатрија од 1997-99 г. и од 2002-2006 г., иницијал и основал Центар за превенција и интервенција во кризни состојби во психијатријата со советувашиште и теле-апел служба. Од 2006 г. ја продолжува својата стручна дејност во ПЗУ Дијагностички центар-Скопје.

За својата стручна и општествена дејност, придонесот и постигнувањата во развојот на невропсихијатријата, клиничката психијатрија и клиничката психофармакологија, проф. Г. Чадловски е добитник на повеќе дипломи, плакети и други признанија од МФ-Скопје, психијатриските лекарски здруженија и МЛД. Добитник е на Државната награда „Гоце Делчев“ во 2003 г. за особено значајно остварување во науката од интерес за Р Македонија преку подготовката и објавувањето на публикацијата „Психобиологија“ (2002). Во 1988 г., со Указ на Претседателството на СФР Југославија, одликуван е со воеското сојузно признание - Орден на трудот со сребрен венец.

Проф. д-р Дончо Донев

Прим. д-р Тодор Ношпал

(1962-2022)



Доктор Ношпал е роден на 03.03.1962 г. во Скопје.

Средното образование го завршува во Гимназијата „Никола Карев“.

На Медицинскиот факултет – Скопје, -Универзитетот “Св. Кирил и Методи” дипломирал во 1986 г., а специјализирал ортопедија во 1993 година.

По завршувањето на студиите ја започнува својата професионална кариера на Клиниката за ортопедски болести, каде работи сè до 2012 година.

Доктор Тодор Ношпал има работено и во приватните здравствени установи: Свети Лазар, Неуромедика, Санте Плус, Филип Втори, Медика Истанбул - Тетово, Болница ЕВРОИТАЛИЈА и во неговата приватна Ортопедија Ношпал, а беше и официјален доктор на А-Тимот на Македонската кошаркарска репрезентација.

За него колегите и пријателите ќе кажат дека беше врвен професионалец, одличен доктори и пријател.

Чадеж и Готард: Србија може да стане центар на иновативна здравствена заштита

СРБИЈА

Србија има добра можност да стане центар на иновативно здравство во овој дел од Европа, да има целосно дигитализирани услуги што овозможуваат контакт со лекар со кликување на копче. Во ова имаме поддршка од една од најголемите светски компании во оваа област, Compu Group Medical.

Ова е резултат од разговорот на претседателот на ПКС, Марко Чадеж и Френк Готард, основачот на компанијата Компу груп медиал, кој е во посета на Србија на покана на претседателот на ПКС. Инаку, Чадеж и Готард се запознале пред неколку месеци кога била договорена посета на Србија. Чадеж и Готард разговараа со премиерот на Србија, Ана Брнабиќ, за дигитализацијата на здравството во Србија и начинот на подобрување на квалитетот на услугите со софтверска поддршка во здравствените установи. Готард изразил интерес за инвестирање во Србија во областа на дигитализацијата на здравството, како и за разгледување на опции за отворање на своја компанија во Србија, објавено е на web - страницата на ПКС.

За време на посетата на Србија, Френк Готард во Палатата

- Србија разговараше со претставници на компании и институции кои работат на имплементација на дигитални содржини во здравството. Во текот на овие разговори беа разгледани можностите за соработка со компанијата Compu Group Medical.

Компанијата Compu Group една од водечките светски компании во областа на е-здравството, со седиште во Кобленц, Германија, којашто се занимава со обезбедување на софтверски решенија за е-здравство што поддржуваат и медицински и организациски задачи во ординациите, аптеките, лабораториите и болници. Компанијата работи преку следните сегменти: амбулантски информациски системи, фармацевтски информациски системи, болнички информациски системи и услуги за поврзување на здравствената заштита.

За време на посетата на Србија, Френк Готард во Палатата - Србија разговараше со претставници на компании и институции кои работат на имплементација на дигитални содржини во здравството. Во текот на овие разговори беа разгледани можностите за соработка со компанијата Compu Group Medical.

Извор - Флеш

Пополнети апликации за Проектот превентивни прегледи на Министерството за здравство КС

БИХ

Пополнети се апликациите за Пилот-проектот превентивни прегледи на Министерството за здравство на кантонот Сараево. На web-страницата zivotjeupitanju.ba, 12.000 граѓани се пријавиле за бесплатни превентивни прегледи на грлото на матката, дојката и дебелото црево во јавните и приватните установи во К С.

Ресорното министерство бара трпение од сите пријавени.

Пријавени се 12 илјади луѓе.

- За неполн месец се пријавија 12.000 луѓе, а институциите треба на сите да им понудат соодветен термин. На нивниот преглед ќе бидат поканети сите кои досега се пријавиле - објасни министерот за здравство на К С, Харис Враниќ.

За првпат во Кантонот Сараево, Министерството за здравство одвои 750.000 км за целосно финансирање на превентивните прегледи за своите граѓани.

“За еден месец ја постигнавме целта, комплетирани се сите планирани апликации, секојдневно се вршат прегледи и се подигна свеста за важноста на превентивните прегледи за рано откривање на малигните заболувања кај граѓа-



ните на Кантонот Сараево. Сè повеќе од нив контактираат со здравствените установи во К С и вршат прегледи надвор од нашиот проект”, министерот Враниќ ги презентираше првите веќе видливи ефекти утврдени при реализацијата на овој проект.

Кантонална скрининг - програма

Тој наведе и дека, досега, околу 3.000 лица веќе ги добиле резултатите, додека 3.500 се

во процес на обработка, како и дека 16 лица биле навреме прегледани и ја откриле болеста, поради што се упатени на понатамошна дијагностика.

Министерот Враниќ најави дека во наредните четири години ќе планира кантонална - скрининг програма во која ќе ги прошири возрастните групи и категории на малигни заболувања.

Исто така, додаде дека ќе продолжи парите од осигурениците од Кантонот Сараево да се насочат кон вистинските работи, соопштија од протоколот и Прес-службата на КС.

Заменикот на Чапак ја опиша разликата помеѓу старата и новата вакцина

ХРВАТСКА

Заменик - директорката на Агенцијата за здравство и социјална заштита, Ивана Павиќ Шиметин, ја коментираше состојбата на епидемијата во Хрватска.

Во Хрватска, започна вакцинацијата со новата вакцина против ковид, а Павиќ Шиметин рече дека првиот ден 707 лица биле вакцинирани со новата вакцина низ целата земја.

„Ова се податоците што последен пат ги имавме во март годинава. Ги повикувам граѓаните да продолжат да доаѓаат. Оваа вакцина е и за трета и за четврта доза“, рече Павиќ Шиметин, додавајќи дека граѓаните може да се вакцинираат во јавните здравствени заводи, на пунктови во здравствените домови и кај лекарите по семејна медицина.

За кого е наменета вакцината и која е разликата помеѓу новата и старата?



Таа кажа и за кого е наменета новата вакцина.

„За третата доза ја препорачуваме многу долго на сите кои имаат 18 години и повеќе. Имаме нешто повеќе од милион луѓе кои ги примиле првите две дози, но не и третата доза, и одамна се препорачува сите да ја примаат. Од милионот кои ја примиле третата доза, четвртата доза е наменета за нив, но меѓу нив се однесува на постари од 60 години и болни. Со тоа што сите кои сакаат можат да ја примат и четвртата доза. Посебно, на четврта доза ги покануваме лицата од 60 и повеќе години и оние со хронични заболувања“, рече заменик - директорот на ХЗЈЗ.

Таа зборуваше и за разликата помеѓу новата вакцина и претходната.

„Разликата е во тоа што новата вакцина се однесува на сојот Вухан, како и претходните, но и на “омикрон”. Има мРНА и за Вухан и за омикрон, а гласникот РНА го стимули-

ра производството на протеин на шилеста поврзана и со “омикронот” и со видот Вухан, што потоа обезбедува заштита“, рече Павиќ Шиметин.

Таа нагласи дека и закрепнувањето и вакцинацијата даваат заштита и одредена сигурност дека во случај на нова инфекција клиничката слика ќе биде поблага и дека нема да завршат во болница.

„Меѓутоа, заштитата што ни ја дава се намалува со текот на времето, па затоа се препорачува да се вакцинираме со нова вакцина три месеци по последната вакцинација или закрепнување“, вели Павиќ Шиметин.

Што се однесува до промоцијата на новата вакцина, заменик - директорот на ХЗЈЗ, рече дека ќе се обидат нови кампањи да се поврзат со промоција на вакцинацијата против грип.

„Нашите целни групи се исти, тоа се постарите граѓани и оние кои имаат хронични заболувања за кои е важно да се вакцинираат со новата вакцина и вакцината против грип, на крајот на краиштата, зимата е полесна. Најголем ризик е кај постарата генерација, колку е поголема возрасната група, толку е поголем ризикот“, рече таа.

„Епидемиолошката состојба е поволна“.

Зборувајќи за епидемијата, моменталната епидемиолошка состојба е поволна, посочи таа. „Најважен податок за нас е секогаш бројот на хоспитализирани и починати. Сега имаме поволна состојба и последните две недели имаме намалување и на бројот на хоспитализирани и на смртни случаи, така што имаме нешто повеќе од 400 хоспитализирани пациенти, а пред тоа имавме 1200. Дури и до август дневно умираат по 12 лица, а сега смртноста е околу осум на ден“, изјави Павиќ Шиметин.

Ниту почетокот на школувањето не предизвика зголемување на бројот на заболени, напротив, забележано е намалување.

„Ова го очекувавме бидејќи падот е поврзан со “омикронската” подваријанта Б.А. 5, што е апсолутно доминантно во последните недели. Научивме дека кога една варијанта е доминантна, тоа е моментот кога вирусот циркулира и бројот на ново заразени опаѓа, а тоа се случува сега со оваа “омикронска” подваријанта. Очекуваме дополнителен пад, а единственото нешто што може да ги промени работите е појавата на некоја нова подваријанта“, изјави Павиќ Шиметин.

На прашањето дали постои опасност од појава на нови подваријанти, Павиќ Шиметин рече дека Европскиот центар за контрола на болести постојано се грижи за тоа и дека досега се зборува дека нема ништо од тоа.

Сепак, таа потсети на новата подваријанта “омикрон” што е застапена во Индија, но не верува дека ќе се прошири. „Од минатото искуство се зборуваше околу еден месец и ако требаше да има карактеристики на брзо ширење низ светот, ќе се раширеше. Но, сепак треба да бидеме внимателни“, изјави Павиќ Шиметин.

Преземено - Индекс Вести

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 соработници-наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиници и катедри во новоформираните Медицински факултети во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговото развој.

Медицинскиот факултет во Скопје, Македонската лекарска друштво и Лекарската комора на Македонија им должат неизмерна благодарност на првите лекари-наставници од Македонија и на оние кои дошле во Скопје од 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 денешната македонска национална историја.

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



Димитар ЖЕЛЕЗАРОВ

Професор и основоположник
на македонската стоматолошка
протетика

Проф. д-р Димитар Железаров починал во Скопје, на 6.08.1979 г., во 79-та година од животот.

Лекар хуманист, наставник и едукатор

По дипломирањето на МФ-Виена бил промовиран во академскиот степен „доктор по медицина“, во јуни 1927 г. Д-р Димитар Железаров го продолжил својот престој во Виена и започнал специјализација по стоматологија во Стоматолошкиот институт при Универзитетот во Виена кај проф. Вајзер (Rudolf Weiser) во траење од една година, до есента 1928 г., а потоа продолжил кај деканот на Стоматолошкиот факултет во Виена проф. Пишлер (Hans Pishler), каде стекнал звање специјалист по болестите на устата и забите, во јан. 1929 г. Потоа, се вратил во Скопје и работел во приватна стоматолошка ординација од 1929-45 г. Во август 1945 г. бил распореден од страна на Министерството за народно здравје на НР Македонија и работел во Здравствената станица во Прилеп во периодот до 1948 г., со задача да ја организира и прошири здравствената служба во Прилеп. Притоа, бил ангажиран и придонел и за унапредување на здр. просветување, во прв ред, за превенција на кариесот и чување на оралното здравје. За време на работата во Здравствената станица Прилеп, од 1945-48 г., придонел за унапредување на организацијата и проширувањето на населението во Прилеп и пошироко. Притоа, активно учествувал во сите културни, здравствени и просветни акции за повоената обнова на земјата и унапредување на културниот живот во Прилеп.

Во дек. 1948 г. се вратил во Скопје, во новоформираната Клиника за болести на устата, забите и вилиците при МФ-

Висшинската насмевка доаѓа од срцејот, но здравајќи насмевка бара добра стоматолошка грижа - Wayne Chirisa

Д-р Димитар Железаров е роден во Велес во 1900 г., во трговско-угостителско семејство (меана), како прво од две деца (Димитар и Марче) од мајка Павлина и татко Христо Железарови. Основно образование завршил во Велес, а гимназија во Скопје во 1921 г. Медицински студии запишал на Медицинскиот факултет (МФ) во Грац, Австрија, а продолжил во Франкфурт на Мајна и потоа во Виена каде дипломирал на МФ-Виена во 1927 г.

Специјализација по болестите на устата и забите завршил во Виена во јан. 1929 г. Од 1929-45 г. работел во приватна стоматолошка ординација во Скопје. Во 1945 г. се преселил и работел во Здравствената станица во Прилеп три години, а потоа се вратил во Скопје на Клиника за болести на устата, забите и вилиците при МФ-Скопје. Дополнително, бил именуван за наставник во Средното медицинско училиште за забни техничари во Скопје. Во 1959 г. хабилиитирал на Стоматолошкиот факултет во Белград, а во 1960 г. бил избран за вонр. професор за предметот стоматолошка протетика на МФ-Скопје (реизбран во 1966 г.) и во редовен професор во 1970 г.

Проф. Д. Железаров бил назначен за в.д. директор на Клиниката за болести на устата, забите и вилиците во 1955 г., но ова функција ја извршувал само една година. Автор е на 10-на наставни прирачници од областа на стоматологијата и денталната протетика.

Скопје, а бил именуван и за наставник по стоматолошка протетика и заботехника во Средното медицинско училиште за забни техничари во Скопје. Во следните 12 години наставна работа во ова училиште бил посветен целосно на наставната и научната дејност, до 1960 г., кога бил избран во наставник во стоматолошкиот Оддел при МФ-Скопје.

Во 1959 г. го одбрал својот хабилитациски труд на тема „Симплекс шина: фиксација на разнишани заби“ на Стоматолошкиот факултет во Белград, а во 1960 г. бил избран за вонр. професор по предметот стоматолошка протетика на Одделот за стоматологија при МФ-Скопје. Во првите две години од својата наставна дејност на МФ-Скопје проф. Д. Железаров ја изведувал и наставната по предметот болести на устата и пародонтот.

Проф. Д. Железаров бил член на повеќе комисији за полагање на специјалистичките испити и за одбрана на хабилитациски трудови од областа на стоматологијата, како и за избор во наставни звања на голем број наставни и пом. наставни кадри во Одделот за стоматологија при МФ-Скопје.

Во 1966 г. проф. Д. Железаров бил реизбран во звањето вонр. професор, а во 1970 г. бил избран во ред. професор по стоматолошка протетика во стоматолошкиот Оддел при МФ-Скопје. Времето поминато како универзитетски наставник го исполнил со интензивна и постојана ангажираност во организирањето, изведувањето и развојот на наставната и научната дејност, главно по предметот претклиничка и клиничка стоматолошка протетика на стоматолошкиот Оддел при МФ-Скопје.



Првиот објект во кој била сместена Клиниката за болести на устата, забите и вилиците, со додадена монтажна барака со заботехничката лабораторија, од 1948-58 г.



Проф. Д. Железаров (стои во средина, со темен костум) со дел од наставните кадри во стоматолошкиот Оддел при МФ-Скопје, 1971 г. Десно од него стојат: асс. М. Филјански, доц. Б. Лазарова, доц. Ѓ. Симов, проф. Д. Смилев, асс. Е. Мирчев, асс. Љ. Нечева и проф. И. Тавчиовски

Иницијатор, организатор и општественик

Клиниката за болести на устата, забите и вилиците при МФ-Скопје била основа за формирање на Одделот за стоматологија, во 1959 г., а потоа и на Стоматолошкиот факултет во Скопје во 1977 г. Клиниката за болести на устата, забите и вилиците била формирана во 1948 г. во рамките на МФ-Скопје, која била сместена во приземна зграда со четири простории (амбуланта за конзерватива, протетика со две работни места и просторија за стоматохируршки зафати). Во 1949 г. била додадена монтажна барака со заботехничката лабораторија, а во 1951 г. во рамките на

Клиниката било формирано стационарно Одделение во барака со 12 болнички кревети, чиј број се зголемил на 22 во 1956 г., за третман на инфламаторни и трауматолошки состојби и болести во максиларнофацијалното подрачје и оралната мукоза. Прв раководител на Клиниката бил д-р Димитар Смилев, кој започнал со изведување настава по стоматологија за студенти по медицина во 1952 г. и бил избран во доцент во 1954 г.

Во академската 1955/56 г., поради службено отсуство на доц. Д. Смилев за стручно усовршување во странство, како в.д. раководител на Клиниката за болести на устата, забите и вилиците, д-р Димитар Железаров го заменува и раководел со Клиниката покрај наставната дејност во Средно медицинско училиште во Скопје.

Во 1950-те, голем број млади стоматолози, меѓу кои Иван Тавчиовски, Невенка Томчева, Ѓорѓи Симов, Звонко Котник и др., биле вработени, избрани како асистенти и испратени на доедукација и специјализација во едукативните центри за стоматологија во Белград, Загреб и Љубљана. Делокругот на работа на Клиниката се зголемил и во 1958 г., стационарниот дел со 22 кревета бил преселен во западниот партер и под-



Доајени

румски простории на Клиниката за хирургија со релативно добри услови и за конзервативна терапија, протетика, ортодонција и третман на болести на устата. Во 1959 г., со поддршка на Факултетската и Универзитетската управа и со решение на Извршниот совет на Македонија, Клиниката за болести на устата, забите и вилиците била трансформирана во стоматолошки Оддел при МФ-Скопје, со осум одделенија, здружени во интегрирана установа – Стоматолошка клиника, на која доц. Димитар Смилев бил именуван за административен и стручен директор. Поликлиничкиот дел на Клиниката имал оддели за дентална патологија и терапија, протетика, ортодонција и болести на уста, а болничкиот дел за максилофацијална хирургија имал 22 кревета.

Подоцна, стоматолошкиот Оддел при МФ-Скопје прераснал во самостоен Стоматолошки факултет во Скопје во 1977/78 г., а одделенијата прераснале во осум клиници на Стоматолошки факултет - Скопје.

Првата генерација од 37 студенти во Одделот за стоматологија при МФ-Скопје биле запишани во академската 1959/60 г., со четиригодишен наставен план со осум семестри (повеќе од 3090 часови, од кои 41% теоретска и 59% практична настава), исто како при стоматолошките оддели при МФ-Загреб и МФ-Сараево. Наставата од општомедицинските предмети, во вкупен обем од 45%, се изведувала во институтите и клиниките на МФ-Скопје од наставниците кои ја изведувале наставата за студентите по медицина.

Наставата по стоматолошките предмети, во вкупен обем од 55%, се изведувала во поранешниот Институт за хемија, а потоа во изградениот провизориум (поранешен Стоматолошки институт) каде што се одржувала практичната настава за студентите од претклиничка и клиничка протетика, дентална патологија, детска и превентивна стоматологија и болести на устата.

Во Клиниката за болести на устата, забите и вилиците се изведувала практичната настава по дентална и максилофацијална хирургија, ортопедија на заби и вилици и стоматолошка рендгенологија, како и вежби за студенти по медицина по предметот стоматологија.



Проф. Димитар и Костандина Железарови (лево) и проф. Сотир и Вера Ставридис (десно) на излет во Сарај, Скопје, 1960 г.

Во 1960 г., проф. Д. Железаров бил именуван за одговорен наставник за предметот стоматолошка протетика. Покрај двајцата професори, Д. Смилев и Д. Железаров, биле избрани осум асистенти кои биле испратени на повеќемесечно стручно усовршување во соодветни клиници при стоматолошките факултети во Белград, Загреб и Љубљана. Во 1960-те биле избрани тројца доценти, подоцна професори: Иван Тавчиовски во 1961г., Ѓорѓи Симов и Благородна Лазарова во 1967 г. Поради недостиг на наставен кадар, првите македонски наставници на Катедрата за стоматологија биле одговорни, секој од нив за повеќе предмети. Во 1960 г., во Стоматолошката клиника биле формирани два института, и тоа: 1. за стоматолошка протетика, со одговорен наставник за предметот - вонр. проф. Д. Железаров, и 2. за дентална патологија и терапија, болести на устата и детска и превентивна стоматологија, со одговорен наставник - доц. И. Тавчиовски. Наставниот процес на Одделот за стоматологија при МФ-Скопје во 1960-те бил поддржан и од одредени предавачи од Стоматолошкиот факултет во Белград (професорите Иван Бикар, Милисав Теодосиевиќ, Драгољуб Џаиќ и Милутин Кремжар) сè додека се едуцирале и биле избрани повеќе универзитетски предавачи и доценти од Македонија. Во текот на 1970-те биле избрани уште девет доценти, подоцна

професори (Илија Васков, Љубинка Нечева, Марко Филјански, Теменуга Симовска, Симка Серафимова-Теодосиевска, Томе Туцаров, Игнатие Богдановски, Мила Мирчева и Вангел Димитровски). Во новоформиранiot Стоматолошки факултет, дополнителни 14 доценти, подоцна професори, биле избрани во текот на 1980-те (Олга Серафимова-Стефановска, Ристо Рафајловски, Ефтим Мирчев, Надежда Ѓорчулеска-Бајрактарова, Мирослава Стевановиќ, Слободан Лазаревски, Надежда Кофкарова, Марија Муровска, Југослав Стефановски, Марија Накова, Тодор Бојациев, Нада Цветковиќ, Методи Симоновски и Јордан Јанев).

Најголемиот дел, повеќе од 2/3 од напред наведените наставници биле вработени во стоматолошкиот Оддел при МФ-Скопје во текот на 1960-те и во раните 1970-ти години, во чија постдипломска едукација и стручно усовршување (специјализации), активно учествувал и проф. Д. Железаров, заедно со проф. Д. Смилев и професорите кои повремено доаѓале од Белград, како и новоизбраните доценти во Одделот за стоматологија при МФ-Скопје. Сите тие заедно иницирале и придонеле за градба на два современи објекти во 1974 г., Стоматолошки клиници и Клиника за максилофацијална хирургија и за создавање услови за формирање на Стоматолошкиот факултет во Скопје во 1977/78 г. Голем број млади стоматолози биле испратени за усовр-

шување и специјализација во образовните центри за стоматологија во Белград, Загреб и Љубљана.

Проф. Д. Железаров учествувал во формирањето, во 1949 г., и во работата на Друштвото на забоздравствените работници на Македонија и, подоцна, на Стоматолошката секција при МЛД, формирана во 1967 г. Во организација на Стоматолошката секција, проф. Д. Железаров бил претседател на Организациониот одбор на историскиот I. Собир на стоматолозите на СРМ, Катлановска бања, 25-28.10.1967 г., од кој бил печатен „Зборник на стручните работи од I. Стоматолошки собир на СРМ“, што претставува зачеток и темел на афирмација и ширење на современите дострели и развојот на македонската стоматологија. Проф. Д. Железаров бил претседател на Почесниот одбор на II. Стоматолошки собир на СРМ, Куманово 25-27.06.1970 г. и активно учествувал со повеќе трудови, меѓу нив и труд „Ситни забнопротетски грешки“.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Проф. Д. Железаров бил целосно посветен на професионалните стручни и научни активности и унапредување на сопствените практични искуства со нови научни сознанија во постојните и воведување нови методи и техники, во прв ред, во доменот на стоматолошката протетика, но и во сродните области во стоматологијата, со плодна публицистичка активност.

Првиот напишан стоматолошки збор на македонски јазик потекнува од проф. Д. Железаров. Во издание на Советот за просвета на НРМ, во 1951 г., за потребите на наставната програма во Средното училиште за забни техничари излегла од печат неговата скрипта „Забна протетика и заботехника“. Тој е автор на девет статии објавени во домашни публикации и на повеќе скрипти, учебни помагала и учебници. Во издание на „Просветно дело“, во 1957 г., била отпечатена скрипта „Забна протетика и заботехника: анатомија и артикулација“, а во 1958 г. „Забна протетика и заботехника: коронки, мостови и керамика“. Потоа, Советот за просвета бил издавач на негови учебни помагала, и тоа: „Познавање на инструмен-

тите: скрипта за забари и забни ехничари“ (1960), „Челусна хирургија за забари“ (1961), „Основи на ортодонцијата за забари“ (1961) и „Познавање на инструменти и некои материјали за стоматолози“ (1961). Универзитетот „Кирил и Методиј“ ги издал последните три учебни помагала на проф. Д. Железаров, за потребите на образовниот процес на Одделот за стоматологија при МФ-Скопје: „Анатомо-морфолошки атлас на човечките заби“ (1967), „Стоматолошка технологија“ (1968) и „Дентална протетика“ (1971).

Проф. Д. Железаров соработувал и објавувал трудови во повеќе научни списанија во Македонија и во други републики во поранешна СФР Југославија, како и популарно-едукативни написи во списанието „Народно здравје“. Во 1968 г. објавил труд со наслов „Забните шини при третирањето на парадонтопатиите“ во списанието „Македонски медицински преглед“. Бил почесен член во Редакцискиот одбор на списанието „Македонски стоматолошки преглед“ (главен уредник - проф. И. Тавчиовски), кое започнало да се печати од 1977 г.

Спомени, признанија и награди

Проф. Д. Железаров останува во колективната меморија во нашата средина како еден од пионерите и основоположници на Одделот за стоматологија при МФ-Скопје во 1959 г., кој околу две децении подоцна прераснал во самостоен Стоматолошки факултет во Скопје. Целиот свој живот проф. Д. Железаров го посветил на развојот на македонската дентална протетика и стоматологија. Целосно бил посветен на задачите и должностите за унапредување на македонската стоматологија, на стручен, наставен и научен план, за едукација на млади и стручни, во тоа време, толку потребни стоматолошки кадри во Македонија. Проф. Д. Железаров е еден од столбовите на стоматологијата и има голем придонес за развојот на стоматолошката дејност во Р Македонија. Бил еден од првите македонски учители на првите генерации стоматолози едуцирани на територијата на Македонија.

За својата повеќедецениска самопрегорна и плодна работа проф. Д. Железаров бил наградуван со повеќе

благодарници и други признанија од МФ-Скопје, МЛД и други институции. Во 1955 г. му било доделено стручно-искуствено звање – примариус, од страна на Секретаријатот (Министерството) за народно здравје на НР Македонија.

Проф. д-р Дончо Донев

ЛИТЕРАТУРА

1. Вернер Р, Арсов Д, Бикар И, рецензенти. Извештај за избор на професор по дентална протетика (Димитар Железаров) на МФ-Скопје. Билтен на УКИМ-Скопје бр.143, мај 1970 г.: 25-32
2. Donev D, Polenakovic M. Doctors and lecturers from Macedonia elected for the first time at the Faculty of Medicine in Skopje in the period 1955-1960. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2013; 34 (3): 121-44. Available at: <http://manu.edu.mk/prilozi/01dd.pdf>
3. Жантева-Наумоска М. Димитријевски М, Георгиевска-Исмаил Љ, и др. МФ-Скопје 1947-2007 (Документи). МФ-Скопје, 1997: 201.
4. Ивановски К, гл. уредник. 60 години Стоматолошки факултет Скопје 1959-2019. Стоматолошки факултет Скопје, 2019: 258.
5. Kronfeld R. Professor Pichler made Dean. American Dental Association 1930. Elsevier Science Direct, 1930: 1383-4. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1048636430770310>
6. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, и др. Развој на институциите во рамките на МФ-Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. МФ-Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.
7. Малеска-Ивановска В, Жантева-Наумоска М, уредници. 60 Години Медицински факултет во Скопје: 1947-2007. МФ, УКИМ-Скопје, 1997: 192.
8. Накова М, уредник. 50 Години Стоматолошки факултет во Скопје 1959-2009. Стоматолошки факултет при УКИМ-Скопје, 2009: 232.
9. Петровиќ Л, Никетиќ Б, Драгојевиќ Б, рецензенти. Реферат за избор на вонр. професор по предметот дентална протетика (Димитар Железаров) на Стоматолошкиот оддел при МФ-Скопје. Билтен на УКИМ-Скопје бр. 27, фев.-март 1960: 3-10.
10. Ристовски Б, Главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел I. МАНУ. Скопје, 2009: 540-1.

Доајени



Иван БИКАР

Хонорарен професор по ортодонција на Медицинскиот факултет во Скопје

Најважно од сè е истрајноста-решиителноста во тоа да не дозволиме неизбежно разочарување да влијае на вашата енергија и ентузијазам

– Џејмс Вишкомб Рајли (1849-1916), американски поет

Д-р Иван Бикар е роден во Сомбор, Србија, на 29. 03. 1903г. Основно, средно и високо образование стекнал во Будимпешта, каде дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Будимпешта во 1928 г. Потоа завршил специјализација по болести на заби и уста во Белград 1932 г., а потоа и специјализација по ортодонција во Будимпешта во 1934 г.

Во 1947 г. бил избран во наставно звање вонр. професор, а во 1957 г. во редовен професор по ортодонција на Стоматолошкиот факултет во Белград.

Во почетокот на 1960-те проф. И. Бикар бил поканет и повремено доаѓал во Скопје за поддршка на наставниот процес на Одделот за стоматологија при МФ-Скопје, а во периодот од 1964-66 г. бил ангажиран како хонорарен професор и одговорен наставник за предметот ортодонција при МФ-Скопје.

Проф. И. Бикар бил пионер на ортодонцијата во Србија и еден од основачите на Стоматолошкиот факултет во Белград. Неколку пати бил продекан и декан на Стоматолошкиот факултет во Белград. Автор е на првиот учебник за ортодонција во Србија и на повеќе други учебници и стручни и научни публикации.

Проф. Иван Бикар починал во Белград, Србија, на 14.08.1980 г., на возраст од 77 години.

Лекарска и наставно-едукативна дејност

По дипломирањето на МФ-Будимпешта во 1928 г. се вратил во Белград. Приправничкиот стаж го завршил во Општата државна болница во Белград и започнал специјализација по болести на заби и уста, а специјалистичкиот испит го положил во 1932 г. Потоа, продолжил со специјализација по ортопедија на заби и вилици (ортодонција) на Стоматолошката клиника при МФ-Будимпешта и станал специјалист ортодонт во 1934 г. Од 1932-39 г. работел во Вршац, како лекар во Фондот за социјално осигурување, и притоа се занимавал со приватна стоматолошка пракса. Во 1940 г. бил избран за асистент по стоматологија на МФ-Белград. За време на војната се придружил на НОВ и извршувал должност шеф на Стоматолошката служба на Првата армија, па бил шеф на стоматолошката амбуланта на Генералштабот и, потоа шеф на Одделението за ортодонција на Стоматолошката клиника при Военотомедицинската академија во Белград. По завршување на војната д-р И. Бикар бил демобилизиран од Народноослободителната војска (Армија) на Југославија во чин резервен санитетски мајор и бил именуван за раководител, втор по ред, на новоформиранот Стоматолошки факултет во Белград (пред изборот на првиот декан). Притоа, бил одговорен наставник за предметот ортодонција, а на 1.06.1950 г. била формирана Клиниката за ортодонција при Стоматолошки факултет во Белград со која раководел.

Дополнително се усовршувал преку студиски престои во Будимпешта, Виена и Берлин. Во 1947 г. бил избран во наставно звање вонр. професор по ортодонција на Стоматолошкиот факултет во Белград. Во 1957 г. хабили-

тирал на тема „Придонес на контролата на вертикалните односи на вилицата“ и бил избран во редовен професор по ортодонција на Стоматолошкиот факултет во Белград.

Проф. И. Бикар бил хонорарен и одговорен наставник за предметот ортодонција во стоматолошкиот Оддел при МФ-Скопје и ја изведувал теоретската настава за студентите по стоматологија во периодот од 1964-66 г. Во практичната настава по овој предмет била вклучена неговата асистентка Слободанка Митиќ од Стоматолошкиот факултет во Белград. Покрај предметот ортодонција за студентите по стоматологија на МФ-Скопје, проф. И. Бикар учествувал и во едукацијата на стоматолозите на специјализација по ортодонција и друг специјалистички дисциплини во доменот на стоматологијата кои биле вработени или упатени на специјализација во Одделот за стоматологија при МФ-Скопје, како и во натамошното усовршување на стоматолошките наставни кадри кои оствариле студиски престои кај проф. И. Бикар во Стоматолошкиот факултет во Белград.

Покрај широкиот спектар на наставни и други активности во Стоматолошкиот факултет во Белград, како негова матична установа, проф. И. Бикар дал свој придонес и во основањето на Одделот за стоматологија на новоформиранот МФ-Ниш во 1960 г., како и во реализацијата на наставата по ортодонција и едукација на специјалистички и наставни кадри во дејноста ортодонција при МФ-Ниш.

Општествени и организационо-стручни активности

Развојот на стоматолошката дејност во рамките на МФ-Скопје започнува со формирањето на Клиниката за болести на устата, забите и вилиците при МФ-Скопје во 1948 г., која прераснува во стоматолошки Оддел при МФ-Скопје во 1959 г., а потоа и во самостоен Стоматолошки факултет во Скопје во 1977 г.

Во рамките на Клиниката за болести на устата, забите и вилиците при МФ-Скопје, во 1951 г. било формирано стационарно одделение со 12 болнички кревети за болнички третман на инфламаторни и трауматолошки состојби и



Објектот „Провизориум II“, изграден во 1964 г., во кој биле сместени одделенијата за дентална патологија, болести на устата и детска и превентивна стоматологија

проблеми од максилوفацијалното подрачје, како и други заболувања на оралната мукоза. Првиот раководител на Клиниката бил д-р Димитар Смилев, кој започнал со одржување на првите предавања во доменот на стоматологијата за студените по медицина на МФ-Скопје во 1952 г., и тоа по предметите дентална (орална) и максилوفацијална хирургија и ортопедија на вилици и заби. Голем број млади стоматолози биле вработени и испратени на дополнителна едукација и специјализација во образовните центри за стоматологија во Белград, Загреб и Љубљана. Проф. Д. Смилев, со поддршка од проф. Јожа Рант од Стоматолошкиот факултет во Љубљана и проф. Лаза Петровиќ од Стоматолошкиот факултет во Белград, го водел процесот за изготвување предлог за формирање стоматолошки Оддел при МФ-Скопје. Народното собрание на НР Македонија усвоило Закон за основање - Оддел за стоматологија при МФ-Скопје, на 19.06.1959 г. Притоа, Клиниката за болести на устата, забите и вилиците со интегрирани два института (Институт за стоматолошка протетика и Институт за конзерватива) се трансформирала во стоматолошки Оддел при МФ-Скопје со постепено диференцирање повеќе одделенија до 1965 г., и тоа за: максилوفацијална хирургија, орална хирургија, стоматолошка протетика, дентална патологија

и терапија, болести на устата, ортодонција, детска и превентивна стоматологија, рендген одделение и заботехнички лаборатории.

Првата генерација од 37 студенти во Одделот за стоматологија биле запишани во академската 1959/60 г.

Поради недостиг на стоматолошки наставни кадри на МФ-Скопје, наставниот процес бил поддржан од наставници од Стоматолошкиот факултет во Белград. Меѓу нив, најактивен предавач бил проф. Иван Бикар, кој во периодот од 1964-66 г. бил ангажиран како хоноларен професор и одговорен наставник за предметот ортодонција во стоматолошкиот Оддел при МФ-Скопје. До 1964 г., теоретската настава по ортодонција ја реализирал проф. Д. Смилев, заедно со асистентите Јованка Козарова и Симка Серафимова кои биле задолжени за практичната настава по овој предмет. По престанувањето на ангажманот на проф. И. Бикар во 1966 г., теоретската настава продолжил да ја спроведува проф. Д. Смилев, до 1968 г. кога асс. С. Серафимова била избрана во универзитетски предавач по ортодонција.

Проф. И. Бикар активно се вклучил во теоретската настава по ортодонција во академската 1964/65 г. кога бил воведен петгодишен наставен план за студентите по стоматологија усогласен со другите факултети со стоматолошки студии, и тоа со 66,7% настава од општомедицинските претклинички и кли-

нички предмети и 33,3% настава од стоматолошките предмети, со вкупен фонд на 4545 часови, од кои 1950 часа теоретска настава и 2595 часа практична настава. Предметот ортодонција бил застапен со 45 часа теоретска (по 15 часа настава во VII, VIII и IX семестар) и 90 часа практична настава (по 30 часа вежби во VIII, IX и X семестар). Во 1965 г. биле одобрени првите специјализации по ортодонција и протетика, со тригодишен специјалистички турнус и полагање на завршен специјалистички испит.

Покрај проф. И. Бикар, неколку други наставници од Стоматолошкиот факултет во Белград повремено доаѓале во текот на 1960-те и придонесувале во подигнувањето на стручното ниво и квалитетот во наставниот процес во Одделот за стоматологија при МФ-Скопје: проф. Милисав Теодосиевиќ, проф. Драгољуб Џаиќ и проф. Милутин Кремжар.

Проф. И. Бикар е еден од основачите на Стоматолошкиот факултет во Белград во 1948 г., каде бил избран во вонр. професор во 1949 г. и во редовен професор во 1957 г. Повеќе пати бил биран за раководител, продекан и декан на Стоматолошкиот факултет во Белград.

Проф. И. Бикар е еден од пионерите на полето на ортодонцијата во Србија и пошироко. Како управник на Клиниката за ортопедија на забите и вилиците при Стоматолошкиот факултет во Белград придонел таа да се издигне во установа способна за спроведување на сеопфатна наставна, научна и клиничка работа на високо ниво. Истовремено организирал и мрежа на ортодонтски служби на теренот во Србија.

Проф. И. Бикар бил основач, во 1963 г., и прв претседател на Секцијата за ортодонција при Српското лекарско друштво, а во 1964 г. Секцијата станала член на Сојузот на ортодонтски друштва на Југославија, подоцна со активности и на меѓународен план како член на Европската федерација на ортодонтите. Кон крајот на 1960-те бил избран за претседател на Сојузот на ортодонтски друштва на Југославија. Во 1970 г. проф. И. Бикар бил избран за почесен и доживотен претседател на Секцијата за ортодонција на Србија. По распадот на СФР Југославија во 1989 г., Секцијата

Доајени

за ортодонција продолжува со својата активност како Здружение на ортодонти при Српското лекарско друштво.

Научноистражувачка и публицистичка активност

Проф. И. Бикар е еден од пионерите на полето на ортодонцијата во Србија и пошироко. Придонел за унапредување на стручната работа и наставната и научна дејност во областа на ортодонцијата пренесувајќи ги стекнатите знаења и искуства од неговите стручни престои во странство со воведување нови методи и техники за унапредување на ортодонтската дејност.

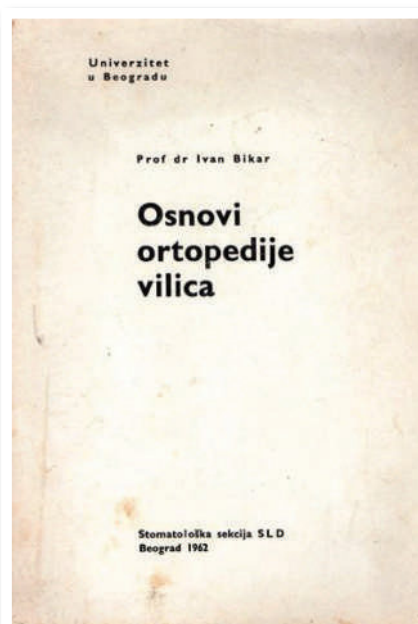
Проф. И. Бикар објавил повеќе научни и стручни трудови, меѓу кои поважни се трудовите објавени во Стоматолошки гласник на Србија: „Пречки за време на менувањето на забите“ (1955), „Местото на ортодонцијата во наставниот план на стоматолошките факултети“ (1956), „За фреквенцијата на оклузални аномалии и дентицијата кај сомборските деца“ (1957), „Придонес на контролата на вертикалните односи на вилиците“ – приказ од хабилитациониот труд (1957), „За таканареченото раздвојување на непцето“ (1957), „Ментум проминенс“ (1966), „Испитување на генетските вродени влијанија на непчаната шара“ (1967) и др.

Проф. И. Бикар е автор на повеќе учебници, меѓу кои се: „Основи на ортопедијата на вилиците“, издаден од Стоматолошката секција на Српското лекарско друштво, како прв учебник од ова област на српски јазик, во 1962 г. и второ издание во 1967 г., „Забнолекарски прирачник“, издаден од Медицинска книга Белград-Загреб во 1955 г. и второ издание во 1962 г.

Учествувал со трудови на многубројни домашни и меѓународни стручно-научни собири на ортодонтите. Проф. И. Бикар е еден од основачите и долгогодишен главен уредник на списанието „Стоматолошки гласник на Србија“. Бил уредник на првите 42 броја и автор на голем број објавени трудови во ова и во други списанија.

Спомени, признанија и награди

Проф. И. Бикар ќе остане трајно во колективната меморија и историјата на МФ-Скопје и на медицината во Македонија како хонорарен наставник



Корица на првиот учебник „Основи на ортопедијата на вилиците“ од проф. Иван Бикар, објавен од Српското лекарско друштво, Белград, 1962 г.

по ортодонција на Одделот за стоматологија при МФ-Скопје од 1964-66 г. Неговиот придонес за развој на ортодонцијата и во поширока смисла, на стоматолошката дејност во Македонија, е од големо значење во период со голем недостиг на стоматолози и на стоматолошки наставни кадри во Републиката. Повеќе македонски стоматолози на специјализација и специјалисти по ортодонција биле упатувани на стручно усовршување кај проф. И. Бикар во Стоматолошкиот факултет во Белград.

За својата плодна и успешна дејност проф. Иван Бикар бил добитник на повеќе благодарници, признанија и награди од медицинските факултети во Скопје и во Ниш, од Стоматолошкиот факултет и Универзитетот во Белград, од Секцијата за ортодонција при Српското лекарско друштво и Сојузот на ортодонтски друштва на Југославија. Бил одликуван со Орден за заслуги за народ од III ред, Орден на трудот со црвено знаме и Орден за заслуги за народ со сребрени зраци.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

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

2. Гавриловиќ Вера, уредник. 25 Годишнина Стоматолошки факултет при Универзитетот во Белград 1948-1973. ФХИ „Галеника“ Белград, 1973.

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

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

4. Ивановски К, гл. уредник. 60 години Стоматолошки факултет Скопје 1959-2019. Стоматолошки факултет Скопје, 2019: 258.

5. 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.

6. Лесковац М, Форишковиќ А, Попов Ч, главни уредници. Српски биографски речник, том. 1, А-Б. [На српски]. Матица Српска, Нови Сад, 2004: 537.

7. Накова М, главен и одговорен уредник. 50 години Стоматолошки факултет во Скопје 1959-2009 г. Стоматолошки факултет при УКИМ-Скопје, 2009: 232.

8. Ортодонтско здружение на Србија. За Ортодонтско здружение на Србија. Достапно на:

<http://www.ortodontisrbije.com/sr-el/ous>

9. Стоматолошки факултет при Универзитетот во Белград. Оснивање и развој на Стоматолошкиот факултет во Белград. Достапно на:

<https://www.stomf.bg.ac.rs/o-fakultetu/istorijski-osvrt/>

10. 99 Schools Portal. Стоматолошки факултет, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ Скопје. Достапно на: <https://99schools.mk/stomatoloshki-fakultet?institutionId=63&type=formal>

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 54, октомври 2022 година

**ДИСТРИБУЦИЈА НА DIABETES MELLITUS ВО ПОДРАЧЈЕТО НА ЈЗУ ЦЕНТАР
ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ - БИТОЛА ЗА ПЕРИОД 2017-2021 ГОДИНА**

Јован П. Тодоровски

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 нејприсрасна рецензија. Одлучајќи 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, нејприфатливи интерпретации 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 пријателските на добрата клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научно истражување и за стекнување 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 117 од декември 2022 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 ноември 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.

Дистрибуција на Diabetes Mellitus во подрачјето на ЈЗУ Центар за јавно здравје - Битола за период 2017-2021 година

Јован П. Тодоровски

ЈЗУ Центар за јавно здравје - Битола
Одделение за социјална медицина

Апстракт

Цел

Да се прикаже дистрибуцијата на дијабетес мелитус на подрачјето на ЈЗУ ЦЈЗ - Битола за период од пет години (2017-2021) преку системот "Мој термин".

Материјал и методи

Како материјал се користени податоци од пристигнатите пријави до Управата за електронско здравство "Мој термин" од 2017 до 2021 година кои припаѓаат на ЈЗУ ЦЈЗ - Битола и податоци од Државниот завод за статистика. Користен е метод на дескриптивна анализа.

Резултати

Со воведувањето на "Мој термин" и електронското евидентирање на дијабетесот, од 2017 година се следи растечки тренд на пријавување на територијата на ЈЗУ ЦЈЗ - Битола. Во 2017 година биле пријавени 1115 заболени, во 2018 година 6733, во 2019 година 7057, во 2020 година 8255 и во 2021 година 9739. Во 2017 година бројот на реализирани пријави бил 24%, а во 2021 година 80%. Застапеноста на мажите е 44% наспроти жените (56%) во периодот 2017-2021. Најголем број заболени биле со шифра E11 до E11.9 (98%). Најголем број на пријавени во 2021 година биле на возраст од 61 до 75 години (52%). Преваленција во ЦЈЗ Битола за 2021 година изнесува 6,3% според регистрираните пријави, највисока од 71 до 85 години (18% до 21%). Според терапијата, во 2021 година на диета биле 356 пациенти (3%), на орална терапија биле 7468 (77%) и на инсулин биле 1915 пациенти (20%).

Заклучок

Ефективното пријавување на дијабетесот преку "Мој термин" придонесува во креирањето и спроведувањето на превентивни мерки за да се намали бројот на заболени од дијабетес и оптоварувањето на здравствениот систем.

Клучни зборови:

Преваленција, дијабетес, "Мој термин", евидентирање, електронски, Битола.

Вовед

Дијабетес мелитус (ДМ) е хронична болест која се карактеризира со абнормални нивоа на шеќер во крвта и претставува растечка закана по здравјето на луѓето. Над 33 милиони луѓе во Европската унија (ЕУ) страдаат од дијабетес. Според податоците на Интернационалната федерација за дијабетес (International Diabetes Federation - IDF), апсолутниот број на лица со дијабетес во ЕУ се очекува да се зголеми на приближно од 33 милиони во 2010 година, а на 38 милиони во 2030 година. ⁽¹⁾

Дијабетесот се јавува кога панкреасот повеќе не е во состојба да произведува инсулин или кога телото не може добро да го искористи инсулинот кој е произведен. Неможноста да се произведе инсулин или истиот да се користи ефикасно доведува до покачени нивоа на гликоза во крвта (хипергликемија). Долгорочно високите нивоа на гликемија се поврзани со хронични компликации и откажување на различни органи и ткива. ⁽²⁾

Постојат три главни типа на дијабетес - тип 1, тип 2 и гестациски.

Дијабетес тип 1 може да се развие на која било возраст, но најчесто се јавува кај деца и адолесценти. Кај дијабетес тип 1, панкреасот произведува многу малку или воопшто не произведува инсулин, што значи дека е потребно дневни инјекции на инсулин за да се одржи нивото на гликоза во крвта под контрола. ⁽²⁾

Дијабетесот тип 2 е почест кај возрасните и сочинува околу 90% од сите случаи на дијабетес. Кај дијабетес тип 2, телото не го искористува добро инсулинот што се произведува. Основа на третманот на дијабетес тип 2 е здравиот начин на живот, вклучувајќи зголемена физичка активност и здрава исхрана. Сепак, со текот на времето, кај повеќето пациенти со дијабетес тип 2 ќе има потреба од орални антидијабетици и/или инсулин за да го одржат нивото на гликоза во крвта под контрола. ⁽²⁾

Гестацискиот дијабетес (ГДМ) е тип на дијабетес кој се карактеризира со висока гликоза во крвта за време на бременоста и е поврзан со компликации и кај мајката и кај детето. ГДМ обично исчезнува по бременоста, но засегнатите жени и нивните деца се изложени на зголемен ризик да развијат дијабетес тип 2 подоцна во животот. ⁽²⁾

Прибирањето на податоци за заболени од дијабетес претставува основа за проценка на тежината на проблемот од ова заболување, за програмирање и евалуација на примарната превенција, детекција, дијагностика, лекување, како и основа за планирање на здравствената заштита, обезбедување на средствата за лекаства, опрема и итн. Истовремено, сите клинички и епидемиолошки студии во земјата како и

Стручни и научни трудови

разни мултисекторски и меѓународни проекти се базираат на следењето на ова заболување. ⁽³⁾

Пријавувањето на пациентите во Управата за електронско здравство “Мој термин” е од страна на овластени лица, лекари во амбулантно-поликлиничките и стационарните здравствени установи, каде се дијагностицираат и лекуваат заболени лица од дијабетес. Дијагнозите за дијабетес се шифрираат според Меѓународна статистичка класификација на болестите и сродните здравствени проблеми – Десетта ревизија (МКБ - 10), којашто овозможува да се евидентираат и компликациите на дијабетесот. ⁽³⁾

Според МКБ – 10, дијагнозите поврзани со ДМ се во Глава IV “Ендокрини, нутритивни и метаболички болести (E00–E89)” во групата: E09–E14 Нарушена регулација на гликоза и дијабетес мелитус. ⁽⁴⁾

Собраните податоци преку “Мој термин”, понатаму се распределуваат до соодветниот Центар за јавно здравје за територијата за која е создаден. Всушност, пријавата за соодветниот пациент кој боледува од ДМ се распределува во соодветниот Центар за јавно здравје, според неговата адреса на живеење.

Пристигнатите податоци (пријави) во соодветниот Центар за јавно здравје се обработуваат од страна на Одделението за социјална медицина.

Пријавите што се уредно пополнети се препраќаат до Институтот за јавно здравје на Република Северна Македонија и влегуваат во Регистарот за шеќерна болест, додека неуредно пополнетите пријави се враќаат до соодветниот испраќач да изврши корекција.

Согласно Законот за евиденциите од областа на здравството, Програмата за статистички истражувања и Програмата за превентивна здравствена заштита, Институтот за јавно здравје на Република Северна Македонија има обврска да води Регистар на заболени лица од шеќерна болест. Истиот е воведен од 1996 година во Секторот за социјална медицина при Републички завод за здравствена заштита – Скопје. ⁽³⁾

Податоците потребни за водење на Регистарот се добиваат преку пополнета пријава, Образец МЗС - 02: Индивидуален извештај за шеќерна болест, утврдена со Законот за евиденциите од областа на здравството (Службен весник на Р М бр. 20/2009). ⁽⁵⁾

Индивидуалните пријави за лица заболени од дијабетес се собрани од здравствените установи преку статистичките служби на центрите за јавно здравје (ЦЈЗ) во Република Северна Македонија и доставени до Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија. ⁽³⁾

Во 2017 година е воспоставен електронски начин на пополнување на пријави за шеќерна болест кои се доставуваат до Управата за електронско здравство.

Институтот за јавно здравје ги користи податоците како финален извештај или база на податоци што треба да се обработи во форма на публикација како Регистар за шеќерна болест.

Поради навремена интервенција и подобрување на пријавувањето на лица заболени од дијабетес, а со цел да се изврши контрола на електронското пополнување на пријавите за дијабетес по однос на квантитет и квалитет, потребно е

да се изврши анализа на здравствените установи, кои од нив воопшто не доставувале пријави и/или пријавиле многу мал број заболени во однос на бројот колку биле лекувани кај нив. ⁽³⁾

Цел

Да се прикаже дистрибуцијата на Diabetes mellitus на подрачјето на ЈЗУ ЦЈЗ – Битола, за период од пет години, односно периодот 2017-2021 година, согледано преку системот “Мој термин”.

Материјал и методи

Користени се податоци од пополнетите и испратените пријави за шеќерна болест до Управата за електронско здравство “Мој термин”. ⁽⁶⁾

Податоците се однесуваат за временскиот период од 2017 до 2021 година (пет години) податоци кои припаѓаат на ЈЗУ Центар за јавно здравје – Битола (ЈЗУ ЦЈЗ -Битола), користени се податоци од Државен завод за статистика, (база на податоци МакСтат). ⁽⁷⁾

ЈЗУ ЦЈЗ - Битола е основана за подрачјето на општините Битола, Новаци, Могила, Демир Хисар, Ресен и Кичево. ⁽⁸⁾

Користен е дескриптивен метод за анализа на податоци.

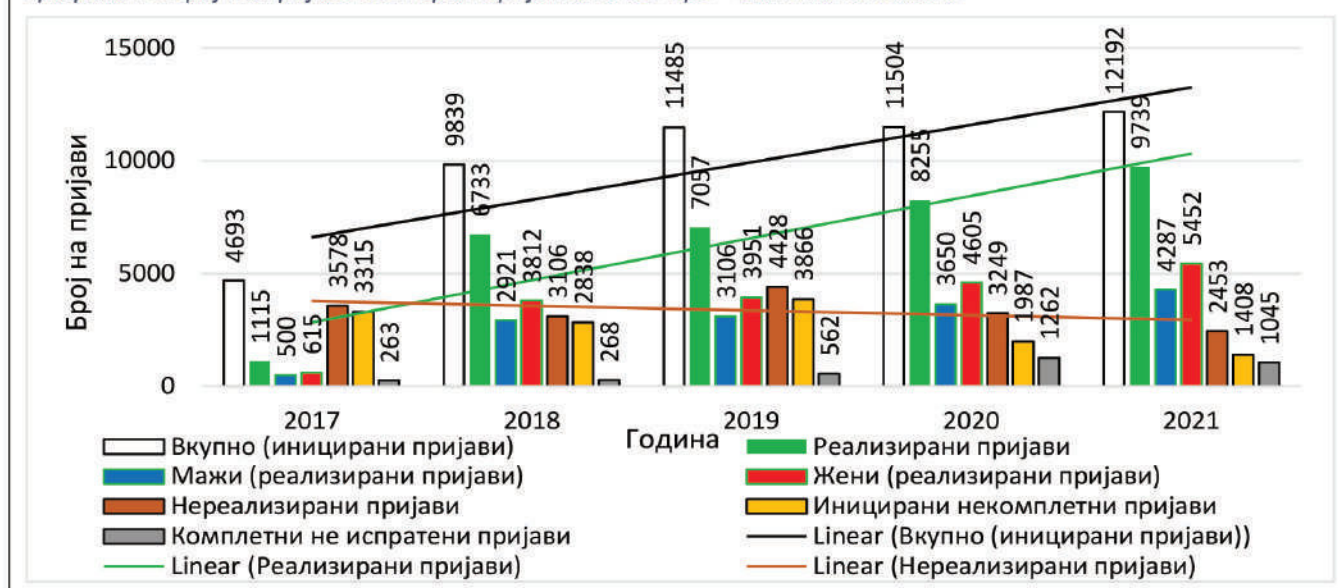
Резултати

Бројот на иницирани пријави за ДМ во територијата на ЈЗУ ЦЈЗ - Битола во периодот 2017-2021 година распределени по години е следната:

- Во 2017 година се иницирани вкупно 4693 пријави, од нив реализирани се 1115 пријави 24% (500 мажи 45% и 615 жени 55%), а нереализирани се 3578 пријави 76% (3315 иницирани, некомплетни пријави и 263 комплетни не испратени пријави).
- Во 2018 година се иницирани вкупно 9839 пријави од нив реализирани се 6733 пријави 68% (2921 мажи 43% и 3812 жени 57%), а нереализирани се 3106 пријави 32% (2838 иницирани, некомплетни пријави и 268 комплетни не испратени пријави).
- Во 2019 година се иницирани вкупно 11485 пријави од нив реализирани се 7057 пријави 61% (3106 мажи 44% и 3951 жени 56%), а нереализирани се 4428 пријави 39% (3866 иницирани, некомплетни пријави и 562 комплетни не испратени пријави).
- Во 2020 година се иницирани вкупно 11504 пријави од нив реализирани се 8255 пријави 72% (3650 мажи 44% и 4605 жени 56%), а нереализирани се 3249 пријави 28% (1987 иницирани, некомплетни пријави и 1262 комплетни не испратени пријави).
- Во 2021 година се иницирани вкупно 12192 пријави од нив реализирани се 9739 пријави 80% (4287 мажи 44% и 5452 жени 56%), а нереализирани се 2453 пријави 20% (1408 иницирани, некомплетни пријави 57% и 1045 комплетни не испратени пријави 43%).

Прикажано на Графикон 1.

Графикон 1 Број на пријави во територијата на ЈЗУ ЦЈЗ – Битола по години



Од Графикон 1 може да се истакне дека вкупниот број на иницирани пријави постојано е во пораст и тренд линијата е во нагорен тренд од лево долу кон десно горе. Исто така бројот на реализирани пријави е во постојан пораст и тренд линијата е во насока лево долу, десно горе додека тренд линијата на нереализирани пријави е во благо опаѓање до лево горе кон десно долу. Апсолутниот број на иницирани пријави до 2019 година е во пораст за 126% за потоа во 2020 - 2021 година да порасне само 6,2%.

Бројот на реализирани пријави за ДМ во територијата на ЈЗУ ЦЈЗ - Битола во периодот 2017-2021 година распределени по општини и години е следната:

Во Општина Битола во 2017 година се реализирани 905 пријави (413 се мажи и 492 жени); во 2018 година се реализирани 3756 пријави (1708 мажи и од 2048 жени); во 2019 година се реализирани 4210 пријави (1928 мажи и 2282 жени); во 2020 година се реализирани 4852 пријави (2226 се мажи и 2626 жени); додека во 2021 година се реализирани 5153 пријави (2341 се мажи 45% и 2812 жени 55%) од коишто:

- Со дијагноза E10 до E10.9 се вкупно 99 заболени 15% (55 мажи 56% и 44 жени 44%);
- Со дијагноза E11 до E11.9 се вкупно 5050 заболени 84% (2285 мажи 45 % и 2765 жени 55%);
- Со дијагноза E13 до E13.9 се вкупно 3 заболени 1% (1 маж и 2 жени);
- Со дијагноза O24 до O24.4 е вкупно 1 заболел (1 жена);
- на диета се 203 заболени (91 мажи 45% и 112 жени 55%), од нив 4 е со тип 1 дијабетес и 198 со тип 2 дијабетес и 1 со Q24;
- на орална терапија 3819 (1719 мажи 45% и 2100 жени 55%), од нив 25 е со тип 1 дијабетес и 3794 со тип 2 дијабетес и 3 со E11-E14;
- на инсулин 1131 заболени (531 мажи 47% и 600 жени 53 %), од нив 70 со тип 1 дијабетес и 1061 со тип 2 дијабетес.

Во Општина Демир Хисар во 2017 година се реализирани 42 пријави (19 се мажи и 23 жени); во 2018 година се реали-

зирани 279 пријави (108 мажи и 171 жени); во 2019 година се реализирани 235 пријави (90 мажи и 145 жени); во 2020 година се реализирани 346 пријави (134 мажи и 212 жени); во 2021 година се реализирани 434 пријави (191 мажи 44% и 243 жени 56%) од коишто:

- Со дијагноза E10 до E10.9 се вкупно 2 заболени 0% (1 маж 50% и 1 жена 50%)
- Со дијагноза E11 до E11.9 се вкупно 432 заболени 100% (190 мажи 44% и 242 жени 56%);
- на диета се 16 заболени (15 мажи 94% и 1 жена 6%), сите со тип 2 дијабетес;
- на орална 374 (160 мажи 43% и 214 жени 57%), сите со тип 2 дијабетес;
- на инсулин 44 заболени (16 мажи 36% и 28 жени 64%), од нив 2 е со тип 1 дијабетес и 42 со тип 2 дијабетес.

Во Општина Кичево во 2017 година се реализирани 68 пријави (25 се мажи и 43 жени); во 2018 година се реализирани 2018 пријави (794 мажи и 1224 жени); во 2019 година се реализирани 1970 пријави (799 мажи и 1171 жени); во 2020 година се реализирани 1960 пријави (765 мажи и 1195 жени); во 2021 година се реализирани 3023 пријави (1240 мажи 41% и 1783 жени 59%) од коишто:

- Со дијагноза E10 до E10.9 се вкупно 46 заболени 2% (23 мажи 50% и 23 жени 50%);
- Со дијагноза E11 до E11.9 се вкупно 2974 заболени 98% (1217 мажи 41% и 1757 жени 59%);
- Со дијагноза E13 до E13.9 се вкупно 2 заболени 0% (2 жени);
- Со дијагноза O24 до O24.4 се вкупно 1 заболел 0% (1 жена);
- на диета се 95 заболени (37 мажи 39% и 58 жени 61%), од нив еден со тип 1 дијабетес и еден со O24.4;
- на орална 2469 (1012 мажи 41% и 1457 жени 59%), од нив 11 е со тип 1 дијабетес и 2456 со тип 2 дијабетес и 2 со E13-E14;

Стручни и научни трудови

• на инсулин 459 заболени (191 мажи 42% и 268 жени 58%), од нив 34 е со тип 1 дијабетес и 425 со тип 2 дијабетес.

Во Општина Могила во 2017 година се реализирани 15 пријави (5 се мажи и 10 жени); во 2018 година се реализирани 153 пријави (71 мажи и 82 жени); во 2019 година се реализирани 133 пријави (58 мажи и 75 жени); во 2020 година се реализирани 130 пријави (67 мажи и 63 жени); во 2021 година се реализирани 255 пријави (117 мажи 46% и 138 жени 54%) од коишто:

- Со дијагноза E10 до E10.9 се вкупно 5 заболени 2% (5 мажи 100%);
- Со дијагноза E11 до E11.9 се вкупно 250 заболени 98% (112 мажи 45% и 138 жени 55%);
- на диета се 5 заболени (3 мажи 60% и 2 жени 40%), од нив 1 со тип 1 дијабетес и 4 со тип 2 дијабетес;
- на орална 191 (86 мажи 45% и 105 жени 55%), од нив 2 е со тип 1 дијабетес и 189 со тип 2 дијабетес;
- на инсулин 59 заболени (28 мажи 47% и 31 жени 53%), од нив 2 е со тип 1 дијабетес и 57 со тип 2 дијабетес.

Во Општина Новаци во 2017 година се реализирани 77 пријави (35 се мажи и 42 жени); во 2018 година се реализи-

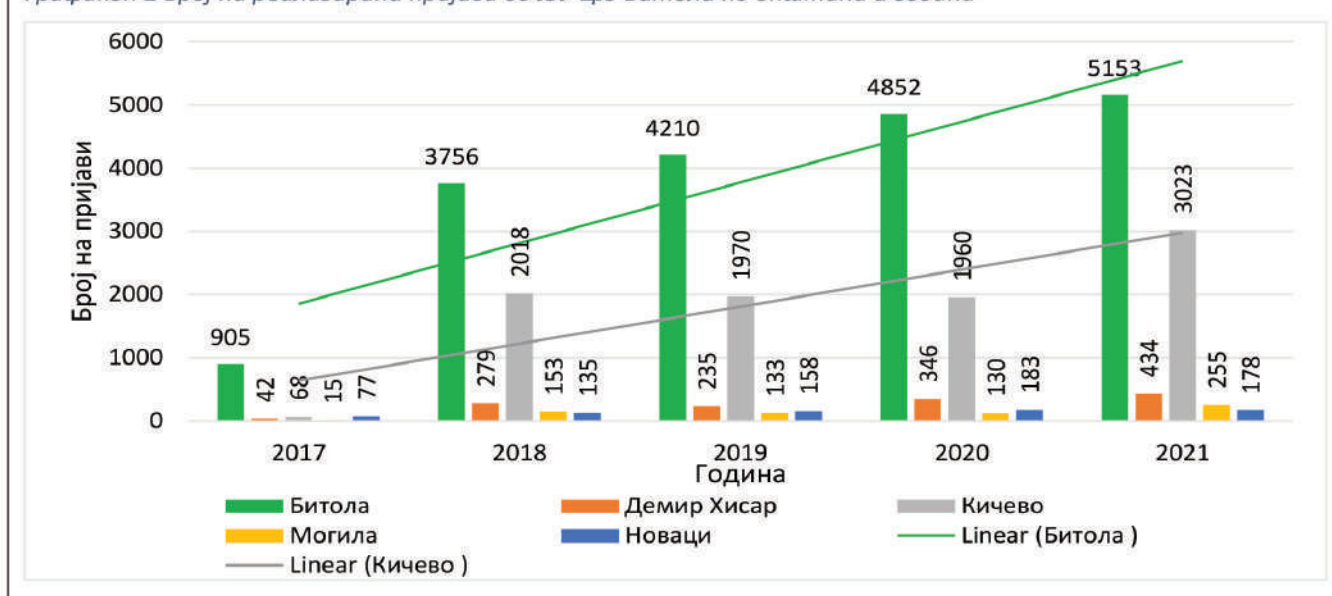
- на орална 131 (67 мажи 51% и 64 жени 49%), еден со тип 1 дијабетес, а 130 со тип 2 дијабетес;
- на инсулин 42 заболени (14 мажи 33% и 28 жени 67%), сите со тип 2 дијабетес.

Во Општина Ресен; во 2017 година се реализирани 8 пријави (3 се мажи и 5 жени); во 2018 година се реализирани 392 пријави (171 мажи и 221 жени); во 2019 година се реализирани 351 пријави (156 мажи и 195 жени); во 2020 година се реализирани 784 пријави (367 мажи и 417 жени); во 2021 година се реализирани 696 пријави (314 мажи 45% и 382 жени 55%) од коишто:

- Со дијагноза E10 до E10.9 се вкупно 28 заболени 4% (10 мажи 36% и 18 жени 64%);
- Со дијагноза E11 до E11.9 се вкупно 668 заболени 96% (304 мажи 46% и 364 жени 54%);
- на диета се 32 заболени (16 мажи 50% и 16 жени 50%), сите со тип 2 дијабетес;
- на орална 484 (222 мажи 46% и 262 жени 54%), 8 со тип 1 дијабетес, а 476 со тип 2 дијабетес;
- на инсулин 180 заболени (76 мажи 42% и 104 жени 58%), од нив 20 е со тип 1 дијабетес и 160 со тип 2 дијабетес.

Горенаведените резултати се прикажани на Графикон 2.

Графикон 2 Број на реализирани пријави во ЈЗУ ЦЈЗ Битола по општина и години



рани 135 пријави (69 мажи и 66 жени); во 2019 година се реализирани 158 пријави (75 мажи и 83 жени); во 2020 година се реализирани 183 пријави (91 мажи и 92 жени); во 2021 година се реализирани 178 пријави (84 мажи 47% и 94 жени 53%) од коишто:

- Со дијагноза E10 до E10.9 се вкупно 1 заболени 1% (1 маж 100%);
- Со дијагноза E11 до E11.9 се вкупно 177 заболени 99% (83 мажи 47% и 94 жени 53%);
- на диета се 5 заболени (3 мажи 60% и 2 жени 40%), сите со тип 2 дијабетес;

Од Графикон 2 може да се заклучи дека се следи постојан раст на реализирани пријави во сите општини во тек на годините. Треба да се истакне дека со најстрмен раст се карактеризира тренд линијата на општина Битола во споредба со останатите општини.

Според Државниот завод за статистика во регионот на ЈЗУ ЦЈЗ Битола живеат вкупно 154397 жители (85164 во Битола, 7260 во Демир Хисар, 39669 во Кичево, 5283 во Могила, 2648 во Новаци, 14373 во Ресен). Жители постари од 100 години се 5 (3 жени 2 мажи) и тоа: Битола (2 жени), Кичево (1 жена 1 маж), Ресен (1 маж). ⁽⁷⁾ Во регионот за 2021 година се регис-

трирани 9739 пријави (4287 мажи 44% и 5452 жени 56%).

Бројот на реализирани пријави за ДМ во регионот на ЈЗУ ЦЈЗ Битола за 2021 година по возрастни групи е следен: од 0-5 години. 2 пријави (0 мажи 2 жени); од 6-10 години. 6 пријави (2 мажи 4 жени); од 11-15 години. 14 пријави (5 мажи 9 жени); од 16-20 години. 15 пријави (8 мажи 7 жени); од 21-25 години. 26 пријави (13 мажи 13 жени); од 26-30 години. 26 пријави (15 мажи 11 жени); од 31-35 години. 47 пријави (29 мажи 18 жени); од 36-40 години. 130 пријави (69 мажи 61 жени); од 41-45 години. 242 пријави (136 мажи 106 жени); од 46-50 години. 403 пријави (225 мажи 178 жени); од 51-55 години. 780 пријави (400 мажи 380 жени); од 56-60 години. 1198 пријави (540 мажи 658 жени); од 61-65 години. 1691 пријави (776 мажи 915 жени); од 66-70 години. 1851 пријави (825 мажи 1026 жени); од 71-75 години. 1511 пријави (613 мажи 898 жени); од 76-80 години. 946 пријави (347 мажи 599 жени); од 81-85 години. 590 пријави (194 мажи 396 жени); од 86-90 години. 212 пријави (71 мажи 141 жени) и од 91-95 години. 49 пријави (19 мажи 30 жени).

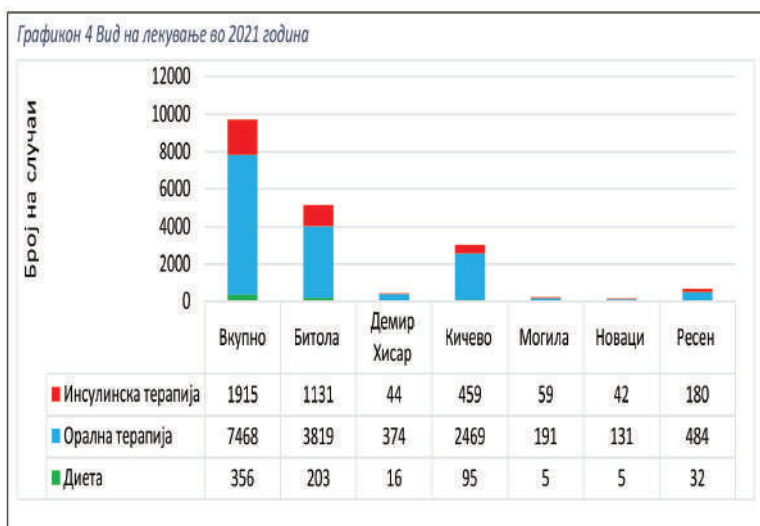
Од горенаведените податоци, ако се направи споредба со бројот на жители за 2021 година и бројот на иницирани пријави кој изнесува 12192, ќе добиеме преваленција на заболени 7,9%, а доколку се направи споредба со регистрирани пријави за 2021 година (9739), тогаш ќе добиеме преваленција од 6,3%.

Преваленција од реализираните пријави во возрастните групи е следна: од 0-5 години. 0,02%; од 6-10 години. 0,08%; од 11-15 години. 0,18%; од 16-20 години. 0,19%; од 21-25 години. 0,31%; од 26-30 години. 0,27%; од 31-35 години. 0,45%; од 36-40 години. 1,16%; од 41-45 години. 2,32%; од 46-50 години. 3,96%; од 51-55 години. 7,18%; од 56-60 години. 10,28%; од 61-65 години. 13,75%; од 66-70 години. 17,73%; од 71-75 години. 20,89%; од 76-80 години. 19,24%; од 81-85 години. 18,16%; од 86-90 години. 14,29%; од 91-95 години. 14,98% и од 96-100 години 0%. Прикажано на Графикон 3.



Ако се направи споредба во самите возрастни групи во однос на возрастните групи на населението може да се заклучи дека највисока преваленција има во возрастната група од 71-75 години (20,89%), по неа следат 76-80 години (19,24%) и 81-85 години (18,16%), а најниска преваленција е во групата 0-5 години (0,02%) по неа следат 6-10 години (0,08%) и 11-15 години (0,18%). Возрасната работоспособна група од 25 до 65 години учествува со (46,06%).

Во однос на терапијата на која биле поставени пациентите со ДМ во регионот на ЈЗУ ЦЈЗ Битола во 2021 година, на дијета биле 356 пациенти (3%), на орална терапија биле најголем број од пациентите 7468 (77%) и на инсулинска терапија биле 1915 пациенти (20%). Прикажано на Графикон 4



Дискусија

Со воведување на Управата за електронско здравство “Мој термин” и електронското евидентирање на пријавите за шеќерна болест, од 2017 година се следи растечки тренд на пријавување на територијата на ЈЗУ ЦЈЗ – Битола.

До 2019 година па сè до 2021 година се следи приближно ист број на иницирани пријави, а додека бројот на реализирани пријави е во пораст. Во 2017 година бројот на реализирани пријави бил 24%, а во 2021 година 80%. Застапеноста на мажи наспроти жени во периодот 2017-2021 е 44% мажи наспроти 56% жени.

Најголем број на заболени се со дијагноза според МКБ -10, Е 11 до Е11.9 (98%), следат Е 10 до Е10.9 (2%). Со дијагноза гестациски дијабетес (О 24) се пријавени две пациентки.

Најголем број на пријавени во 2021 година има во возрастните групи од 61 до 75 години (52%).

Преваленција во РСМ во 2020 година изнесува 6,3%.⁽³⁾ додека во ЈЗУ ЦЈЗ Битола, според регистрираните пријави за 2021 година, изнесува 6,4%.

Најголема преваленција во 2021 година има во возрастните групи од 71 до 85 години помеѓу 18% до 21%, а најниска преваленција има до 0 до 35 годишна возраст со максимална вредност од 0,45%.

Стручни и научни трудови

Според Центарот за контрола и превенција на болести (CDC) во Соединетите Американски Држави (САД) има 37,3 милиони луѓе со дијабетес (11,3% од населението). Дијагностицирани се 28,7 милиони луѓе, вклучувајќи 28,5 милиони возрасни. Недијагностицирани се 8,5 милиони луѓе (23,0% од возрасните се недијагностицирани).⁽⁹⁾

Според последните податоците доставени од земјите до СЗО во HFA – DB преваленција во земјите на опкружувањето е следна: Албанија во 2017 година 2,5%; Босна и Херцеговина во 2019 година 3,9%; Бугарија во 2000 година 1,7%; Франција во 2016 година 4,9%; Грција во 2015 година 0,1%; Германија во 2012 година 5,6%; Руска Федерација во 2020 година 3,5%; Словенија во 2020 година 5,6%; Велика Британија во 2019 година 5,9%.⁽¹⁰⁾

Според податоците објавени во Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, во 2020 година апсолутниот број на лица со дијабетес е следна: во 2015 година се регистрирано 103480 пациенти со ДМ, во 2016 година 108130 пациенти, во 2017 година 114408, во 2018 година 119999 и во 2019 година 124450 пациенти со ДМ. Застапеноста на тип 2 дијабетес е 95% додека тип 1 е застапен со 4,1%, додека останатите 0,9% имаат гестациски или секундарен дијабетес. Состојбата со тип 2 во годините од 2015 до 2019 е следна: 4,97% во 2015 година, 5,19% во 2016 година, 5,49% во 2017 година, 5,76% во 2018 година и 6,12% во 2019 година.⁽¹¹⁾

Во 2017 година, приближно 462 милиони лица беа погодени од дијабетес тип 2 што одговара на 6,28% од светската популација (4,4% од оние на возраст од 15-49 години, 15% од оние на возраст од 50-69 и 22% од оние на возраст од 70+) или стапка на преваленција од 6059 случаи на 100.000. Над еден милион смртни случаи годишно може да се припишат само на дијабетес, што го прави деветта водечка причина за смртност.

Тежината на дијабетес мелитус се зголемува на глобално ниво и со многу побрзо темпо во развиените региони, како што е Западна Европа. Глобалната преваленција на дијабетес тип 2 се предвидува да се зголеми на 7079 лица на 100.000 жители до 2030 година, што одразува континуиран пораст во сите региони во светот.⁽¹²⁾

Според Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), дијабетесот е на четврто место како причина за смрт во РСМ во периодот 2009-2019.⁽¹³⁾

Ефективното пријавување на дијабетесот преку “Мој термин” прдонесува да се подобри ефикасноста на евидентирањето на ова заболување во нашиот здравствениот систем.

Од ова полза треба да имаат и заболените и здравствениот систем. Целта е, преку спроведување и креирање на политики за преземање на превентивни мерки во смисла на едукација на заболените, но и на здравото население за здрав начин на живот, правилна исхрана, спортување и слично, да се намали и растечкиот број на заболени од дијабетес и оптоварувањето на здравствениот систем.

Референци

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Diabetes - EU research on diabetes. [cited 2022 August. Available from: https://ec.europa.eu/info/research-and-innovation/research-area/health-research-and-innovation/diabetes_en.
2. International Diabetes Federation. What is diabetes. [cited 2022 August. Available from: <https://www.idf.org/aboutdiabetes/what-is-diabetes.html>.
3. Институт за јавно здравје на Република С. Македонија. Регистар за шеќерна болест. Скопје [cited 2022 август. Достапно од: <http://iph.mk/wp-content/uploads/2021/08/Sekerna-bolest-2020.pdf>.
4. Фонд за здравствено осигурување на РСМ. Меѓународна статистичка класификација на болести и поврзани здравствени проблеми, десетта ревизија, австралиска модификација. Скопје. Достапно од: <https://fzo.org.mk/WBStorage/Files/MKB100.pdf>.
5. Службен весник на РСМ, Бр. 20/2009. Закон за евиденција во областа на здравството. Скопје. Достапно од: <https://www.slvesnik.com.mk/Issues/5CDBCF19C34EA947ACDF12A99D7E99FF.pdf>.
6. Управа за електронско здравство.. Достапно од: http://mojtermin.mk/health_workers.
7. Државен завод за статистика. База на податоци МакСтат. [cited 2022 август. Достапно од: http://makstat.stat.gov.mk/PXWeb/pxweb/mk/MakStat/MakStat_Popisi_Popis2021_NaselenieVkupno_Naselenie_VozrastPol/T1019P21.px/?rxid=46ee0f64-2992-4b45-a2d9-cb4e5f7ec5ef.
8. Центар за јавно здравје - Битола.. Достапно од: <https://cjzbt.org.mk>.
9. Centers for Disease Control and Prevention. National Diabetes Statistics Report. Atlanta [cited 2022 August. Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/data/statistics-report/index.html>.
10. WHO. HFA-DB. Prevalence of diabetes mellitus. [cited 2022 August. Available from: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_379-2370-prevalence-of-diabetes-mellitus/.
11. Ahmeti I, Bitovska I, Markovic SM, Sukarova-Angelovska E, Jovanovska-Misevska S, Kocinski G. [Growing Prevalence and Incidence of Diabetes in Republic of Macedonia in the Past 5 Years Based on Data from the National System for Electronic Health Records. Open Access Maced J Med Sci [Internet]. 2020 Sep. 30 [cited 2022 Sep. 28];8(B):643-5.]. Available from: <https://oamjms.eu/index.php/mjms/article/view/5071>.
12. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa J, Al Kaabi J. Epidemiology of Type 2 Diabetes - Global Burden of Disease and Forecasted Trends [Epidemiol Glob Health].; 2020. March. Available from: <https://doi.org/10.2991/jege.h.k.191028.001>.
13. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). North Macedonia. [cited 2022 August. Available from: <https://www.healthdata.org/macedonia>.

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

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

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

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

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

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

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

Едиторите може да бараат авторите да го оправдаат авторството.

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

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

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

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

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

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

Стручни и научни трудови

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

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

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

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

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

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

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

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

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

КНИГИ И ДРУГИ МОНОГРАФИИ

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

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

табела треба да биде цитирана во текстот.

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

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

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

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

НАПОМЕНА

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

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

German Standards



BRAND OF 2022
THE CENTURY



www.deutsche-standards.de



RAMIPRIL / AMLODIPIN PLIVA

МОЌНА СИНЕРГИЈА ЗА СПАС НА СРЦЕТО!

- ✓ Комбинацијата делува на различни физиолошки системи⁴
- ✓ Ги блокира контрарегулаторните механизми⁴
- ✓ Подобра ја лекува умерената и тешка хипертензија⁴
- ✓ Го намалува променливиот одговор на монотерапија⁴
- ✓ Ги намалува несаканите ефекти⁴
- ✓ Комбинација на златни стандарди за антихипертензивен третман^{1,2}
- ✓ Подобра соработка и контрола на пациентите³

Препорачана доза - една капсула дневно.

Највисока дневна доза - една капсула 10mg / 10mg

РАМИПРИЛ / АМЛОДИПИН ПЛИВА - тврди капсули:

30 x (5 mg + 5 mg), 30 x (5 mg + 10 mg), 30 x (10 mg + 5 mg), 30 x (10 mg + 10mg)

Литература:

1. Berlaumont V, et al. Lessons from ONTARGET. Acta Clin Belg. 2008 May-Jun; 63(3):142-51.
2. Neutel J, Smith DH. Evaluation of angiotensin II receptor blockers for 24-hour blood pressure control: meta-analysis of a clinical database. J Clin Hypertens (Greenwich). 2003 Jan-Feb;5(1):58-63.
3. Gupta A et al. Hypertension 2010; 55:399-407
4. Sever. P. Messerli FH. Eur Heart J 2011;32:2499-506

НАПОМЕНА: Збирен извештај за особините на лекот RAMIPRIL/AMLODIPIN PLIVA 5 mg/5mg; RAMIPRIL/AMLODIPIN PLIVA 5 mg/10mg; RAMIPRIL/AMLODIPIN PLIVA 10mg/5 mg; RAMIPRIL/AMLODIPIN PLIVA 10mg/10mg е достапен на барање и на сајтот: www.malmed.gov.mk. Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет: RAMIPRIL/AMLODIPIN PLIVA капсула, тврда 11-1911/2; 11-1912/2; 11-1913/2; 11-1914/2 од 08.10.2019. Начин и место на издавање: се издава само со лекарски рецепт (P). Носител на одобрение: ПЛИВА дооел Скопје, Никола Парапунов б.б., Скопје. Тел. 02/3062702.

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

MULTI-MK-00159

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

PLIVA

teva