

година XXXIII • број 126 • март 2025



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

MEMANTIN PLIVA

филм-обложени таблети 30x10mg

memantine

MEMANTINE PLIVA

филм-обложени таблети 28x20mg

memantine



ВЧЕРА.



ДЕНЕС.



УТРЕ.

PLIVA  CNS

Напомена: Збирен извештај за особините на лековите MemantinPLIVA и Memantine Pliva е достапен на барање и на сајтот на Агенцијата за лекови и медицински средства МАЛМЕД (www.malmed.gov.mk). Датум на последна ревизија на текстот: декември 2018 (Мемантин Плива) и февруари 2020 (Мемантине Плива). Одобренија за ставање на лекот во промет: 11-100/2 (Мемантин Плива) и 11-240/2 (Мемантине Плива). Начин и место на издавање: на лекарски рецепт, во аптека. Носител на одобрение: ПЛИВА до о.е. Скопје, Никола Паралунов б.б., Скопје. Тел. 02/3062-702.

Датум на подготовка: јуни 2024, CNS-MK-00142





Патентиран производ на
Алкалоид АД Скопје

Соодветен избор
за лекување на
**рефлуксен
езофагитис и
ГЕРБ кај деца**



Lappoxo[®]

omeprazole

10 mg/15 ml и 20 mg/15 ml
перорален раствор



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјето е пред сè

- 8 | **Тема на бројот**
Лекарска комора одбележува 20 години од добивање на јавните овластувања
- 14 | **Актуелно**
Тие кои им помагаат на другите, неретко стануваат жртви
- 18 | **Македонско здравство**
Квалитетот на услугите на физикалната медицина и рехабилитација конкурентен во регионот
- 28 | **Гости(н) во Vox Medici**
Спец. д-р Цветанка Ѓеракароска Савевска:
Преку континуирана едукација и примена на нови методи се бориме да ги скршиме бариерите
- 34 | **Изданија**
За првпат промовирани комплетни Националните водичи за дијагноза и лекување на малигни и бенигни хематолошки заболувања
- 38 | **Наука**
Генетска револуција: CRISPR/Cas9 и борбата против наследните болести
- 44 | **Докторски приказни**
Проф. д-р Татјана Јосифова:
За Швајцарците зборот „импровизација“ е со непознато значење

Прилог: Стручни и научни трудови

- 00789 | **Diabetes mellitus во Општина Кичево за периодот 2018-2023 година**
Марија Ѓ. Торковска Петровска, Јован П. Тодоровски

Вашите пациенти што живеат со обезност имаат **волја**.
Вие може да им понудите **начин**.



Saxenda® е 97% слична со природниот GLP-1 хормон што делува во мозокот, намалувајќи го апетитот¹⁻³



Значително и одржливо намалување на телесната тежина^{1,2}



Добро утврден долгорочен безбедносен профил^{1,2}



Единствен лек регистриран за третман на обезност во РС Македонија

Референци: 1. Saxenda® Збирен извештај за особените на лекот. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-10710/2 од 06.02.2025. 2. le Roux CW, Astrup A, Fujioka K, et al; for the SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. 3 years of liraglutide versus placebo for type 2 diabetes risk reduction and weight management in individuals with prediabetes: a randomised, double-blind trial. Lancet. 2017;389(10077):1399-1409. 3. Secher A, Jelsing J, Baquero AF, et al. The arcuate nucleus mediates GLP-1 receptor agonist liraglutide-dependent weight loss. J Clin Invest. 2014;124(10):4473-4488.



Скенирајте го QR кодот за пристап до Збирниот извештај за особените на лекот.



Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
ул. „Никола Кљусев“ бр. 11, 1000 Скопје, РС Македонија
тел.: +389 2 5800 120
www.novonordisk.com, www.novonordisk.mk
MK25SX00003
Овој материјал е наменет само за здравствени работници.

Saxenda®
liraglutide injection



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

проф. д-р Калина Гривчева – Старделова

ИЗДАВАЧКИ СОВЕТ

д-р Калина Гривчева Старделова
д-р Беким Исмаили
д-р Висар Муча
д-р Љубомир Стефановски
д-р Маја Манолева
д-р Алберт Леши
д-р Илир Шурлани
д-р Лилија Чолакова Дервишова
д-р Дениел Поповски
д-р Мевлудин Куч
д-р Тодор Кичуков
д-р Дафина Карацова
д-р Илбер Бесими
д-р Кадри Хаџихамза
д-р Џабир Бајрами

КОМИСИЈА ЗА ИНФОРМАТИВНО -ПРОПАГАНДНА И ИЗДАВАЧКА ДЕЈНОСТ

ПРЕТСЕДАТЕЛ

д-р Оливер Алексовски

ЗАМЕНИК ПРЕТСЕДАТЕЛ

д-р Беким Татеши

ЧЛЕНОВИ

д-р Висар Лешко
д-р Миралем Јукиќ
д-р Лилјана Малиновска Николовска

УРЕДНИК

Мими Шушлеска Петкова

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Октај Омерагиќ

ЈАЗИЧНА РЕДАКЦИЈА

Јасминка М. Јанева

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ
ISSN 1409-8865

www.lkm.org.mk



Две децении успешна и посветена работа на акредитација на докторската дејност



**д-р Оливер
АЛЕКСОВСКИ,**

претседател на Комисија
за информативно -
пропагандна и
издавачка дејност

Лекарската комора, преку своите активности, повеќе од три декади обезбедува континуитет во залагањето за унапредување на сѐ што е важно за лекарите како и поддржување на квалитетот на здравствената заштита што ја добиваат пациентите. Најважен сеќмен во тие напори и активности е шокмуниментацијата на системот за акредитација на лекарската дејност, кој на иницијатива на Комората, почна да се применува пред 20 години, односно од 2005 година кога стана сила измението на Законот за здравствена заштита со кои на Комората ѝ се дадоа јавни овластувања да организира полагање на стручен испит, да издава, обновува, продолжува и одзема лиценци за работа како и да води Регистар на издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци.

Со акредитацијата практично се воспостави систем во кој не може секој да биде доктор, туку само оној кој ќе исполни соодветни услови со што ќе се потврди дека има професионална компетентност и квалификации. Зародишот за отпочнување на овој процес беше многу пред добивањето на овластувањата, веројатно уште од формирањето на самата Комора, кога лекарите имаа јасна визија за иднината и ја антиципираа важноста на воспоставување на систем за акредитација на професијата чиј носител ќе биде шокмуниментацијата на лекарската комора.

На почетокот, со недоверба се гледаше на тоа дали постои потреба да се има лиценци за работа, која е функцијата на континуираната медицинска едукација и дали еднаш дадената дозвола за работа треба да подлежи на процес на обновување.

Од денешен аспект, 20 години постоа, може да кажеме дека се направени висински чекори и поставена е цврста основа на која постоа ја развиваме професијата. Но, секое време носи свои предизвици. Зашто е важно секој индивидуално, но и сите заедно - колективно, да останеме доследни на одредбата за стручна, професионална и етичка докторска дејност и да не поткопаваме пред искривените вредности и прилици. Лекарската комора секогаш ќе биде тука да ги поддржи овие напори на докторите, но потребен е шокмуниментациен консензус за креирање здравствени политики кои ќе бидат поволни и за лекарите и за пациентите.

Со почит,

ЗНАЧАЕН ЈУБИЛЕЈ ВО КОМОРСКОТО РАБОТЕЊЕ

Оваа година Лекарска комора одбележува 20 години од добивањето на јавните овластувања за издавање на лиценци за работа на докторите на медицина, организирање на полагање стручен испит и акредитација на настаните од континуираната медицинска едукација, како дел од еден систем за акредитација што директно нè приближува до европските стандарди за медицинската професија. Акредитацијата претставува процес кој води кон формално признавање на знаењето, вештините и ставовите и претставува основа на која се издаваат лиценците за професионална активност на докторите. Овој процес подразбира оценување и следење на работата чија крајна цел е задоволување на потребните професионални стандарди.

Акредитација на докторите и особено нејзината имплементација, претставува и можност докторите преку своите професионални и еснафски здруженија активно да учествуваат во креирањето на професијата.

Процесот на добивање на овие овластувања траеше повеќе од 10 години, во кои Комората се изгради во кредибилно еснафско здружение. Законските измени беа донесени во 2004 година, додека првите лиценци се издадени во декември 2005 година. Со добивање на јавните овластувања, Комората и лекарската професија пристапуваат кон нова фаза од развојот преку воспоставување и развивање на систем за саморегулација и контрола на квалитетот.

Воспоставување на Комората како професионалната организација

Годинава, во јуни, ќе се одбележат 33 години од формирањето на Лекарска комора, што всушност беше и првиот чекор во насока на поттикнување на квалитетот на професионалното дејствување на докторите, заштитата на нивниот професионален интегритет и достоинство, градење на критериуми за соодветно наградување на докторската работа и обезбедување на достоинствен приход. Комората е формирана на иницијатива на Македонското лекарско друштво. Голем број на доктори одиграа активна и важна улога во воспос-

Лекарска комора 20 години од добивање на јавните овластувања

Процесот на добивање на овие овластувања траеше повеќе од 10 години. Законските измени беа донесени во 2004 година, додека првите лиценци се издадени во декември 2005 година

тавувањето и развојот на Комората меѓу кои и проф. д-р Алексај Дума, проф. д-р Јован Тофовски, проф. д-р Ратко Наумовски, проф. д-р Ерол Шабанов, д-р Петко Чадиковски, д-р Коста Секуловски, проф. д-р Мирко Спиоровски, проф. д-р Трајко Трајков, проф. д-р Ѓорѓи Ставриќ, д-р Страшо Наумовски, д-р Драган Филиповиќ, д-р Миодрaг Милутиновиќ, проф. д-р Магдалена Наумоска Жантева, д-р Панче Арсов, проф. д-р Владимир Борозанов, д-р Јордан Наумов, проф. д-р Милчо Пановски, проф. д-р Катица Зафировска, проф. д-р Никола Сизовски, проф. д-р Спасе Јовковски, д-р Салих Керими, проф. д-р Љубица Георгиевска Исмаил, проф. д-р Мира Кочова и многу други.

Од посебна помош беше и Олга Огњановска која со својот ангажман и искуство како правник, помогна идејата и размислувањата да се преточат во издржан правен документ. По конституирањето на Комората на 5 јуни 1992 година во салата на



поранешната Воена болница и формирањето на нејзините органи и тела, почнаа процеси за заживувањето на идеите за коморското работење и етаблирање на Комората како важен чинител во креирањето на здравствените политики.

Комората беше првата самостојна и независна професионална институција во државата во вистинска смисла на зборот. Нејзината цел беше, согласно примерите од развиениот демократски свет, да се

Комора одбележува добивање на статус



Свечено доделување на обновени лиценци

формира исклучиво како слободна, независна, непартиска професионална институција на докторите по медицина, исклучиво во интерес на градење на демократските и деонтолошките должности и права на докторите, нагласувајќи ја императивната потреба од нивен континуиран професионален, стручен и етички развој во согласност со светските норми и стандарди за добра медицинска практика и сè во интерес на заштита на правата на паци-

ентите од секој аспект – професионален, етички и социјален.

Законската регулатива од првите 10 години од институционализирањето на Комората не ја обврзуваше законодавната и извршната власт да ја консултираат Комората како професионалната асоцијација при носењето одлуки, креирањето на законските решенија и стратегии во здравството. И покрај тенденциите Комората да се држи на дистанца, како асо-

цијација успеа да се наметне, во што многу помогнаа медиумите кои ја разбраа суштината и прифатија идејата за Комора и коморско работење.

„Со помош на медиумите успеавме во јавноста да ги презентираме ставовите на Комората за тековните настани од областа на здравството. На ваков начин се создаде континуиран притисок врз структурите во законодавната и извршната власт, со постојани бранувања, дебати и изнесување на спротивставени мислења. Тоа беше и единствениот инструмент кој во тоа време ни беше на располагање за да почнат да не повикуваат и да не вклучуваат при носењето одлуки на Комисијата за здравство на Собранието на Р Македонија, Министерство за здравство, Фонд за здравствено осигурување, Светска банка“, вели проф. д-р Алексеј Дума, првиот претседател на Лекарска комора.

Процесот на доделување на надлежностите на Комората се одвиваше институционално, преку проект што го водеше Министерството за здравство, а беше ангажирана и странска консултантска фирма. Во рамките на активностите што се преземаа беа формирани и две тела, Извршно тело за одлуки и Совет за акредитација. Членови на Извршното тело за одлуки беа д-р Алексеј Дума, д-р Муарем Нечипи, д-р Фимка Тозија, д-р Катица Зафировска, д-р Радослав Наумовски, д-р Миле Царчев и Ангелина Бачановиќ. Во Совет за акредитација членуваа д-р Александар Блажевски, д-р Венера Митревска, д-р Роза Наумовска, д-р Агнеса Караколева и д-р Агим Рамадани. Овие тела имаа задача да направат ревизија на Законот за здравствена заштита во врска со лиценцирањето и акредитацијата, со цел дадените решенија да не приближат до стандардите на Европската Унија. Истовремено, требаше да се изготват правилници преку кои требаше да се изврши имплементација на законските решенија. Овие тела почнаа со работа во средината на 2001 година.

„Посебно сликовито се сеќавам на идејата, односно на концептирањето на системот на воведување на лиценца за работа, систем на акредитација, на формите за континуирана медицинска едукација на докторите, како еден од критериумите за исполнување на обврските кон пациентите согласно најновите сознанија во об-



Дodelување на првпат лиценци во 2005 година

ласта на медицината. Идејата беше да се пресликаат позитивните практики на ова поле од европските држави како Велика Британија, Австрија и Холандија, каде тоа веќе функционираше. За таа цел беа испратени група на доктори да направат анализа на процесот на лиценцирање и акредитација во тие земји. Факт е дека и за овој процес имаше отпор, дури и од некои колеги. Можеби тоа е и разбирливо ако се има предвид дека тогаш за првпат на овие простори се спомна зборот лиценца. Стана уште потешко кога почна да се дискутира за содржината и значењето на тој поим. Сепак, докторите, како луѓе кои се професионално “деформирани” за навремено и правилно носење одлуки пред сè во својата работа која тоа го налага за да можат брзо и ефикасно да донесат правилна дијагноза и да дадат соодветна терапија, и во оваа прилика ја покажаа својата рационалност, интелигенција, едуцираност и знаења. Ја покажаа својата определба за независно, професионално работење и континуирана професионална надградба согласно сите одредби со Хипократовата заклетва”, вели проф. д-р Дума.

Позитивно влијание за добивање на овластувањата имаа и меѓународните институции присутни во земјата, како

Светска банка, но и тоа што во Министерството за здравство имаше правници кои ја сфатија идеја и дадоа конструктивен придонес.

„Во првата фаза од процесот на лиценцирање беше важно да се ограничи пристапот во професијата на луѓе кои немаат соодветна стручна подготвеност и квалификации. На тој начин се штитевме од надрилекари кои тогаш беа присутни во голем број. Се штитевме и од дејствувањето на одредени организации кои ја комерцијализираа здравствената дејност“, вели проф. д-р Дума.

За одбележување е и тоа што првата лиценца за работа, во вистинската смисла на нејзиното значење воопшто, во нашата земја беше воведена токму од страна на Лекарска комора. По подолго време, концептот на лиценцирање почна да се воведува и во другите области, како вистинска формула за докажано и проверено минимално владеење со професионални стандарди.

Овластувањата почнаа да се применуваат во 2005 година

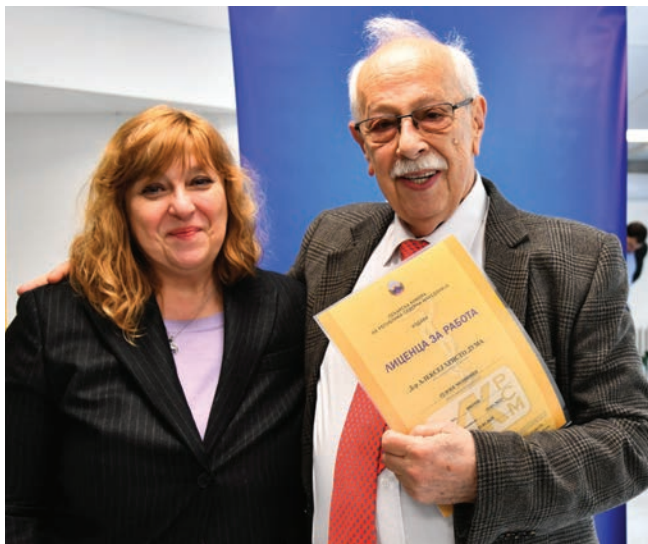
Собранието на Република Македонија на 25 февруари 2004 година го усвои Законот за измени и дополнувања на Законот за

здравствена заштита. Со измените и дополнувањата на Закон за здравствена заштита, Собранието пренесе дел од јавните овластувања на Лекарска комора на Република Македонија. Подзаконските акти, кои регулираат дел од овластувањата, ги подготви Лекарска комора и беа одобрени од министерот за здравство. Беа подготвени повеќе правилници меѓу кои и Правилник за облиците на континуирано стручно усовршување, критериумите за распоредување на облиците, критериумите за избор на спроведувачи на облиците на континуирано стручно усовршување и бодовите за обновување на лиценцата за работа на здравствените работници со високо образование од областа на медицината, Правилник за начинот на издавање, продолжување, обновување и одземање на лиценцата за работа и формата и содржината на образецот на лиценцата за работа на здравствените работници од областа на медицината, Правилник за стручниот испит на докторите на медицина и за издавање на основна лиценца, Правилник за формата, содржината и начинот на водење на Регистарот на издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци за работа на здравствени работници со високо образование од областа на медицината.

Чинот на доделување на овластувањата се случи на 5 јуни 2005 година, на денот на одбележување на денот на основање на Комората, кога подзаконските акти



Поранешниот министер проф. д-р Владо Димов врачува лиценца во 2005 година



Прейсегашелката ѝ проф. д-р Гривчева-Сџарделова му врачи лиценца на ѝрвиоѝ ѝрејсегашел на Комораѝа, ѝроф. д-р Алексеј Дума



Прейсегашелката ѝ проф. д-р Гривчева-Сџарделова му врачи лиценца на ѝоранешниоѝ ѝрејсегашел на Комораѝа, ѝроф. д-р Владимир Борозанов

потпишани од тогашниот министер за здравство д-р Владо Димов беа свечено предадени на претседателот на Комората проф. д-р Дума.

Потоа, почна примената во пракса на процедурите за добивање на лиценца за работа, постапки за нејзино обновување и продолжување, полагањето на стручен испит, водење на Регистарот на лиценци и за континуирано стручно усовршување, што беа дефинирани во Законот за здравствена заштита и правилниците.

Првичното законско решение предвидуваше три нивоа на лиценци. Основна лиценца, како лиценца за работа под надзор, лиценца за работа со која се стекнуваат услови за самостојна работа и релиценцирање, односно обновување на лиценцата. Подоцна, основната лиценца е заменета со лиценца за работа од примарна здравствена заштита.

Актуелната правна регулатива предвидува докторот на медицина по завршување на медицинскиот факултет, практичната работа и положување на стручен испит да се стекне со лиценца за работа во примарна здравствена заштита (ПЗЗ), со која има право да работи самостојно. Докторите кои завршуваат специјализација, лиценцата од ПЗЗ може да ја заменат со специјалистичка лиценца, за што е потребно во Комората па поднесат барање и да го приложат уверението за положен специјалистички испит. Лиценцата за работа има валидност за одреден временски пе-

риод, дефиниран со Законот за здравствена заштита. Според овој Закон, валидноста на лиценцата изнесува седум години, со важност од денот на нејзиното издавање. Обновување на лиценцата за работа е постапка со која се докажува континуитетот во одржување на квалитетот на индивидуалните професионални активности и способности. Услови за обновување на лиценцата за работа се докажат дека докторот ја практикувал својата професија за која има лиценца за работа, најмалку 60% од периодот за кој е издадена лиценцата, како и континуиран професионален развој во изминатиот период, односно учество на акредитирани стручни собири.

Во 2005 година со лиценци за работа, како доктори на медицина, се стекнаа си-

те оние кои имаа завршен медицински факултет и активно работеа како доктори. Овие лиценци беа со датум на издавање од 2004 година, дефиниран со измените на Законот за здравствена заштита. Седум години потоа, во 2011 година, оваа група лекари го поминаа и првиот циклус на релиценцирање што значеше дека докторите за да ги продолжат лиценците треба да обезбедат соодветен број бодови од континуирана медицинска едукација и 60 проценти од време во периодот на важење на лиценца да работеле на соодветната дејност согласно лиценца. Тогаш беа обновени 4.670 лиценци. Во 2018 година беше третиот циклус на релиценцирање кога лиценците ги обновија 2799 доктори. Годинава овие лиценци повтор-



Прейсегашелката ѝ проф. д-р Гривчева-Сџарделова му врачи лиценца на ѝоранешниоѝ ѝрејсегашел на Комораѝа, ѝроф. д-р Кочо Чакаларовски



Група фотодографија од свеченошо доделување на обновенише лиценци

но подлежат на нов циклус на релиценцирање, а до подготовка на овој текст барање за обнова на лиценцата имаа поднесено околу 1200 лекари. Паралелно со овие релиценцирања, во континуитет низ годините тече и процесот на издавање, обновување и продолжување на лиценците на докторите кои завршуваат медицински факултети, така што вкупната бројка на активни лиценци во Регистарот на издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци изнесува околу 9900 лиценци. Процесот на лиценцирање во Комората го води постојаната Комисија за етички и правни прашања.

Комората одговори на предизвикот што ѝ беше поставен

Претседателката на Комората, проф. д-р Калина Гривчева Старделова, истакнува дека јавните овластувања во изминатите 20 години се извршуваат континуирано, професионално и посветено со постојана тенденција за нивно унапредување и осовременување.

„Комората одговори на предизвикот што ѝ беше поставен и благодарение на тоа имаме изграден систем за акредитација и лиценцирање на лекарската дејност, како суштинска и особено важна во едно општество. Во годините напред, од добивање на овластувањата па наваму, Комората во континуитет вложува напори да ги унапредува процесиите поврзани со полагањето на стручниот

испит, издавањето на лиценци, водењето на Регистарот, сè со цел да се одговори на растечките потреби и новите околности“, вели проф. д-р Гривчева Старделова.

Од јуни минатата година во Комората се модернизираше начинот на полагање на стручниот испит. Писмениот дел од испитот се полага на компјутер, преку посебен програм што генерира тест со испитни прашања и понудени одговори на македонски или албански јазик, по избор на

кандидатот. На интернет страницата на Лекарска комора е достапна обновена база на испитни прашања, со што докторите добиваат подобра поддршка за подготовка за полагање на стручен испит. За практичниот дел од испитот, се подготвени студии на случај, што кандидатот ги добива на самото полагање. Со новиот начин на полагање, целиот процес се забрза бидејќи тестовите од писмениот дел не треба да се прегледуваат од страна на ко-

Компаративна анализа со дел од земјите

Системот на лиценцирање на докторите на медицина кој постои во нашата земја е добро поставен и структуриран со соодветна поддршка од правната регулатива споредено со земјите Југоисточна Европа.

Во Република Албанија сè уште нема Лекарска комора, а со Закон од 2009 година лиценцирањето и релиценцирање е обврска за секој лекар кој нуди здравствени услуги. Релиценцирање се прави на секои пет години, а одговорните тела што го водат процесот се регионалните совети. Не постојат посебни критериуми што треба да бидат исполнети за релиценцирање.

Во Бугарија, по дипломирањето на медицински факултет, докторите мора да се регистрираат во филијалата на Бугарското лекарско друштво. Во земјата има 28 ограноци, од кои секој одговара на административната поделба на Бугарија на области. На докторот не му е потребна дополнителна

регистрација за да започне со работа во болнички услови. По регистрацијата во Бугарското лекарско друштво, секој нејзин член добива единствен матичен број. Не се издава медицинска лиценца и не постои лекарска комора.

Во Република Молдавија не постои термин медицинска лиценца, туку воспоставен е и се користи „процес на атестирање“. Централно регулаторно тело кое го води овој процес е Министерството за здравство.

Во Црна Гора од 2004 година Лекарската комора е задолжена за издавање на лиценци и нивно релиценцирање. Со Закон од 2016 година се допрецизирани должностите на Комората по однос на издавањето, обновувањето и одземањето на лиценците за работа и лиценците за привремена работа. Комората води Регистар на лиценци пропишани со Законот, издава уверенија за чии факти води евиденција, носи правила за оцена на струч-



Група фотодокументација од свечено доделување на обновени лиценци

мисијата, што е особено важно за испитните сесии во кои има голем број кандидати. За реализација на оваа активност се набавија поголем број компјутери и се изработи посебен компјутерски програм. Исто така, се реновираше и адаптираше соодветен простор во Комората што изгледа репрезентативно и кој ќе биде во функција на многу идни генерации на доктори. Во дел од Комората се направи и библиотека со стручна литература каде

ќе бидат поставени и компјутери преку кои за докторите ќе се обезбеди бесплатен пристап до истражувачките бази, со цел да дадеме поддршка на нивната стручна и научна активност.

Во духот на дигитализацијата и модернизацијата, од мината година почна и процес на електронска регистрација на присуството на докторите на настаните од континуираната медицинска едукација. Тоа се прави со членските картички

коишто ги добиваат докторите кога ќе се стекнат со лиценца за работа. Се набавија читачи за картичките, како и посебен софтвер преку кој податоците од читачите се внесуваат во компјутерскиот систем каде се води евиденцијата. На овој начин побрзо и поефикасно се регистрира присуството на докторите на настаните од континуираната медицинска едукација и стекнатите поени, а манипулацијата со печатени сертификати се сведе на минимум.

„Системот за акредитација, како и процесите поврзани со него и во иднина треба да имаат динамика на промени бидејќи условите во кои се врши здравствената дејност постојано се менуваат. Последна иницијатива на Комората беше да се дозволи во лиценцата да бидат наведени сите степени на стручно усовршување што докторот ги има со што лекарите ќе може да работат во повеќе области“, вели проф. д-р Гривчева Старделова.

По повод одбележување на 20 години од добивање на јавните овластувања во Комората беше организиран настан за свечено доделување на обновените лиценци, со присуство на поранешните претседатели на Комората, поранешниот министер за здравство проф. д-р Владо Димов, како и дел од докторите кои се носители на првите издадени лиценци.

е од Југоисточна Европа

ни и научни извештаи и други видови стручно усовршување.

Системот во соседна Србија е многу сличен на нашиот. И таму Лекарската комора е одговорна за издавање на лиценците и за релиценцирање, слични се и обврските кои ги имаат здравствените работници, како и улогата на Комора во следењето на работата на здравствените работници.

Во Израел, Министерството за здравство — Одделот за медицински лиценцирани професии е одговорен за регистрација и лиценцирање на здравствени работници. Постојат и прецизно дефинирани услови за здравствените работници за стекнување и обновување на лиценцата.

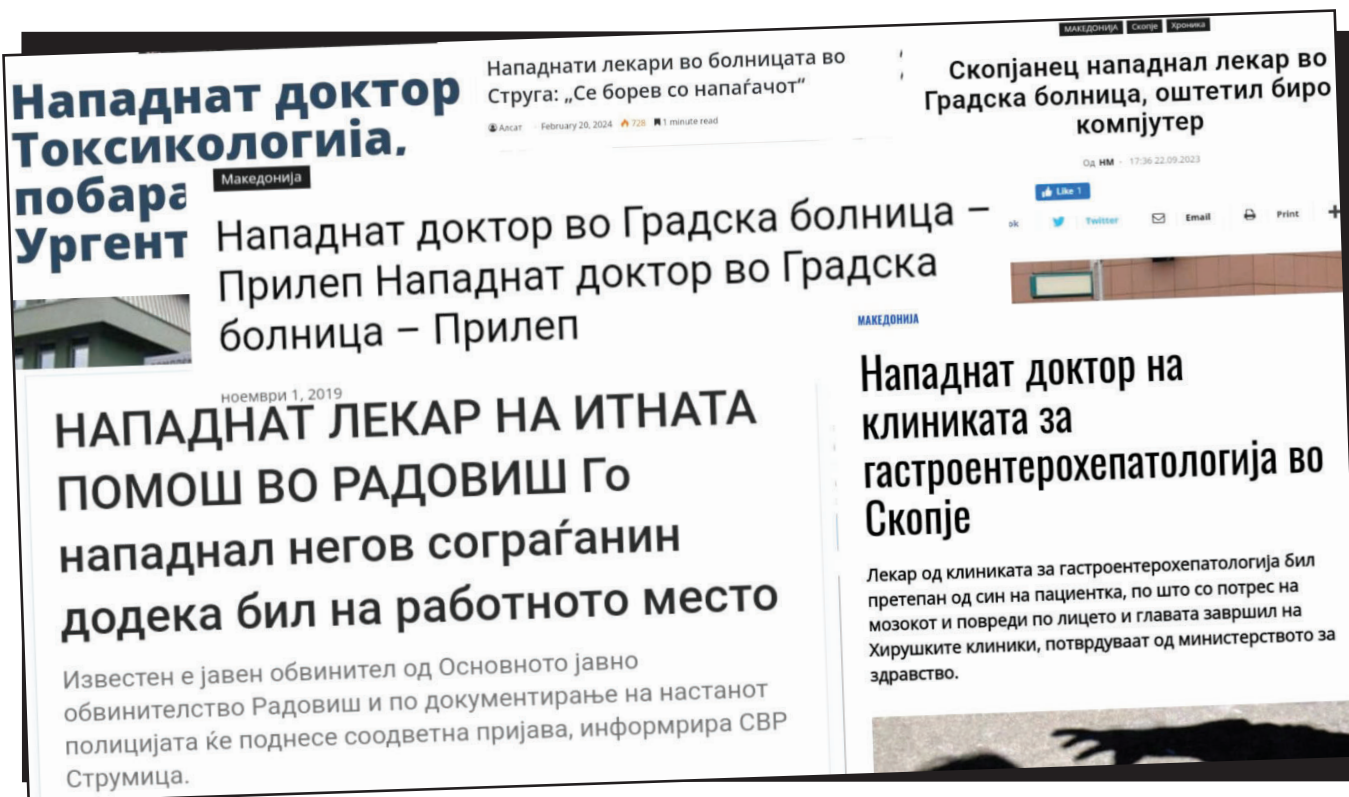
„Минатата година, како претставник на Комората, учествував на настан во Кишинев, Молдација, организиран од Секретаријатот на здравствената мрежа на Југоисточна Европа каде беа презентирани податоци за лиценцирањето и ре-

гистрацијата на здравствените работници. Од податоци што беа презентирани може да кажеме дека во периодот од овие 20 години сме успеале системот на лиценцирање во нашата земја да го воспоставиме на стабилна основа и да го издигнеме на високо ниво. Тој е одлично организиран, со соодветна правна рамка. Поголем дел од земјите од Југоисточна Европа немаат лиценци за работа на докторите, а во дел, иако постојат лекарски здруженија и асоцијации, тие сè уште немаат делегирани надлежности за водење на процесите на лиценцирање и релиценцирање“, вели проф. д-р Весна Герасимовска, претседател на Комисијата за етички и правни прашања во Комората.



НАСИЛСТВО КОН ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

Тие кои им помагаат на другите, неретко стануваат жртви



Здравствените работници отсекогаш се сметале за темел на хуманоста. Тие не само што обезбедуваат медицинска грижа, туку често претставуваат клучна поддршка за пациентите во нивните најтешки моменти. Нивната работа е водена од емпатија, сочувство и несебична посветеност.

Сепак, иронично, токму оние кои им помагаат на другите неретко стануваат жртви на насилство. Насилството врз здравствените работници е сложен феномен со длабоки психолошки, социјални и политички корени. За да го разбереме во целост, неопходно е да ги анализираме факторите што придонесуваат за неговата појава и да бараме системски решенија за негово спречување.

По повод одбележување на 12 Март, Европски ден за подигнување на свеста против насилството врз здравствените работници,

даваме осврт на причините поради кои се јавува насилството, како и мерките што треба да се преземат за негово сузбивање.

Концепти на насилство

Недостаток на емоционална интелигенција

Кога личноста не е во состојба да ги регулира своите емоции, реакциите често стануваат импулсивни и агресивни. Даниел Голман (Daniel Goleman) објаснува дека луѓето кои не умеат да управуваат со своите чувства во стресни ситуации, лесно прибегнуваат кон насилство. Ова особено се случува во болнички средини, каде што пациентите и нивните роднини се соочуваат со огромен емоционален товар. Наместо да ги процесираат своите чувства рационално, тие ги насочуваат кон медицинскиот персонал.

Негативни мисловни шеми

Арон Бек (Aaron Beck), основоположникот на когнитивната терапија, вели дека луѓето кои гледаат на светот низ призма на негативност имаат поголема веројатност да станат агресивни. Ако некој го доживува здравствениот систем како несправеден или неефикасен, секоја интеракција со здравствен работник може да биде толкувана како лична закана. Така, агесијата станува несвесен механизам на одбрана.

Личност и агесија

Ханс Ајзенк (Hans Eysenck) укажува на две главни категории на агесија:

- **Реактивна агесија** – емоционален, импулсивен одговор на стрес или фрустрација.
- **Проактивна агесија** – намерна, планирана агесија со цел да се постигне некоја добивка.

Во здравствените установи, реактивната агресија е честа – роднините на пациентите или самите пациенти реагираат насилно во моменти на интензивен страв или фрустрација.

Психолошки механизми на проекција на агресијата кон хумани професии

Замислете пациент кој е целосно зависен од медицинскиот персонал. Неговата самостојност е нарушена, а тоа создава чувство на беспомошност. Овој внатрешен конфликт, познат како когнитивна дисонанца, во некои случаи може да доведе до агресија кон оние кои се грижат за него. Наместо да ја прифати својата ранливост, лице склоно кон агресивно однесување, како пациент може да ја пренасочува фрустрацијата кон докторите и кон медицинските сестри.

Слично на тоа, загрозеноста на самопочитта игра голема улога. Луѓето често сакаат да се гледаат себеси како силни и независни. Но, кога ќе се најдат во ситуација каде што зависат од некого, особено во болничка околина, може да го доживеат ова како напад на нивниот интегритет. За да го компензираат тоа чувство, некои пациенти или нивните семејства реагираат со гнев и агресија кон медицинскиот персонал.

Покрај тоа, постои и феноменот на задолженост. Кога некој прима помош или добрина што не е во состојба да ја возврати, тоа може да предизвика чувство на внатрешен притисок и должност. Наместо да развие благодарност, некои луѓе го доживуваат

По повод одбележување на 12 Март, Европски ден за подигнување на свеста против насилството врз здравствените работници, даваме осврт на причините поради кои се јавува насилството, како и мерките што треба да се преземат за негово сузбивање

добродавателот, во овој случај здравствениот работник, како потсетник на сопствената ранливост и зависност, што може да резултира со чувство на непријателство или одбивност.

Политички и социјални фактори

Насилството врз здравствените работници не е само психолошки феномен. Често, тоа е резултат на пошироки општествени и политички процеси.

Во време на здравствени кризи, некои политички лидери ја пренасочуваат јавната фрустрација кон медицинскиот персонал. Наместо да признаат системски грешки, тие ја обвинуваат индивидуалната стручност на докторите и медицинските сестри или нивниот морал, правејќи ги главни мети на народното незадоволство.

Понатаму, недовербата кон здравствениот систем е резултат на долготрајни проблеми. Кога луѓето веќе се скептични кон институциите, секој неуспех, реален или перципиран, станува повод за агресија кон здравствените работници.

Културните перцепции за здравствената професија во некои средини придонесуваат здравствените работници да се перципирани како „плата на услуга“, што создава агресивен став кај пациентите и нивните семејства, минимизирајќи го хуманиот аспект на професијата.

Често и медиумската манипулација дополнително ја влошува состојбата. Сензационалистички извештаи за медицински грешки или лоши искуства во болниците ја хранат јавната недоверба и создаваат погрешна слика за здравствените професионалци, претставувајќи ги како виновници наместо како жртви на системски проблеми.

Насилство меѓу здравствените работници

Иронично, но во некои случаи насилството доаѓа и однатре – од самите здравствени работници. Болничките институции често се стресни работни средини каде што борбата за статус и авторитет може да доведе до агресивно однесување. Колегите понекогаш ги гледаат своите соработници како конкуренција, особено кога станува збор за лидерски позиции или привилегии.

Истовремено, фрустрацијата и хроничниот стрес може да предизвикаат тензии меѓу колегите. Долгите работни часови, преоптовареноста и високите очекувања можат да доведат до конфликти и меѓусебни обвинувања. Голем ризик претставуваат и недоволните ресурси и преоптовареност, односно високата фреквенција на пациенти, недостигот на персонал и долгото време на чекање, што создава тензија којашто може да доведе до агресивни испади.

Политичките и институционалните влијанија дополнително ја усложнуваат ситуацијата. Кога здравствените институции не ги штитат своите работници, тоа создава токсична средина каде што насилството станува нормализирано.

Насилството врз здравствените работници – неправеден одговор на системските предизвици

Во секој здравствен систем, грешки се случуваат. Лекарите и медицинските сестри, и покрај нивната стручност и посветеност, се луѓе и не се непогрешливи. Понекогаш, одредени постапки може да бидат погрешно проценети, дијагнозите да бидат нецелосни или третманот да не доведе до посакуваниот резултат. Во други случаи, поради преоптовареност, недостиг на ресурси или организациски слабости, може да се случи занемарување на некој пациент или, пак, недостаток на соодветна комуникација.

Но, дури и кога се појавуваат вакви предизвици, тие не можат и не смеат да бидат повод за насилство врз здравствените работ-

ниции. Никој во здравствениот систем не влегува во професијата со намера да наштети. Доколку постојат сомневања за небрежност, недостаток на професионализам или дури и несоодветен однос кон пациентите, постојат институционални механизми за пријавување и решавање на таквите случаи.

Насилството не е решение – тоа создава нови проблеми

Кога здравствените работници се соочуваат со агресија, наместо со разумен пристап, последиците не се само правни, туку и длабоко човечки. Насилството создава култура на страв и несигурност, во која здравствените работници повеќе се грижат за сопствената безбедност отколку за својата работа. Тоа резултира со намалена мотивација, зголемен стрес и, парадоксално, поголема веројатност за медицински грешки. Лекарите кои работат во средина каде што насилното однесување станува „нормална појава“ може да бидат понесигурни во своите одлуки, да избегнуваат сложени случаи или да се чувствуваат демотивирани да останат во професијата.

Покрај тоа, самите пациенти не добиваат никаква корист од насилното однесување. Наместо нивниот проблем да биде правилно адресиран, ситуацијата се влошува – може да ги загрозат здравствени услуги што ги добиваат или правниот систем да интервенира против нив.

Ако постои сомнеж за грешка или занемарување, пациентите имаат право да бараат објаснување, второ мислење или да поднесат официјална жалба. Постојат комисији за медицинска етика, здравствени инспекторати и независни механизми кои можат да ги истражат ваквите случаи. Во зрели здравствени системи, дијалогот помеѓу пациентите и лекарите е клучен, бидејќи многу од недоразбирањата произлегуваат од страв, незнаење или неправилна комуникација.

Секој пациент заслужува најдобра можна здравствена грижа, а секој здравствен работник заслужува да работи во безбедна средина. Затоа, градењето на меѓусебна доверба, професионализам и механизми за отчетност е единствениот пат кон подобрување на здравствениот систем – без потреба од насилство, без страв и без дополнителни жртви.

Можни начини за справување со насилството врз здравствените работници – Ставови на СЗО

Светската здравствена организација (СЗО) препознава дека насилството врз здравствените работници е глобален про-

блем и препорачува системски пристап за негово решавање. Според СЗО, справувањето со оваа појава треба да вклучи неколку клучни аспекти:

1. Подобрување на работната средина – Обезбедување на безбедни работни услови, намалување на пренапрегнатоста и креирање механизми за интервенција во случаи на агресија.

2. Едукативни програми и обуки – Организирање на редовни тренинзи за здравствените работници за справување со насилни ситуации, комуникациски стратегии и техники за деескалација на конфликти.

3. Јасни законски мерки – Воведување и спроведување на строги закони закон за заштита на здравствени работници) што ќе ги заштитат здравствените работници од физичко и вербално насилство.

12 МАРТ ЕВРОПСКИ ДЕН ЗА ПОДИГНУВАЊЕ НА СВЕСТА ЗА НАСИЛСТВОТО ВРЗ ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ



На 12 Март - Европскиот ден за подигање на свеста за насилството врз лекарите и здравствените работници, Лекарска комора како и докторските комори ширум Европа повикаа на итна акција за справување со насилство со кое се соочуваат здравствени професионалци и кое е присутно во здравствените установи.

Годинава Комората, преку кампања на социјалните мрежи, потсетува на важноста за негување на партнерски однос помеѓу докторите и пациентите заснован на меѓусебно разбирање и почит за што поддршка доби и од здруженијата на пациенти.

Насилството врз здравствените работници - почнувајќи од вербална злоупотреба до физички напади - достигна алармантно ниво. Истражувања направени од релевантни меѓународни организации проценуваат дека над 60% од здравствените работници во Европа доживеале некаков облик на насилство на нивното работно место. Во анкета спроведена од Лекарска-

та комора пред три години - 78% од докторите пријавија дека биле изложени на некаков вид насилство на работното место. Од нив, 80% биле изложени на вербално насилство, додека 6.8% доживеале физичко насилство. Речиси 70% од нападите воопшто не се пријавени. Во изминатата 2024 година, во Комората се пријавени само четири напади. Во еден случај докторот е физички нападат, во два случаи станува збор за вербален напад со закана за употреба на сила и во еден случај доктор е изложен на навреди на социјалните мрежи. Во сите случаи нападите се сторени од пациенти или од член на потесното семејство.

„На овој ден ги повикуваме креаторите на политиките да преземат решителна акција за сузбивање на насилството врз здравствените работници и генерално во здравствените установи преку имплементација во пракса на веќе донесените законски решенија за заштита од насилството, преземање на подобрени безбедносни

4. Меѓусекторска соработка – Здравствени-те институции, полицијата и правосудни-те органи треба да работат заедно за брза реакција во случај на насилство.
5. Ментална поддршка за здравствените ра-ботници – Психолошка поддршка за здрав-ствените професионалци кои биле изложе-нина на насилство, преку супервизија, терапија и советување.
6. Кампања за јавна свест – Подигање на свеста за важноста на почитувањето на здравствените работници и нивната улога во општеството.

РЕЗИМЕ

Насилството врз здравствените работници е резултат на сложени психолошки, социјал-

ни и политички фактори. Од пациентите кои проектираат фрустрација врз медицинскиот персонал, до општествените механизми што ги прават здравствените работници мета на незадоволство, проблемот бара системски пристап. Разбирањето на овие фактори е првиот чекор кон создавање побезбедна сре-дина за оние кои се грижат за нашето здравје.

Според препораките на СЗО, решението не е едноставно, но системскиот пристап кој вклучува едукација, законска заштита и под-дршка за здравствените работници може значително да ја намали оваа појава. Заед-ничката одговорност на институциите, ме-диумите и граѓаните е клучна за подобрува-ње на состојбата и заштита на оние кои се грижат за нашето здравје.

Референци:

1. Beck, A. T. (1976). Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press.
2. Eysenck, H. (1997). Personality and Stress Response. London: Routledge.
3. Goleman, D. (1995). Emotional Intelligence. New York: Bantam Books.
4. International Labour Organization. (2021). Workplace Violence in Healthcare Sector.
5. World Health Organization. (2022). Health Worker Violence Report.
6. World Health Organization. (2023). Guidelines on Protection for Healthcare Workers.

Подготви:

проф. д-р Стојан Бајрактаров

– ЈЗУ Универзитетска клиника за психијатрија

НАСИЛСТВО КОН ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

Комората со кампања за сузбивање на насилството

12 МАРТ - ЕВРОПСКИ ДЕН ЗА ПОДИГНАЊЕ НА СВЕСТА ЗА НАСИЛСТВОТО ВРЗ ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

„Лекарите и пациентите се дел од иста целина и само со меѓусебно почитување и градење доверба може да се дојде до заедничката цел - излекување. Единствено во безбедна средина може да се гарантира сигурна, стручна и квалитетна здравствена заштита“.

проф. д-р Калина Гривчева Старделова
претседател на ЛКРСМ



мерки во болниците, обука на здравствените работници за важноста на емпатијата во односот со пациентите, како и обука за начините за справување со конфликтот, психолошка поддршка на оние кои се соочиле со проблемот, како и кампања за подигнување на јавната свест за важноста од негување на однос на доверба меѓу пациентите и лекарите. Никој не треба да се плаши за својата безбедност додека пружа по-

мош, ниту пак пациентите треба да се чувстуваат несигурно додека ја добиваат здравствената услуга која им е потребна. Европскиот ден за подигање на свеста за насилството врз здравствените работници служи како моќен потсетник дека насилството не треба да биде дел од работата на здравствените работници и не треба да биде присутно во здравствените установи“, вели проф. д-р Калина Гривчева Стардело-

12 МАРТ - ЕВРОПСКИ ДЕН ЗА ПОДИГНАЊЕ НА СВЕСТА ЗА НАСИЛСТВОТО ВРЗ ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ

„Потребно е да се креираат и имплементираат системски решенија кои ќе овозможат сузбивање на насилството во здравството и враќање на довербата меѓу пациентите и лекарите“.

доц. д-р Беќим Исмаили
заменик претседател на ЛКРСМ



реба на сила, сериозни закани, навреда, малтретирање, задавање телесни повреди или закана со употреба на оружје кон лекар при вршење на професионалните работни задачи се кривични дела за кои е предвидена казна затвор. Овие законски измени се во насока на демотивирање на избор на насилството како начин за решавање на проблемите.

ва, претседател на Лекарска ко-мора.

На иницијатива и залагање на Лекарската комора, во 2023 година се направени измени на Кривичниот законик со што насилството врз здравствените работници е насилство кон службени лица и претставува кривично дело. Со тоа, делата како упот-

РАЗВОЈОТ НА ФИЗИКАЛНАТА МЕДИЦИНА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Квалитетот на здравствените услуги конкурентен во регионот

Физикалната медицина и рехабилитација како медицинска специјалност во нашата земја бележи континуиран раст и развој, преку постојано надградување на Катедра за физикална медицина и рехабилитација на најстариот Медицински факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ и паралелно со тоа и развојот и унапредувањето на Универзитетската клиника за физикална медицина и рехабилитација во Скопје, како единствена установа на терцијарно ниво од овој вид во земјата.

За физикалната медицина и рехабилитација „Vox Medici“ разговара со проф. д-р Ериета Николиќ Димитрова, раководител на Катедрата за физикална медицина и рехабилитација која раскажува за почетоците, но и за современите текови во развојот на оваа специјалност.

Почетоците на физикалната медицина пред Втората светска војна

„Почетоците на здравствената дејност во областа на физикалната медицина и рехабилитација во нашата земја биле уште пред Втората светска војна кога во 1937 година било формирано амбулантско Одделение за физикална терапија во т.н. „Стар уред“ кој се наоѓал во зградата на денешната Универзитетска клиника за хируршки болести „Св. Наум Охридски“ во Скопје. Одделението било основано од д-р Боро Поп-Трајковиќ, кој бил школуван во Австрија и бил специјалист од областа на балнеотерапија. Одделението го организирал потеркот на германските бањи. Во него работеле и неколку медицински сестри. Во тоа време на Одделението се применувале галванотерапија, дијатермија - високофреквентни струи, фототерапија, фанго, хидротерапија и механотерапија. Од ова Одделение во 1956 година, од страна на Собранието на Р Македонија, бил основан Заводот за рехабилитација како републичка здравствена установа. Во тоа време се вработиле д-р Марија Ѓозева и д-р Марија



Раководител на Катедрата на ФМР: проф. д-р Ериета Николиќ Димитрова

Почетоците на здравствената дејност во областа на физикалната медицина и рехабилитација во нашата земја се уште пред Втората светска војна, во 1937 година, кога било формирано амбулантско Одделение за физикална терапија.

Димитријевиќ Алексковска. Во 1963 година Одделението се преселило во сегашниот објект на Универзитетската клиника за физикална медицина и рехабилитација кој бил изграден по тогашните стандарди за болница за медицинска рехабилитација. Во годините кои следеле се зголемувал бројот на вработени лекари, физиотерапевти и медицински сестри. „Следната година се одбележуваат 70 години од основањето на нашата Клиника“, вели проф. д-р Николиќ Димитрова.

Во шеесеттите и седумдесеттите години на минатиот век, стажот по физикална медицина и рехабилитација за докторите на специјализација од оваа дејност во најголем дел се спроведувал во тогашниот Заводот за физикална медицина и рехабилитација и на универзитетските клиники во Скопје, а специјалистичкиот испит се полагал на Медицинскиот факултет при Универзитетот во Белград.

Развој на научно-истражувачката дејност

Паралелно почнала да се развива и научно-истражувачката дејност во Заводот. Доктори специјалисти физијатри одбраниле докторски дисертации или хабилитации од областа, така што во почетокот на 1988 година специјалистичкиот испит почнува да се полагал во Заводот пред тричлена комисија од спец. д-р Михаил Самарциски, спец. д-р Марија Ѓозева и еден ортопед.

„Благодарение на залагањето и стручниот напредок на докторите од 1988 година на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје била основана Катедрата по физикална медицина и рехабилитација. Членови на првата Катедра биле доц. д-р Стојан Ѓрков, асс. д-р Лилјана Угриновска, асс. д-р Лилјана Димитрова и асс. д-р Љубица Јордановска“, вели проф. д-р Николиќ Димитрова.

Со тоа, Заводот за физикална медицина и рехабилитација станал наставна база на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје, односно станал здравствена, наставна и научноистражувачка установа од областа на физикалната медицина и рехабилитација во Р Македонија.

Од учебната 1992 година во наставната програма за студентите по општа медицина бил воведен предметот „Физикална медицина и рехабилитација“ којшто се изучувал во шестата студиска година, во почетокот како колоквиум, а подоцна и како испит.

„Во Заводот се развиваше научноистражувачка дејност, така што во деведесеттите години се одбранија два магистериума, потоа уште еден, а по неколку години уште неколку докторски дисертации. Сето тоа придонесуваше Катедрата по физикална медицина и рехабилитација да се развива, да има повеќе наставници и асистенти. Во 2005 година на Медицинскиот факултет беше прифатена програмата за специјализација по физикална медицина и рехабилитација која трае четири години и е во согласност со препораките на Европскиот борд за физикална и рехабилитациска медицина при Унијата на европски медицински специјалности. Наставниците од нашата Катедра беа ментори, а сите доктори специјалисти по физикална медицина и рехабилитација (ФМР) вработени во Заводот учествуваа како едукатори на докторите на специјализација“, вели проф. д-р Николиќ Димитрова.

Пристапот во лекувањето е мултидисциплинарен

Во физикалната медицина и рехабилитација во третманот на пациентите секогаш е потребен тимски приод. Тимот го сочинуваат докторот специјалист по физикална медицина и рехабилитација, физиотерапевт, медицинска сестра и работен терапевт. Во рехабилитацијата по потреба се вклучува доктор специјалист интернист, социјален работник, психолог, протетичар - ортотичар и други стручни лица.

„Специјалистите по физикална медицина и рехабилитација соработуваат со докторите специјалисти од сите сродни специјалности. Рехабилитацијата се спроведува амбулантски и болнички. Во установата од шеесеттите години работи и една супспецијалистичка амбуланта за протетика и ортотика која во почетокот ја воделе д-р Ѓорѓи Саздовски, д-р Богдан Бараковски и др. Сите



Членови на катедрата по ФМР: проф. д-р Билјана Митревска, ас. д-р Даниела Гчевска, доц. д-р Маја Манолева, доц. д-р Марија Гоцевска, проф. д-р Ериета Николиќ Димитрова, проф. д-р Валентина Коевска, проф. д-р Цветанка Ѓеракароска Савевска, доц. д-р Билјана Калчовска

доктори специјалисти кои работеле во Заводот дале голем придонес во неговиот развој и за подобрувањето на здравствената грижа. Дел од специјалистите кои биле вклучени во научноистражувачката дејност станале членови на Катедрата и ја развивале како наставната дејност на Медицинскиот факултет така и здравствената дејност. Развојот на Катедрата придонел и за паралелен развој на нашата установа така што установата во 2018 година од Завод прерасна во Институт за физикална медицина и рехабилитација, а во 2022 година прерасна и во Универзитетска клиника за физикална медицина и рехабилитација. На тој начин нашата установа премина од секундарно на терцијарно ниво на здравствена заштита“, појаснува проф. д-р Николиќ – Димитрова.

Во моментот, Катедрата за физикална медицина ја сочинува еден редовен, три вонредни професори, три доценти и еден асистент.

„Ни претставува задоволство што имаме четири докторанди на кои наставниците од нашата Катедра се ментори, а на два докторанта, менторите се од други катедри. Повеќето од овие колеги се вработени во приватни или други јавни здравствени установи“, изјави проф. д-р Николиќ Димитрова.

Од 2009 година досега се објавени осум учебници за предметите од додипломската настава. Во моментот, на Катедрата се реализира еден научен проект како дел од проектите на Медицинскиот факултет при УКИМ.

Физикалната медицина со голем потенцијал за развој

Физикална медицина и рехабилитација се вклучува во третманот на голем број заболувања, повреди и нарушувања како што се ревматолошки заболувања, дегенеративни заболувања на 'рбетен столб и на зглобови, вродени и стекнати деформитети на скелетот во детска возраст, состојби по ортопедски интервенции, по траума на мускулоскелетниот систем, деца со церебрална парализа, спортски повреди, третман по ампутација, изгореници и сл. Рехабилитација е неопходна и кај лица со различни невролошки заболувања, состојби по мозочен удар, болни со мултиплекс склероза, полиневропатии, краниоцеребрални повреди или повреди на периферни нерви по неврохируршки операции, операции на дегенеративни промени на 'рбетот.

„Секако дека потенцијалот за развој на оваа специјалност е голем бидејќи дејноста треба да се унапредува, да се следат новите научни сознанија и медицината базирана на докази. Сето тоа треба да се имплементира во секојдневната клиничка пракса. Потребна е континуирана едукација на докторите специјалисти која се одвива преку стручните состаноци на Здружението на физијатри на РС Македонија, посета на курсеви, работилници, конгреси во нашата земја и во странство. Здружението на физијатри на РС Македонија од 2012 година е полноправна член-

ка на Европското друштво по физикална и рехабилитациска медицина (ЕСПРМ). Многу од колегите активно учествуваат на бројни конгреси во нашата земја и во странство со што ги прошируваат своите знаења и ги споделуваат своите резултати и искуства“, истакна проф. д-р Николиќ Димитрова.

„Физикалната медицина како специјалност“, додава таа, „е развиена на добро ниво кај нас. Здравствените услуги кои се даваат на пациентите се на ниво на оние кои се даваат во земјите во регионот“.

„Сепак, секогаш има простор за воведување на нови рехабилитациски методи и физикални агенсии со кои ќе се прошират здравствените услуги коишто ќе се понудат на пациентите“, вели проф. д-р Николиќ Димитрова.

Во Универзитетската клиника за физикална медицина и рехабилитација веќе 13 години се спроведува дијагностичка метода - остеоденситометрија (ДХА) за утврдување на коскената минерална густина кај пациентите, што овозможува да се одреди навремени и соодветна терапија за пациентите.

„Некои колеги самоиницијативно се едуцираа на курсеви за ултразвучна дијагностика на мускулоскелетен систем. Би било добро поголем број колеги да се едуцираат во оваа насока, бидејќи тоа може значајно да им помогне во здравствената дејност. Во западните земји, но и во соседството, некои од физијатрите работат и електродијагностика како електроневромиографија. Би било добро докторите специјалисти по ФМР да се насочат и во дијагностика. На Клиниката секогаш било важно одржувањето на постојната апаратура и методите во рехабилитацијата, како и обновување и набавување на современи апарати и воведување нови

Потребни се повеќе специјализации

Точниот број на специјалисти по физикална медицина и рехабилитација кои низ годините специјализирале на оваа Катедра е повеќе од 200 доктори, додека во моментот во здравствените установи во земјава работат околу 130 доктори специјалисти по физикална медицина и рехабилитација.

„На нашата Катедра има седум ментори на доктори на специјализација по физикална медицина и рехабилитација. Во моментот има 16 запишани доктори на специјализација. Поголемиот дел се вработени во јавните здравствени установи, а има уште 26 слободни менторски места. Постои интерес за запишување на специјализација по ФМР, како за колеги вработени во јавните здравствени установи, така и за приватни специјализации, доктори вработени во бањите и др. Вкупниот број специјалисти во земјава не е голем и постојано се намалува поради природниот одлив и заминувањето во пензија. Раководствата на јавните здравствени установи би требало на време да предвиди кои колеги во следниот период би требало да заминат во пензија и на време, четири години порано, да се вработат доктори по општа медицина кои би започнале на време со специјализација. На тој начин би се обезбедил континуитет во обезбедување на здравствена заштита за граѓаните од областа на физикална медицина и рехабилитација“, објаснува проф. д-р Николиќ Димитрова.

методи во рехабилитацијата. Последниве две години се набавени апарати за скенирачки високоинтензивен ласер и високоинтензивна магнетна индукција, како и апарат за роботска рехабилитација за пациенти со парализи на долните екстремитети. Воведена е и огледална терапија, како и современа кинезитерапија за деца со сколиоза (СЕАС метода). Секако, за примена на овие методи беше спроведена соодветна едукација на дел од докторите и физиотерапевтите“, вели проф. д-р Николиќ Димитрова.

„Овој тренд со набавка на нова современа медицинска апаратура, како и со континуирана едукација на докторите специјалисти по физикална медицина и рехабилитација, но и на членовите во тимот, физиотерапевтите и медицинските сестри, би било добро да продолжи“, додава таа, „за да може да се

дава подобра здравствена грижа на пациентите во нашата земја“.

Заводот прерасна во Институт а потоа и во Универзитетска клиника

Во 2018 година Завод прерасна во Институт за физикална медицина и рехабилитација, а со исполнување на условите и обезбедување на пет доктори на наука, односно професори, во 2022 година прерасна и во Универзитетска клиника за физикална медицина и рехабилитација. Оваа трансформација на видот на здравствената установа позитивно се одразува и на приходите на вработените бидејќи нивните платите се усогласени со платите на другите вработени во терцијарно ниво на здравствена заштита.

Денес, Клиниката има капацитет од 189 постели за болничко лекување, а околу 350-400 пациенти примаат физикална терапија амбулантски воекотот на денот. Вкупниот број пациенти кои се лекуваат амбулантски и болнички годишно е околу 10.000. На Клиниката работат 12 доктори специјалисти по физикална медицина и рехабилитација, еден интернист, специјалист по медицина на труд и еден доктор на специјализација. Се применуваат бројни рехабилитациски методи како кинезитерапија, работна терапија, електротерапија, магнетотерапија, терапија со ударни бранови „shock wave“ терапија, лимфна дренажа, ниско и високоинтензивна ласеротерапија, спинална тракција, термотерапија, мануелна масажа, хидротерапија, кинезиотејпинг, роботска терапија за долните екстремитети и високоинтензивна магнетна индукција.



Универзитетската клиника за физикална медицина и рехабилитација

ЧЕТИРИ ГОДИНИ УСПЕШНА ТРАНСПЛАНТАЦИЈА НА ТКИВА

Досега пресадени повеќе од 30 графтови од Банката за ткива



Тимот кој учествуваше на првата експлантација: д-р Александар Трајановски, мед.сестра Елизабета Стаменовска Јовановска, д-р Маја Мојсова Мијовска, д-р Виктор Камнар, д-р Алесандар Савески, д-р Милена Богојевска Доксевска, д-р Дејан Дамјановиќ

Клиниката за ортопедски болести е вклучена во мултиорганската трансплантација во нашата држава уште од нејзиниот зародиш, во 2019 година кога го изготвивме Прописот за трансплантација на ткива базирана на прирачникот за квалитет и безбедност за употреба на ткива и клетки за хумана апликација од EDQM (European Directive of Quality of Medicines and Health Care) и хрватскиот Пропис за трансплантација на ткива. Освен тоа, изготвени беа неколку придружни документи за квалитет на експлантираните материјали, согласност за траснплантација, листа за квалитет на трансплантација итн. Првата експлантација беше во април 2021 година и на неа учествувавме јас, проф. д-р Виктор Камнар, кој тогаш беше координатор за

трансплантација на Клиниката за ортопедски болести, доц. д-р Александар Трајановски, тогашен директор на ЈЗУ УК за ТОАРИЛУЦ, доц. д-р Александар Савески, асс. д-р Дејан Дамјановиќ. Оттогаш, веќе четири години успешно чекориме заедно со Националниот тим за трансплантација. Во истиот период, добиена е донација од Германската амбасада, фрижидер за ултраниско замрзнување од минус 80 Целзиусови степени со што се комплетираа предусловите за складирање на ткивата.

Направени 12 експлантации и добиени 60 графтови

Од почетокот на процесот до сега се направени 12 експлантации од кои се добиени 60 графтови. Од нив, веќе се ис-

користени повеќе од 30 графтови за различни ортопедски интервенции.

Најмногу, девет пресадувања се реконструкции на дефекти по ресекција на малигни тумори на мускулно-скелетниот систем, осум реконструкции на псевдоартрози, пет корекции на деформитети на стапала, од кои три на деца. Кај овие пациенти се користени коскени графтови. Мекоткивни графтови, односно лигаменти и тетиви се искористени за пет ревизии на операција на преден вкрстен лигамент и три реконструкции на Ахилови тетиви. Возраста на пациентите е од 12 до 80 години. Кај пациентите со малигни заболувања, доколку не постоеја графтовите ќе требаше да им се ампутираат екстремитетите, така што трансплантите придонесоа за limb

salvage процедури. Кај пациентите со псевдоартрози или застарени или несоодветно лекувани руптури на Ахилова тетива од дисфункција на екстремитетот, односно инвалидитет, се добива функционален и безболен екстремитет. Она што е огромен бенефит во корекциите на деформитетите, особено кај децата, е тоа што со користење на трансплантатите (алографтовите) се избегнува потреба од земање на автотрансплантат, односно коска од друго место на телото, за што е потребен нов хируршки рез и создавање на контролирана фрактура која претставува дополнителен морбидитет кај пациентите.

Еден дарител може да го подобри животот на дури 70 пациенти

Одлично е што на јавноста ѝ се доближува значењето на трансплантацијата и притоа, сакам да го нагласам фактот дека, еден донор може да спаси или да го подобри квалитетот на живот на дури 70 луѓе. Освен коскени и мускулно скелетни ткива, како лигаменти, тетиви, менискуси, со трансплантација може да се спаси и видот на пациентите со трансплантација на рожница, да се трансплантираат срцеви валвули, крвни садови, кожа, па дури и цели композитни ткива со напредокот на микрохирургијата, како лице кај пациенти кои страдале од страшни деформиращки повреди на лицето, шака, скалп итн. Некои од овие ткива, како срцевите валвули, може да бидат складирани и до 10 години. Сепак, постои некаков баланс во природата, бидејќи статистички поверојатно е во животот дека ќе бидеме реципиенти отколку донори на органи.

Графовите се складираат во фрижидерот за ултраниско замрзнување на минус 80 Целзиусови степени, кој се наоѓа во оперативниот блок на Клиниката за ортопедски болести. Тим од нашата Клиника е присутен на процесот на експлантација од дарителот кога веќе ќе се заврши експлантацијата на паренхимните органи и во стерилни услови се преземаат ткивата. Уредно спакувани и етикетирани ткивата се поставуваат во



Првата трансплантација, односно реконструкција на дефект после отстранување на малиген тумор, како и најголем број од онколошките операции, ги изведе проф. д-р Милан Самарџиски со својот тим, најголем дел од реконструкциите на стапала и Ахилови тетиви ги изведе проф. д-р Зоран Божиновски, а ревизиите на операциите на преден вкрстен лигамент се одвиваа под водство на доц. д-р Алан Андоновски

одредено место во замрзнувачот во карантин до најмалку десет дена по експлантацијата. Потоа, истите се обработуваат и се испраќа материјал за микробиолошка анализа. За обработката сме одговорни дел од докторите и медицинските техничари кои работат во операциона сала. Доколку се заклучи дека ткивата се безбедни за употреба кај пациентите, истите се ставаат во каталог и хирурзите се информираат дека им се достапни. Коскените ткива на минус 80 Целзиусови степени може да се чуваат до пет години, додека меките ткива - тетивите и лигаментите до две години, поради промена на биомеханичките карактеристики.

Примател може да биде секој пациент, државјанин на Република Македонија, кој има потреба од графт, чијшто случај бил разгледан на стручниот колегиум и се востановило дека употребата на графт е оправдана и, конечно, примателот мора да потпише информирана согласност

дека се согласува да му биде извршена интервенција со трансплантација на коска или друг тип на мускулно-скелетно ткиво. Секако, претходно хирургот се информира дали е достапен соодветен графт за планираната операција.

Клиниката за ортопедски болести единствена институција каде се трансплантираат ткива

Според Програмата за трансплантација на Министерството за здравство, Клиниката за ортопедски болести е единствената институција во државата каде што се одвива оваа дејност. Сите доктори од Клиниката имаат право да пријават случај за трансплантација. Потоа, случаите се дискутираат на стручен колегиум, за нејзината оправданост и заедничко планирање на интервенциите. Станува збор за високо профилирана тимска работа. Првата трансплантација, односно реконструкција на дефект после отстранување на малиген тумор, како и најголем број од онколошките операции ги изведе проф. д-р Милан Самарџиски со својот тим, најголем дел од реконструкциите на стапала и Ахилови тетиви ги изведе проф. д-р Зоран Божиновски, а ревизиите на операциите на преден вкрстен лигамент се одвиваа под водство на доц. д-р Алан Андоновски, псевдоартрозите под водство на доц. д-р Александар Трајановски и колегите од Клиниката за трауматологија со кои тесно соработуваме. Понатаму, во трансплантациите се вклучени и доц. д-р Антонио Гавриловски, доц. д-р Илир Шабани, доц. д-р Александар Савески,



Тимот кој учествуваше на првата трансплантација: д-р Резеарт Далипи, д-р Александар Савески, д-р. Милена Богојевска Доксеска, д-р. Даљип Јахја, мед.сестра Сузана Пејчиновска, д-р Милан Самарџиски, д-р Александар Трајановски, д-р Лилјана Анѓелеска

д-р Даница Поповска, д-р Резеарт Далипи и д-р Ерен Сејфула. Секако, зад овие лидери стои цел тим на анестезиолози, доктори асистенти, медицински техничари, радиолошки техничари, физиотерапевти, болничари, хигиеничари без кои сликата не би била комплетна.

Можностите за развој се многубројни

Трансплантацијата е област на континуиран напредок, така што можностите за развој се многубројни. Во областа на ткивното банкарство напредокот е во методите на обработка на ткивата, нивно ситнење за употреба како блокови,

чипови, прав и паста за широк спектар на примена во ортопедијата, трауматологијата, неврохирургијата и стоматологијата, нивното складирање, методите на следење на графтовите.

Во контекст на нивно искористување во ортопедијата постојат многу места каде што графтовите може да ја најдат својата примена, а ние во текот на овие четири години сè уште сме немале можност да ги изведеме.

Постоењето на оваа дејност кај нас претставува олеснување за нас хирургите, со што некои можеби нерешливи ситуации во минатото ни дава шанса успешно да ги завршиме.

Секако, ништо од ова не би било можно без великодушност на дарителите и нивните семејства, што во најтешките моменти од нивното постоење несебично одлучиле да даруваат органи и ткива од нивните најмили.

Подготви:

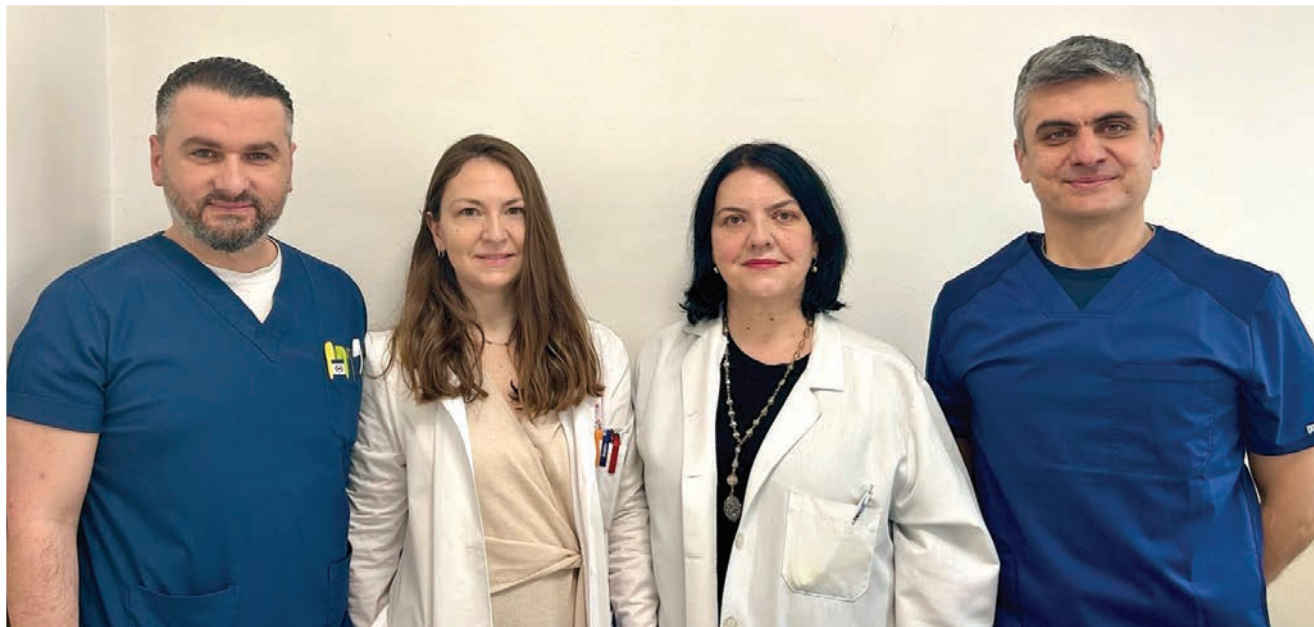
асс. д-р Милена Богојевска Доксеска

ортопедски хирург
на Клиниката за ортопедски болести

Континуираната медицинска едукација е императив во секој аспект од нашето функционирање и тоа секако важи и за трансплантациите. Ново за нас беше процесирањето на ткивата, односно како да се обезбеди квалитетен и безбеден материјал за пациентите. Тие стандардни оперативни процедури (SOP) се опишани во упатствата на EDQM, како и во прописот на нашата Клиника. Воедно, посетата и опсервирањето на функционирањето на најголемата ткивна банка во Европа - Banc de Sang i Teixits беше извонредно искуство за мене, каде што видов како точно треба да функционира една врвна ткивна банка. Ние, иако важиме за релативно млада држава во која се развива оваа дејност, успеваме да го задржиме квалитетот и да го исполниме минимумот неопходни услови за непречено функционирање на оваа дејност.

ДА СЕ БИДЕ ДОКТОР ОНКОЛОГ И РАДИОТЕРАПЕВТ - СО ДОКТОРИТЕ ОД ОДДЕЛОТ ЗА МАЛИГНИ ТУМОРИ НА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЕН ТРАКТ НА УНИВЕРЗИТЕТСКАТА КЛИНИКА ЗА ОНКОЛОГИЈА И РАДИОТЕРАПИЈА

Борба за животот на пациентот под постојан притисок и стрес



Четврти февруари е ден посветен на борбата против ракот, а во месец март, акцент се става на борбата со карциномот на дебелото црево. Одбележувајќи ги овие настани посветени на подигнување на свеста за ракот и потребата од сеопфатни мерки за превенција, рано откривање и лекување, „Vox Medici“, во прво лице ги пренесува заедничките искуства и пораки на докторите од Одделот за малигни тумори на гастроинтестинален тракт при Универзитетската клиника за онкологија и радиотерапија – на прим. д-р Биљана Гроздановска, доц. д-р Ненад Митрески, спец. д-р Фаик Мисими и спец. д-р Бојана Петреска.

Можности за следење на најновите терапевтски протоколи

Секојдневните научни достигнувања во областа на онкологијата придонесуваат кон развој на нови терапевтски можности, овозможувајќи поефикасна контрола на малигните заболувања и продолжување на животниот век на пациентите. Континуираното следење на овие новитети претставува предизвик, но е од клучно значење за обезбедување оптимален третман во согласност со најновите клинички насоки.

Еден од главните предизвици е финансиското планирање и обезбедувањето на соодветен буџет за овие иновативни третмани, особено затоа што најчесто станува збор за

терапии со кои сè уште немаме долгорочно искуство. Иако процесот на планирање постепено се подобрува, високата цена на новите третмани создава дополнителен притисок врз веќе ограничените ресурси на здравствениот систем. Лекарите, пак, се најдиректно изложени на овој предизвик – во очите на пациентите, тие го претставуваат здравствениот систем, иако достапноста на терапијата во најголем дел зависи од фактори надвор од нивната контрола. Ова создава постојан баланс помеѓу потребата за рационално управување со ресурсите и етичката должност да се обезбеди соодветен третман за секој пациент.

Дополнителен товар претставува

централизацијата на онколошките услуги. Бидејќи ниту едно друго онколошко одделение во државата не функционира со полн капацитет, Клиниката постојано прима голем број пациенти, што води до зголемена работна оптовареност и постојан стрес. За разлика од повеќето земји, каде што онкологијата и радиотерапијата се две одделни специјалности, во нашиот здравствен систем тие се интегрирани во една дисциплина. Овој модел носи придобивки за пациентите бидејќи добиваат комплетна грижа од еден медицински тим, но значително ја усложнува работата на лекарите кои имаат двојна професионална улога.

Исто така, континуируањето пораст на бројот на пациенти не е проследен со соодветно зголемување на медицинскиот персонал. Во текот на 2024 година, бројот на новодијагностицирани пациенти на нашиот Оддел се зголемил за 20% во споредба со претходната година. Напредокот во терапиите доведува до подолго преживување на пациентите, но истовремено го зголемува и обемот на работа. Овој позитивен тренд носи големо задоволство кај лекарите, но истовремено создава дополнителен притисок врз ресурсите. Потребно е паралелно да се обезбеди соодветно зголемување на ресурсите – како во однос на достапните терапии, така и во поглед на човечките капацитети.

Раното дијагностицирање на болестите сè уште е реткост

Во клиничката пракса доминираат случаи на напредната малигна болест, додека раното дијагностицирање останува реткост. Ова загрижувачко сценарио се должи на неколку фактори, вклучувајќи ја недоволната информираност и свесност кај населението за препознавање на раните

симптоми, што доведува до задоцнета дијагноза. Иако за колоректалниот карцином постои предвидена превентивна програма, нема доволно информации дека нејзината имплементација е ефективно започната.

Дополнителен предизвик е и отпорот на населението кон организирани скрининг - програми. Ниската здравствена писменост и недоволното разбирање на ризиците придонесуваат за слаб одзив на превентивните прегледи.

Исто така, апелираме до нашите колеги во дијагностичкиот сектор да бидат особено внимателни при процесот на дијагностицирање, потенцирајќи ја важноста на анамнестичките податоци и клиничкиот преглед. Во клиничката пракса, честопати се среќаваме со пациенти кои имаат ректорагија и анемичен синдром, но биле третирани за хемороидални промени и добивале супституциона терапија со железо, додека вистинската дијагноза всушност е карцином на дебелото црево.

**По повод
одбележување на месец
март, посветен на
борбата со карциномот
на дебелото црево,
„Vox Medici“
ги пренесува искуствата
и секојдневните
предизвици на
докторите кои работат
во оваа област**

Овие случаи ја нагласуваат потребата од сеопфатен дијагностички пристап што започнува со детална анамнеза, задолжителен дигитален преглед и продолжува со соодветни дијагностички процедури сè до конечно поставување на точната дијагноза. Овој систематски пристап е од клучно значење за навремено откривање на колоректалниот карцином, што може значително да ја подобри прогнозата и исходот од лекувањето.

Персонализиран третман во лекувањето

Да, во нашата земја се применува персонализиран пристап во онколошкото лекување. Се вршат молекуларни испитувања што овозможуваат идентификација на биолошките карактеристики на туморот и предвидување на терапевтскиот одговор.

Сепак, се соочуваме со значителни предизвици во однос на навременото добивање на резултатите од овие испитувања, што е последица на системски и кадровски ограничувања. Во моментот, молекуларните тестирања се достапни единствено во Скопје, што дополнително ја усложнува нивната навремена примена во клиничката пракса.

И покрај овие предизвици, персонализирањето пристап овозможува подобро планирање и спроведување на терапијата, што во крајна линија може да доведе до подобри исходи за пациентите.

Неопходна е дисперзија на онколошките услуги

Главниот извор на незадоволство кај пациентите е долготото чекање, особено за оние кои патуваат од други градови и го поминуваат целиот ден на Клиниката. Со оглед на тоа што просторните и кадровските капацитети се веќе максимално ис-

користени, неопходно е да се обезбеди дисперзија на онколошките услуги во болниците во поголемите градови.

Иако досега немало сериозни инциденти на вербално или физичко насилство, искуството покажува дека пациентите имаат разбирање кога гледаат дека лекарите искрено се залагаат за нивното здравје. Кога ќе почувствуваат поддршка и посветеност, се гради однос заснован на доверба и соработка.

Често се среќаваме со пациенти разочарани од неповолните резултати од терапијата. Овие чувства се проследени со страв, неизвесност и фрустрација, но не се насочени кон медицинскиот персонал. Во тие моменти, пациентите најмногу имаат потреба од поддршка, разбирање и охрабрување. Искрената комуникација, емпатијата и психолошката поддршка играат клучна улога во помагањето на пациентите полесно да се справат со својата состојба.

За секојдневниот притисок

Работата со онколошки пациенти носи значителен емоционален товар и за здравствените работници. Невозможно е целосно да се изолираме од болката и трагедиите на пациентите и нивните семејства – сочувствуваме со нивната состојба и секој ден се соочуваме со предизвикот да им пружиме и медицинска и емотивна поддршка. Иако здравствениот персонал на Клиниката не добива официјална психолошка помош, се потпираме на меѓусебна поддршка и соработка.

Дополнителен предизвик е недостигот на средно - медицински персонал, што значително ја оптоварува секојдневната работа. На нашиот Оддел, на пример, има само една медицинска сестра на 15 болнички кревети, што го отежнува обезбеду-



вањето на соодветна грижа за пациентите. По неодамнешните случувања поврзани со цитостатската терапија, дел од персоналот си замина, што не само што ја наруши работната атмосфера, туку создаде и одредена несигурност кај потенцијалните нови колеги. Ова е особено демотивирачки ако се земе предвид дека и покрај нашата максимална посветеност, често се соочуваме со негативни реакции од јавноста. Работењето во вакви околности, со ограничени ресурси и притисок од општеството, создава чувство на неправда и разочарување кај медицинскиот персонал.

Иако се распишуваат специјализации по онкологија и радиотерапија, нивниот број останува недоволен за актуелните и идните потреби на системот. Доколку се планира дисперзија на онколошките услуги во други градови, неопходно е да се зголеми бројот на специјалисти. Охрабрувачки е фактот што интересот за овие специјализации расте, бидејќи напредокот во онколошките терапии овозможува повеќе можности

за ефективно лекување и ја намалува беспомошноста при справување со оваа комплексна патологија.

Онколошките пациенти имаат потреба од комплексен третман

Онколошките пациенти имаат потреба од сеопфатен третман и грижа која вклучува и други медицински специјалности. Важен е интегрираниот пристап, при кој лекарите од различни области активно се вклучуваат во нивната грижа, создавајќи поцелосен и поефикасен третман.

Стигмата сè уште постои, ограничувајќи ги овие пациенти само на Клиниката за онкологија и радиотерапија. Како резултат, кога се соочуваат со друг здравствен проблем, тие често повторно се упатуваат на овие оддели, без разлика дали имаат потреба од онколошка нега или не. Ова покажува дека онколошките пациенти многу често имаат потреба од комплексен третман кој вклучува повеќе медицински дисциплини, со интегриран пристап кон сите аспекти на нивното здравје.

Прогласени добитниците на 11 Меѓународни Медис награди за медицински истражувања

Девет победници на 11 Меѓународни Медис награди за медицински истражувања (International Medis Awards for Medical Research – IMA) беа прогласени на гала церемонија која се одржа во Замокот во Љубљана во четврток, 13 март 2025 г. Д-р Наташа Пирц Мусар, Претседателка на Република Словенија беше почесен говорник на церемонијата.

Победници на 11 Меѓународни Медис награди за медицински истражувања се: д-р Дамијан Мајерсбург - дерматологија; д-р Марија Ровчанин - гинекологија; д-р Мартин Балик - интензивна нега и анестезиологија; д-р Хана Мојжишова - неврологија; д-р Јурај Тимкович - офталмологија; д-р Аља Кавчич - педијатрија; м-р Драгана Милаковиќ - фармација; д-р Александра Плавшиќ - пулмологија и алергологија; и д-р Ана Банко - ревматологија.

Тоне Стрнад, магистер по фармација, основач на Меѓународните Медис награди и компанијата Медис, на настанот изјави: „Меѓународните Медис награди станаа горда традиција, растејќи во значењето и признанијата секоја година. Овие награди ги воспоставивме пред единаесет години, на дваесет и петтата годишнина на Медис. Нашата цел е да ги промовираме достигнувањата на лекарите и фармацевтите кои спроведуваат истражувања паралелно со нивната секојдневна работа. Инспиративно е да се гледа растот на оваа визија“.

Претседателот на Меѓународната стручна комисија, проф. д-р Борут Штрукељ, магистер по фармација, коментираше за пристигнатите истражувања и високите критериуми за номинација: „По единаесетти пат, Меѓународната стручна комисија разгледува извонредни научни трудови. Оваа година ја проширивме иницијативата за да вклучиме автори и од Чешка и Словачка. Им честитам на сите автори чии истражувања ги исполнија високите стандарди“.



Д-р Мартина Перхарич, магистер по фармација, Главен директор за бизнис во Медис, ја истакна клучната улога на научните истражувања во регионот на ЦИЕ: „Научните истражувања се пат полн со предизвици, кој бара многу. Уште потешко е кога професионалците го комбинираат истражувањето со клиничката пракса – што во нашиот регион, каде финансирањето и можностите за научен развој се ограничени, претставува уште поголем предизвик.“

М-р Маја Стрнад Цестар, извршен директор на Медис, зборувајќи за посветеноста на долгорочна поддршка на научните истражувања во регионот, објаснува зошто компанијата го поддржува овој конкурс: „Медис работи со водечки светски фармацевтски компании веќе 35 години за да донесе нови иновативни третмани во 19 земји во Централна и Источна Европа. Нашата цел е да обезбедиме подеднаков пристап на терапиите за пациентите, без разлика од која земја доаѓаат. Со поддршка на медицинските истражувања преку овие награди, помагаме да се промовира истражувањето во медицината, да се создаде оптимистичка средина за науката и да се зголеми довербата во науката“.

Во текот на единаесет години на Меѓународните Медис награди има пријавено 54 научно-истражувачки трудови на лекари и фармацевти од Македонија. Шест научни труда имаат влезено меѓу финалистите, од кои пет се добитници на наградата. Тоа се Савица Марковиќ Станоевска од областа на педијатријата, Весна Гривчева-Пановска за пулмологија и алергологија, Тања Николова за гинекологија, Фанка Гилевска за офталмологијата и минатогодишната добитничка на наградата Марија Бабуновска во областа на неврологијата.

3a International Medis Awards for Medical Research

International Medis Awards for Medical Research се меѓународни награди доделени од независна Меѓународна стручна комисија во единаесет земји од Централна и Источна Европа во девет медицински области. Секој победник добива бронзена скулптура The Future (Иднината) од познатиот скулптор Јаков Брдар, сертификат и мала финансиска награда.

Наградите се основани во 2014 година на иницијатива на компанијата Medis, d.o.o. од Љубљана.

НАШИ ГОСТИ ВО VOX MEDICI СЕ ОНИЕ КОИ НЕ ПРАВАТ ГОРДИ

СПЕЦ. Д-Р ЦВЕТАНКА ЃЕРАКАРОСКА САВЕВСКА Е ДОКТОР НА МЕДИЦИНСКИ НАУКИ И ВОНРЕДЕН ПРОФЕСОР ПО ФИЗИКАЛНА МЕДИЦИНА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА НА ЈЗУ УК ПО ФИЗИКАЛНА МЕДИЦИНА И РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Преку континуирана едукација и примена на нови методи се бориме да ги скршиме бариерите

Зошто за ваша област за стручно усовршување ја одбравте физикалната медицина и рехабилитација?

Уште како студент кога се сретнав со предметот Физикална медицина и рехабилитација ми беше привлечна можноста за трансформирање на животот на пациентите со физичка онеспособеност во функционален квалитетен живот, што е темел на развој на оваа медицинска гранка. Убедливо мотив ми беше девизата на СЗО "додавање на квалитетен живот на годините". Оттука, интензивно по дипломирањето размислував стручно да се усовршам во оваа област. Потоа, откако ја отпочнав специјализацијата се убедив дека физикалната медицина и рехабилитација е една од најблагородните и најкомплексните области во медицината која нуди неверојатно широк спектар на можности за работа. Таа игра витална улога во подобрување на квалитетот на живот на оние кои се соочуваат со онеспособеност и физички предизвик

и во зголемување на нивниот функционален исход.

Перспективата на развојот на физикалната медицина и рехабилитација се во оној дел од медицинската наука која се занимава со спречување онеспособеноста која настанала заради оштетување да премине кон попреченост. Таа е динамична медицинска гранка со етаблирана теоретска база и широки клинички апликации во превенција, развој и враќање на оптималната физичка функција.

Современата физикална медицина и рехабилитација тесно соработува со голем број медицински гранки како што се неврологија, неврохирургија, васкуларна хирургија, трауматологија, ортопедија, пластична хирургија, ревматологија, пулмологија, кардиологија, педијатрија и други. Се занимава со третман на патолошки состојби кај сите возрасни групи од последици на трауматолошки и ортопедски состојби, невролошки и неврохируршки заболувања, ревматолошки, пулмолошки, кардиоваскуларни патолошки состојби, состојби по ампутации итн. и дава свој придонес во севкупниот третман.

Секоја од овие области нуди неограничени можности за понатамошно супспецијализирање и истражувачка работа што за мене беше многу привлечно.



Физикалната медицина и рехабилитација исто така нуди во својата работа и можност да се комбинираат дијагностичките и терапевтските процедури, сè со цел да му се помогне на пациентот во стекнување поголема функционалност.

Оваа медицинска гранка во последните децении е област на континуирани, исклучителни иновации како рехабилитациони кинезитерапевтски методи и техники, како и на примена на напредни технологии (примена на роботизирани апарати за рехабилитација на горен и долен екстремитет, микропроцесорски ортози и протези, современи ортози за 'рбетот) коишто често ги надополнуваат и подобруваат рехабилитационите програми.

Знам дека звучам субјективно, но силно сум убедена дека физикалната медицина и рехабилитација е посебна и исклучително балансирана област што овозможува прецизна дијагноза, превенција и терапија на голем број сериозни здравствени состојби и нуди бескрајни можности за континуиран професионален развој.

Вие сте доктор на медицински науки, вонреден професор по физикална медицина и рехабилитација. Која е вашата сфера на интерес во потесна смисла?

Неурорехабилитацијата отсекогаш била мој предизвик за работа и остана мое тесно поле на интерес, вклучува рехабилитација на пациенти со хемиплегија, квадриплегија, параплегија како резултат на мозочен удар, краниocereбрални повреди, последици од повреди и заболувања на 'рбетниот мозок и други невролошки заболувања. Неврорехабилитацијата е сложен здравствен процес кој има за цел да ги обнови, минимизира или компензира во најголема можна мера функционалните дефицити кај лицата со тешка онеспособеност по лезии на централниот нервен систем. Таа овозможува интеграција на рехабилитациони кинезитерапевтски техники и приме-

на на роботска рехабилитација во постигнување на функционален успех кај пациентот со моторен невролошки дефицит и постигнување самостојност во извршување на активности од секојдневниот и професионалниот живот.

Иновациите на полето на примена на физикалните агенсии и современата апаратура за нивна апликација кај мене секогаш буделе љубопитност, па така кога нашата Клиника го доби апаратот за радијална екстракорпорална терапија со ударни бранови веднаш се заинтересирав за неговата примена во третман на спастичитетот по мозочен удар. Тоа беше можност за прв пат во нашата држава да се евалуира позитивниот ефект од оваа терапија во третман на спастичитет кај пациенти по мозочен удар.

Докторирав во 2019 година на тема „Евалуација на ефектите од апликација на радијална екстракорпорална терапија со ударни бранови на спастична шака по мозочен удар“.

Во тек на работниот век се наметна потреба да бидам вклучена и во комисијско водење на Амбулантата за протетиката и ортотика со мојата колешка ас. д-р Даниела Гчевска. Оваа Амбуланта опстојува со децении во нашата Клиника. Таму ординираме протетски и ортопедски помагала како натколени и потколени протези на пациенти со ампутации, ортози за долен и горен екстремитет, ортози за деформитети на 'рбетниот столб во детска возраст, разни типови на инвалидски колички според потребата на пациентот итн. Оттука, тесно сум вклучена во следење на рехабилитацијата на децата со деформитети на 'рбетниот столб, како и во рехабилитацијата на пациентите со ампутација.

Сметате ли дека Клиниката доволно се грижи за унапредување на стручноста на докторите и колку се поттикнува истражувачката работа?

Ние физијатрите преку континуирана едукација се бориме да ги скршиме ба-

риерите и да ја унапредиме рехабилитационата грижа за нашата заедница. Стручниот престојот во странство во референтни рехабилитациони центри е од исклучително значење за стекнување напредни клинички знаења и искуства. Клиниката го поддржува професионалниот раст и развој на лекарите и останатиот медицински кадар, но можностите за престој во референтни рехабилитациони центри во Европа и светот се многу скромни. Стручното, лично усовршување и напредокот, запознавањето на нови рехабилитациони методи и физикални процедури најчесто се обезбедува од сопствени финансиски средства.

Научно - истражувачката работа е неопходна за развој на секоја клиника па така и на нашата. Скромни се можностите и условите на Клиниката за научно истражувачка работа која е неопходна за да може Катедрата за физикална медицина и рехабилитација да напредува. Се разбира, ваквите можности во голема мера се резултат и на минималната финансиската поддршка за научно истражувачка работа во нашето општество.

Држава и Министерството за здравство мора да се грижат за едукација и усовршување на физијатрите сè со цел да бидат во чекор со новитетите во својата медицинска област, а со крајна цел поголем и подобар здравствен бенефит за нашите пациенти.

Дали сте ангажирана на некој проект?

Клиниката за физикална медицина и рехабилитација и Катедрата за физикална медицина и рехабилитација, како наставна база, има учествувано во бројни проекти од јавно здравствен и научноистражувачки карактер. Сум била дел од тимот кој спроведува голем број клинички рандомизирани студии во рамките на нашата Клиника од кои произлегле неколку докторски дисертации. Во моментот сум вклучена во научно - истражувачки проект под наслов "Функционално следење на пациенти

со спинална мускулна атрофија “кој го води нашата Катедра во рамки на Медицинскиот факултет Скопје.

Сметате ли дека на Универзитетската клиника се следат најсовремените трендови во физикална медицина и рехабилитација?

Клиниката за физикална медицина и рехабилитација со децении наназад обезбедува квалитетна грижа за пациентите и поддршка на професионалниот развој. Медицинскиот персонал се труди да ги следи најсовремените трендови во физикалната медицина и рехабилитација. Иако, можеби, немаме обемни ресурси или врвна технологија како во водечките рехабилитациони центри, Клиниката со оглед на инфраструктурните потешкотии и недостаток на здравствен кадар е посветена и фокусирана во овозможување на соодветна рехабилитација за нашите пациенти.

Сите ние, физијатрите кои сме носители на дејност во Клиниката, учествуваме на бројни конгреси со интернационално учество како во земјата така и во странство каде имаме можност да се стекнеме со сознанија за новитетите во рамки на нашата област. Оттука, ги црпиме сите предлози за осовременување на рехабилитационите методи и новитетите во технолошкиот развој на апаратурата со која работиме.

Од неодамна го добивме најсовремениот апарат за роботска рехабилитација Локоматот на Хокома, најдоверливиот робот за рехабилитација на одот кој е дел од најдобрите рехабилитациони центри во светот. Интензивно го користиме за рехабилитација на пациентите со нарушување на одот, особено како последица на мозочни лезии, повреди или лезии на ‘рбетниот столб, мултипна склероза и многу други патолошки состојби.

На моја иницијатива во 2020 година беше воведена огледална терапија која е дел од рехабилитациониот протокол кај моторен дефицит на горен и долен

Медицинска гранка која во последниве децении е област на континуирани, исклучителни иновации како рехабилитациони кинезитерапевтски методи и техники, примена на напредни технологии (примена на роботизирани апарати за рехабилитација на горен и долен екстремитет, микропроцесорски ортози и протези, современи ортози за ‘рбетот) коишто често ги надополнуваат и подобруваат рехабилитационите програми

екстремитет по мозочен удар, алгодистрофичен синдром, ампутации итн.

Од пред три месеци, како резултат на претходен стручен престој во Италијанскиот научен институт за ‘рбет во Милано, јас и мојата колешка асс. д-р Даниела Гечевска во нашата Клиника го имплементираме светски познатиот програм за индивидуална рехабилитација на идиопатска адолесцентна сколиоза – научен пристап на вежби за сколиоза. Овој индивидуален пристап на вежби за сколиоза дава одлични резултати во рехабилитацијата на деца со деформитети на ‘рбетниот столб.

Во однос на опремата, Клиниката е снабдена со релативно современа апаратура, но Министерството и државата

мора да е свесна дека таа опрема се амортизира и треба постојано да се вложува, со цел да се подобрат услугите за да се привлечат пациентите. Како што претходно нагласив, оваа гранка е подложна на исклучително интензивен технолошки напредок и заостанување во снабдување со соодветна опрема или, пак, со едукација за иновативни рехабилитациони кинезитерапевтски методи се одразува на квалитетот на нудење на здравствената услуга.

Има ли некои практики во работењето со пациентите на Клиниката што треба да се изменат или подобрат?

Мисијата на секој физијатар е да го оптимизира функционирањето и квалитетот на животот поврзан со здравјето, да се труди да ја минимизира онеспособеноста кај пациентите. Тоа се постигнува исклучиво преку индивидуален рехабилитационен третман кој е потребен за подобро и побрзо функционално оспособување на пациентот. Па, оттука, неопходно е потребно тимска работа која вклучува физијатар, физиотерапевт, работен терапевт, логопед, социјален работник, медицински психолог, ортотичар/протетичар, медицинска сестра, болничари. Секој член на тимот за рехабилитација е неопходна важна алка во напредокот на третманот на пациентот. Клиниката, во моментот, се соочува со недостиг на здравствен персонал од сите кадри. Нецелосниот тим и недостатокот на стручен персонал се одразува и на исходот од рехабилитациониот третман со кој и ние како Клиника секојдневно се соочуваме. Исто така, нашиот објект има потреба од реновирање за да се задоволат инфраструктурно потребните интрахоспитални стандарди што се предвидени за престој на пациентите во текот на рехабилитацијата. Државата мора да создаде услови на давање здравствени услуги што ќе носат бенефит како за пациентите така и за здравствениот персонал.

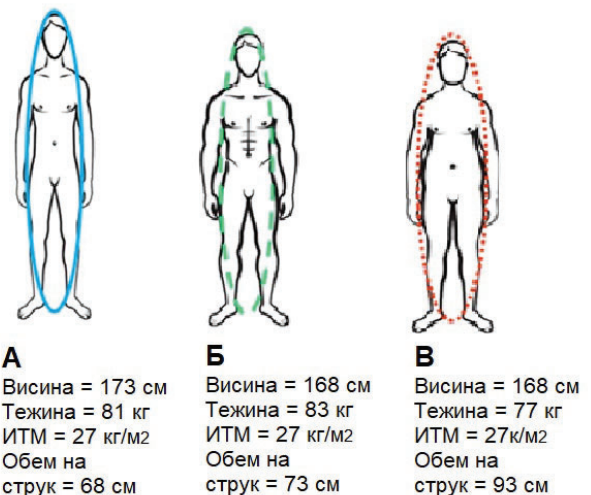
Индекс на телесна заобленост наспроти индекс на телесна маса за пресметување на кардиоваскуларниот ризик

Со декади две основни мерења - висина и тежина - се користеа за оценка на тоа како составот на телото го засега здравјето. Но, сега има сè повеќе истражувања кои сугерираат дека можеби постојат подобри начини да се отслика дебелината и медицинскиот ризик поврзан со неа. Пресметувањето, познато како индекс на телесна заобленост ИТЗ (body roundness index - BRI), е во фокусот на вниманието меѓу експертите како потенцијално поточна мерка за дистрибуцијата на телесната маса отколку индексот на телесна маса (ИТМ). Причината за тоа е фактот што некој може да има нормален индекс на телесна маса, а сепак да има преддијабетес, висок крвен притисок и дислипидемија, а тоа веројатно е така затоа што на ИТМ му недостасува деталот за дистрибуција на таа маса.

Тежината не е дел од равенката за пресметнување на ИТЗ. Обемот на струкот и, опционално, обемот на колковите, се мерките што се во равенката заедно со висината за да се процени висцералното адипозно ткиво, односно абдоменалното масно ткиво кое долго време се поврзува со кардиоваскуларните болести, дијабетесот и хипертензијата. Иако калкулацијата за ИТЗ за првпат е изведена во 2013 од математичарката Diana Thomas¹, една понова студија објавена во JAMA Network Open² беше прилика да продолжи дебатата за нејзината потенцијална употреба откако нашле дека и високиот и нискиот скор на ИТЗ, всушност се поврзани со зголемен ризик за смрт.

Од 1990-те, ИТМ беше алатка за скрининг за проценка на телесните масти, но неговата првична намена беше многу поинаква. Имаше за цел да се стратифицира медицинскиот ризик на ниво на население - не на здравјето на поединци. Сепак, поради леснотијата и брзината на користење, премина од алатка на епидемиолошко ниво до алатка во клиничка пракса. Тоа не е оправдување, но тоа е причината зошто толку упорно и толку долго останал да се користи во клиничката пракса - лекарите и самите пациенти може да ја дијагностицираат дебелината само со вага и мерна лента.

И покрај неговата широка употреба, за ИТМ долго време се дебатира и се разгледува како погрешна формула со штетни импликации. Можеби неговиот најзабележителен недостаток



Слика 1. Различни типови на заобленост на телото, со ист индекс на телесна маса

- покрај тоа што не ја зема предвид распределбата на маснотиите - е неговата неможност да прави разлика помеѓу различните видови тежина. Тежината е составена од толку многу делови на нашето тело: тежината на водата, на коските, маснотиите и мускулите. Во пресметката на ИТМ не се зема предвид чистата мускулна маса, која е погуста од маснотиите. За да ја илустрира оваа поента, Diana Thomas објавила слика на која се прикажани три лица со значително различни типови на тело, но сите со ист ИТМ (слика 1).

ИТМ не ги зема предвид варијациите поврзани со возраста, полот, расата или етничката припадност. Не ги разликува промените во составот на телото помеѓу жените во предменопауза и постменопаузалните жени, на пример, а азиската популација има тенденција да има здравствени проблеми поврзани со дебелината при пониски ИТМ.

Со анализа на биохемиските испитувањата на крвта и на крвниот притисок на пациентите, една студија од 2016 година

1 Diana M. Thomas, Carl Bredlau, Anja Bony-Westphal, Manfred Mueller, Wei Shen, Dymna Gallagher, Yuna Maeda, Andrew McDougall. Relationships between body roundness with body fat and visceral adipose tissue emerging from a new geometrical model. First published: 21 March 2013 <https://doi.org/10.1002/oby.20408>

2 Xiaoqian Zhang et al. Body Roundness Index and All-Cause Mortality Among US Adults. JAMA Netw Open. 2024;7(6):e2415051. doi:10.1001/jamanet-workopen.2024.15051

покажала дека кога се користи ИТМ како главна дијагностичка алатка за здравјето, се проценува дека околу 75 милиони возрасни лица во САД се погрешно класифицирани како кардио-метаболички здрави или нездрави.

Кога се гледала себеси во огледало, Diana Thomas ги почувствувала недостатоците на моделот за ИТМ. ИТМ се заснова на геометријата и размислувањето за човечкото тело како цилиндар, но ако се погледнеме во огледало, тоа не е така бидејќи колковите и половината ја прават фигурата повеќе јајцевидна.

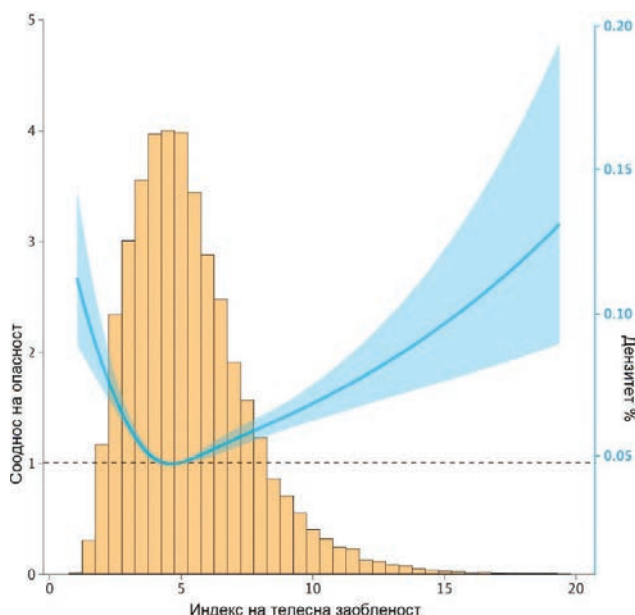
За да ја тестира својата теорија, Diana Thomas го моделирала човечкото тело како елипса и развила пресметка заснована на ексцентричноста - мерка за тоа колку една орбита отстапува од совршен круг - за да го долови обемот на телото во однос на висината или заобленоста на телото. Добиените вредности, генерално се движеле од 1 до 16, при што позаоблените тела достигнувале повисоки бројки.

Резултатите од нејзиното истражување имаат ограничувања. Обемот на струкот веќе беше добро воспоставена мерка за висцерална маст во времето на објавувањето на трудот пред 11 години, но останало да се види како ИТЗ ќе се поврзе со смртноста или со други маркери за здравјето.

Во годините што следеле, студиите покажале дека високиот ИТЗ е поврзан со специфични здравствени ризици, како што се болестите на бубрезите и ракот, но ниту едно истражување не ја разрешило неговата поврзаност со смртноста од која било причина, се до студијата објавена во JAMA Network Open. Студијата користела самопријавени здравствени податоци од базата на податоци на NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey). Обработиле репрезентативна група од речиси 33.000 возрасни лица во САД во период од 20 години, од 1999 до 2018 година. Просечната возраст на учесниците била 47 години, а половината од нив биле жени. Повеќето - околу 68% - биле белци, а останатите се идентификувале како црнци, мексикански Американци или друга раса или етничка припадност. Целта била да се одреди дали постои асоцијација помеѓу смртноста од сите причини и ИТЗ. Кога добиените податоци биле ставени во графикон, добиена е U - крива на асоцијација на ризикот за смрт и скорот за ИТЗ. После подесувањата за возраста, полот, расата и нивото на едукација, се покажало дека ризикот бил за 25% повисок за оние со ИТЗ под 3.4 и за 49% повисок за ИТЗ => 6.9 во компарација со средниот квантил од 4.5 - 5.5 (слика 2).

Асоцираноста на ИТМ со ризикот за смрт, исто така покажува U-крива, но ѝ недостасува висока сензитивност на проценката на ризикот.

Во меѓувреме и други истражувачи работеа на валидацијата на ИТЗ. Во студија објавена во септември оваа година во Journal of the American Heart Association, испитувана е поврзаноста на ИТЗ со кардиоваскуларни болести, вклучувајќи го мозочниот удар и срцеви несакани настани, на приближно 10.000 средовечни лица во Кина. Нашле дека повисокиот ИТЗ бил асоциран со зголемен ризик за кардиоваскуларна болест, што сугерира дека ИТЗ може да се користи како нов индикатор



Слика 2. Асоцијација помеѓу индексот на телесна заобленост и ризикот за смрт од сите причини после сите подесувања. Солодната крива ги претставува проценките за асоцијацијата, а засенчувањето интервалот на доверливост - CI 95%

тор за кардиоваскуларен ризик. За да се избегне стигматизација на дебелиите лица, се препорачува индексот да се именува како индекс на телесен ризик (body risk index).

Но, дали ИТЗ ќе го замени ИТМ? Со конзистентна валидација во други независни кохорти, ИТЗ може да се инкорпорира во праксата како важна алатка за скрининг на населението. Сепак, факт е дека целиот медицински систем е изграден околу ИТМ, како на пример употребата во педијатриските графיקони за раст или препораките за дозирање на лекови, и затоа не е едноставно да се премине на друга мерка. Освен тоа, иако двата индекса користат базични мерки, ИТЗ може да се покаже како потешок за примена во праксата и се претпоставува дека ќе биде потребна обука за да се изведува точно и правилно мерење на обемот на струкот.

Напредокот во прецизната медицина и технологија наскоро може да ги направи двата индекса застарени. Анализите на телесниот состав, иако скапи и тешко достапни за целата популација, даваат важни податоци за само неколку минути. Сè додека овие можности не станат достапни, лекарите треба да имаат понијансиран пристап кон проценките што се базираат на тежината и да го избегнуваат ИТМ како единствен здравствен индикатор.

Проценете го вашиот ИТЗ на интернет страницата
Free Body Roundness Index (BRI) Calculator (bri-calculator.com)

Подготви:
проф. д-р Катица Зафировска

НОВА ИНТЕРВЕНЦИЈА ВО БОЛНИЦАТА ВО ГЕВГЕЛИЈА

Потенцијал за развој на „damage control“ хирургија

Во Општата болница со проширена надлежност во Гевгелија, што опслужува регион од речиси 40.000 жители, за првпат беше извршена операција на скршеница на обете коски од потколеницата, во нивните долни краеви, со деловите што учествуваат во формирање на скочниот зглоб. За овој тип на интервенции досега, пациентите се проследуваа во други здравствени установи, но благодарение на ентузијазмот и стручноста на спец. д-р Борислав Калковалиев, ортопед во болницата, оваа пракса се менува. Тимот што работеше на првата операција го сочинуваат и спец. д-р Стефанија Стојанова, Ѓорѓе Шутаров – анестетичар, инструментарка Даниела Дунимаглоска, радиолошки техничар Ѓорѓе Ников и болничар Зоран Попов.

„Станува збор за скршеница на обете коски од потколеницата, во нивните долни краеви, со деловите што учествуваат во формирање на скочниот зглоб. Ваквиот тип повреди, вообичаено се решава оперативнo, со

отворено мesteње на фрактурните фрагменти и реставрација на зглобот, односно направена е отворена репозиција и остеосинтеза, во случајот со плочка и шrafoви. Самиот зафат се базира на принципите на остеосинтеза и самиот по себе можеби и не претставува голем предизвик за оние кои се занимаваат со ортопедско-травматолошка хирургија, но за нас е од големо значење бидејќи е прв од вакoв тип во нашата установа, од нејзиното постоење до денес. Воведувањето на нова процедура или целосно различен тип на хирургија од она што досега се работи на нашето Одделение подразбираше повеќемесечна подготовка и планирање, доедукација на дел од персоналот од оперативен блок и секако, една севкупна поддршка и ангажман на сите засегнати, пред сè од Одделението за хирургија при Општата болница со проширена дејност Гевгелија. Во оваа пригода, сакам јавно да им се заблагодарам на сите“, вели спец. д-р Калковалиев.

Тој појаснува дека кај пациентот се вградени биокомпатибилни материјали чие присуство во телото не претставува никаква пречка за секојдневно функционирање. По добивање на радиолошки знаци за зараснување на повредената коска, овие материјали се вадат само кога има индикации што подразбираат континуирана болка, намалена функционалност или појава на подочнежни компликации од интервенцијата.

Спец. д-р Калковалиев потенцира дека со унапредување на третманот на травматолошките пациенти ќе се реши голем проблем што во овој регион е често присутен, бидејќи тие сега се проследуваат за натамошен третман во други здравствени установи, најчесто во Скопје. Тоа подразбира нивна претходна најава, ангажирање на персонал за придружба при транспорт којшто и онака, како и секаде така и во гевгелиската болница, е дефицитарен. Неретко, поради преоптовареност, болниците каде што треба да се оперираат овие пациенти немаат слободни места, а често и материјали за соодветна интервенција, поради што обезбедувањето навремен третман станува висински предизвик.



„Би сакал да потенцирам дека не планираме да застанеме на оваа интервенција туку, напротив, амбициите и ентузијазмот се големи. Гледано долгорочно и колегата д-р Кузман Стефановски, кој моментално е на специјализација по ортопедија, трајно ќе се приклучи на тимот. Заедно со колегите од Одделението за хирургија, под чија закрила и сега функционираме, мислам дека ќе можеме на едно уште повисоко ниво да одговориме на предизвикот околу сообраќајниот трауматизам. Поради географската поставеност на болницата, за жал, имаме голем број вакoв тип пациенти кои првично се згрижуваат во нашата установа. Сепак сме мала болница, па потешко повредените веројатно ќе имаат потреба од лекување на повисоко ниво, но ова што ние можеме да го развиеме тука е во делот на таканаречената „damage control“ хирургија која често, за овие пациенти, значи живот“, вели д-р Калковалиев.

Тој додава дека секој поединец со своето делување може да придонесе за напредок.

„Иако сме свесни за околностите во кои работиме и живееме, треба да прифатиме дека системот на кој сме навикнати да се жалиме, всушност сме самите ние. Секој поединец со своето делување може да придонесе кон напредок и усовршување. Со поддршка од постарите колеги, раководните структури како и останати локални чинители, позитивни примери како што е нашиот, верувам дека ќе има и во други градови од државата. Тоа ќе најде на огромно задоволство на нашите потенцијални пациенти, а задоволен пациент значи и задоволен лекар“, вели спец. д-р Калковалиев.

НАУЧЕН СИМПОЗИУМ НА ЗДРУЖЕНИЕТО НА ХЕМАТОЛОЗИ НА МАКЕДОНИЈА

За првпат промовирани комплетни Националните водичи за дијагноза и лекување на малигни и бенигни хематолошки заболувања



Здружението на хематолози на Македонија (ЗХМ) одржа специјален научен Симпозиум на кој беше промовирано првото комплетно издание на „Водичи за дијагноза и лекување на малигни и бенигни хематолошки заболувања во Република Северна Македонија“. Овој значаен проект е резултат

на повеќегодишна посветеност и заеднички напори на македонските експерти во областа на хематологијата.

Симпозиумот, на кој беше промовирано изданието, го отворија претседателката на Лекарска комора, проф. д-р Калина Гривчева-Старделова и проф. д-р Ирина Пановска Ставридис, пре-

тседателка на ЗХМ, која истакна дека ова издание е значителен напредок во македонското здравство.

„Неверојатно е важно да се вложува во стручната литература. Со изработката на „Водичите“, поставивме пат по кој полесно ќе се движат идните генерации лекари, целата стручна јавност, па

и пациентите. И покрај предизвиците во реализацијата, особено во делот на рецензирањето, создадовме квалитетни и актуелни стандарди за третман. Искрена благодарност до сите кои дадоа личен придонес во овој проект – до авторите и рецензентите, до колегите кои со својата стручност и посветеност помогнаа во изработката на “Водичите”, изјави проф. д-р Пановска Ставридис на отворањето на овој настан.

Процесот на креирање научни знаења е процес на константна промена, тогаш неминовна е појавата на т.н. „опсоленија“ на клинички препораки, која е резултат на нови научни истражувања и клинички студии, на развој на нови технолошки придобивки во дијагностиката на болестите, нови лекови и молекули и промена на ставовите, нивото на научни докази и степенот на препораки. Редовното обновување на клиничките препораки е основен процес кој ја одржува валидноста на изнесените факти и препораки. Затоа е неопходна потребата од редовна проценка на нови или изменети препораки. Тоа беше водечка причина за тимот експерти од Здружението за хематологија на Македонија да се впушти во редовно обновување на препораките со тен-

**Овој проект е
значаен чекор во
унапредувањето на
македонската
хематолошка дејност,
а е резултат на
повеќегодишна
посветеност и
заеднички напори на
македонските експерти
во областа на
хематологијата**

денција ова да стане наша редовна годишна практика.

Проф. д-р Пановска Ставридис вели дека “Водичите” се драгоцен ресурс за медицинската заедница и ќе придонесат за подобрување на здравствената заштита на пациентите со хематолошки заболувања.

„Голема честа е што имаме можност,

пред нашите медицински експерти, но и пред врвни европски специјалисти, професори и лекари да го претставиме првото комплетно издание на „Водичите“. Во нив ги приспособивме современите медицински стандарди за потребите на нашата клиничка практика. Во 2024 година го почнавме процесот на ревизија и изработка на нови “Водичи” кои ќе овозможат подобрување на исходот од лекувањето преку прецизна дијагностика и оптимален третман. Во рамките на проектот беа организирани и едукативни работилници насочени кон интернисти, лекари од примарната здравствена заштита и студенти по медицина, со цел да се подобри дијагностичкиот процес и да се олесни патот на пациентите низ здравствениот систем“, истакна проф. д-р Пановска Ставридис.

“Водичите”, официјално ги промовираше академик проф. д-р Димитар Ефремов, раководител на Одделот за молекуларна хематологија на Меѓународниот центар за генетско инженерство и биотехнологија во Трст, Италија, меѓународно високо рангиран и признат македонски хематолог, кој истовремено беше еден и од рецензентите на книгата.

Научниот Симпозиум одржан по повод промоцијата беше збогатен со неколку едукативни предавања од експерти во својата област од Хрватска, Словенија, Србија и Албанија.

Проф. Игор Аурер од Медицинскиот факултет при Универзитетот во Загреб, член на Бордот на Европската хематолошка група за наука (EHA-SWG), го реши за процесот и важноста на креирање на национални водичи, изјави дека е фасциниран од колегите хематолози во Скопје и дека со задоволство повторно би бил предавач на ваков високо стручен настан од европско значење.

“Ова издание е пример за посветеност и научна одговорност. Унифицираните стандарди за третман ќе овоз-



можат подобри резултати и ќе ги унапредат дијагностичките и терапевтските пристапи во регионот”, изјави д-р Игор Аурер.

Од големо значење беше учеството и на проф. д-р Јелена Била, претседателка на Српската миеломска група, секретар на Балканската миеломска студиска група, началник на Одделението за мултипли миелом при Универзитетскиот клинички центар на Србија.

“Секој чекор напред во стандардизацијата на пристапот во дијагностиката и третманот на хематолошките заболувања е клучен за подобрување на грижата за пациентите. Овие “Водичи” ќе бидат драгоцен ресурс за медицинската заедница. Невејројатно сум благодарна на поканата да бидам дел од овој Симпозиум кој беше извонреден. Одиме понатаму, секоја чест за колегите хематолози од Македонија, особено за претседателката на ЗХМ, проф. д-р Пановска Ставридис”, додаде проф. д-р Јелена Била.

Ваков проект, несомнено има исклучително широка димензија и значење за целиот здравствен систем. Хематолозите од Здружението велат дека нивниот фокус е пациентот, навремената дијагностика и современ третман кои водат до подобар клинички исход и поквалитетен живот за пациентот и за неговото семејство.

Изданието претставува клучен чекор во унапредувањето на стандардите за дијагностика и терапија во земјата, кое опфаќа целосно нови поглавја за сите малигни и бенигни хематолошки состојби.

“Водичите” се печатено издание од 300 страници, со додаток од 139 табели и фигури што опфаќаат 45 поглавја. Во

нив се разработени 37 премалигни и малигни заболувања, пет немалигни состојби и три поглавја коишто се однесуваат на дијагностичката обработка, на патохистолошката анализа и одредување на стадиумот на лимфопролиферативните заболувања.

“Водичите” се резултат на повеќегодишна посветеност и здружени напори на експертите во областа во државата

центар за позитроно емисиона томографија.

Сите препораки во “Водичите” се базираат на актуелно важечката литература и докази и се адаптирани на моменталните можности во нашата држава. Како основа на овие “Водичи”, хематолозите се воделе според последните меѓународни “Водичи”, како оние на *European Society of Medical Oncology* и *National Comprehensive Cancer Network*, но и национални препораки на хематолошки здруженија, како Хрватското здружение (KROHEM) и српските национални препораки. Главната цел на овие национални препораки е да се обезбеди современ пристап во дијагностиката и третманот на пациентите со хематолошки болести кој ќе се базира на актуелни научни сознанија.

Уредници на водичите се проф. д-р Ирина Пановска-Ставридис и ас. д-р Невенка Ридова.

Во процесот на рецензија на водичите учествуваа професори по хематологија, експерти во своите области: проф. д-р Лидија Чевреска, проф. д-р Александар Стојановиќ, проф. д-р Борче Георгиевски, проф. д-р Димитар Ефремов, проф. д-р Злате Стојаноски, проф. д-р Александра Пивкова-Велјановска, в.

проф. д-р Сања Трајкова, в. проф. д-р Светлана Крстевска-Балканов и д-р Мартин Ивановски.

Со ова значајно издание, ЗХМ поставува стандарди во дијагностиката и лекувањето на хематолошките болести, обезбедувајќи сигурност и квалитет во здравствената грижа за пациентите. Водичите не само што ја претставуваат најновата стручна литература, туку се и потврда дека македонската хематологија чекори напред кон современи и ефикасни методи на третман, во сог-



за заокружување на една претходно започната иницијатива – ажурирање и надополнување на постоечките “Водичи за дијагноза и третман на пациентите со Б и Т лимфопролиферативни заболувања” издадени во 2022 година. Водичите се поделени во шест дела. Покрај ЈЗУ Универзитетска клиника за хематологија, во креирањето на овој дел учествуваа и институциите што се вклучени во дијагностичкиот процес, ЈЗУ Институт за патологија – Скопје и ЈЗУ Универзитетски

Акутен миокарден инфаркт со елевација на СТ сегментот (СТЕМИ)

Акутен миокарден инфаркт е животозагрозувачка состојба предизвикана од ненадеен прекин на протокот на крв во коронарните артерии (крвни садови коишто доставуваат крв до мускулот на срцето).

Најчеста причина е руптура на атеросклеротска плака со формирање на оклузивен тромб. Поретки причини се ерозија на атеросклеротска плака, дисекција на коронарна артерија (почесто кај жени), емболизација и вазоспазам.

РИЗИК ФАКТОРИ:

Модифицирачки ризик фактори:

- покачениот крвен притисок;
- хиперлипидемија;
- шеќерната болест;
- пушење;
- зголемената телесна тежина.

Немодифицирачки ризик фактори:

- Позитивна фамилијарна анамнеза;
- Машки пол.

КЛИНИЧКА СЛИКА

Ретростерналната болка е главен симптом. Пациентите ја опишуваат како стегање, печење, жежење, тежина во пределот на градите. Болката е слична како кај стабилна коронарна болест (ангина пекторис), но трае подолго, со посилен интензитет, не се смирува од давањето на нитроглицерин суплингвално или доколку се јави при физичка активност не се смирува од прекинувањето на истата. Болката често се шири кон левата рака и долната вилица, а во поретки случаи, особено кај возрасни и пациенти со шеќерна болест, може да има атипични симптоми како отежнато дишење, граден дискомфорт, болки во епигастриум, повраќање.

ДИЈАГНОЗА

За исходот на пациентот е клучно брзото поставување на дијагнозата и брзото започнување со третман. ЕКГ се прави во првите 10 минути од контактот на пациент со лекар,

кога клиничката слика не посочува за акутен миокарден инфаркт.

Дијагнозата се поставува врз база на ЕКГ знаци за акутен миокарден инфаркт.

- СТ сегментна елевација повеќе од 2 мм во два последователни одводи за предкордијалните одводи (V1-V6) или СТ сегментна елевација повеќе од 1мм за стандардните одводи (D1, D2, D3, aVF, aVL).
- Срцевите специфични тропонини се оптимални биомаркери за евалуација на пациенти со СТЕМИ и се знак за миокардна некроза. Се покачуваат во првите неколку часа од почетокот на срцевит удар и остануваат покачени 7-14 дена.

ТРЕТМАН

Третманот на пациентите со акутен миокарден инфаркт вклучува давање на:

– Антиагрегантна терапија

- Ацетилсалицилна киселина 300 мг;
- Прасургел 60 мг или тикагрелор 180 мг. При контраиндикација или отсуство на овие два лека се дава клопидогрел 600 мг.

– Антикоагулантна

- Нискомолекуларен хепарин (**еноксапарин, фраксипарин**) или
- Нефракциониран хепарин во дози 70/100 ИЕ/кг т.т

– Антисхемична терапија

- Б-блокатори - докажано е дека раното внесување на оваа тероија води до намалување на зоната на некроза кај пациентите со АМИ;
- Нитроглицерин - може да се дава суплингвално преку 5 минути до смирување на болките или до пад на крвниот притисок под 30% од иницијалниот. Треба да се избегнува кај пациенти со низок крвен притисок, пациенти со инфаркт на долниот сид и пациенти кои претходно користеле фосфодиестеразни инхибитори (виагра).

– Третман на болка

- Морфин, фентанил;
- НСАИЛ се контраиндирани кај пациентите со акутен миокарден инфаркт поради тоа што го зголемуваат ризикот од руптура на меѓукоморна преграда.

– Реперфузиона стратегија - Поради тоа што во основа на срцевит удар е комплетна оклузија на една од коронарните артерии, постојат две стратегии за реканализација на истите и тоа по строго дефинирани протоколи.

- Примарна перкутана коронарна интервенција (PPCI) – **Златен стандард за третман**. Низ артерија во пределот на раката (радијална) се внесува кратко цевче низ кое со специјални катетри се стигнува до коронарните артерии што ќе се прикажат со контраст и на тој начин ќе се детектира местото на комплетна оклузија на коронарната артерија. На местото на стеснувањето се поставува метална протеза (стент) што ќе ја држи артеријата отворена.
- Фибринолиза – Доколку во населеното место не постои специјализирана установа за инвазивни процедури (коронарографија) се дава фибринолитичка терапија при што се врши фармаколошка реканализација на коронарната артерија.

ТРЕТМАН ПО РЕПЕРФУЗИОНА ТЕРАПИЈА

Ацетилсалицилна киселина 100 мг (со исклучок при контраиндикации).

Прасургел 10 мг 1x1, тикагрелор 90 мг 2x1 или клопидогрел 75 1x1- во продолжение на една година (со исклучок при контраиндикации).

Статин + Останата терпија за коморбидитети

Автор: д-р Дарко Китаноски

супспецијалист кардиолог

ГЕНЕТСКА РЕВОЛУЦИЈА: CRISPR/CAS9 И БОРБАТА ПРОТИВ НАСЛЕДНИТЕ БОЛЕСТИ

Генетските заболувања кои се предизвикани од мутации или дефекти во генетскиот материјал долго време претставуваа голем предизвик за медицината. Сепак, со напредокот на генетската терапија, особено со примената на технологијата CRISPR/Cas9, научниците и докторите добија нови и моќни алатки за лекување на овие болести. CRISPR/Cas9, кратенка од Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats и CRISPR-associated protein 9, претставува револуционерна метода за уредување на генетскиот материјал. Оваа технологија овозможува прецизно модифицирање на ДНК на живи организми, што е клучно за третманот на наследните болести.

Историја на генетската терапија

Генетската терапија започна како концепт во доцните 70-ти години на 20 век, кога научниците првпат размислуваа за можноста да се користи ДНК за лекување на болести. Првите обиди за генетска терапија беа направени во 90-те години, кога пациентите со тешки имунодефиции добија терапија со аденовируси кои внесуваа коригирани гени во нивните клетки. Сепак, овие први експерименти имаа

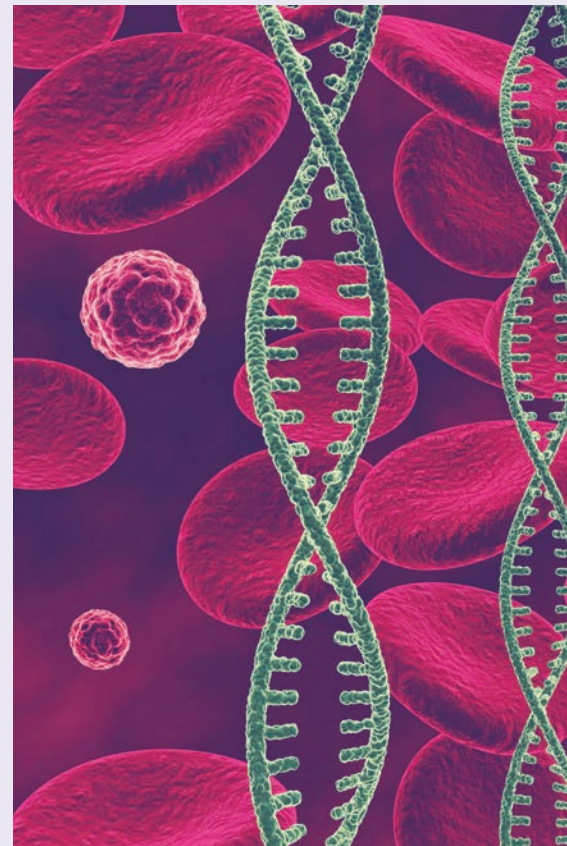
ограничен успех и беа придружени со несакани ефекти.

Во 2012 година, CRISPR/Cas9 технологијата беше откриена како алатка за прецизно уредување на геномот, што доведе до огромен напредок во ова поле. Наместо да се потпира на вирусни вектори, CRISPR/Cas9 овозможи побезбедно и поефикасно модифицирање на ДНК, отворајќи пат за револуција во генетската медицина.

Што значи CRISPR/Cas9?

CRISPR/Cas9 е метод кој овозможува многу точно уредување на генетскиот материјал. Системот е природен механизам што се користи од бактериите за да се заштитат од вируси, но научниците го адаптираа за да служи за измена на гените во различни организми, вклучително и во човечките клетки. Во основа, CRISPR делува како „генетски скалпел“, кој може да ја „сече“ ДНК на точни места, дозволувајќи на научниците да ја поправат или заменат дефектната ДНК.

Користењето на CRISPR/Cas9 технологијата значително ја зголемува ефикасноста и точноста на генетските интервенции во споредба со претходните методи. Таа е едноставна, брза и релативно евтина, што ја прави иде-



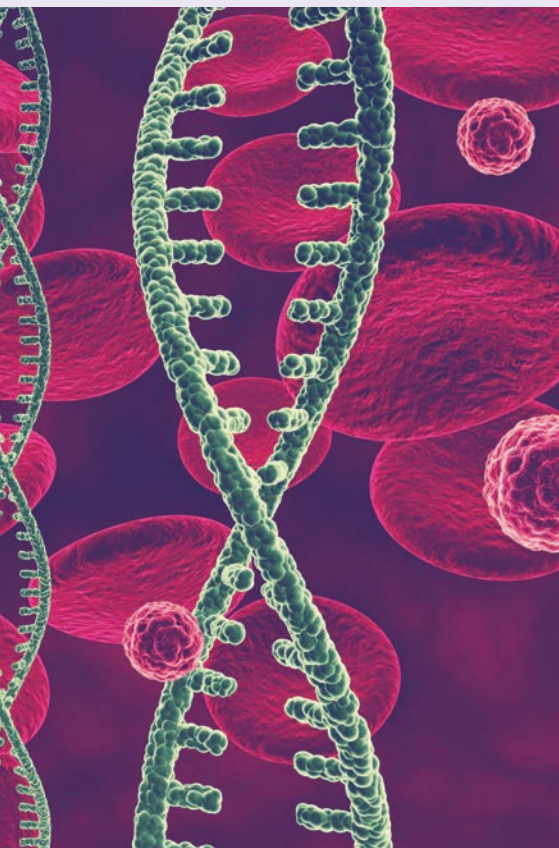
ална за користење во генетската терапија.

Предности и предизвици на CRISPR/Cas9

Технологијата CRISPR/Cas9 има значајни предности, но исто така предизвикува и некои етички и технички прашања. Некои од клучните предности вклучуваат:

- **Прецизност:** Способноста да се изменат специфични делови од ДНК со висока точност.
- **Ефикасност:** Брза и релативно евтина метода во споредба со традиционалните генетски терапии.
- **Широка примена:** Може да се користи за третман на различни генетски заболувања, како и за подобрување на земјоделските култури и животинските видови.

Сепак, CRISPR/Cas9 носи и некои предизвици:



- **Непредвидени мутации:** Иако е прецизна, постои ризик од ненамерен генетски промени.
- **Етички дилеми:** Користењето на технологијата за уредување на човечки ембриони предизвикува дебати за можноста на создавање „генетски модифицирани бебиња“.
- **Регулаторни бариери:** Во многу земји, постојат строги закони и регулативи за примената на генетските терапии.

Подетални примери на клинички истражувања Лечење на β -таласемија

Во 2024 година, тим на лекари во Hospital for Sick Children во Торонто, Канада, користел CRISPR/Cas9 технологија за да ја корегира мутацијата во гените на пациенти со β -таласемија. Овој медицински центар е водечки во истражувањата за генетски третмани и генска терапија. Првиот пациент кој бил третиран со оваа метода, 13-го-

дишно момче, имал тешка форма на болеста и претходно зависел од редовни трансфузии на крв. По терапијата, анализите покажале значително зголемено производство на хемоглобин, што довело до намалена потреба за трансфузии и подобрување на неговата целокупна здравствена состојба.

Во истата година, Националната здравствена служба на Обединетото Кралство (NHS) започна со примена на Casgevy, првата одобрена CRISPR терапија за бета-таласемија и српеста клеточна анемија. Лекувањето се спроведува во Manchester Royal Infirmary, една од водечките британски болници специјализирана за хематолошки и генетски болести. Првиот пациент во Европа, кој бил третиран со Casgevy, бил млад човек кој претходно зависел од редовни трансфузии и имал сериозни компликации поврзани со болеста. По третманот, неговите потреби за трансфузии значително се намалиле, а медицинските анализи покажале стабилни нивоа на хемоглобин. Покрај тоа, пациентот пријавил значително намалување на хроничниот замор и болка, што ја подобрило неговата способност за нормално функционирање во секојдневниот живот.

Casgevy функционира преку уредување на генот BCL11A кој регулира продукција на фетален хемоглобин, овозможувајќи подобар транспорт на кислород во организмот. Овој успешен третман го означи почетокот на нова ера во примената на генетските терапии во клиничката пракса, со надеж дека во иднина оваа метода ќе стане стандард за третман на наследните крвни заболувања во Европа и пошироко. Овој медицински центар е водечки во истражувањата за генетски третмани и генска терапија.

Терапија за Душенова мускулна дистрофија

Во Great Ormond Street Hospital во Лондон, започнале клинички испитувања за користење на CRISPR/Cas9 во корекција на мутациите кои предизвикуваат Душенова мускулна дистрофија. Пациентите кои биле вклучени во студијата покажале значително подобрување во мускулната функција и намалена прогресија на болеста.

Примената на CRISPR за лекување на наследно слепило

Истражувачи од University of Pennsylvania Health System во САД успешно искористиле CRISPR/Cas9 за третман на пациенти со ретко наследно слепило предизвикано од мутации во специфични гени. По третманот, пациентите пријавиле подобрување во видот, што е прв чекор кон потенцијален лек за оваа состојба.

Заклучок

CRISPR/Cas9 технологијата има огромен потенцијал да ги трансформира третманите на наследните болести, понудувајќи можност за лекување на генетските дефекти на клеточно ниво. Со успешната примена на оваа технологија во бројни клиници и болници, како што се Hospital for Sick Children и Great Ormond Street Hospital, науката го отвора патот за идни револуционери третмани. Во Европа, вакви терапии веќе се нудат во водечки медицински центри како што се Manchester Royal Infirmary и Institut Imagine во Париз, кои работат на развој и примена на генетските терапии за различни ретки болести. Во иднина, се очекува дека CRISPR/Cas9 ќе најде примена во лекувањето на уште поширок спектар на генетски заболувања, како што се Алцхајмерова болест, Паркинсонова болест и одредени видови рак. Покрај тоа, постојат иницијативи за развој на CRISPR-базирани терапии во персонализираната медицина, каде што секој пациент ќе добива индивидуализиран третман врз основа на неговата генетска структура.

Референци

1. „Gene Editing for Duchenne Muscular Dystrophy.” Great Ormond Street Hospital, 2024.
2. „CRISPR-Based Therapies in Genetic Disorders.” Stanford University School of Medicine, 2024.
3. „Advances in CRISPR and Gene Editing.” University of Pennsylvania Health System, 2024.
4. „NHS in England to roll out Crispr gene editing drug.” Financial Times, 2024.
5. „Casgevy: First CRISPR gene therapy approved in the UK.” NHS England, 2024.

Подготви:

д-р спец. по радиологија
Миралем ЈУКИЌ

Третман на некомплицирани, изолирани гонококни уретритис

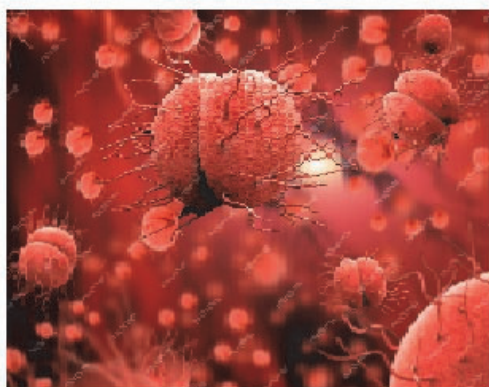
Клиничко сценарио: Претходно здрав 28-годишен маж се јавил кај уролог поради дизурија, јадеж и чувство на печење и видлив исцедок од уретрата. Тегобите се јавиле пред околу осум дена. Урологот утврдува дека пациентот нема температура, треска, исип или други системски симптоми. За тегобите не земал лекови. Тој е сексуално активен и имал неколку партнерки. Изјавува дека има неконзистентна употреба на кондом. При прегледот се утврдува дека виталните знаци се нормални, има нормални надворешни машки гениталии, не се палпира ингвинална лимфаденопатија и не се видливи никакви лезии. Од уретралниот меатус има изразен гноен исцедок.

Урологот поставил сомневање за гонококен уретрит и одлучил емпириски да одреди терапија, а потоа, на основа на направените микробиолошки испитувања, да направи промена, доколку за тоа има потреба.

Според медицината заснована на докази, која од следниве терапии е најсоодветна за овој пациент?

1. Единечна доза азитромицин, орално
2. Единечна доза на цефтриаксон, интравенски
3. Единечна доза на бензатин пеницилин G, интравенски
4. Орален доксициклин во тек на 7 дена
5. Единечна доза цефалоспорин, орално

Слика 1. Микроскопски наод од примерок од уретрален исцедок



Микроскопски наод на уретрален брыз



онилукумпаратни 500 мг носжаидтфен азозаненидз
е силителу некожонол аз еипарат антвевтдоосотдот

Најверојатни причини за некомплицирани, гноен уретритис кај сексуално активен млад маж се инфекции со *Neisseria gonorrhoeae* и/или со *Chlamydia trachomatis*. Во последно време сè повеќе се укажува и на *Mycoplasma genitalium* како важна причина за уретритис, особено кај пациенти кои се третирани за инфекција со кламидија и имаат перзистентни симптоми.

Пациентите со уретритис треба да бидат испитани за гонореа и инфекција со кламидија со тест за амплификација на нуклеинска киселина на примерок од уретрата или урината, со што се поставува дефинитивната дијагноза и се одредува терапијата. Овој тест во клиничката пракса во голема мера ја замени културата. Боенењето по Грам на примерок од гнојниот ексудат, обично покажува грам-негативни диплококи – слика 1.

Испитувањата кај овој пациент докажале изолирана гонококна инфекција.

Ако испитувањата покажат изолиран гонококен уретритис без придружна инфекција со *C. trachomatis*, тогаш за пациенти со тежина помала или еднаква на 136 кг се даваат 500 мг цефтриаксон

интрамускулно како единечна доза, а за оние со тежина поголема од 136 кг се даваат 1000 мг. Денес, упатствата за практикување на медицината заснована на докази (МЗД) не препорачуваат режими за третман на гонококна инфекција со орална терапија.

Претходните МЗД упатства препорачуваа третман со единечна доза од 250 мг цефтриаксон интрамускулно, плус единечна доза на азитромицин, орално. Но, *N. gonorrhoeae* покажа пораст на резистенцијата кон азитромицин, поради што тој не се препорачува во поновите МЗД упатства. Ова истото се однесува и за оповикување на препораката за оралните цефалоспорици.

Орална терапија со доксициклин во тек на седум дена е третман за уретритис поради инфекција со кламидија, но не е ефикасен за гонококна инфекција. Алтернативен третман за уретри-

тис, поради инфекција со кламидија, е единечна доза на азитромицин, но само ако е исклучена коинфекција со *N. gonorrhoeae*.

Пеницилин е лек од прв избор за сифилис, но не е ефикасен третман за инфекција со *N. gonorrhoeae*.

Сумирано, клучните препораки од МЗД упатствата за овие состојби се дадени во табелата.

Клучни МЗД препораки

Систем за оценување на докази SORT: **A** = конзистентен, квалитетен доказ ориентиран кон пациентот; **B** = неконзистентни докази ориентирани кон пациентите или докази со ограничен квалитет; **C** = консензус, докази ориентирани кон болеста, вообичаена практика, експертско мислење или серија на случаи.

Клиничка препорака	Ниво на МЗД доказ	Коментар
Третирај гонореа со единечна доза од 500 мг, интрамускулно, за пациенти до 136 кг или 1000 мг за пациенти потешки од 136 кг; дополнителна терапија азитромицин или доксициклин, не е потребна.	C	Постојано ниски минимални инхибиторни концентрации на цефтриаксон, загриженост за контрола на антимикробното дејство и потенцијалната штета за микробиомот.
Третирај кламидија првенствено со доксициклин, 100 мг два пати дневно во тек на 7 дена; како алтернатива останува прифатлив азитромицин 1 гр кој се претпочита во тек на бременост и може да е посоодветна терапија кај пациенти со загриженост за доверливоста или за оние кои не можат да се придржуваат за седумдневниот режим.	A	Конзистентни докази од рандомизирани контролирани студии.
Направи скрининг за <i>Mycoplasma genitalium</i> со тест со амплификација на нуклеинска киселина за пациенти со перзистентен уретритис.	B	Опсервациони студии покажуваат високи рати на <i>M. genitalium</i> кај рекурентен уретритис

Библиографија

- Bachmann LH et al. Prevalence of *Mycoplasma genitalium* infection, antimicrobial resistance mutations and symptom resolution following treatment of urethritis. Clin Infect Dis 2020;ciaa293. Epub March 18, 2020.
- CDC. Antibiotic resistance threats in the United States, 2019. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2019. <https://www.cdc.gov/drugresistance/pdf/threats-report/2019-ar-threats-re...>
- CDC. Sexually transmitted disease surveillance 2018. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2019. <https://www.cdc.gov/std/stats18/STDsurveillance2018-full-report.pdf>
- CDC. Update to CDC's sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2006: fluoroquinolones no longer recommended for treatment of gonococcal infections. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2007;56:332–6.
- CDC. Update to CDC's Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010: oral cephalosporins no longer a recommended treatment for gonococcal infections. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2012;61:590–4.
- Dalby J, Stoner BP. Sexually Transmitted Infections: Updates From the 2021 CDC Guidelines. Am Fam Physician. 2022 May 1;105(5):514–520.
- Gernert KM et al. Antimicrobial-Resistant *Neisseria gonorrhoeae* Working Group. Azithromycin susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* in the USA in 2017: a genomic analysis of surveillance data. Lancet Microbe 2020;1:e154–64. 10.1016/S2666-5247(20)30059-8 - DOI
- Kersh EN et al. Rationale for a *Neisseria gonorrhoeae* susceptible-only interpretive breakpoint for azithromycin. Clin Infect Dis 2020;70:798–804.
- Kong FY et al. Azithromycin versus doxycycline for the treatment of genital chlamydia infection: a meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Infect Dis 2014;59:193–205. 10.1093/cid/ciu220 - DOI
- St Cyr S et al. Update to CDC's Treatment Guidelines for Gonococcal Infection, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 Dec 18;69(50):1911–1916. doi: 10.15585/mmwr.mm6950a6.
- Unemo M et al. Antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* and treatment of gonorrhea. Methods Mol Biol 2019;1997:37–58. 10.1007/978-1-4939-9496-0_3 - DOI
- Wind CM et al. Decreased azithromycin susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* isolates in patients recently treated with azithromycin. Clin Infect Dis 2017;65:37–45. 10.1093/cid/cix249 - DOI
- Workowski KA, Berman S; CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. MMWR Recomm Rep 2010;59(No. RR-12).
- Workowski KA, Bolan GA; CDC. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015;64(No. RR-3).
- Workowski KA et al. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep 2021 Jul 23; 70:1.

ДОЛГОТРАЈНАТА УПОТРЕБА НА BIMEKIZUMAB ИМА ДОБРИ РЕЗУЛТАТИ ВО ЛЕКУВАЊЕТО НА ПСОРИЈАЗАТА

Континуираниот третман со Bimekizumab, како и замената на Secukinumab со Bimekizumab, има добар терапевтски резултат во тек на три години лекување кај пациенти со умерена до тешка псоријаза. Bimekizumab-от е добро толериран, а несаканите дејства што се резултат на терапијата не се зголемуваат со должината на лекувањето.

Во ова 3Б клиничко иследување (BE RADIANT), 743 пациенти по случаен избор биле распоредени да примаат или 320 мг Bimekizumab на секои четири недели или 300 мг Secukinumab неделно до четвртата недела и потоа еднаш на секои четири недели. Пациентите кои примале Bimekizumab биле подложни на рандомизација во сооднос 1: 2 во 16-та недела за да добијат доза за одржување или на секои четири или осум недели до 48-та недела. Дозата на лекот кај оние кои примале Secukinumab не се менувала во текот на испитувањето. Во крајната анализа биле вклучени 336 пациенти третирани со Bimekizumab и 318 пациенти лекувани со Secukinumab кои го завршиле 48 неделниот третман.

Основните мерки за ефикасност на лекот биле процентот на пациенти кои имале подобрување на псоријазата, како и индексот на сериозност (PASI) 100, глобалната проценка на истражителот (IGA) 0/1 и индексот на квалитет на живот на дерматологија (DLQI) 0/1. Мерењата биле направени на почетокот на студијата и истите биле повторувани до 144-та недела, со површината на телото зафатена со кожни промени $\leq 1\%$ како клучен исход од третманот.

Вкупно 74.9% од пациентите третирани со Bimekizumab наспроти 52.8% од пациентите третирани со Secukinumab постигнале PASI 100 во 48-та недела, а 68.8% од пациентите лекувани со Bimekizumab го одржале PASI 100 во текот на наредните три години. Сличен PASI одговор имале и оние кои се префрлиле од Secukinumab на Bimekizumab во 48-та недела (68.8%).

Резултатите за постигнување површина на телото $\leq 1\%$, IGA 0/1 и DLQI 0/1 биле подобри во четвртата и 48-та недела кај пациентите третирани со Bimekizumab, во споредба со оние кои биле лекувани со Secukinumab. По три години следење, и пациентите третирани со Bimekizumab како и оние кои се префрлиле од Secukinumab на Bimekizumab во 48-та недела, имале слични резултати.

Комплетен “клиренс” на кожата бил постигнат и одржуван кај над две третини од пациен-

тите кои примале континуиран третман со Bimekizumab во текот на три години. Лекот бил добро толериран во текот на три години, а процентот на несакани ефекти не се зголемил со подолготрајната примена на лекот.

*Br J Dermatol 2025; 194: 032.
doi: 10.1093/bjd/ljaf032.*

ЕРОТОМАНИЈА КАЈ ПОСТАРА ЖЕНА ПРЕДИЗВИКАНА ОД ОНЛАЈН РОМАНТИЧНА ИЗМАМА

Постарите лица и пациенти со ментално здравје се особено ранливи на измама преку интернет. Современите комуникациски технологии ја олеснуваат измамата, како што е илустрирано во случајот на постара жена со когнитивни потешкотии.

Седумдесетгодишна мажена жена била примена на болничко лекување по обид за самоубиство со бензодиазепини поради конфликти со нејзиниот сопруг. Имено, според пациентката, таа била во постојана комуникација преку интернет и во романтична врска со 30-годишен светски познат музичар. Врската траела повеќе од една година, а започнала откако нејзиниот сопруг ѝ подарил паметен телефон.

Се започнало случајно, кога таа изразила восхит за работата на музичарот, преку позитивни коментари на неговите интернет профили. Со текот на времето, нејзините чувства се зголемиле и довеле до чести доверливи разговори на профилите што го користеле имицот на музичарот, со споделување на многу приватни информации. Добивајќи комплименти, таа започнала да користи шминка и држела дијета да ослабе. Се доверила на сопругот дека секретарот на музичарот ѝ се јавил и организирал телефонски разговор во кој тој ја искажал својата љубов.

Но, ова не завршило тука. Како што се продлабочувала врската преку интернет, таа започнала да прима барања за значителни суми пари, што довело до конфликти со сопругот. Нејзиниот сопруг на крајот го пријавил инцидентот во полиција, без знаење на неговата сопруга, што довело до симнување на измамничките профили на интернет. Но, измамникот ја продолжил комуникацијата преку нов профил и поставил дополнителни барања, со што се зголемил конфликтот на парот. Плашејќи се од загубата на нејзината „љубов“, таа била видно вознемирена, го обвинувала сопругот дека ја попречува нејзината врска со закана да се убие и испила 30 таблети алпразолам, по што е хоспитализирана.

Психолошките тестови (инвентар за мулти-фазична личност на Минесота, структурирано клиничко интервју за нарушувања на личноста по ДСМ-5 критериумите, мини-ментален преглед и когнитивно испитување на Аденбрукс-III скалите) потврдиле присуство на благо когнитивно оштетување, еротомански делузии во присуство на органско афективно нарушување со церебрално микроваскуларни лезии.

Еротоманија е нарушување во кое човек верува дека е сакан од обично недостижна фигура, како на пример славна личност. Овој синдром исто така е познат како De Clerambault синдром, именуван по францускиот психијатар Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934). Овој синдром е често поврзан со шизофренија, биполарно заболување, депресија или невродегенеративни заболувања како што е Lewy Body деменцијата. Исто така, може да се појави кај трауматска повреда на мозокот, субарахноидна хеморагија, тумори на мозокот и злоупотреба на супстанции. Емоционалното нарушување и сексуалното неискуство имаат значително влијание врз оваа делузија.

Со широката распространетост на мрежната комуникација и брзите технолошки постигнувања, романтичната интернет измама се предвидува да стане позастапена. Примената на вештачката интелигенција овозможува романтичната комуникација да стане возможна, дури и кога сторителот не говори на мајчиниот јазик на жртвата. Неодамнешните извештаи потенцираат сличен случај кај 53-годишна Французинка која верувала дека речиси една година е во романтична врска со холивудската ѕвезда Бред Пит. Оваа измама резултирала во финансиска загуба од 830.000 евра.

*BMC Psychiatry 2024;24(1):218.
doi: 10.1186/s12888-024-05667-6.*

КАЈ ТИНЕЈџЕРИ РОДИТЕЛСКИОТ СТАВ, КАКО И ТОЈ НА НИВНИТЕ ВРСНИЦИ, ВЛИЈАЕ ВРЗ УПОТРЕБАТА НА КАНАБИС

Употребата на канабис кај адолесцентите на возраст од 15 - 16 години може да се модифицира со родителска интервенција, особено нивните ставови кон употребата на канабис. Ова се резултатите од секундарната анализа на податоци од ученици во прва и втора година на гимназија, на возраст од 15 - 16 години. Податоците се собрани во состав на програмата за млади во Источна Ирска, во ноември 2021 година.

Примарниот исход на студијата била употребата на канабис во текот на последните 30 дена, а истражувањата биле спроведени за време на училишните часови, помеѓу септември и ноември. Резултатите биле споредени со ученици на иста возраст кои никогаш не поsegnале по дрога.

Учесниците самите се произнесувале за примената на канабис како и за влијанието од страна на семејството и врсниците. Во анализата биле вклучени 40 училишта и 4.404 ученици. Од нив, 7.3% (n = 302) биле актуелни корисници на канабис, од кои повеќето биле од округот Каван (8.5%), Северен Даблин (7.6%) и Монахан (5.6%).

Во мултиваријалната анализа, корисниците на канабис имале значително поголема веројатност да ја пријават тековната употреба на алкохол (прилагоден коефициент на коефициент [AOR] 2,67, 95% CI 1.77-4.02), пушење (AOR 3.15, 95% CI 2.16-4.59) и употреба на е-цигари (AOR 2,73, 95% CI 1.87-3.99). Адолесцентите кои верувале дека нивните родители се амбивалентни кон употребата на канабис, имале значително поголема веројатност да бидат актуелни корисници на канабис отколку оние кои верувале дека нивните родители се категорично против употребата (AOR 3.69; 95% CI 2.41-5.66). Помалку родителски надзор исто така бил поврзан со поголеми можности за употреба на канабис (AOR 1.11, 95% CI 1.01-1.22). Да се има пријатели кои користеле канабис било поврзано со 10-пати поголеми шанси за самоупотреба (AOR 10.17, 95% CI 5.96-17.35), како и притисок од страна на врсниците (AOR 1.85, 95% CI 1.05-3.26).

Irish Journal of Psychological Medicine.
Published online 2024:1-9.
doi:10.1017/ipm.2024.28.

ДОЛЖИНАТА НА ТЕЛОМЕРИТЕ Е ПОВРЗАНА СО МОЗОЧНИ БОЛЕСТИ ВО СТАРОСТА

Неодамнешните истражувања сугерираат дека подолгите леукоцитни теломери се поврзани со помал ризик за мозочен удар, деменција и депресија во напредната возраст. Наодите исто така посочуваат дека практикувањето на здрав начин на живот може да помогне во намалувањето на здравствените ризици поврзани со пократките теломери. Овие прелиминарни резултати се охрабрувачки, но е потребна нивна дополнителна валидација пред да се интегрираат во клиничката пракса.

Резултати потекнуваат од студијата што користела податоци од Биобанката на Велика

Британија од 356.000 луѓе со средна возраст од 57 години, без мозочен удар, деменција и депресија. За ова, леукоцитната должина на теломерите (ЛДТ) била испитувана и зависно од нивната должина, испитаниците биле поделени на три групи: на група со најкратка должина [T1], средна [T2] и најдолга должина [T3].

Учесниците биле следени 12 години. По корекција за возраст и пол, должината на теломерите била поврзана со значително зголемен ризик за мозочни заболувања (HR 1.11, 95% CI 1.08- 1.15, T1 во споредба со T3).

Значителни асоцијации помеѓу ЛДТ и индивидуалните мозочни болести исто така биле најдени - HR за најкратки наспроти најдолги групи на леукоцити теломери изнесувале: 1.08 (95% CI 1.02-1.15) за мозочен удар, 1.19 (95% CI 1.12-1.26) за деменција и 1.14 (95% CI 1.09-1.18) за депресија.

Теломерите се протективните капачиња на краевите на хромозомите. Делуваат како биомаркери на целуларното стареење и го зголемуваат ризикот кон болест како што старееме. Доколку ги немаме теломерите, нашата ДНК ќе биде подложена на почести и потешки оштетувања. Должината на леукоцитните теломери зависи од комплексниот однос на животниот стил и наследните фактори. Наследните фактори што влијаат врз должината на теломерите значително варираат зависно од семејната историја. Не е јасно до кој степен здравиот начин на живот може да ја модифицира врска помеѓу болести поврзани со должината на теломерите и возраста.

Овие резултати беа презентирани на 5 февруари на неодамнешната Интернационална конференција за мозочен удар.

https://www.medscape.com/viewarticle/telomere-length-linked-age-related-brain-diseases-2025a10003lt?ecd=wnl_tp10_daily_250212_MSCPEDIT_etid7224550&uac=469658FJ&impID=7224550

ФЛУКТУИРАЧКО НИВО НА ХОЛЕСТЕРОЛ Е ПОВРЗАНО СО КОГНИТИВНО ОШТЕТУВАЊЕ И ДЕМЕНЦИЈА

Флукуациите на холестеролот во споредба со стабилните вредности со текот на времето се поврзуваат со зголемен ризик за развој на деменција и когнитивно оштетување кај постарите луѓе. Ова се наодите од неодамнешна студија што ги следела испитаниците во текот на пет години. Оваа студија вклучила 9,846 лица со просечна возраст од 74 години (55% жени). Речиси сите (87%) биле од Австралија. За време на студијата, 509 луѓе развиле демен-

ција во текот на (просечно) 5,8 години. Луѓето со најголема варијација на вкупниот холестерол имале 60% поголема веројатност да развијат деменција и 23% поголема веројатност да имаат когнитивно оштетување во споредба со оние кои имале стабилен холестерол.

Анализата, според видот на холестеролот, утврдила дека нивото на менување на холестеролот со ниска густина (LDL) го зголемува ризикот за деменција и когнитивно оштетување, додека варијациите во триглицеридите биле поврзани само со зголемен ризик за когнитивно оштетување. Флукуациите на липопротеините со висока густина (HDL) не биле поврзани со ваков ризик.

Neurology 2025;104(4):e210247.
doi: 10.1212/WNL.0000000000210247.

GLP-1 РАЗОЧАРА ВО ЛЕКУВАЊЕТО НА ПАРКИНСОНОВАТА БОЛЕСТ

Третманот со агонист на рецепторот на Glucagon-like peptide (GLP-1), Exenatide, немаше ефекти врз модифицирање на движењето, сериозноста на симптомите или мозочните промени кај пациенти со Паркинсонова болест (ПД) кои учествувале во фаза три на испитување на лекот.

Оваа студија вклучила 194 ПД пациенти кои немале дијабет (средна возраст 60.7 години; 71% мажи) и примале допаминергични терапии во шест истражувачки болници во Велика Британија. Тие биле распределени по случаен избор (1:1) и самите администрираше поткожни инјекции на Exenatide со продолжено дејствие од 2 мг или плацебо, еднаш неделно во текот на 96 недели.

Податоците од 92 учесника кои биле анализирани, во групата Exenatide и 96 во плацебо групата, имале најмалку една последователна посета. Примарниот исход бил нарушување на движењето, демонстриран со унифицирана скала за оценување на ПД, дел III, по 96 недели третман на групите со Exenatide или плацебо.

Обете групи имале слични резултати (p = 0.47). Но, за одбележување е дека групата третирана со Exenatide имала влошување од 5.7 поени во споредба со 4.5 поени од плацебо групата. Квалитетот на животот и мерките на немоторни симптоми, исто така биле слични помеѓу двете групи.

Lancet 2025;S0140-6736(24)02808-3.
doi: 10.1016/S0140-6736(24)02808-3.

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

РАЗГОВОР СО ПРОФ. Д-Р ТАТЈАНА ЈОСИФОВА,
ОФТАЛМОЛОГ СУПСПЕЦИЈАЛИСТ ПО РЕТИНОЛОГИЈА
И ВИТРЕОРЕТИНАЛНА ХИРУРГИЈА



**За Швајцарците зборот
„импровизација“ е со
непознато значење**

Што беше пресудно да ја одберете медицината за ваша професија и офталмологијата како потесна специјалност?

Во моето потесно семејство татко ми беше гинеколог, вљубен во својата професија. Тој често пати неговото професионално милје го носеше со себе и во домот и со тоа човечките и семејни судбини беа насекаде присутни во нашиот дом. Мојата прва љубов беше кардиологијата, но во тоа време работните места на универзитетските клиници се доделуваа по „клуч“ и мојата трета љубов – офталмологијата, мораше да ја прифатам како прва, бидејќи јас бев распределена за Клиника за очни болести. Од денешен аспект можам да кажам дека тоа беше прекрасен пресврт во мојот професионален живот за кој сум бескрајно благодарна и среќна.

Покрај здравствената дејност, која вклучува работа со пациенти, активни сте и на полето на едукација, сте предавале на повеќе факултети во земјава и надвор. Може ли да ни раскажете малку подетално за поважните моменти од сите овие искуства и да ни кажете што повеќе ве исполнува или што е попредизвикувачки, лекувањето на пациентите или работата со студенти?

Моето искуство како предавач резултира од повеќе универзитети, почнувајќи од Медицинскиот факултет на Универзитетот „Гоце Делчев“ во Штип каде во текот на повеќе години бев активна со држење предавања и испити, преку престижниот Медицински факултет во Базел, а потоа и во Р Србија. Од 2023 сум избрана за вонреден професор на Медицинскиот факултет при Универзитетот во Крагуевац, Р Србија. Во мојата академска работа припаѓа и менторство со докторанди, како и работа на проекти и стручни трудови со младите колеги офталмолози. На клиниката во Рајнах, Швајцарија постои со-

работка со Медицинскиот факултет на Универзитетот во Женева при што и јас бев вклучена со онлајн предавања коишто беа наменети за специјализантите по офталмологија.

Работата со пациентите и предизвикот во лекувањето е мојот првичен извор на мотивација. Со оглед на фактот и дека мојата супспецијализација е во областа на ретинологијата, а со тоа и пациентите кои најчесто имаат проблеми се во поодмината возраст. Од друга страна, пак, работата со млади луѓе кои се ентузијастички, полни со елан и нови идеи ме исполнува во иста мерка како и работата со пациентите. На ден - два пред предавањата или испитите со студенти, кога сум во полн ангажман со истите, на вашето прашање би одговорила: “Повеќе ме исполнува работата со пациентите”, но после активностите со студентите

Промената на начинот на размислување, дека секогаш другите се одговорни за нашиот неуспех или успех, е основата за напредок и градење на продуктивна и тимски поткрепена работна средина. Стравот од конкуренција е деструктивен и контрапродуктивен. Само заедно и во тимска работа можеме да понудиме високо професионално ниво, доверба кај пациентите и добри резултати во лекувањето на истите

би го добиле следниов одговор: „Сепак работата во полето на едукацијата е поголем предизвик за мене“. Ете, гледате, во тоа се состои убавината на мојот професионален живот, а тоа е да се биде во “јин - јанг” рамнотежа.

Вашиот професионален пат ве одвел надвор од границите на нашата држава. Подолго време живеете и работите во Швајцарија. Што најмногу влијаеше на одлуката да заминете во странство и зошто токму Швајцарија?

После докторирањето на УКИМ, пат што беше трнлив, но со многу поддршка од мојата менторка проф. д - р Милица Ивановска, моите амбиции беа пошироки од просторот кој во тој миг ми се нудеше на Клиниката за очни болести во Скопје. Во тој период со Швајцарија имав заеднички проект на тема „Ретинални венски оклузии“, што исто така беше тема на мојата докторска работа. Во 2006 година од Универзитетската клиника во Базел добив понуда да се пријавам на конкурсот за витреоретинален хирург, по што, тричлена комисија дојде во посета на Клиниката за очни болести во Скопје и во текот на три дена ја следеше мојата работа во операционата сала и во конзервативниот дел со пациентите. На мое големо изненадување, од четири кандидати кои беа во трка, бев избрана токму јас. Среќата беше измешана со страв од непознатото.....

Што работите во моментот во Швајцарија и може ли да ни опишете што значи да се биде лекар во една развиена држава, колку внимание се посветува на континуираната едукација, која е разликата во однос на предизвиците со кои се соочуваат лекарите таму и докторите во Македонија?

После напуштањето на Универзитетската клиника во Базел, каде имав раководна функција како шеф на операцио-

на сала, стационарот, дневната болница и ретинологијата, се ориентирав кон приватната здравствена дејност во Кантон Берн и Ааргау, во функција на заменик директор. Во мигов работам како консултант од областа на ретинологијата и витреоретиналната хирургија во две приватни болници во Кантон Цуг и Берн. Во тек е и подготовка на уште еден проект за обука на млади специјалисти во витреоретиналната хирургија во Цирих. Преку работата во приватната здравствена дејност во последните години, морав да научам многу нови нешта околу ефикасноста на процесите за работа, финансиската профитабилност во здравствената дејност, оптимизирањето на трошоците. Работата со пациентите е само еден дел од работниот ден, додека работната недела која е 50 часовна за лекарите со раководна функција, опфаќа и многу други задачи. Токму од оваа причина, лекарската дејност е сè помалку атрактивна за младите луѓе и како и останатите западноевропски држави, Швајцарија се соочува со недостиг од лекари. Сè повеќе лекари водени од мотивацијата за баланс меѓу професионалниот и приватниот живот се одлучуваат да работат 60 или 80 проценти од работните часови. Ова е посебно изразено кај лекарите хирурзи, како и во некои гранки на интерна медицина. Во доменот на мојата професионална активност припаѓа и мојата консултантска активност, т.е. давање на услуга за второ мислење во областа на ретинологијата, како и рецензент за бројни списанија. Во моментот работам на една студија за макуларни дегенерации и нови терапевтски можности за која во 2022 година добив грант од областа на истражувања во офталмологијата. Секако дека мојата најголе-

ма љубов/пација и понатаму е во доменот на витреоретиналната хирургија и новините во истата.

Усовршувањето не претставува тема за дискусија во Швајцарија бидејќи истото е составен дел од професионалната култура. Камен на соннување не претставуваат финансиите околу усовршувањето, туку времето кое е потребно за истото. Во Швајцарија, како во ретко која друга земја, единица мерка за финансиите што се потребни за доусовршување е времето, а со тоа и отсуството од работниот процес. Токму поради тоа, учеството на конгреси или посетата и едукацијата во други здравствени установи се точно дефинирани со годишен план. Разликата во однос на Македонија е во тоа што во Швајцарија работниот процес и сите дополнителни елементи се строго регулирани и нема отстапување од истите. За Швајцарците зборот “импровизација” е со непознато значење, додека кај нас тој е составен дел на многу

процеси, како дел од нашиот јужен менталитет.

Дали постојат посебни програми за поддршка на млади доктори и доктори кои работата во руралните области?

Швајцарија е земја со 26 кантони и секој кантон е “држава за себе”, со своја здравствена политика и побарувачка на лекари. Во секој кантон постојат кантонски доктори кои меѓу другото имаат задача да го регулираат здравствениот систем во својот кантон, при што вработувањето на младите лекари во руралните области претставува една од најважните цели. Тука мора да го земеме предвид и фактот дека Швајцарија е земја во која не постојат големи разлики помеѓу урбаните и руралните области и дека врвни здравствени услуги не се привилегија само на големите градови. Голем број од престижните клиници се во малите места.

Швајцарските пациенти се научени да ја добиваат врвната медицина во местата во кои живеат, без притоа да мора да гравитираат кон големите градови. Од друга страна, институциите кои се задолжени за базични и клинички истражувања се доминантно сместени во поголемите градови.

Дали докторите во Швајцарија кои се дојдени од другите држави имаат исти можности за напредување и заработувачка како и нивните доктори?

Швајцарија е земја која не ги отвора вратите многу лесно и во која треба време за да се докажете, но штом ќе ја придобиете довербата, тогаш ви се отворени сите врати. Во Швајцарија работат многу странски лека-



ри и според статистиките на Швајцарската лекарска комора, тој број изнесува 40,4 проценти. Филозофијата на Швајцарија е да понуди здравствена дејност на највисоко ниво и со најдобри експерти, па и со тоа можностите за унапредување му се достапни на секој еден кој се вклопува во овој систем. Финансискиот дел е точно дефиниран во јавното здравство, без разлика на потеклото на земјата од која доаѓаат лекарите. Во приватното здравство, исто како и во Македонија, постојат индивидуални договори кои во голема мера зависат од обемот и тежината на работните обврски.

Колку и какви контакти во насока на трансфер на знаење и искуство одржувате со колегите во Македонија?

Од моето заминување во 2007 година ја јас одржувам приватни и професионални контакти со повеќе колеги од Македонија на кои им стојам на располагање со трансфер на знаење и искуство. Со моето учество на симпозиумот организиран од две приватни македонски болници во април 2024 година, во Скопје, моите контакти се проширија и со многу млади колеги кои за првпат ги запознав и кои ми оставија одличен впечаток. Убаво чувство и гордост беше да се види дека моите колеги од офталмолошките клиники кај нас презентираат успешни резултати од областа на предниот и задниот сегмент на окото.

Според вашето богато искуство, што сметате дека треба да се промени во нашата земја за да се унапреди статусот на докторите и здравствените работници воопшто?

Ова е прилично комплексно прашање, но ќе се обидам во кратки црти да го сумирам. Потребно е сите чинители (лекари, научна фела, финансиски експерти) да седнат на иста маса и да формираат проектна група при што секој би



понудил мерки од својот домен. Од страна на политичката елита треба да постои подготвеност за процес на промени и да се излезе од системот на застарени правила и регулатива, со што на здравството би му се дало местото кое го заслужува. Од друга страна, кај лекарската фела треба да постои јасна визија поткрепена со статистички показатели и стратешки планови за успешно лекување на пациентите и финансиска исплатливост. Промената на начинот на размислување, дека секогаш другите се одговорни за нашиот неуспех или успех, е основата за напредок и градењето на продуктивна и тимски поткрепена работна средина. Стравот од конкуренција е деструктивен и контрапродуктивен. Само заедно и во тимска работа можеме да понудиме високо професионално ниво, доверба кај пациентите и добри резултати во лекувањето на истите. Собирање на туѓите искуства и учење од туѓите грешки е еден од стратешките пристапи на Швајцарија и истиот овозможува наоѓање на правилни решенија во справувањето со проблемите. За ова е потребно да се излезе од локалните рамки и да се биде отворен и подготвен за нови предизвици кои се надвор од “комфор зоната”.

Што би ги посветувале младите доктори во Македонија, кој е патот до успехот?

Според мене патот до успехот зависи од три елементи. Првиот е да ја работиш професијата затоа што истата ја сакаш и те мотивира. Следењето на новините, излегувањето од секојдневната рутина, љубопитност и чувство дека твојата професија е и твојата страст, а не само средство за егзистенција, е база за професионална исполнетост. Во денешното, дигитално време, кога вештачката интелигенција е составен дел од нашата работа, да се биде во чекор со најновите сознанија е сосем изводливо. Вториот е самодовербата и упорноста. Професионалниот пат е полн со подеми и падови, но убедувањето дека токму тоа е вистинското што го посакувам и во кое го инвестирам моето знаење, е сигурниот пат до целта. Третиот е обединување на знаењето заедно со останатите колеги во група, затоа што само така истото не останува изолирано, го продлабочува општото професионално ниво и ја подига професионалната самосвест.

Подигнување на нивото на грижа за пациентите преку емпатија

Во последните неколку децении поимот емпатија привлече големо внимание во академскиот свет. Во медицински контекст, емпатијата има важна улога во позитивните ефекти од работата на лекарите и може да се разгледува од повеќе аспекти. Во оваа статија, во две продолженија, ќе се обработат неколку аспекти на емпатијата од важност за разбирање на потребата за нејзина примена во медицината.



ДЕЛ 2

Придобивки и примена на емпатијата во клиничката пракса

Пациентите копнеат за повеќе човечки ориентиран контакт со давателите на здравствена нега. Емпатичната релација може драматично да влијае на ангажманот на пациентот и ефективност на третманот, особено кога се третираат хронични состојби. Повеќе студии покажале дека клиничката емпатија носи придобивки за пациентите, студентите по медицина и за лекарите.

Покажано е дека оставањето простор за наративот на пациентот дава ефикасност и не одзема време. Всушност, се покажало дека давањето простор на пациентите да ги изразат своите лични грижи не трае подолго од 90 секунди, а сепак значително го подобрува задоволството на пациентот и неговото придржување кон третманот. Со оглед на тоа, не само што овој тип на емпатија го промовира задоволството и благосостојбата на пациентите и лекарите, туку исто така игра улога во подобрувањето на медицинските резултати.

За пациентите - Преку нејзиниот капацитет да негува доверба, комуникација и меѓусебно разбирање, клиничката емпатија има позитивни влијанија на повеќе нивоа. Во студијата на Zachariae и сор. кај онколошки пациенти, повисоките скорови за емпатија и обсири на лекарите резултирале со подобро искуство на пациентот во врска со здравствената нега.

Општо земено, емпатичката нега не само што го подобрува задоволството на пациентот, туку ги подобрува и клиничките исходи. Позитивните клинички исходи вклучуваат ефикасен одговор на третманот и пократка хоспитализација, придобивки кои имаат и економски ефекти. Освен тоа, некои студии покажале дека емпатичните лекари ги избегнувале непотребните трошоци на рачувајќи помалку лабораториски тестови и биле помалку склони да вршат инвазивни и скапи интервенции, освен доколку не биле строго неопходни.

Познато е дека едно од најголемите ограничувања за ефикасен медицински третман е непридржувањето на пациентот до терапискиот режим. Во овој поглед, студиите покажале дека околу 50% од третманите не се земаат како што е пропишано. Емпатијата во грижата за пациентот резултира со поголема усогласеност на пациентите, со плановите за медицинска нега и со ангажирање во спроведувањето на медицинските препораки. Исто така, се покажало дека емпатијата го олеснува разбирањето на пациентите за опциите за третман и за нивното учество во донесувањето одлуки во врска со терапијата. Со тоа што тие се чувствуваат вклучени во терапевтскиот процес, повеќе се склони да го следат медицинскиот план за лекување.

Други студии покажуваат дека пациентите повеќе им веруваат на емпатичните лекари и дека тоа ја зголемува ефикасноста на медицинската нега. Централната улога што ја игра довербата во емпатичниот однос помеѓу лекарот и пациентот е покажана во една мета-анализа на факторите што го подобруваат придржувањето на пациентите кон третманот. Довербата била еден од најважните чекори кон нивното ангажирање - чувството на доверба било чувството дека лекарот е искрено загрижен за нив.

За лекарите и за студентите по медицина - повеќе студии покажале дека постои корелација помеѓу емпатичниот пристап и личната благосостојба и задоволството од работата на лекарите и студентите по медицина. Повисокото ниво на емпатија е во корелација и со намалување на симптомите на стрес и кај студентите, специјализантите и кај лекарите.

Сегашната медицинска култура ја стигматизира и не дава задоволувачка рамка за спречување на медицинската грешка. Во студијата на Ekman и Krasner од 2017 година, спроведена од група медицински лица кои се обучувале во клиниката Mayo, пониското ниво на емпатија било поврзано со повеќе медицински грешки. Затоа, може да се претпостави дека ако има повеќе емпатија, лекарите ќе прават помалку грешки во текот на дијагностичката процедура, меѓу останатото и затоа што емпатичните лекари имаат повеќе шанса да добијат важни критични информации и подлабоки увиди во состојбата на болните, нешто што позитивно влијае на севкупниот квалитет на грижа и поттикнува поволни медицински исходи.

Покажано е дека емпатската комуникација била во корелација и со помалку тужби за небрежност и помалку судски спорови. Спротивно на тенденцијата да се смета дека емпатијата е непотребна и поврзана со согорување на работа, Diorio и Nowaczyk и Shanafelt и соработниците, во своите студии покажале дека повисокото ниво на емпатија ги спречува симптомите на согорување на работа, како и на злоупотреба на супстанции и самоубиства и кај лекарите и кај специјализантите. Освен тоа, се покажало дека емпатијата ги зајакнува и меѓусебните односи во медицинските тимови и ја подобрува соработката и клиничката компетенција. Работата во здравството може да биде стресна, трауматична, вознемирувачка и многу напорна. Лекарите добро го разбираат ова и знаат дека во многу ситуации им е потребна поддршка од колегите. Исто така, некои професионални околности може да влијаат врз нечија способност да ја врши својата работа и ако тој/таа одлучи да го сподели проблемот или својата загриженост, важно е колегите да покажат емпатија и да се обидат да разберат низ што минува тој/таа. Подоброто разбирање едни со други ја подобрува способноста на тимот да работи заедно и затоа ја подобрува и грижата за пациентите.

Може ли да се научи емпатија преку предавање?

Иако предавањата не се главниот медиум за учење за емпатијата, сепак може да понудат некои проникливи точки за ефектот од тоа што значи да се биде емпатичен со пациентите. Сепак, емпатијата е суштински заснована на луѓето, па затоа вештината да се биде емпатичен се развива со текот на времето, преку гледање на другите постари здравствени работници и на тој начин се сфаќаат замките во сопствениот пристап во интеракцијата и комуникацијата со пациентите.

Како да се примени емпатијата во клиничката пракса и комуникација?

Емпатична комуникација е кога слушате активно и позитивно, без да осудувате или да се обидувате да влијаате на тоа што да мисли пациентот/другата личност. Тоа е нешто што е повеќе од едноставно разбирање на симптомите и испитување на личните искуства на пациентите и вклучува автентична врска, еден вид емоционално сродство, кое го уверува пациентот дека ќе биде виден, слушнат и ценет.

Тоа е разбирање на чувствата и состојбата на друга личност и замислување како би се чувствувале кога тоа лично би го искусиле.

Емпатијата вклучува разбирање на тоа искуства без нужно да се согласувате со нивните идеи или да се обидувате да го поправите нивниот проблем. Кога комуницирате со емпатија, не само што ги препознавате емоциите на личноста со која разговарате, туку ги прифаќате и дозволувате тие да се развијат, со цел да ја подобрите благосостојбата на таа личност.

Фразите како што се „да се ставиш во кожата на друг“, „да ги гледаш работите низ туѓи очи“, „да гледаш од нивна перспектива“, „замислување на нивната референтна рамка“ или слично, сите сугерираат емпатија.

Четири чекори за подобрување на емпатичката комуникација

Бидејќи емпатичната комуникација се заснова на емоции, таа се развива во тек на разговорот со пациентот. Подолу се наброени неколку чекори за ефикасна емпатична комуникација:

1. **Перцепирајте ги и идентификувајте ги емоциите на пациентот:** оценете како личноста со која зборувате се чувствува во моментот, а потоа идентификувајте ги и класифицирајте ги тие емоции (на пр. страв, лутина, разочарување, тага ...).
2. **Испитајте и разберете:** обидете се да ги разберете причините зошто пациентот се чувствува така како што се чувствува. Поставувајте им отворени прашања и дозволете им да ги објаснат и да ги откријат нивните мотиви. Погрижете се да го направите овој чекор **без осудување**, бидејќи вашиот став може да влијае на разговорот. **Внимавајте на вашиот јазик** и не ја негирајте и не ја избегнувајте неговата перспективата на гледање на проблемот.
3. **Помогнете им да работат на развивање на нивните емоции:** на пример, може да помогнете на пациент кој е лут, како да работи на тоа да стане помирен или пациентот да го поддржите во потрагата по креативни решенија за неговите проблеми. За да го направите ова, прашајте ги што во минатото функционираше во таа смисла или понудете стратегии кои вам ви помогнале кога сте биле во слична ситуација.
4. **Внимавајте на вашите невербални знаци:** многу е важно да воспоставите контакт со очи, да климнете со главата како знак за согласување, да се навалите кон напред и кон пациентот како невербален знак за вашето активно присуство и вистински интерес.

Еве неколку примери за тоа што би можеле да му кажете на пациентот и како да постапите за да искажете емпатија:

1. Ако брзате:

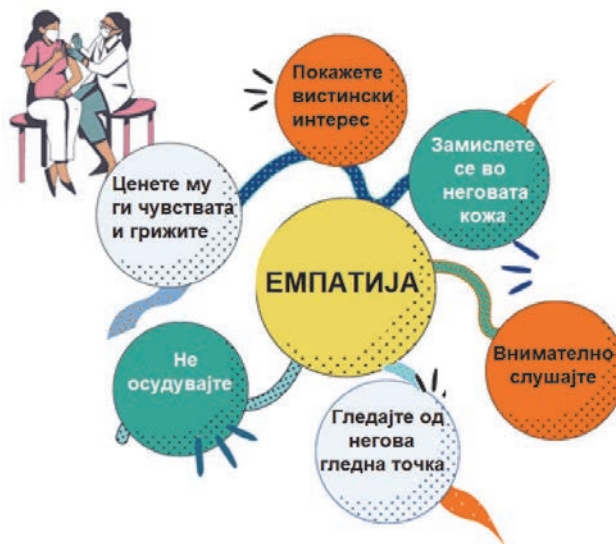
- Ако имате уште едно кратко прашање, можам да одговорам сега. Но, ако сакате повеќе време за да ги разгледаме подетално работите, ајде да закажеме друг состанок.

2. Ако вашиот пациент се бори со хронична болка:

- Хроничната болка е ужасна работа со која треба да се живее. И јас бил фрустриран. Не можам да ја отстранам, но ќе се грижам да се чувствувате колку што може подобро.

3. Ако вашиот пациент се плаши од игли/интервенција/тест....:

- Знам дека го мразите ова. Кога би можел да направам нешто друго, би го направил. Гласно број до 10, а јас ќе го направам тоа што е можно побрзо.
- Ова може да боли, но нема да предизвика никакво оштетување, затоа не се вознемирувајте.
- Да ве предупредам дека ова може малку да боли, но ќе го направам брзо и колку што може побезболно, затоа релаксирајте се. Ќе биде готово за минута (докторот покажува и емпатија и симпатија).



4. Како треба емпатично да се постапи ако родител кој го донел детето за преглед во амбулантата за итни случаи е лут што треба да чека? Докторите често се сретнуваат со „тешки“ пациенти, но во оваа ситуација е важно да се покаже емпатија и да се признае дека поединецот обично има причина да постапува така. Наједноставно е ако се размислува за вакви ситуации преку акронимот ИГО - Идеи, Грижи, Очекувања:

- **Идеи** – размислете како ќе дознаете што мисли родителот за тоа дека треба да чека. Претпоставите зошто родителот може да се чувствува лут во ваква ситуација. Тој може да биде под стрес од причини за кои можеби не размислувате, како на пример, другите деца кои се оставени дома или има претходно лошо искуство во слична ситуација.
- **Грижи** – Важно е да се процени дека некој кој се појавува со дете во амбулантата за итни случаи или на дежурство, може да биде многу вознемирен. Размислете зошто е загрижен - најверојатно мисли дека персоналот не прави доволно напори за побрзо да го види пациентот. Разговарајте за да го разуверите. Важно е навистина да го ислушате за да може да ја објасни својата ситуација и да му обезбедите соодветна поддршка.
- **Очекувања** – дознајте што би сакал тој да направи, односно која е нивната перспектива во врска со ситуацијата. Тој очекува да покажете дека сакате да помогнете и да биде уверен дека неговото дете ќе ја добие најдобрата можна грижа.

5. Ако на пациентот треба да му објасните дека треба да се земе повторно примерок на крв/ткиво за анализа бидејќи резултатот е изгубен:

- Ставете се во кожата на пациентот. За што би можело да биде загрижен? Можеби претходната процедура му била непријатна и не по не-

гова вина сега се бара повторно да ја помине. Или, можеби е загрижен за проблемот со приватноста поврзан со губењето на резултатот.

- Разговарајте јасно и учтиво, но ставете апсолутно јасно до знаење што **точно се случило**, за да не се јави каков било сомнеж. Не користете еуфемизми.
- Слушајте внимателно што го загрижува и што има да каже за настанатата ситуација.
- Може да кажете:
 - Многу ми е жал што треба да земеме повторно крв/ткиво.....
 - Мојам да замислам дека се чувствувате фрустрирани поради ова, бидејќи го чекавте резултатот.
 - Ве молам, да бидете уверен дека нема да ги споделиме резултатите од вашиот тест со никого надвор од нашиот медицински тим. Мојам да видам дека ве загрижува што тестот е изгубен, но ние ја сфаќаме доверливоста многу сериозно и ќе дадеме апсолутно сè од себе за да се осигураме дека тоа е зачувано.

6. Што би му рекле на пациент кој се плаши да прими вакцина?

- Со ваков вид на прашања, важно е да размислите како ќе го изнесете вашето професионално мислење, а притоа да ги почитувате ставовите, грижите и стравовите на пациентот, давајќи му шанса да ги објасни работите од негова перспектива.
- Разговарајте за да дознате кои аспекти од вакцинацијата го загрижуваат и плашат, бидејќи пациентите сакаат да почувствуваат дека лекарот ги слуша и ги сфаќа сериозно нивните ставови.
- Изнесете му ги сите релевантни информации за тоа што прави вакцинацијата и зошто е важна. Тој има право да знае сè за третманот што се препорачува за да може да донесе информирана одлука.
- Зборувајте со термини што пациентот може да ги разбере. Прилагодете ја вашата комуникација така што ќе ја приспособите на различни типови луѓе, дури и кога разговарате за третман што мислите дека тешко може да биде разбран.
- **Внимавајте да не го наметнувате вашето мислење.** Иако пациентите ја немаат вашата медицинска експертиза, не можете да ги игнорирате нивните лични ставови и на крајот, мора да се почитува нивната автономија.

7. Кои мисли и чувства минуваат низ умот на пациент откако ќе му биде кажано дека неговиот алкохолизам довел до неповратно оштетување на црниот дроб? Одговорот на ова прашање открива дали можете да се ставите во кожата на пациентот и да ги разберете неговите емоции додека добива лоша вест како оваа, и на основа на тоа да го одредите однесувањето и понатамошниот разговор.

- Прво, знак за емпатија ќе биде свесноста за чувствителната и деликатна природа на оваа ситуација и важно е да размислите зошто и како тоа може да ја промени природата на консултациите со вас.
- Може да претпоставите дека пациентот може да се чувствува виновен и да се кае за своите постапки и нивните последици.
- Може да помислите дека е многу тешко за пациентот да слушне дека таков ефект настанал како резултат на неговите сопствени постапки.
- Може да помислите дека пациентот може да сака да верува дека не се точни добиените резултати од испитувањата и да ја негира постоечката состојба.
- Може да претпоставите дека ќе покаже вознемиреност и страв.

8. На неодамна квалификуван лекар за вршење некоја интервенција му се дава шанса да ја изврши првата интервенција без надзор. За време на процедурата се јавува ретка, но можна компликација, што резултира со акутно влошување на здравјето на пациентот и смрт два дена подоцна. Семејството на пациентот сега е дојдено да се види со докторот. Како тој треба да пристапи во оваа ситуацијата?

- Најпрво, треба да се размисли за поставката во која треба да се разговара со семејството - приватна, удобна средина, без пречки или временски притисок.
- Докторот не треба во ниту еден момент да изгуби предвид дека ситуацијата предизвикува многу силни емоции и дека треба да се однесува многу деликатно и да покаже високо ниво на емпатија и почит кон пациентот и кон членовите на семејството и нивните емоции.
- Треба да објасни **јасно и вистинито** што точно се случило. Работите многу ќе се влошат ако се обиде да ја искриви вистината.
- Во текот на разговорот членовите на семејството без сомнение ќе бидат многу вознемирени поради загубата на саканата личност, затоа со свесност за тоа како се чувствуваат, треба внимателно да ги слушне сите грижи што ги имаат и **не треба да брза**.
- Со оглед на околностите кои настанале како резултат на позната, но ретка компликација, соодветно е да се каже дека се преземаат мерки да се спречи повторно појавување на истите компликации.
- Треба да се погрижи семејството да биде запознаено со советодавните услуги од стручни лица доколку ги сака во толку тешко време за нив и да понуди можност да разговараат и со постар лекар.

Кои вообичаени грешки поврзани со емпатијата ги прават лекарите?

- Мислат дека емпатијата е само преправање дека знаат како пациентот се чувствува, со цел тој да се чувствува подобро во дадената ситуација.
- Веруваат дека да се биде емпатичен е лесен начин да се натера пациентот да им верува.
- Мислат дека емпатијата е вештина што треба да се користи само во професионални услови, а не и во секојдневниот живот.
- Мислат дека ако научат и имаат „на залиха“ некои основни фрази е сè што им е потребно за да изгледат емпатично.
- Претпоставуваат дека емпатијата не може со тек на време да се подобри или научи.
- Гледаат на емпатијата како на нешто помалку важно од анатомија, физиологија
- Ги кажуваат нештата на отсечен, неучтив или дистанциран начин, што дополнително го фрустрира пациентот кој најчесто е веќе вознемирен.

Користат еуфемизми, начини да се кажат на љубезен начин зборови кои инаку се сметаат за груби или непријатни, како на пример, „замина“ кога зборуваат за смрт или „мачкина кашлица“, за некој помал проблем или незгода, што може да го доведе во заблуда или да го збунува пациентот за тоа што се случило или ќе се случи.

- Обвинуваат други луѓе. Дури и ако е некој друг виновен за некоја грешка, тоа нема да направи пациентот да се чувствува подобро.
- Сметаат дека активност како одење во кафеана со членовите на тимот е емпатично однесување со колегите.
- Кажуваат дека работата не им дава време за социјални активности, така што и без тоа може да бидат пријателски расположени со луѓето со кои работат.
- Не го почитуваат мислењето на пациентот.
- Имајќи за нешто сопствен став кој е различен од оној на пациентот, не ја препознаваат и не ја сметаат валидна неговата загриженост за тој проблем.
- Премногу се фокусираат на научни објаснувања, иако тие не му се потребни на пациентот како одговор на неговата загриженост или вознемиреност.
- Директно даваат одговор на прашање, без претходно да разговараат со пациентот и целосно да ја согледаат ситуацијата и да го откријат и разберат неговиот став за тоа.
- Забораваат дека состојби кои се доживотни ќе влијаат на животот на пациентот независно од тоа кој бил неговиот првичен одговор при дознавање на дијанозата.

Заклучок

Да се биде лекар е една од најтешките професии. Неуспехот во медицината може да ги чини живот пациентите и да донесе силна тага во нивните семејства поради загубата. Ова е причината зад неверојатниот притисок лекарите да бидат најдобри 24/7, дури и кога тоа не е секогаш можно. Но, и лекарите се луѓе, па поради овој притисок, често учат да се одвојат емотивно од своите пациенти за да се заштитат - што честопати ги оддалечува од нив и придонесува за чувство на исцрпеност и согоруваче на работа.

Единственото нешто што ги поврзува сите лекари со нивните пациенти е фактот дека сите тие се луѓе. Инцидентите, приказните и настаните што се случуваат во животот на секој поединец, без разлика колку се различни, се она што ги поврзува еден со друг. Ова значи дека емпатијата е од витално значење кога станува збор за работење во здравството. За да се покаже емпатија, важно е лекарите да можат да постигнат „емоционална агилност“. Тоа не е лесно приспособување, но кога тоа ќе се постигне, тогаш тие полесно ги препознаваат и разбираат туѓите емоции и дозволуваат самите да бидат вклучени во нив. На овој начин, ранливоста станува сила наместо слабост – давајќи им моќ да се соочат со емоционалните ситуации директно, наместо да ги избегнуваат. Така може да практикуваат медицина на начин на кој, цел е целото човечко суштество - додека го лекуваат физичкото тело ги земаат предвид личните чувства на пациентот.

Библиографија

- Alma HA, Smaling A. The meaning of empathy and imagination in health care and health studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing* 2006;1, 195–211. <http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/4934>.
- Bellini LM et al. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA*. 2002;287(23):3143–3146. doi: 10.1001/jama.287.23.3143.
- Bellini LM, Shea JA. Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Academic Medicine*. 2005;80(2):164–167. doi: 10.1097/00001888-200502000-00013.
- Blumgart HL. Caring for the patient. *New England Journal of Medicine*. 1964;270(9):449–456. doi: 10.1056/NEJM196402272700906.
- SCairns P et al. The association between empathy and burnout in medical students: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Educ*. 2024;24(1):640. doi: 10.1186/s12909-024-05625-6.
- Charon R. Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*. 2001;286(15):1897–1902. doi: 10.1001/jama.286.15.1897.
- Charon R. What to do with stories: The sciences of narrative medicine. *Canadian Family Physician*. 2007;53(8):1265–1267.
- Chen DCR et al. Characterizing changes in student empathy throughout medical school. *Medical Teacher*. 2012;34(4):305–311. doi: 10.3109/0142159X.2012.644600.
- Couglehan J. Today's professionalism: engaging the mind but not the heart. *Academic Medicine*. 2005;80(10):892–898. doi: 10.1097/00001888-200510000-00004.
- Couglehan JL et al. "Let me see if I have this right...": Words that help build empathy. *Annals of Internal Medicine*. 2001;135:221. doi: 10.7326/0003-4819-135-3-200108070-00022.
- Decety J. Dissecting the neural mechanisms mediating empathy. *Emotion Review*. 2011;3(1):92–108. doi: 10.1177/1754073910374662.
- Decety J. The neurodevelopment of empathy in humans. *Developmental neuroscience*, 2010;32 (4), pp. 257–267.
- Derksen F et al. Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*. 2013;63(606):e76–e84. doi: 10.3399/bjgp.13X660814.
- DiMatteo MR et al. Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychology*. 1993;12(2):93. doi: 10.1037/0278-6133.12.2.93.
- Eide H et al. Listening for feelings: Identifying and coding empathic and potential empathic opportunities in medical dialogues. *Patient Education and Counseling*. 2004;54(3):291–297. doi: 10.1016/j.pec.2003.09.006.
- Ekman E, Krasner M. Empathy in medicine: Neuroscience, education and challenges. *Medical Teacher*. 2017;39(2):164–173. doi: 10.1080/0142159X.2016.1248925.
- Finset A. Conceptual explorations on person-centered medicine 2010: emotions, narratives and empathy in clinical communication. *International Journal of Integrated Care*. 2010 doi: 10.5334/ijic.490.
- Fox FE et al. Experiencing "the other side": A study of empathy and empowerment in general practitioners who have been patients. *Qualitative Health Research*. 2009;19:1580–1588. doi: 10.1177/1049732309350732.
- Guidi C, Traversa C. Empathy in patient care: from 'Clinical Empathy' to 'Empathic Concern'. *Med Health Care Philos*. 2021 Dec;24(4):573-585. doi: 10.1007/s11019-021-10033-4. Epub 2021 Jul 1.
- Gleichgerricht E, Decety J. Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout, and emotional distress in physicians. *PLoS ONE*. 2013;8(4):e61526. doi: 10.1371/journal.pone.0061526.
- Halpern J. From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2014;17(2):301–311. doi: 10.1007/s11019-013-9510-4.
- Hardy C. A Phenomenological approach to clinical empathy: Rethinking empathy within its intersubjective and affective contexts. 2017. [Google Scholar]
- Haslam N. Humanising medical practice: The role of empathy. *Medical Journal of Australia*. 2007;187(7):381–382. doi: 10.5694/j.1326-5377.2007.tb01305.x.
- Hein G, Singer T. I feel how you feel but not always: The empathic brain and its modulation. *Current Opinion in Neurobiology*. 2008;18:153–158. doi: 10.1016/j.conb.2008.07.012.
- Hojat M et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education*. 2004;38(9):934–941. doi: 10.1111/j.1365-2929.2004.01911.x.
- Hojat M et al. Empathy and health care quality. *American Journal of Medical Quality*. 2013 doi: 10.1177/1062860612464731.
- Hojat M et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*. 2011;86(3):359–364. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1.
- Kearney MK et al. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: Being connected a key to my survival. *JAMA*. 2009;301(11):1155–1164. doi: 10.1001/jama.2009.352.
- Kim SS et al. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions*. 2004;27(3):237–251. doi: 10.1177/0163278704267037.
- Kogler L et al. Do I feel or do I know? Neuroimaging meta-analyses on the multiple facets of empathy. *Cortex*. 2020 Aug;129:341-355. doi: 10.1016/j.cortex.2020.04.031. Epub 2020 May 19.
- Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA*. 2005;293(9):1100–1106. doi: 10.1001/jama.293.9.1100.
- Mercer SW et al. General practitioners' empathy and health outcomes: A prospective observational study of consultations in areas of high and low deprivation. *The Annals of Family Medicine*. 2016;14(2):117–124. doi: 10.1370/afm.1910.
- Nembhard IM et al. A systematic review of research on empathy in health care. *Health Serv Res*. 2023 Apr;58(2):250-263. doi: 10.1111/1475-6773.14016. Epub 2022 Jul 15.
- Neumann M et al. Empathy decline and its reasons: A systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine*. 2011;86(8):996–1009. doi: 10.1097/ACM.0b013e318221e615.
- Rosenthal S et al. Humanism at heart: Preserving empathy in third-year medical students. *Academic Medicine*. 2011;86(3):350–358. doi: 10.1097/ACM.0b013e318209897f.
- Shanafelt TD et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*. 2002;136(5):358–367. doi: 10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008.
- Shanafelt TD et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20(7):559–564. doi: 10.1007/s11606-005-0102-8.
- Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. *Journal of General Internal Medicine*. 2006;21(5):524–530. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x.
- Timmermans S, Almeling R. Objectification, standardization and commodification in health care: A conceptual readjustment. *Social Science & Medicine*. 2009;69(1):21–27.
- Vieten C et al. Measures of empathy and compassion: A scoping review. *PLoS One*. 2024 Jan 19;19(1):e0297099. doi: 10.1371/journal.pone.0297099.
- Winter R et al. A survey of clinical empathy training at UK medical schools. *BMC Med Educ*. 2023 Jan 19;23(1):40. doi: 10.1186/s12909-022-03993-5.
- Zachariae R et al. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*. 2003;88(5):658–665. doi: 10.1038/sj.bjc.6600798.
- Zaki J et al. It takes two: The interpersonal nature of empathic accuracy. *Psychological Science*. 2008;19(4):399–404. doi: 10.1111/j.1467-9280.2008.02099.x.

Подготви:
проф. д-р Катица Зафировска

Улогата на новата комбинација со една таблета од валсартан/индапамид во третманот на артериска хипертензија и неговото научно поставување во клиничката пракса

Преваленцата на АХ во Северна Македонија е висока, прилагодена на возраста е 45% и е над глобалниот просек. Се соочуваме со ситуација на недоволна дијагноза и недоволно лекување на ХТ. Проценките се дека само 64% од пациентите со ХТ се дијагностицирани, додека од третираниите само 23% се контролирани (жените подобро од мажите). Тековната практика на препишување рецепти во Северна Македонија е резултат на објективни пречки (ниту една комбинирана терапија во една таблета не е на позитивната листа), како и субјективни (инерција на лекарите, преоптоварување со работа итн.). Оттука, повеќекратната антихипертензивна монотерапија е доминантна. АКЕи и диуретиците се најшироко препишани (97% и 72% соодветно). АРБ се препишуваат на 38% од пациентите со ХТ, бидејќи до пред извесно време само еден АРБ (лосартан) беше достапен на позитивна листа. Значи, во нашата секојдневна практика не се придржуваме толку до сегашните насоки за третман на ХТ. Лекарите се свесни за предностите на комбинираната терапија во една таблета но, за жал, во моментот комбинираните терапии во една таблета сè уште не се рефундирани, но преговорите и „притисокот“ што се применува врз засегнатите страни продолжуваат.

- Комбинираната терапија во една таблета валсартан/индапамид се состои од активните супстанции - валсартан и индапамид кои имаат докажана ефикасност во намалување/регресија на оштетувањето на целен орган (албуминурија, левокоморна хипертрофија, прогресија на атеросклероза), во редукција на кардиоваскуларниот морбидитет (хоспитализации поради срцева слабост, коронарна артериска болест, мозочен удар, атријална фибрилација) и севкупната смртност. Валсартан ја намалува инциденцата на новопojавен дијабетес. Индапамид има компаративна предност во однос на ХЦТЗ во подобра контрола на КП, метаболичка неутралност, како и подобра превенција од оштетување на целните органи (ЛКХ, ендотелна дисфункција), цереброваскуларни и кардиоваскуларни исходи (мозочен удар, срцева слабост и КВ морталитет). Комбинација на валсартан и индапамид е метаболички неутрална, без релевантно влијание на: гликоза, HDL, LDL и вкупен холестерол и обезбедува подобра 24-часовна контрола на крвниот притисок (долгиот полуживот на двете компоненти во комбинираната таблета ре-

зултира со намалување на циркадијалните варијации на крвниот притисок).

Фенотипови на пациенти со хипертензија погодни за третман со комбинирана терапија во една таблета - валсартан/индапамид:

Иницијална терапија за сите пациенти со новодијагностицирана хипертензија од најмалку стадиум 1, без оглед на присуството на фактори на ризик, коморбидитети и знаци на оштетување на целен орган.

За сите пациенти кои користеле комбинација на АКЕи/диуретик, но имале несакани ефекти од АКЕи и покрај постигнатата терапевтска ефикасност, или за оние кои користеле валсартан/ХЦТЗ и искусиле несакани ефекти од ХЦТЗ и покрај терапевтската ефикасност, како и за оние кои биле на монотерапија со валсартан, а со субоптимална контрола на КП.

Жени со хипертензија (без оглед на релативниот ризик) без манифестни кардиоваскуларни заболувања во перименопауза и менопауза (задржување на течности).

Пациенти со хипертензија и метаболички синдром, дебелина, дислипидемија, дијабетес (намалување на кардио-рено-метаболички ризик).

Пациенти со хипертензија и ризик и/или знаци на оштетување на целните органи (хипертрофија на левата комора, каротидна болест, албуминурија) за превенција/регресија на оштетување на кардиоваскуларните органи.

Пациенти со ХТ изложени на ризик или со знаци на срцева слабост, левокоморна хипертрофија, мозочен удар, атријална фибрилација и хронична бубрежна болест (до фазите 3а и 3б), за намалување или спречување на прогресијата на хипертрофија на левата комора и/или развој на срцева слабост.

Пациенти со хипертензија и потврдени кардиоваскуларни заболувања (срцева слабост, коронарна артериска болест), цереброваскуларни заболувања (мозочен удар).

проф. д-р Марија Вавлукис,
кардиолог

ЈЗУ Универзитетска клиника за кардиологија, Скопје

Самоуверено креирање НОВ ПАТ ВО ТРЕТМАНОТ НА ХИПЕРТЕНЗИЈА

НОВО

Valomindo®
valsartan/indapamide

Вашиот доверлив валсартан од Крка сега во
комбинирана терапија во една таблета со префериралиот
диуретик индапамид, прва во Европа.*1-4

Терапевтски индикации Лекот Валоминдо е индициран за третман на есенцијална хипертензија како супституциона терапија кај возрасни пациенти што се адекватно контролирани со валсартан и индапамид дадени истовремено во иста доза како во комбинацијата, но како посебни таблети. **Дозирање и начин на употреба** Препорачана дневна доза е една таблета од соодветната јачина. Кај постарите лица, плазматскиот креатинин мора да се прилагоди во однос на возраста, тежината и полот. **Тиазидите и сродните диуретици** се целосно ефикасни само кога бубрежната функција е нормална или само минимално нарушена. Валоминдо не се препорачува кај деца и адолесценти на возраст под 18 години. Лекот Валоминдо може да се зема независно од оброците и заедно со вода. **Контраиндикации** Пресетливост на активните супстанции, на други сулфонамиди или на некој од експлицитните, кај лесно, умерено или тешко хепатално оштетување, билијарна цироза, холестаза или хепатална енцефалопатија, втор и трет триместар од бременоста. Истовремената употреба на Валоминдо со производи кои содржат алискирен е контраиндицирана кај пациенти со дијабетес мелитус или бубрежно оштетување (GFR < 60 ml/min/1.73 m²), тешка ренална инсуфицијенција (креатинин клиренс помал од 30 ml/min), хипокалиемија. **Мерки на претпозорливост** Не се препорачува истовремена употреба на валсартан со додаток на калиум, диуретици што штетаат калиум, замени за соли кои содржат калиум или други агенси кои можат да го зголемат нивото на калиум (хепарин, итн.). Хипокалиемијата ја зголемува срцевата токсичност на препаратите на дигиталис и ризиците од аритмии. Пред третман со Валоминдо треба да се коригира деплецијата на натриумот и/или волуменот. Натриумот во плазмата мора да се измери пред да се започне со третманот. Хипонатремијата со хиповолемија може да биде одговорна за дехидрација и ортостатска хипотензија. Тиазидите и сродните диуретици, вклучително и индапамид, ја зголемуваат уринарната екскреција на магнезиум, што може да доведе до хипомагнезиемија, може да ја намалат уринарната екскреција на калциум и да предизвикаат мало и минливо зголемување на калциумот во плазмата. Нападите на гихт може да се зголемат кај хиперурикемични пациенти третирани со индапамид. Кај пациенти со билатерална стеноза на бубрежната артерија или стеноза на единечен бубрег, безбедната употреба на валсартан не е утврдена. Пациентите со примарен хипералдостеронизам не треба да се третираат со валсартан. Претпазливост кај пациенти кои страдаат од аортна или митрална стеноза или хипертрофична опструктивна кардиомиопатија. **Интеракции со други лекови:** Поврзани со валсартан - Двојната блокада на ренин-ангиотензин-алдостерон системот преку комбинирана употреба на АКЕ-инхибитори, АРБ или алискирен, истовремена

употреба на литиум, диуретици што штетаат калиум, додаток на калиум, замени за соли кои содржат калиум и други супстанции кои можат да го зголемат нивото на калиум, нестероидни противоспаљителни лекови (НСАИЛ), вклучувајќи селективни COX-2 инхибитори, ацетилсалицилна киселина (> 3 g/ден) и неелективни НСАИЛ, Транспортери-Истовремената администрација на инхибитори на транспортерот за преземање (на пр. рифампин, циклоспорин) или на транспортерот за ефикас (на пр. ритонавир). **Поврзани со индапамид** - Литиум, антиаритмички од класа Ia, антиаритмички од класа III, антипсихотички фенотипички (хлорпромазин, циталемазин, левопромазин, тиоридазин, трифлуоперазин), бензамиди, бутирофенони, инхибитори на ангиотензин конвертирачки ензим (АКЕ, Баклофен), дигиталис, алопуринол, диуретици што штетаат калиум (амилорид, спиронолактон, триамтерен, метформин, антидепресиви слични на имидазин, невролептици, калциум, циклоспорин, кортикостероиди, тетракаскид). **Бременост и лактација** употребата на ангиотензин II рецепторни блокатори (ARB) не се препорачува во текот на првиот триместар од бременоста и е контраиндицирана за време на вториот и третиот триместар од бременоста. Терапија со ангиотензин II рецепторни антагонисти во текот на вториот и третиот триместар предизвикува фетотоксичност кај луѓето и неонатална токсичност. Лекот Валоминдо не треба да се користи за време на доенењето. Нема достапни информации во врска со употребата на валсартан за време на доенењето, валсартан не се препорачува за време на доене. Нема доволно информации за излучувањето на индапамид/метаболитите во мајчиното млеко, со што индапамид не се препорачува за време на доене. **Несакани дејства** Најчесто пријавените несакани дејства при третманот со индапамид се хипокалиемија, реакции на пресетливост, главно дерматолошки, кај испитаници со предиспозиција за алергиски и астма-тични реакции и макулопапуларен осип. Многу честѝ - ниско ниво на калиум во крвта, алергиски реакции, главно дерматолошки, кај пациенти со предиспозиција за алергиски и астма-тични реакции, црвен испанкат осип на кожата. Помалку честѝ - ниско ниво на натриум во крвта што може да доведе до дехидрација и низок крвен притисок, чувство на вртење, вертиго, кашлица, повраќање, стомачна болка, црвени точки на кожата (пурпура), импотенција (неможност за постигнување или одржување на ерекција), замор. Ретки - ниско ниво на хлорид во крвта, ниско ниво на магнезиум во крвта, главоболка, пецкање и трпнење (парестезија), гастроинтестинални нарушувања (како што се гадење, запек), сува уста. **Начин на издавање** На лекарски рецепт. **Пакување** 30 таблети (блистер 3 x 10/кутија со модифицирано ослободување од 160mg/1.5mg.

Наменето само за здравствени работници. Компјутериот извршен извештај на лекот е достапен на следниот линк: <https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/detailview/3717193650>

ХТ-хипертензија

*Тиазид слични диуретици се попреферираани од тиазидни диуретици¹, Индапамид е најупотребуваниот диуретик во Централна, Источна и Југоисточна Европа.⁴

1. MIDAS 1-12 2023. 2. Електронски национален централен регистар на лекови и медицински помагала [Internet]. 2024. [cited December 2024]. Достапен на [om:https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/detailview/3717193650](https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/detailview/3717193650). 3. Barrios V, Escobar C. Which thiazide to choose as add-on therapy for hypertension? Integ Blood Press Control. 2014 Jul 30;735-47. 4. Cegedim, Sitemics (ePharma Market), Intellix, IQVIA, Aptekide inf. (Medicube), Softend, Proxima (Pharmstandart), Vortis 1-12 2023.

За додешални информации обраќајте 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

KRKA

Протеин во плунката на комарците го инхибира имунолошкиот одговор на домаќинот

Во една понова студија, истражувачите откриле дека еден имуносупресивен фактор - протеин од плунката на комарецот се врзува за имунолошка молекула кај човекот и го олеснува настанувањето на инфекција на кожата предизвикана од пренесениот вирус.

Комарците *Aedes aegypti* можат да пренесат арбовируси за време на хранењето со крв. Познато е дека плунката од комарци игра значајна улога во пренесувањето вируси, како што се флававирусите, зика, денга и чикунгуња, но многу од нејзините функции сè уште не се разјаснети. Компонентите на плунката на комарецот имаат плеоморфни ефекти врз домаќинот за подобрување на хранењето со крв и преносот на вирусите. Тие промени создаваат погодна почва за репликација и дисеминација на патогенот.

Во 2019 година Hastings AK со тимот истражувачи објавиле труд во *Journal of Virology* во кој ги изнеле наодите за тоа како е идентифициран Nest1 протеинот во плунката на комарецот *Aedes aegypti*.

Тие сакале да истражат дали антигенските протеини од плунката се способни да ја засилат инфекцијата со вирусот Zika кој примарно се пренесува преку комарецот. За таа цел, тие направиле скрининг за антигенски протеини со употреба на одбрана библиотека на хумани протеини од плунката на комарецот. Покажале дека дотогаш неописан протеин од плунката, кој го нарекле NeSt1 - неутрофилен стимулирачки фактор 1 (neutrophil stimulating factor 1), ги активира неутрофилите на глушец *ex vivo*. Кога примени-

ле антитела за да го блокираат NeSt1 кај глувци и потоа дозволиле комарци инфицирани со зика вирусот да се хранат со крвта на тие глувци, се утврдило дека тие преживеале подобро отколку глувците кои не биле пасивно имунизирани.

Пасивната имунизација против NeSt1 ја намалила експресијата на про-интерлеукин -1 β и на CXCL2, ги спречила макрофагите да го инфилтрираат местото на уодот, ги штитела глувците од рана репликација на вирусот зика и ја ублажила со вирусот предизвиканата патолошка сос-



тојба. Овие наоди потврдиле дека NeSt1 ги стимулира неутрофилите на местото на уодот од комарецот, за да ја променат имуната микросредина, дозволувајќи повисоко ниво на вирусна репликација и засилување на патолошкиот процес предизвикан од вирусот.

Во август, оваа година, во *Science Immunology*, се објавени наодите од студијата на Marin-Lopez и сор. кои го продлабочиле досегашните знаењето. Во нивната студија Marin-Lopez и сор. покажале дека овој протеин - Nest1 - од плун-

ката на женските комарци *A. aegypti*. е врзливо средство со висок афинитет за човечкиот CD47 кој се наоѓа на површината на многу клетки во телото и контролира неколку имунолошки процеси. Покажале дека во експлантати од човечка кожа инфицирани со вирусот зика, интеракцијата помеѓу Nest1 и CD47 довела до супресија на фагоцитозата од хуманите макрофаги и ги инхибирала проинфламаторните одговори во кожата. Овие наоди даваат увид во тоа како протеин од еден артропод го менува хуманиот имунолошки одговор за да ја зголеми инфективноста на арбовирусот.

Изненадувачки бил наодот дека Nest1 протеинот се врзува за CD47 со околу 25 до 50 пати посилен афинитет отколку SIRPA (сигнал регулаторен протеин α), човечкиот лиганд кој нормално се врзува за CD47.

Овие откритија го зголемуваат нашето знаење за тоа каква е интеракцијата помеѓу векторите на болеста - како комарците со домаќините - и како луѓето може да доведат до развој на терапии што ќе помогнат во превенцијата на болестите коишто ги пренесуваат комарците. Интеракциите меѓу CD47 и SIRPA се проучуваат долго низ години, а на основа на таа интеракција се развиваат лекови за превенција на ракот и атеросклерозата. Не е невозможно овој протеин од комарецот, кој ја надминува SIRPA по својата активност за врзување за CD47, да доведе до нови и подобри третмани за овие болести.

Подготви:
проф. д-р Катица Зафировска

Проф. д-р Лилија Анастасова Николова

1947-2025



Проф. д-р Лилија Анастасова Николова, онколог - радиотерапевт со повеќе од 40 година богато работно искуство на здравствен, образовен и научен план, зад себе остави голем број на благодарни пациенти и благодарни студенти и ученици.

Проф. д-р Лилија Анастасова Николова е родена во Скопје, каде и завршува Медицински факултет, со висок просек за што е наградена со пофалница. Од 1972 година е дел од стручниот тим на Институтот за онкологија и радиотерапија. Специјализира во 1978 година, а за асистент е избрана во 1977 година. Погoleмиот дел од својот работен век била на Одделот за карциноми на машкиот урогенитален тракт. Стручно се усовршувала на Институтот "Пјер и Марија Кири" и на Институтот "Густав Руси" во Париз. Нејзината докторска студија (1994 г.) за значењето на туморските маркери алфафетопротен и хорионгонадотропин во дијагностиката и третманот на карциномите на тестисот е еден од основите на третманот на семиномските и несеманомските тумори на тестисот кај мажот во Македонија. За професор на Медицинскиот факултет во Скопје била избрана во 1996 година. Проф. д-р Анастасова Николова исто така беше и автор на голем број научни трудови.

Проф. д-р Анастасова Николова ќе останеме запаметена како исклучителен и посветен научник и професор, но и доктор кој секогаш беше отворен за соработка и поддршка на своите колеги.

Прим. д-р Ели Димитровска

1955-2025



Д-р Ели Димитровска работеше на инфективното Одделение во Клиничката болница во Битола, а за време на ковид пандемијата беше координатор на Регионалниот центар.

Д-р Димитровска е родена на 25.5.1955 година во Битола. Средното образование го заврши во Гимназијата "Јосип Броз Тито" во Битола, а Медицинскиот факултет во Скопје. Во битолската Болница се вработила во 1981 година, а извесен период има работено како професорка по медицина во Средното медицинско училиште "Јован Калаузи" во Битола.

Во почетокот на деведесеттите години од минатиот век се стекнала со титулата примариус инфектолог, а е автор и на голем број научни трудови од областа на медицината и инфектологијата и учесник на меѓународни конференции и научни симпозиуми.

Д-р Димитровска беше началник на инфективното Одделение при битолската Клиничка болница, сè до нејзиното пензионирање.

Проф. д-р Јован Јуруковски

1939-2025



На 92 - годишна возраст почина проф. д-р Јован Јуруковски, еден од нашите најеминентни гинеколози кој како извонреден стручњак во својата област имаше силно влијание во медицината и образованието на младите доктори.

Проф. д-р Јуруковски беше редовен професор на Медицинскиот факултет во Скопје, како и продекан и шеф на Катедрата за гинекологија и акушерство. Долги години беше и директор на Клиниката за гинекологија и акушерство каде што неговите напори доведоа до воведување на современи медицински стандарди и критериуми. Со својата стручност и визија, тој ги постави темелите за развојот на оваа гранка на медицината во нашата земја. Проф. д-р Јуруковски беше автор на многу стручни статии, како на домашно така и на интернационално ниво, вклучувајќи и истражувања објавени во Оксфорд, Англија, каде што го помина дел од своето школување.

Проф. д-р Јуруковски ќе остане запаметен како извонреден лекар и професор и исклучителен човек кој несекично го посвети својот живот на медицината и на благосостојбата на другите.

Спец. д-р Лилјана Пренцова

1962-2025



Д-р Лилјана Пренцова е специјалист интернист, гастроентерохепатолог, врвен и почитуван лекар со долгогодишен работен стаж во јавното и во приватното здравство.

Д-р Пренцова е родена на 2 април 1962 година во Велес. По гимназиското образование во родниот град таа се запишува на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ чиј дипломец е во генерацијата 1986/87 година.

Работниот век на д-р Пренцова започнува во Итна помош на тогашниот Здравствен дом во Велес, од каде продолжува да работи на Интерно одделение во велешката Општа болница, со определба за специјализација на интернистичката гранка гастрентерохепатологија. Д-р Пренцова специјализацијата ја завршува во декември 1997 година, со што станува првиот интернист со ваква специјалност во Велес.

Додека работи како доктор, исто така се едуцира и посетува школи за усовршување на дијагностика и лекување на болести, но и го пренесува сопственото искуство на голем број колеги од оваа медицинска гранка.

Проф. д-р Глигор Џолев

1944-2025



Проф. д-р Глигор Џолев беше истакнат ортопед и професор, кој целиот свој живот го посвети на медицината, несебично помагајќи им на своите пациенти со стручност, човечност и искрена грижа.

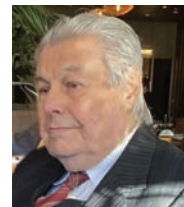
Д-р Џолев е роден 20.07.1944 година во Струмица. Од 1972 до 2009 година работеше, а своевремеено беше и директор на Клиника за ортопедија во Скопје, а беше и редовен професор на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“.

Покрај својата кариера, проф. д-р Џолев беше столбот на своето семејство, со својата мудрост, добрина и благородност остави неизбришлива трага во животите на најблиските, колегите и пациентите.

Неговото заминување е огромна загуба, но спомени-те за неговото дело и љубовта што ја ширеше ќе живеат вечно.

Прим. д-р Никола Николов

1933-2025



Примариус д-р Никола Николов е човекот кој својот живот го посвети на медицината и науката. Неговата кариера беше исполнета со извонредни дос-тигнувања, а најзначајно од нив е откритието на нова мутација на хемоглобин позната како “хемоглобин Струмица”.

Примариус д-р Николов беше вистински столб на струмичко-то здравство и остави неизбришлива трага во медицинската за-едница. Со својата посветеност и научна љубопитност тој придо-несе за развојот на хематологијата и генетиката, а неговото от-критие за “хемоглобин Струмица” доби меѓународно призна-ние. Оваа мутација на хемоглобинот беше предмет на бројни научни истражувања и помогна во подобро разбирање на крвните заболувања.

Покрај својата научна работа, д-р Николов беше пример за ху-маност, пожртвуваност и професионализам. Стотици пациенти поминале низ неговите раце, а неговата експертиза и срдечен однос кон болните ќе останат запаметени од многумина.



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
*на Република
Северна Македонија*

lkm.org.mk

РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

Во програмата на Уредувачкиот одбор на „Vox Medici“ важно место има можността за објавување на вашите стручни и научни трудови, со цел за ваша едукација, не само онаа што произлегува од читањето на објавените трудови, туку и за подигнување на нивојто на знаење за целиот процес од подготвка до објавување на манускриптот. 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. Одлуката дали манускриптот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува едиторот на списанието 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 сретат дисеминација на релевантни наоди, неопходни тврдења, нејприфатливи интерпретации и лични видувања. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудот кој иледираат на оригиналност треба да се придржуваат на препораките 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 (не)позитивна рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажаните прописи и на нив гледаат како на можност да го унапредат своето знаење и да ја зголемят веројатноста за објавување на своите трудови, други се обесхрабруваат и се илашати дури и да се обидат да испратат труд за објавување, а притоа, се озорчени, 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 недоследности (најчесто се споменува бавноста), сепак, на него треба да се гледа како на чувар на профилот на едно списание, унапредувач на квалитетот и учител 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 126 од март 2025 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 февруари 2025 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 во 2020 година 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“. Комисијата го наградува најдобриот труд од претходната година објавен во „Vox Medici“.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 63, декември 2024 година

DIABETES MELLITUS ВО ОПШТИНА КИЧЕВО ЗА ПЕРИОДОТ 2018-2023 ГОДИНА

Марија Ѓ. Торковска Петровска,
Јован П. Тодоровски

Diabetes mellitus во Општина Кичево за периодот 2018-2023 година

Марија Ѓ. Торковска Петровска¹,
Јован П. Тодоровски²

1. ЈЗУ Клиничка болница „Д-р Трифун Пановски“ Битола, Одделение по педијатрија
2. ЈЗУ Центар за јавно здравје Битола, Одделение по социјална медицина

Апстракт

Цел: Да се прикаже бројот и анализира состојбата на лицата со Diabetes mellitus (DM) во Општина Кичево. Анализирана е временска рамка од шест години (2018-2023) разделена во возрастните групи: 0 - 14 години, 15 - 35 години, најчесто со Tip 1 Diabetes mellitus (T1DM) и над 35 години најчесто со Tip 2 Diabetes mellitus (T2DM).¹

Материјали и методи: Користени се податоци до Управата за електронско здравство “Мој термин” (електронски пријави) за периодот 2018 до 2023 година.² Обработените податоци се однесуваат за Општина Кичево која е дел од подрачјето на ЈЗУ Центар за јавно здравје Битола (ЦЗУ Битола). Направена е ретроспективна, дескриптивна анализа на податоците при што е користена апликацијата IBM SPSS Statistics, верзија 27.³

Резултати: Процентуалната застапеност во годините на Општина Кичево е следна: 2018 г. (3,6%), во 2019 г. (3,5%), 2020 г. (3,5%), 2021 г. (7,6%), 2022 г. (8,7%), 2023 г. (8,0%). Бројот на регистрирани лица во Кичево изнесува, во: 2018 г. (2018), 2019 г. (1970), 2020 г. (1960), 2021 г. (3023), 2022 г. (3436), 2023 г. (3155).

Поделбата според пол е следна: 2018 г. машки (794 или 39,3%), женски (1224 или 60,7%), во 2019 г. машки (799 или 40,6%), женски (1171 или 59,4%), во 2020 г. машки (765 или 39,0%), женски (1195 или 61,0%), во 2021

г. машки (1240 или 41,0%), женски (1783 или 59,0%), во 2022 г. машки (1405 или 40,9%), женски (2031 или 59,1%), во 2023 г. машки (1253 или 39,7%), женски (1902 или 60,3%).

Заклучок: Процентуалната застапеност на DM започнува да расте по 2020 година, со зголемување од 3,5% на 7,6% во 2021, 8,7% во 2022 (највисока) и 8,0% во 2023. Кичево има највисок процент на DM во регионот според ЈЗУ ЦЗ Битола. Женската популација е повеќе засегната, со процент од 59,0% до 61,0% во сите години.

До 14 години се регистрирани 12 заболени (0,08%) од кои 9 со T1DM (7 девојчиња и 2 машки деца) и 3 со T2DM (сите девојчиња). Во групата 15 - 34 години се регистрирани 182 пациенти (1,17%), од кои 88 со T1DM (55 машки, 33 женски), 89 со T2DM (38 машки, 51 женски) и 5 со GDM (сите жени). Во групата 35+ години се регистрирани 15.368 пациенти (98,75%), од кои 178 со T1DM (80 мажи, 98 жени), 15.183 со T2DM (6.080 мажи, 9.103 жени), 5 со E13 (1 маж, 4 жени) и 2 со GDM (сите жени).

Лицата со дијабетес правилно се лекуваат според терапијата, под 35 години главно се третирани со инсулин, додека над 35 години со орални антидијабетски лекови – таблети (Metformin, Glibenclamide, Repaglinide и др.). Во анализираниот период, 470 лица (3,06%) биле на диета, 2.297 (14,95%) на инсулинска терапија и 12.600 (81,99%) на орална антидијабетска терапија.

Клучни зборови: дијабетес, застапеност, возраст, терапија, Кичево.

Вовед

Дијабетесот е хронична метаболна болест што се карактеризира со покачени вредности на гликоза во крвта, при што може да доведе до оштетување на крвните садови, срцето, очите, бубрезите и нервите.⁴ Најчестиот тип на дијабетес е тип 2.

Постои глобално усогласена цел да запре порастот на дијабетесот и дебелината до 2025 година.⁵

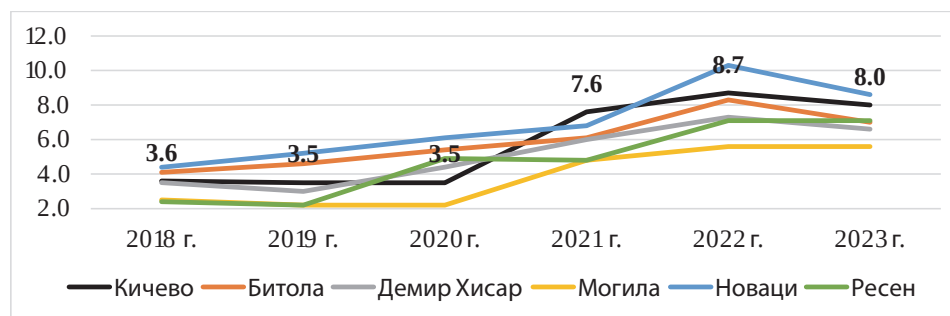
Дијабетес тип 1 се појавува кога панкреасот не произведува инсулин, најчесто кај млади лица до 35 години, додека дијабетес тип 2, кој е поврзан со отпорност на инсулин или недоволна продукција на инсулин, најчесто се дијагностицира кај лица над 35 години.⁴

Дијабетесот главно се дели на **три** типа и тоа: тип 1, тип 2 и гестациски дијабетес (дијабетес за време на бременоста).⁶

- **Тип 1 Diabetes mellitus (T1DM).** Се смета дека е предизвикан од автоимуна реакција. Оваа реакција спречува панкреасот да произведува инсулин. Приближно 5 - 10% од луѓето имаат T1DM. Во моментот, нема начин како да се спречи појавата на дијабетес тип 1.⁶ Причината за појава на дијабетес тип 1 не е позната, но се смета дека е резултат на комбинација на генетски и еколошки фактори.⁷

- **Тип 2 Diabetes mellitus (T2DM).** Кај овој тип на дијабетес организмот инсулилот не го користи добро и не може да го регулира шеќерот. Застапен е кај околу 90 - 95% од лицата со дијабетес. Овој тип на дијабетес се развива во текот на многугодини и обично се дијагностицира кај возрасни (но, сè повеќе и повеќе кај деца, тинејџери и млади возрасни).⁶ Овој тип на дијабетес може да се спречи или да се одложи негова појава, со промени во начин на живот (здрав начин на живот) како: слабеење, консумирање на здрава храна, да се биде физички активен.⁶

- **Гестациски дијабетес (GDM).** Овој тип се појавува кај бремени жени. Кај овој тип бебето може да биде изложено на поголем ризик од здравствени пробле-



Графикон 1
Процентуална
застапеност (%)
на DM по градови
и години во
регионот на
ЈЗУ ЦЈЗ Битола

ми. Обично исчезнува по раѓањето на бебето. Сепак, го зголемува ризикот од појава на T2DM подоцна во животот. Бебе родено од мајка со гестациски дијабетес има поголема предиспозиција за развој на дебелина во млада возраст или тинејџерските години и да развој на тип 2 дијабетес подоцна во животот.⁶

Според Меѓународна статистичка класификација на болести и поврзани здравствени проблеми, десетта ревизија (МКБ-10) има и **E13 - Другозначен дијабетес мелитус** кој вклучува повеќе состојби меѓу кои и дијабетес предизвикан од лекови или предизвикан од хемикалии, имунолошки предизвикана болест, инфекција и сл.⁸

Критериум за **дијагноза** на DM се: (гликолизирани хемоглобин) **HbA_{1c} ≥ 6,5% или** [нарушена гликоза на гладно IFG (Impaired Fasting Glucose); гликоза во плазма на гладно **FPG** (fasting plasma glucose)] **≥ 7,0 mmol/l или** [нарушена гликозна толеранција **IGT** (Impaired Glucose Tolerance) по спроведен **ОГТТ** (орален гликоза толерантен тест)] **≥ 11,1 mmol/l или** [случаен наод на гликоза во плазма **≥ 11,1 mmol/l** кај пациенти со симптоми на хипергликемија].

Критериуми за **покачен ризик** од DM се: **HbA_{1c} (5,7 - 6,4%) или FPG (5,6 - 6,9 mmol/l) или ОГТТ (7,8 - 11,0 mmol/l)**

Скрининг и дијагноза на GDM се изведува: по спроведен ОГТТ во периодот од 24 до 28 седмица од бременоста. Дијагнозата на GDM се поставува кога еден од следните критериуми е надминат: по пост **≥ 5,1 mmol/l**, по еден час **≥ 10,0 mmol/l**, по два часа **≥ 8,5 mmol/l**.

Материјал и методи

Користени се податоци до Управата за електронско здравство "Мој термин" (електронски пријави) за периодот 2018 до 2023 година,² Државен завод за статистика (МакСтат база на податоци),⁹ Министерство за здравство на РСМ,⁴ Center for Disease Control and Prevention (CDC),⁶ World Health Organization (WHO),¹⁰ International Diabetes Federation (IDF),⁷ Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија.¹¹ Направена е ретроспективна, дескриптивна анализа на податоците при што е користена апликацијата IBM SPSS Statistics, верзија 27.³ Обработените податоци се однесуваат за Општина Кичево која е дел од подрачјето на ЈЗУ Центар за јавно здравје Битола. Според последниот спроведен попис во 2021 година, бројот на жители во регионот на ЈЗУ Центар за јавно здравје Битола на 31.12.2021 година изнесува 153 968. Бројот на жители по општини е следен: Кичево 39585, Битола 84928, Ресен 14339, Демир Хисар 7215, Могила 5266 и Новаци 2635. Додека бројот на жители во Кичево во 2018 година изнесува 56785, 2019 година (56621), 2020 година (56368), 2022 година (39430) и 2023 година (39316).⁹

Резултати

Процентуалната застапеност во години на Општина Кичево е следна: 2018 г. (3,6%) во 2019 г. (3,5%), 2020 г. (3,5%), 2021 г. (7,6%), **2022 г. (8,7%)**, 2023 г. (8,0%).

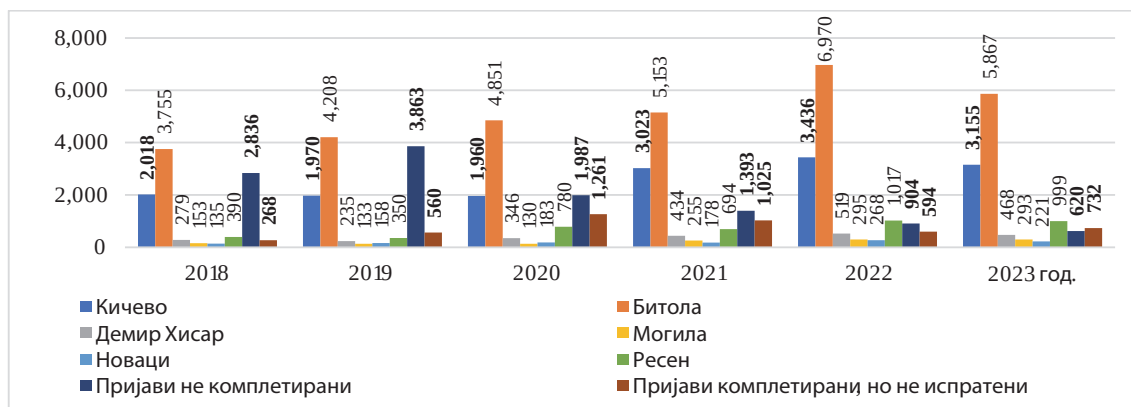
Процентуалната застапеност во останатите општини во територијата на ЈЗУ ЦЈЗ Битола во годините, прикажани на *графикон 1* изнесува: **Битола** 2018 г. (4,1%), 2019 г. (4,6%), 2020 г. (5,4%), 2021 г. (6,1%), 2022 г. (8,3%), 2023 г.

(7,0%). **Демир Хисар** 2018 г. (3,5%), 2019 г. (3,0%), 2020 г. (4,4%), 2021 г. (6,0%), 2022 г. (7,3%), 2023 г. (6,6%). **Могила** 2018 г. (2,5%), 2019 г. (2,2%), 2020 г. (2,2%), 2021 г. (4,8%), 2022 г. (5,6%), 2023 г. (5,6%). **Новаци** 2018 г. (4,4%), 2019 г. (5,2%), 2020 г. (6,1%), 2021 г. (6,8%), 2022 г. (10,3%), 2023 г. (8,6%). **Ресен** 2018 г. (2,4%), 2019 г. (2,2%), 2020 г. (4,9%), 2021 г. (4,8%), 2022 г. (7,1%), 2023 г. (7,1%).

Бројот на регистрираните лица за Кичево во годините е следен: во 2018 г. (2018), 2019 г. (1970), 2020 г. (1960), 2021 г. (3023), 2022 г. (3436), 2023 г. (3155). **Пријави некомплетирани:** 2018 г. (2836), 2019 г. (3863), 2020 г. (1987), 2021 г. (1393), 2022 г. (904), 2023 г. (620). **Пријави комплетирани, но не испратени:** 2018 г. (268), 2019 г. (560), 2020 г. (1261), 2021 г. (1025), 2022 г. (594), 2023 г. (732). За останатите општини бројот на пристигнати пријави е прикажан на *графикон 2*.

Распределбата според пол во годините е следна: 2018 г. машки (794 или 39,3%), женски (1224 или 60,7%), во 2019 г. машки (799 или 40,6%), женски (1171 или 59,4%), во 2020 г. машки (765 или 39,0%), женски (1195 или 61,0%), во 2021 г. машки (1240 или 41,0%), женски (1783 или 59,0%), во 2022 г. машки (1405 или 40,9%), женски (2031 или 59,1%), во 2023 г. машки (1253 или 39,7%), женски (1902 или 60,3%).

- Застапеноста на T1DM (<14) е помеѓу "0" и "2", на T1DM (15-34) е помеѓу "9" и "25" на T1DM (35+) е помеѓу "7" и "91";
- Застапеноста на T2DM (<14) е помеѓу "0" и "1" на T2DM (15-34) е помеѓу "8" и "23" на T2DM (35+) е помеѓу "1930" и "3289";



Графикон 2
Број на пристигнати пријави за DM по градови и години во регионот на ЈЗУ ЦЈЗ Битола

- Застапеноста на E13 (<14) е "0" на E13 (15-34) е "0" на E13 (35+) е помеѓу "0" и "2";
- Застапеноста на GDM (<14) е "0" на GDM (15-34) е помеѓу "0" и "2" на GDM (35+) е помеѓу "0" и "1".

Бројот на пристигнати електронски пријави и регистрирани лица во период од 2018 - 2023 година за Општина Кичево, според возрастна група, тип на дијабетес и пол е следна:

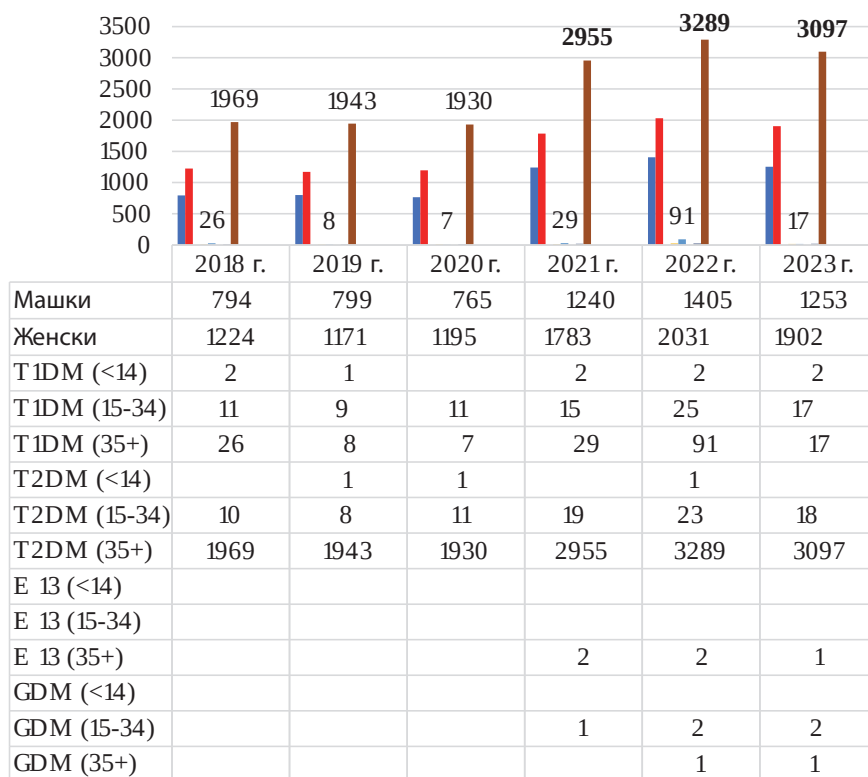
- Во возрастната група до 14 години (пациенти кои се лекуваат од страна на лекарите педијатри) се регистрирани 12 пациенти. Со T1DM се 9 пациенти од кои 2 (22,2%) машки и 7 (77,8%) од женски пол и со T2DM се 3 пациенти од кои 3 (100%) од женски пол.
- Додека во возрастната група (15-34) години се регистрирани 182 пациенти. Со T1DM се регистрирани 88 пациенти од кои 55 (62,5%) машки и 33 (37,5%) од женски пол и со T2DM се регистрирани 89 пациенти од кои 38 (42,7%) машки и 51 (57,3%) од женски пол и со GDM 5 (100%) пациенти од женски пол.
- Додека во возрастната група 35+ години се регистрирани 15368 пациенти. Со T1DM се регистрирани 178 пациенти од кои 80 (44,9%) машки и 98 (55,1%) од женски пол и со T2DM се регистрирани 15183 пациенти од кои 6080 (40,0%) машки и 9103 (60,0%) од женски пол. Додека со E13 се регистрирани 5 пациенти од кои 1 (20,0%) машки и 4 (80,0%) од женски пол.

енти од кои 1 (20,0%) машки и 4 (80,0%) од женски пол и со GDM 2 (100%) пациенти од женски пол.

Бројот на регистрирани лица во периодот изнесува 15562 (486 на диета, 2404 на инсулинска и 12672 на орална терапија), при што може да се детектира разлика во два периода и тоа прв период (2018 - 2020) и втор период (2021 - 2023) година.

Статистички значајна разлика нема во возрастната група (<14 год.) во однос на целиот анализиран период (2018-2023). Бројот на новорегистрирани лица со дијабетес во преодот не се разликуваат.

Статистички значајна разлика има во возрастната група (15-34 год.) во периодот (2018-2023) каде $\chi^2 (5,182) = 25.956$, $p < 0.001$ и помеѓу првиот и вториот период



Графикон 3 Број на регистрирани лица со DM според пол, тип на DM по години во регионот на ЈЗУ ЦЈЗ Битола

Табела 1 Вид на лекување според спроведената терапија по години

Возрасна група	Период	Година на пријава	Вид на лекување според спроведената терапија								
			Диета	Инсулин			Орална терапија	Вкупно регистрирани	Статистичка значајност χ^2		
				Вкупно	Во подоцнежна фаза од	Од почетокот на			Споредба на периодот (2018-2023)	Споредба во прв (2018-2020) и втор (2021-2023) период	Споредба помеѓу прв (2018-2020) и втор (2021-2023) период
					лекувањето						
< 14 год.	Прв	2018		2		2		2	(5,12) =1.0, $p=0.963$	(2,5) =0.400, $p=0.819$	(1,12) =0.333, $p=0.564$
		2019		2		2		2			
		2020		1		1		1			
	Втор	2021		2		2		2		(2,7) =0.286, $p=0.867$	
		2022		3		3		3			
		2023		2		2		2			
	Вкупно			12		12		12			
15-34 год.	Прв	2018		13		13	8	21	(5,182) =25.956, $p<0.001^*$	(2,60) =0.700, $p=0.705$	(1,182) =21.121, $p<0.001^*$
		2019		11		11	6	17			
		2020	2	12		12	8	22			
	Втор	2021	4	15		15	16	35		(2,122) =3.262, $p=0.196$	
		2022	6	25	1	24	19	50			
		2023	4	18	1	17	15	37			
	Вкупно		16	94	2	92	72	182			
35 год. и повеќе	Прв	2018	33	365	249	116	1597	1995	(5,15368) =876.952, $p<0.001^*$	(2,5883) =0.934, $p=0.627$	(1,15368) =844.248, $p<0.001^*$
		2019	33	310	211	99	1608	1951			
		2020	38	273	188	85	1626	1937			
	Втор	2021	91	442	329	113	2453	2986		(2,9485) =25.914, $p<0.001^*$	
		2022	126	504	366	138	2753	3383			
		2023	149	404	307	97	2563	3116			
	Вкупно		470	2298	1650	648	12600	15368			
Вкупно			486	2404	1652	752	12672	15562			

(*) Статистички значајна разлика

при што χ^2 (1,182) =21.121, $p<0.001$. Во првиот ($p=0.705$) и вториот ($p=0.196$) период и статистичка разлика нема.

Статистички значајна разлика има во возрасната група (35 год. и повеќе) во периодот (2018-2023) каде што χ^2 (5,15368) =876.952, $p<0.001$, но и помеѓу првиот и вториот период при што χ^2 (1, 15368) =844.248, $p<0.001$. Исто така, статистичка значајна разлика има во вториот период (2021-2023) каде χ^2 (2, 9485) =25.914, $p<0.001$, додека статистичка значајна разлика нема во првиот период ($p=0.627$). (табела 1)

- до 14 годишна возраст во годините состојбата е следна 2018 г. (2), 2019 г. (2), 2020 г. (1), 2021 г. (2), 2022 г. (3), 2023 г. (2);
- од 15-34 години 2018 г. (21), 2019 г. (17), 2020 г. (22), 2021 г. (35), 2022 г. (50), 2023 г. (37) и
- над 35 години 2018 г. (1995), 2019 г. (1951), 2020 г. (1937), 2021 г. (2986), 2022 г. (3383), 2023 г. (3116), просечниот број на регистрирани од 2018 г. – 2020 г. изнесува 1961 (38,3%), а од 2020 г. - 2023 г. изнесува 3162 (61,7%).

Дискусија

Бројот на луѓе со дијабетес се зголеми од 200 милиони во 1990 г. на 537 милиони во 2022 година. Повеќе од половина не примале терапија. Дијабетесот во 2021 предизвика над 2 милиони смртни случаи.¹⁰

Според последните податоци од Европската база на податоци на СЗО - European Health for All database (HFA-DB), состојбата со дијабетес во нашето опкружување е следна: Албанија 2018 г. (2,74%), 2019 г. (2,87%), 2020 г. (2,99%), 2021 г. (3,16%). Бугарија

(1,7% во 2000 година), од Србија (нема податок), Северна Македонија (3,4% во 2018 година), (4,32% во 2019 година), (6,43% во 2020 година), (6,45% во 2021 година).¹² Состојбата во Грција е алармантна. Публикуваните податоци во 2020 година од Makrilakis K, Kalpourtzis N, Ioannidis I, и сор., покажуваа дека 11,9%, имаат дијабетес, додека 12,4% имаат пред дијабетес, а бројот на лица кои не знаат дека имаат дијабетес е 1,5%.¹³

Заклучоци

Бројот на жители во Општина Кичево се намалил за 38,8% од 56.785 (2018 година) на 39.316 (2023 година), како последица на миграција на населението.

Процентуалната застапеност на DM бележи зголемување после 2020 година од 3,5% на 7,6% во 2021 година, 8,7% во 2022 година (највисока) и 8,0% во 2023 година.

Ова зголемување се должи на поголемата ажурноста и евиденција на DM од страна на матичните лекари. Намален е бројот на "пријави некомплетирани" од 2.836 (2018 година), 3.863 (2019 г.) на 620 (2023 г.); и "пријави комплетирани, но не испратени" од 268 (2018 г.), 1.261 (2020 г.) на 732 (2023 г.).

Кичево со 8,0% (2023 година) има највисока застапеност на DM во однос на останатиот регион на ЈЗУ ЦЈЗ Битола. Женската популација е повеќе засегната во сите години и се движи од 59,0% до 61,0%.

До 14 години во анализираниот период се регистрирани 12 (0,08%) заболени лица

од кои со T1DM се 9 пациенти од кои 2 (22,2%) машки и 7 (77,8%) од женски пол и со T2DM се 3 пациенти од кои 3 (100%) од женски пол.

Во возрастната група (15 - 34) години се регистрирани 182 (1,17%) пациенти. Со T1DM се регистрирани 88 пациенти од кои 55 (62,5%) машки и 33 (37,5%) од женски пол и со T2DM се регистрирани 89 пациенти од кои 38 (42,7%) машки и 51 (57,3%) од женски пол и со GDM 5 (100%) пациенти од женски пол.

Во возрастната група, пак, 35+ години се регистрирани 15368 (98,75%) пациенти. Со T1DM се регистрирани 178 пациенти од кои 80 (44,9%) машки и 98 (55,1%) од женски пол и со T2DM се регистрирани 15183 пациенти од кои 6080 (40,0%) машки и 9103 (60,0%) од женски пол. Додека со E13 се регистрирани 5 пациенти од кои 1 (20,0%) машки и 4 (80,0%) од женски пол и со GDM 2 (100%) пациенти од женски пол.

Според податоците може да се заклучи дека лицата со дијабетес правилно се лекувани во однос на спроведената терапија. Лицата под 35-годишна возраст започнуваат со лекување главно со инсулин, додека лицата над 35 години со орална антидијабетска терапија.

Од спроведениот начин на лекување во анализираниот период, 470 лица или 3,06% се на диета (правилна исхрана) 2.297 или 14,95% на инсулинска терапија и 12.600 или 81,99% на орална терапија.

Референци

1. ЈЗУ Центар за јавно здравје Битола.. [cited 2024 November. Available from: <https://cjzbt.org.mk/>.
2. Управа за електронско здравство "Мoj Термин".. [cited 2024 November. Available from: https://mojtermin.mk/health_workers.
3. IBM SPSS Statistics. [Online]. [cited 2024 November. Available from: <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>.
4. Министерство за здравство. [Упатства за практикување на медицина заснована на докази; р: 1-4]. [cited 2024 декември. Available from: <https://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2015/08/Dijabetes-definicija-diferen-dijagnoza.pdf>.
5. World Health Organization (WHO). [Online]. [cited 2024 November. Available from: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).. [cited 2024 November. Available from: <https://www.cdc.gov/diabetes/about/index.html>.
7. International Diabetes Federation (IDF). [Online]. [cited 2024 November. Available from: <https://idf.org/about-diabetes/what-is-diabetes/>.
8. Меѓународна статистичка класификација на болести и поврзани здравствени проблеми, десетта ревизија, австралиска модификација, р: 181. [Online]. [cited 2024 декември. Available from: <https://fzo.org.mk/WBStorage/Files/MKB100.pdf>.
9. Државен завод за статистика. МАКСтат - база на податоци. [cited 2024 November. Available from: https://makstat.stat.gov.mk/PXWeb/pxweb/mk/MakStat/MakStat__Naselenie__ProcenkiNaselenie__ProcenkiPopis2021__Proceni31Dekemvri/31122021_Ops_Za_PX.px/.
10. World Health Organization (WHO). Noncommunicable diseases: Risk factors and conditions: Prevalence of diabetes. [Online]. [cited 2024 November. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/to-pics/noncommunicable-diseases-risk-factors>.
11. Институт за јавно здравје на Република С. Македонија. Регистер за шеќерна болест. Скопје [cited 2024 November. Available from: <https://iph.mk/Upload/Documents/ШЕЌЕРНА%20БОЛЕСТ,%202023.pdf>.
12. World Health Organization (WHO). Prevalence of diabetes mellitus. [Online]. [cited 2024 December. Available from: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_379-2370-prevalence-of-diabetes-mellitus/#id=19310&fullGraph=true.
13. Makrilakis K, Kalpourtzis N, Ioannidis I, et al. Prevalence of diabetes and pre-diabetes in Greece. Results of the First National Survey of Morbidity and Risk Factors (EMENO) study. Diabetes Res Clin Pract. [Online].; 2021;172(108646):108646 [cited 2024 December. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108646>.



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Република
Северна Македонија

lkm.org.mk

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ¹

Манускриптот треба да биде подготвени во електронска форма со двоен проред, големина на букви 12 точки, со македонска поддршка, користејќи го фонтот 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 помогнат во индексирањето на трудот и при публикувањето на апстрактот. Користете термини од листата на Index Medicus за медицински наслови (MeSH); ако нема соодветен MeSH термин за некои новововедени термини, може да се користат други термини.

Трета и понатамошни страници - текст на трудот:

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

Вовед:

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

Материјал (се однесува на материјал врз кој се врши истражувањето: луѓе, животни, крв, мочка... картони на болни...) и методи:

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

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 другот 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 гарантирате 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 загради, 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 „ет ал“).

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

КНИГИ И ДРУГИ МОНОГРАФИИ

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

Табели:

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

табелата. Секоја табела треба да биде цитирана во текстот.

Илустрации:

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

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

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

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

НАПОМЕНА

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

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



КОЖУВЧАНКА

Квалитет од 1995

Deprozel®
30x20mg paroxetine

Luxeta®
30x50mg sertraline

Velafax®
28x37,5mg venlafaxine
28x75mg

Velafax® XL
28x75mg venlafaxine
28x150mg



CNS

антидепресиви

Напомена: Збирен извештај за особините на лековите Deprozel®, Luxeta®, Velafax® и Velafax® XL е достапен на барање и на сајтот на Агенцијата за лекови и медицински средства МАЛМЕД (www.malmed.gov.mk). **Датум на последна ревизија на текстот:** јануари 2022 (Депрозел), април 2021 (Луксета), јули 2023 (Велафакс и Велафакс ХЛ). Одобренија за ставање на лекот во промет: 11-668/2 (Депрозел), 11-4351/6 (Луксета), 11-20509/1 и 11-20508/1 (Велафакс), 11-776/3 и 11-776/4 (Велафакс ХЛ). **Начин и место на издавање:** на лекарски рецепт, во аптека. **Носител на одобрение:** ПЛИВАДоосел Скопје, НиколаПарагуновб.б., Скопје. Тел. 02/3062-702. Датум на подготовка: јуни 2024. CNS-MK-00141