

година XXXIII • број 130 • март 2026



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Plivit® D₃

colecalfiferol 25 000 IU

ЕДНОСТАВНО
ДОЗИРАЊЕ

0,625 mg colecalfiferol
(што одговара на 25 000 IU витамин D₃)

**4 меки
желатински
капсули**

Напомена: Збирен извештај за особините на лекот Plivit® D₃ 25 000 IU е достапен на барање и на сајтот: www.malmed.gov.mk. Датум на последна ревизија на текстот јануари 2023. Број на одобрение за ставање на лекот во промет: 11-1030/2. Начин и место на издавање: се издава на лекарски рецепт, во аптека. Носител на одобрението: ПЛИВА ДООЕЛ Скопје, Наум Наумовски Борче, бр.40, Скопје. Тел. 02/3062702 Датум на подготовка: февруари 2026. MULTI-MK-00563

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

www.plivamed.net

www.pliva.com.mk





КРАЛ НА НОЌТА

ДЕЈСТВО
ПО САМО

16'



KASARIO 5 mg, 10 mg и 20 mg

ЕРЕКТИЛНА
ДИСФУНКЦИЈА КАЈ
ВОЗРАСНИ МАШКИ ЛИЦА

ЛЕКУВАЊЕ НА

ЗНАЦИ И СИМПТОМИ НА БЕНИГНА
ХИПЕРПЛАЗИЈА НА ПРОСТАТАТА
КАЈ ВОЗРАСНИ МАШКИ ЛИЦА

KASARIO 5 mg

Kasario

tadalafil

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

Напомена: Збирниот извештај за особините на лекот Касарио е достапен на сајтот: www.malmed.gov.mk



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјето е пред сè

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 8 | Активности на Комората
Гласот што ја обликуваше професијата:
25 години Vox Medici | 22 | Македонско здравство
Национален PACS/RIS систем: Клуч за ефикасна
и достапна радиолошка дијагностика |
| 10 | Тема на бројот:
Унапредување на ортопедско - трауматолошката дејност
на ЈЗУ УК ТОАРИЛУЦ и развој на спиналната хирургија | 32 | Крај на ХИВ до 2030 година: Напредок и предизвици |
| 16 | Наши гости во Vox Medici
кои нè прават горди
Спец. д-р Сандра Цилевска, трауматолог: Со упорност
се постигнуваат целите и се надминуваат пречките | 46 | Докторски приказни
РАЗГОВОР СО СПЕЦ. Д-Р ИГОР БАЛЕВСКИ, КАРДИОЛОГ:
Во кардиологијата не постои индивидуален успех |
| 20 | Актуелно
Нова интервентна процедура во Специјализираната
болница за кардиоваскуларни заболувања во Охрид | 50 | Од агол
Лекарите во очите на јавноста:
Промена на перцепциите за нивната улога |
| | | 60 | Докторите низ уметноста:
РАЗГОВОР СО Д-Р МИЛЧО МИСОСКИ:
Поезијата е точката на обединување на
науката и уметноста |

Прилог: Стручни и научни трудови

00805 **ВИСОК ПРОЦЕНТ НА ПРИМЕНА НА АМПУЛАРНА ТЕРАПИЈА: ПРИЧИНИ, ПРЕДИЗВИЦИ И ИМПЛИКАЦИИ**

д-р Седат Адemosки
д-р Кристијан Јовичинац
ЈЗУ Здравствен дом - Струга

ИНЦИДЕНТАЛОМ НА НАДБУБРЕЖНИТЕ ЖЛЕЗДИ

Милка С. Мукаетова, студент по општа медицина, Медицински факултет - Скопје, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје, ас. д-р Билјана Тодорова, специјалист по ендокринологија, Универзитетска клиника за ендокринологија, дијабетес и метаболички заболувања, Медицински факултет – Скопје, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Единствениот GLP-1 рецептор агонист со докажани придобивки¹ кај широк спектар пациенти со дијабетес тип 2¹⁻¹⁰



**Докажани КВ
придобивки^{1,9*}**

**Докажани ренални
придобивки^{1,10#}**

**Убедливо
намалување
на телесната
тежина^{1,2,11§}**

**Моќна
гликемиска
контрола^{1-8‡}**

¹Придобивките вклучуваат гликемиска контрола и докажано намалување на ризикот од кардиоваскуларни и бубрежни настани во споредба со компараторите.

²Резултатите се однесуваат на Ozempic® во сите клинички студии SUSTAIN, што вклучуваат плацебо, sitagliptin, dulaglutide, exenatide ER, insulin glargine, canagliflozin и liraglutide. SUSTAIN се клинички студии од фаза 3 што ги испитуваат ефектите на semaglutide за употреба еднаш неделно наспроти други антидијабетични агенции²⁻⁸.

³Компоненти на композитната примарна крајна цел за MACE се нефатален миокарден инфаркт, нефатален мозочен удар и кардиоваскуларна смрт кај возрасни пациенти со дијабетес тип 2 кои имаат висок КВ ризик или утврдена АСКВБ (P<0,02). Нефатален мозочен удар беше претходно специфицирана секундарна крајна цел (P<0,04). Двете интервенции беа додаток на стандардна грижа³.

⁴Композитната примарна крајна цел вклучува пад на eGFR (≥50%), бубрежна слабост или смрт поради бубрежни или кардиоваскуларни причини кај возрасни пациенти со дијабетес тип 2 и хронична бубрежна болест. (P=0,0003). Смртта од која било причина беше секундарна конформаторна крајна цел (P=0,01). Двете интервенции беа додаток на стандардна грижа¹⁰.

⁵Ozempic® е индициран за третман на возрасни со недоволно контролиран дијабетес мелитус тип 2 како надополнување на исхраната и физичката активност¹.

АСКВБ = атеросклеротична кардиоваскуларна болест; КВ = кардиоваскуларен/-на/-но; КББ = кардиоваскуларна болест; eGFR = проценета стапка на гломеруларна филтрација; ER (extended-release) = продолжено ослободување; GLP-1 RA (glucagon-like peptide-1 receptor agonist) = глукергон сличен пептид-1 рецептор агонист; MACE (Major Adverse Cardiovascular Events) = големи несакани кардиоваскуларни настани.

Моделите на сликите не се вистински пациенти.

Референци: 1. Ozempic® Збирен извештај за особините на лекот; Ozempic® 0,25 mg: Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-7786/2 од 14.11.2024, Ozempic® 0,5 mg: Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-7785/2 од 14.11.2024, Ozempic® 1 mg: Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-7784/2 од 14.11.2024. 2. Lingvay I et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019; 7:834-44. 3. Ahmann AJ et al. *Diabetes Care* 2018;41:258-266. 4. Aroda VR et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5: 355-66. 5. Sorli C et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; 5: 251-60. 6. Ahren B et al. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; 5: 341-54. 7. Pratley RE et al. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018;6:275-286. 8. Capehorn MS et al. *Diabetes & Metabolism* 46 (2020) 100-109. 9. Marso SP, et al. *N Engl J Med*. 2016;375(19):1834-1844 and Supplementary Appendix. 10. Perkovic V, et al. *N Engl J Med* 2024;391:109-21. 11. Zinman B et al. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019; 7(5):356-367.



Ozempic® 0,25 mg



Ozempic® 0,5 mg



Ozempic® 1 mg

Скенирајте го QR кодот за пристап до
Збирниот извештај за особините 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
MK25OZM00020 | ноември 2025
Овој материјал е наменет само за здравствени работници.

ONCE-WEEKLY
OZEMPIC
semaglutide 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 Татешки

ЧЛЕНОВИ

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

Уредник

Мими Шушлеска Петкова

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Дејан Јовески

ЈАЗИЧНА РЕДАКЦИЈА

Јасминка М. Јанева

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
Стручните текстови се рецензираат
ISSN 1409-8865

www.lkm.org.mk



Честит јубилеј Vox Medici!



**д-р Оливер
АЛЕКСОВСКИ,**

претседател на Комисија
за информативно -
пропагандна и
издавачка дејност

Пред вас е најновиот број на Vox Medici, издание кое доаѓа во исклучителен момент – кога одбележуваме значаен јубилеј. Одбележувањето на 25 години постојење на списание кое е глас што ја обликува професијата не е само навраќање кон почитоциите, туку и поштерга за издржаноста на една идеја која низ децениите прерасна во институционална меморија на развојот на Лекарската комора и докторската дејност воопшто. Овој број е замислен како мост – репрезентатива која му оддава признание на изминалото иако, но и јасен показател за технолошките и етичките предизвици што ја дефинираат иднината.

Во срцето на ова издание е стремежот кон врвна специјалистичка дејност, каде што визијата за развој се темели на кадровска експертност и технолошка модернизација. Преку анализа на трансформацијата на ЈЗУ Универзитетска клиника ТОАРИ-ЛУЦ и воведувањето на најсовремени методи во спиналната хирургија, како што се навигационите системи и роботската асистенција, ја согледуваме неопходноста од постојан напредок, но и посветеноста на докторите и нашиот здравствен систем да чекорај рамо до рамо со светските центри. Се запознаваме и со најновата интервентна процедура во специјализираната болница за кардиоваскуларни заболувања во Охрид, која се воведува откако минатата година беше одобрена од Американската агенција за храна и лекови (FDA) и ја анализираме важноста на воведување на Национален PACS/RIS систем како клучен фактор за ефикасна радиолошка дијагностика.

Страниците ги исполнуваме со дијалози кои ја откриваат суштината на лекарскиот иако – од научната прецизност до уметничката креативност на поезијата што за лекарот е „точка на обединување на науката и уметноста“. Низ искуствата на нашите еминентни доктори, уште еднаш се потврдува дека во кардиологијата индивидуалниот успех е само илузија доколку не е викаен во заедничка, тимска работа.

Додека се соочуваме со глобалните цели за превенција и сузбивање на заболувањата, осигуваме будни и за внатрешните битки – постребата од менување на јавната перцепција за улогата на лекарот и важноста на медицинскиот интелектуален во општеството.

Овој јубилеен број е сведоштво за нераскинливиот сојуз помеѓу Vox Medici и лекарската фела, сојуз заснован на континуирано усовршување и непоколеблива посветеност на здравјето како врвно добро.

На крајот би укажал и благодарност до компаниите „Алколоид“, „Плива“, „Ново Нордиск“, „Медис“, „Крка“, „Кожувчанка“, и сите други кои низ сите овие години се наши партнери и поддржувачи.

Со почит,

Гласот што ја обликуваше професијата: 25 години Vox Medici

Она што започна како скромна и визионерска иницијатива, низ годините еволуираше во етаблиран научно-стручен форум и препознатлив симбол на професионална зрелост

Во февруари 2001 година, излезе од печат првиот број на официјалното гласило на Лекарската комора, Vox Medici, со што беше означено раѓањето на автентичниот глас на медицинската професија во Македонија. Денес, кога го одбележуваме овој значаен 25-годишен јубилеј, не славиме само хронологија на изданија, туку четврт век посветеност, интелектуален пркос и професионален дигнитет.

Она што започна како скромна и визионерска иницијатива, низ годините еволуираше во етаблиран научно-стручен форум и препознатлив симбол на професионална зрелост. Овој јубилеј е сведоштво за еден извонреден пат на трансформација - од информативно гласило до престижна платформа која го обединува богатото искуство на доајените и ентузијазмот на младите генерации.

Воспоставување на гласило на Комората е тесно поврзано со потребата од поголема отвореност на Комората кон своите членови што се јавува веднаш по нејзиното формирање. Така, на излегувањето на Vox Medici претходеше подготовка на информативен Билтен. Првиот број на Билтенот излезе од печат на 15 декември 1992 година, неполни шест месеци по формирањето на Комората. Изданието имаше десетина страници и беше отпечатено во околу че-



тиристотини примероци на принтер во Лекарската комора. Во 1992 година излегоа четири броја, а два во 1993 година. Седмиот број, од јуни 1994 година, беше професионално печатено издание во печатницата на „Нова Македонија“, отпечатено во три илјади примероци.

„Во Билтенот доминантно се објавуваа активностите на телата на Комората и тој немаше претензии да

биде повеќе од она за што беше востановен. Сепак, со текот на годините, активностите на Комората стануваа сè позначајни, а интересот на лекарите за дејствувањето на нивната професионална организација забележително растеше. Како резултат на тој голем ентузијазам на група лекари и со поддршка на професионални новинари, се роди Vox Medici. Списанието воведо бројни рубрики - од воведници и извештаи за работата на органите, до разговори со одговорни луѓе во здравството, прикази на публикации, па сè до претставување на доајените, претставувања на лекари - добитници на значајни признанија и награди, како и едукативни содржини за младите колеги. Ова гласило со време стана препознатлива платформа за лекарите како

врвни професионалци, хуманитарци и видни интелектуалци во општеството“, вели проф. д-р Спасе Јовковски, кој беше првиот главен уредник на Vox Medici.

Од 2008 до 2012 година создавањето на содржините за гласилото е под уредувачко водство на проф. д-р Катица Зафировска, која беше вклучена во активностите уште од почетокот на издавачката дејност на Комората, а низ годините остави траен белег на

гласилото не само како дел од уредувачкиот тим, туку и како автор на бројни текстови. Воедно, интересен е и фактот дека таа е кума на Vox Medici. Меѓу повеќето предлози што се разгледувале била одбрана токму нејзината идеја.

„Vox Medici, всушност значи „гласот на докторот“, а тоа беше и нашата визија за тоа што сакавме да го постигнеме со публикувањето на списанието - да добие поголема видливост тоа што лекарите сакаат да го кажат. На списанието гледам како на мултифасетно списание кое растејќи постепено успеа истовремено да биде огледало на работата на Комората и на нејзините тела, да биде информатор за здравствените политики и релациите на Комората со останатите учесници во здравствениот систем, а со тек на времето да стане и платформа преку која лекарите се запознаваат со стручните и научните медицински достигнувања во светот, но и преку која ги пласираат и своите достигнувања. Vox Medici, освен што имаше влијание врз подигнување на нивото на знаење на лекарите за квалитетно научно пишување и публикување, како акредитирано списание овозможи да се добиваат бодови за континуирана медицинска едукација за продолжување на лиценцата за работа, како и за стекнување стручни и научни звања на лекарите кои публикуваат во него“, истакнува д-р Зафировска.

Важни за воспоставување и развојот на Билтенот, а потоа и за Vox Medici, биле и новинарите Викторио Јаковлески, Јосиф Џочков и Ристе Недановски.

Како најзначајна активност во овој период, проф. д-р Зафировска го издвојува големиот напор кој се вложил за проширување на содржината на списанието со посебен дел за објавување на стручни, научни и ревијални трудови, прикази на случаи или кратки извештаи во општоприфатен стручно - научен формат, со анонимна рецензија по однапред утврдени критериуми.

Периодот од 2012 до 2017 година донесе нов квалитет на содржината на гласилото. Во тој период главен и одговорен уредник беше проф. д-р Михаил Кочубовски. Тој истакнува дека списанието доби свој специфичен белег преку воведување на тематски прилози



посветени на конкретни медицински области.

„Верувам дека дадовме белег во неговата содржина, пред сè со почетокот на објавување на прилозите кои беа тематски посветени на определена област во медицината. Притоа, секогаш имавме предвид дека медицината е егзактна наука што се темели на проверени и проверливи факти и дека таква треба да е и содржината на објективно, непристрасно и стручно списание. Во 2014 година беше воведен и изборот за најдобар стручен труд, што дополнително ги мотивираше колегите да објавуваат трудови кои, освен едукативната вредност, на многумина им помогнаа и во професионалното напредување и стекнувањето на звањето примариус“, истакнува проф. д-р Кочубовски.

Од 2017 г. главен и одговорен уредник на Vox Medici е д-р Оливер Алексовски. Во тој период е направен редизајн на гласилото, се подготвува и објавува и електронско издание кое по електронска пошта се доставува до сите лекари, членови на Комората.

„Преку новиот дизајн и поставувањето на списанието на интернет-страницата на Комората, а потоа и дистрибуцијата преку електронска пошта до сите доктори, сакавме содржините да ги приближиме до нашите членови. Со тоа и да мотивираме повеќе доктори да креираат текстови што се објавуваат во гласилото. Во континуитет се воведуваат и нови рубрики кои треба да одговорат за растечките и променливи интереси на лекарите. Иако живееме во време кога информациите се шират со голема брзина, се достапни на многу различни начини и од многу различни извори, сепак многу тешко се доаѓа до вистинската информација. Затоа и Vox Medici има клучна улога, од една страна да го пренесе гласот на докторите, а од друга да ги направи подостапни, како стручните така и научните содржини, што се важни за нивниот професионален раст и развој“, вели д-р Алексовски.

Гледајќи кон следните децении, примарната цел на Vox Medici останува зачувувањето на воспоставениот висок квалитет и докажаниот концептуален интегритет, истовремено збогатувајќи се со содржини што директно кореспондираат со современите предизвици на професијата.

УНАПРЕДУВАЊЕ НА ОРТОПЕДСКО - ТРАУМАТОЛОШКАТА ДЕЈНОСТ НА ЈЗУ УК ТОАРИЛУЦ И РАЗВОЈ НА СПИНАЛНАТА ХИРУРГИЈА

Со интеграција на современа технологија и воведување на нови методи до врвно здравство

На ЈЗУ Универзитетска клиника за трауматологија, ортопедски болести, анестезија, реанимација и интензивно лекување и Ургентен центар, како водечка институција во земјата за третман на мускулно - скелетниот систем, изминатата година се случи процес на интензивна структурна и технолошка трансформација. Стратегијата за развој на оваа здравствена установа не се потпира само на набавка на опрема, туку на воведување на целосно нови оперативни протоколи кои претходно беа достапни само во странските медицински центри.

За првпат во Македонија - операции на 'рбетниот столб со демонавигациски системи и демороботска рака

На Универзитетската клиника за ТОАРИЛУЦ во Скопје, за првпат во Македонија е донесена најсовремена медицинска технологија - демонавигациски системи и демороботска рака за операции на 'рбетниот столб. Станува збор за демонстрациска опрема која е донесена привремено, со цел да се прикажат можностите на најновите светски технологии во спи-

Изминатата година беше клучна за имплементација на стратешки промени во областа на трауматологијата и ортопедијата, истакнува директорот на оваа здравствена установа, ас. м-р д-р Игор Мерџаноски. Неговата визија за развој се темели на три основни столба: кадровско екипирање, технолошка модернизација и воведување на нови методи и децентрализација на услугите, со цел намалување на оптоварувањето на терцијарното здравство

налната хирургија и да се процени нивната примена во македонските здравствени установи. Оваа технологија веќе се применува во најразвиените европски и светски медицински центри, овозможувајќи поголема безбедност и прецизност при сложени операции на 'рбетниот столб.

Во изминатиот период, на Клиниката за ТОАРИЛУЦ веќе се реализирани повеќе успешни операции на 'рбетниот столб со примена на навигацискиот систем и роботската рака со што директно се демонстрира практичниот потенцијал на оваа технологија.

„Демоопремата се користи за практична демонстрација во реал-

ни хируршки услови. Со тоа се врши дополнителна обука и едукација на медицинските тимови, согледување на придобивките за пациентите и проценка дали ваквата технологија ги оправдува средствата што државата би ги одвоила за нејзина набавка. Преку користење на оваа демоопрема утврдуваме дали воведувањето на ваков систем би донело значително подобрување на квалитетот на здравствени услуги и дали постои оправданост за трајна инвестиција во македонското здравство“, вели за Vox Medici директорот на ТОАРИЛУЦ, ас. м-р д-р Игор Мерџаноски, супспецијалист по трауматологија.



д-р Иџор Мерџаноски, директор на ЈЗУ УК ТОДРИЛУЦ

Придобивки од навигацијата и роботската асистенција се поголема точност при поставување импланти и шрафови, значително намалување на ризикот од оштетување на нервните структури, пократко времетраење на операциите, побрзо закрепнување, помалку компликации, како и приближување кон европските стандарди во хирургијата.

Првите операции со употреба на навигациски систем беа изведени во декември, минатата година, од страна на д-р Мерџаноски и д-р Дурим Асани, раководител на ортопедија, со асистенција на колеги од странство. За време на интервенцијата се користеше компјутерска навигација која овозможува прецизно поставување на протезата со 3D визуелизација на колкот во реално време. Беа направени и три операции со навигациски систем за вградување на протези на колена, при што во еден случај се заменија двете колена одеднаш – ретка и комплексна интервенција кај пациенти со билате-

рална артроза (gonartrosis) на колелата. Придобивки за пациентите се подобра функционалност на зглобовите, поголема стабилност и подолг животен век на протезите, намален ризик од компликации и побрзо закрепнување и враќање на секојдневните активности.

Посебен фокус на развојот на Спиналниот центар

Истиот месец успешно беа изведени повеќе сложени оперативни зафати на 'рбетниот столб кај пациенти со дијагностицирана сколиоза. Интервенциите беа реализирани од мултидисциплинарен тим од искусни ортопеди - трауматолози, анестезиолози, со примена на современи хируршки техники и импланти. Операциите беа изведени кај пациенти со тешки деформитети на 'рбетот, при што е постигната значајна корекција на искривувањето, подобрување на стабилноста на 'рбетниот столб и олеснување на болките.

За првпат во Македонија беше направена и хируршка интервенција на 4-годишно дете со ретка конгенитална деформација, со помош на проф. д-р Уфук Ајдинли од Турција. Спренгеловиот деформитет е ретка конгенитална состојба каде што лопатката е високо поставена и недоволно развиена поради неуспешната надолна миграција за време на ембрионалниот развој, често создавајќи видлива испакнатина на грбот и ограничувајќи го движењето на рамото. Оваа состојба се поврзува и со други проблеми, како што се синдромот Клипел-Фил, сколиоза, а понекогаш и дополнителна коскена/влакнеста врска (омовертебрална лента) со 'рбетот, што бара снимање како КТ/МРИ за дијагноза, а операцијата често е резервирана за тешки случаи (возраст од 3 до 8 години), за подобрување на функцијата и изгледот.

„Оваа интервенција е резултат на врвна мултидисциплинарна координација – ортопедски тим, анестезија, интензивна нега и ургентна поддршка – со јасен фокус на сигурноста и квалитетот на самата постапка. Благодарение на соработката со проф. д-р Уфук Ајдинли, направивме значаен исчекор во третманот на ретки конгенитални деформации кај деца. Нашата цел е овој тип процедури да станат стандарден дел од клиничката пракса во земјата, со континуирана едукација и развој на домашните тимови. Оваа интервенција претставува значаен чекор во јакнење на капацитетите на македонскиот здравствен систем за третман на ретки и сложени ортопедски состојби во детската возраст, преку тимска работа, пренос на знаење и со примена на современи оперативни техники“, вели д-р Мерџаноски.

Тој истакнува дека изминатата година беше клучна за имплементација на стратешки промени во областа на трауматологијата и ортопедијата, а неговата визија за развој на здравствената установа што ја води, се темели на три основни столба: кадровско екипирање, технолошка модернизација и воведување на нови методи и децентрализација на услугите со цел намалување на оптоварувањето на терцијарното здравство.

„Првиот приоритет беше реша-



д-р Мерџановски со шиџмој на УК ТОАРИЛУЦ

вањето на статусот на медицинскиот кадар. Со регулирање на работниот однос на 68 лица од медицински и помошен персонал, на Клиниката создадовме цврста база за понатамошен развој. Паралелно со ова, започнавме интензивен процес на едукација на тимовите во локалните болници (Куманово, Гостивар, Тетово, Прилеп, Штип, Велес). Целта е децентрализација на интервенциите за изолирани скршеници и повреди што ќе овозможи Клиниката да се фокусира на комплексни политрауми, додека локалните центри самостојно ќе ги менаџираат поедноставните случаи под наш мониторинг. Посебен фокус ставивме на развој на Спиналниот центар – специјализирана единица за патологија на ‘рбетниот столб. Со долгогодишна меѓународна едукација (Австрија, Германија, Турција), веќе воведуваме софистицирани методи во третманот на дисектомии, фиксаци и спинални стенози. Нашата крајна цел е оформување на Спинален центар со специјализирана физикална терапија за овие пациенти која вклучува и роботика“, вели д-р Мерџаноски.

Воведувањето на најсовремена медицинска опрема е сегментот каде е направен најголемиот исчекор.

„Овие капацитети не само што го подигнаа квалитетот на работа, туку и значајно го намалија одливот на средства за лекување во странство.

Сега сме способни да третираме вродени и стекнати деформитети кај деца и возрасни кои досега беа упатувани надвор од земјата“, потенцира д-р Мерџаноски.

На ТОАРИЛУЦ, по четири децении, комплетно е реновиран Одделот за трауматологија. Со реконструкцијата на КАРИЛ, што е во тек, овој Оддел ќе добие најсовремен изглед и функција. Набавена е најсовремена опрема: нов DEXA-скенер, четири нови рендген-апарати, софистицирани анестезиолошки апарати и плазма-макс,

апарат за вонтелесно прочистување на крвта што е единствен од ваков тип во јавното здравство. Во тек е и комплетна обнова на инструментариумот, а елиминирани се и листите на чекање и недостигот на материјали.

„Успешното менаџирање во медицината подразбира поставување реални, скалести цели и водење со личен пример. Верувам дека само со задоволен кадар, кој работи во достоинствени услови и со врвна технологија, може да го постигне максимумот во грижата за пациентите. Нашата мисија продолжува преку континуирана меѓународна соработка и постојано следење на медицинските иновации, со цел македонското здравство да биде рамо до рамо со здравствената грижа која се дава во светските центри. Сакам да потенцирам и дека сето ова што се постигна е и благодарение и на поддршката што ја добиваме од Владата на РСМ и од Министерството за здравство. Без нивната поддршка во делот на обезбедување на потребната документација, немаше да успееме да го донесеме навигацискиот систем“, истакнува д-р Мерџаноски.

Во подем кадаверичната трансплантација на коски

Во декември, минатата година, на Клиниката за ортопедија успешно беа изведени две трансплантации на коска од починат донор кај педијатриски пациенти. Првата интервенција е извр-



д-р Мерџановски на интервенција во Ойшџаја болницата во Прилеп

шена кај 14-годишно девојче со вроде-на аномалија на стапала. Операцијата ја предводеа виш науч. сор. д-р Ненад Атанасов и ас. д-р Милена Богојевска Доксеска, со тим составен од д-р Даница Поповска, д-р Армин Амедовски, д-р Ријад Ајро, анестезиолог д-р Лилјана Ангелеска.

„Сложеноста на подготовката за овој тип коскена трансплантација, на самиот почеток се состои од почитување на специфичните критериуми за експлантација на мускулоскелетното ткиво, процесирањето, презервацијата и контролата на квалитетот на трансплантатите во рамките на функционирањето на коскено-ткивната банка, а понатаму и на вистинскиот избор на соодветен алотрансплантат за секој поединечен случај. Вистинскиот избор се однесува на големината, формата на трансплантатот, но и на неговите биолошки, биомеханички и имунолошки карактеристики. Успешноста на оперативното лекување во голем дел зависи и од специфичностите во предоперативната подготовка. Самата оперативна интервенција, од своја страна, бара стручен и искусен тим за постигнување на однапред зацртаните цели на лекувањето. Постоперативниот тек со следењето на инкорпора-



д-р Милена Богојевска Доксеска, д-р Ненад Атанасов и д-р Даница Поповска

цијата на коскениот трансплантат, како и севкупниот процес на формирање на новото коскено ткиво и коскената ремоделација со постоечките клинички и радиографски методи, го комплетира успешниот исход на лекувањето“, вели д-р Атанасов.

Коскено ткиво, појаснува тој, има свои регенеративни способности што

се под влијание на одредени актуелни состојби во организмот. Оттаму, наведениот капацитет е ограничен и сведен на решенија во врска со пополнување на мали коскени дефекти, покажувајќи на тој начин отсуство на биолошки механизам за премостување на масивни коскени губитоци. Ова е често потврдено и во клиничката практика, особено при хируршкото лекување на големи коскени дефекти во трауматологијата, ресекција на коскени тумори при хируршко лекување на бројни вродени и развојни аномалии, како и при компликации од ендопротетска хирургија. Во пополнувањето на дефектите што може да бидат и јатрогени, со цел елонгација на одредени коскени сегменти, клиничката примена на кадаверичните коскени трансплантати е од посебно значење во општата, а со тоа и во детската ортопедија.

„Автологната коскена трансплантација, во голем број индикациони подрачја, сè уште се смета за „златен стандард“ во ортопедската реконструктивна хирургија. Таа има и свои недостатоци меѓу кои најзначајни се можните патолошки состојби поради отстранување на дел од коската од друго место во скелетот, како и ограничениот квалитет и квантитет на отстранетото расположиво коскено ткиво, особено изразено при хируршкото лекување на големите коскени недостатоци. Предностите кај корис-

Пристапот е мултидисциплинарен

Соработката помеѓу ортопедските, трауматолошките и анестезиолошките тимови во рамките на институцијата и пошироко, е неизбежна. Успешниот исход на една комплексна оперативна интервенција зависи од предоперативната проценка и подготовка, водењето на самата оперативна интервенција, како и од контролирање на виталните функции во организмот со успешно решавање на потенцијалните ризици и можните компликации во постоперативниот период. Без постојана континуирана соработка, невозможен е и крајниот успех во лекувањето. Соработката со радиолозите се однесува на рутински, но и на софистицирани радиолошки процедури со кои се откриваат низа ретки состојби во организмот што често се тешки за дијагностицирање, а со тоа и за натамошно лекување. Според тоа, соработката се однесува на предоперативниот и постоперативниот тек кај секој пациент. Соработката со физијатрите, иако може да се однесува и на предоперативната подготовка на мускулно-скелетно-зглобниот систем, главно се сведува на постоперативниот период. Резултатите на таа соработка се однесуваат на раната контролирана постоперативна рехабилитација и вертикализација, но и на понатамошно враќање на подвижноста во сегментот, намалување на болката и отокот, зајакнување на мускулатурата и на превенција на постоперативните компликации како контрактури, болки и хронична зглобна нестабилност. Се наметнува заклучокот дека соработката меѓу тимовите е интердисциплинарна и дека вклучува лекари од многу специјалности кои заеднички му овозможуваат на пациентот брзо и што побезбедно враќање на секојдневните животни активности.

тењето на алотрансплантатите, особено кадаверичните трансплантати, меѓу другото се состојат и во избегнување на нова оперативна интервенција кај истиот пациент, често проследена со болка и можности за рефрактура и дополнителни деформации, а и вкупното време потребно за тие интервенции е подолго, што негативно се одразува на генералната тенденција за безбедна хирургија“, појаснува д-р Атанасов.

Ако го земеме предвид биолошкиот потенцијал присутен кај помладите пациенти, манифестиран со нагласени остеоиндуктивни и остеокондуктивни карактеристики на скелетот во таа возрасна група, се очекува комплетна интеграција на трансплантатот, со брза и исклучително успешна коскена консолидација и ремоделација на оперираното коскено ткиво. Раната вертикализација, физикална терапија и постепено умерено оптоварување на оперираниот сегмент и екстремитет значат дополнителна биолошка стимулација во феноменот на формирање на ново коскено ткиво на местото на контакт помеѓу коската на донорот и реципиентот. Горенаведеното особено придонесува за брза статичка и биомеханичка реституција на целиот екстремитет и скелетот во целина, што само по себе означува едно успешно нормално оптоварување и враќање кон секојдневните активности.

Втората трансплантација е напра-



д-р Божиновски со шимой

вена кај 13-годишно момче со повторен деформитет на стапалото. Тимот го предводеше проф. д-р Зоран Божиновски, со анестезиолог д-р Ивана Крстевска Трпковска и асистенти д-р Теодора Божиновска и д-р Искра Шојлеска Јовановска. Се работи за честа постурална деформација каде што внатрешниот надолжен лак на стапалото останува спуштен, предизвикувајќи газење со цел свод од стапалото. Често е генетски, но може да се стекне преку стареење, повреда или состојби како дијабетес или дебелина. Иако често е асимптоматска, може да предизвика болка, проблеми

со одењето и, доколку е тешка, бара ортопедски помагала или, ретко, операција. Деформитетот на рамни стапала се јавува во детската и адолесцентната возраст и, доколку е силно изразен, предизвикува замор при одење, болки во стапалата и грбот, со неможност за одредени физички активности како трчање и скокање.

„Пред можноста за кадаверична трансплантација, оперативниот третман се изведуваше со користење на автографт од едната коска на потколеницата што се имплантираше од надворешната страна на стапалото. Благодарение на кадаверичната трансплантација се користи алографт со што се намалува времето на траење на операцијата, се прави една инцизија и можноста за останати компликации се сведува на минимум. За интеграцијата на алографтот во стапалото е потребно подолго време, но сепак се постигнува побрза рехабилитација без одземање на коскен фрагмент од самиот пациент. Оптоварувањето и вертикализацијата на пациентот се започнува порано, што е особено важно кај пациенти на таа возраст“, појаснува проф. д-р Божиновски.

Прифаќање на технологија клучна за развојот на ортопедијата

Во последните години, интересот за ортопедијата, особено како хируршка гранка, е во значаен и постојан пораст. Таквиот интерес не е насочен само кон

Деформитети на 'рбетниот столб сè почест проблем

Деформитети на 'рбетниот столб како сколиоза, кифоза и лордоза сè почесто се среќаваат во праксата на Клиниката за ортопедија. Намалената физичка активност и зголеменото седечко време (користење електроника) придонесуваат за постурални, а потенцијално и структурни деформитети.

„Третманот се состои од физичка активност, вежби за зајакнување на грбната и stomачната мускулатура и, доколку е потребно, и корсетирање. Поради тоа е многу важен самиот скрининг кај децата во развој и раното дијагностицирање на деформитетите на 'рбетниот столб. Конзервативното лекување е долготрајно, зависно од возраста и бара постојан ангажман на тим од ортопеди и техничари кои се посебно едуцирани за изработка на корсети. Доколку постои деформитет од висок степен за кој е потребен хируршки третман, во Спиналниот центар на ТОАРИЛУЦ се вршат и корективни операции на деформитети на 'рбетен столб со примена на современи импланти за корекција на деформитети на 'рбетен столб“, вели д-р проф. Божиновски.

рутинското усовршување и унапредување во примената на стандардните дијагностички и хируршки процедури кои секојдневно се практикуваат на Клиниката и другите ортопедски центри во државата, туку и во насока на следење на модерните трендови и нивно воведување во дијагностиката и во оперативните интервенции.

„Користењето на компјутерските асистирани системи, роботиката и вештачката интелигенција е веќе составен дел на хирургијата во светски рамки. Технолошкиот напредок во светот доведува до нови и современи решенија во дијагностиката и во превенцијата, а особено во лекувањето на голем број на ортопедски заболувања. Таквите нови дијагностички и терапевтски пристапи неминовно се следат, а дел од нив се применуваат и во нашата институција. Еволуцијата во таа насока, на некој начин ги детерминира и целите и задачите на помладите генерации наши лекари - специјалисти и лекари на специјализација, одговорно и со целосна посветеност да се интегрираат во таа нова реалност. За таа цел, се формираат тимови, се организира обука и постојана соработка со референтни центри во светот, со цел континуирана едукација и акредитација на младите кадри во примената на новите современи методи и техники“, вели д-р Атанасов.

Проф. д-р Божиновски објаснува дека во ортопедската хирургија, технологијата навлегува со големи чекори и развојот на ортопедијата се гледа во прифаќање на таа технолошка револуција.

„Користење на робот и компјутер-асистенција при оперативните зафати, како и 3Д-принт технологијата се само некои од придобивките на современото општество. Со робот и компјутер - асистирани хирургија, оперативниот зафат може да се изведе попрецизно и многу побрзо отколку со стандардната техника. Персоналниот третман на пациентот е еден од новите трендови во ортопедијата во светот, а тоа го овозможува 3Д-принт технологијата која може да произведе импланти за одредени зглобови во телото кои се по димензии за пациентот. Индивидуалната апликација на импланти со 3Д технологијата е иднината на ортопедската хирургија во делот на тоталната или парцијалната за-

Коскената трансплантација со четиридецениска традиција

Воведувањето на коскената трансплантација на Универзитетската клиника за ортопедски болести е започнато пред повеќе од четири децении, во времето на раководењето на Клиниката од страна на реномираниот ортопедски хирург, академик проф. д-р Љупчо Серафимов. Со тогашниот проект за формирање на коскено-ткивна банка, се промовираат комплетни активности на процесирање, презервација, зачувување и прилагодување на коскените ткива за трансплантација. Раководител на коскената банка бил проф. д-р Љупчо Каревски. Овие доктори и нивните соработници остваруваат плодна соработка со сродните ткивни банки во САД, Германија, Данска и други земји во рамките на Интернационалната асоцијација на ткивни банки.

„Од тој период до денес, следи континуираната примена на автологни и алогени трансплантати во секојдневната ортопедска и трауматолошка практика. Долгогодишното клиничко искуство на тоа поле се пренесе и во книгата „Основи на коскената трансплантација“, издадена во 2021 година. Кадаверичната трансплантација на коскено ткиво и мекоткивните елементи добиени од починат дарител е голем успех за македонската ортопедија и трауматологија и претставува логично продолжување на повеќе-децениската традиција на тоа поле. Сепак, најголема заслуга за ова имаат семејствата на донорите поради прикажаното огромно човекољубие за што искажуваме најдлабока почит и благодарност. Загубата на човечки живот е ненадоместлива, но без прикажаната хуманост од страна на семејството на починатите би било невозможно нашите млади пациенти да добијат подобрување во функцијата на локомоторниот систем, а со тоа и поуспешно извршување на активностите во текот на животот“, вели д-р Атанасов.

мена на зглобовите. Друга придобивка е примената на вештачката интелигенција која ќе овозможи полесно и побрзо дијагностицирање на пациентот, ќе го направи предоперативното планирање поточно и многу побрзо отколку со стандардните методи“, истакнува проф. д-р Божиновски.

Посебен акцент треба да се стави на превенцијата на ортопедските болести, како кај детската така и кај возрасната популација. Систематските прегледи на деформитетите во детската и адолесцентната возраст, како и скринингот за остеопороза кај возрасната популација што се применуваат во нашата држава, се едни од можните начини за превенција на ортопедските болести. Во однос на развојот на ортопедијата во нашата земја, тој истакнува дека тие се поврзани со материјалните и технички можности.

Ортопедијата постојано се развива следејќи ги современите конзервативни и оперативни третмани. Веќе се во-

ведува 3Д технологијата и робот-асистирана хирургија.

Во ортопедската хируршка техника постојано се развиваат нови методи на оперативни зафати, но најголем акцент се става на минималноинвазивните техники каде со мала инцизија и за пократко време ќе се постигне ефект како со класичните техники на операција. Со минималните инцизии се намалуваат можностите за компликации од оперативниот зафат, рехабилитацијата е побрза и способноста за функционирање на пациентот е за кратко време по оперативниот зафат. Артроскопијата и ендоскопската спинална хирургија, како и многубројни зафати што сега се прават со минимална инцизија, се само дел од овој процес.

Нашите доктори постојано поседуваат ортопедски конгреси и курсеви каде се презентираат современите техники, технолошки напредоци и ги осознаваат новите модалитети на лекување.

НАШИ ГОСТИ ВО VOX MEDICI КОИ НЕ ПРАВАТ ГОРДИ

СПЕЦ. Д-Р САНДРА ЦИЛЕВСКА, ТРАУМАТОЛОГ

Со упорност се постигнуваат целите и се надминуваат пречките

Трауматологијата често се опишува како една од најдинамичните и физички најнапорните гранки во хирургијата. Што беше пресудно за Вашиот избор за специјализација токму во оваа област? Дали жените во оваа специјалност се соочуваат со поголеми предизвици?

Трауматологија е една многу динамична и секогаш предизвикувачка хируршка гранка, и секој случај, секое дежурство е приказна за себе, едноставно секој ден е различен. Тоа од една страна е напорно и бара сложена работа под константен притисок, но од друга страна постојано дава мотив да се одговори на задачата, на предизвикот, да се реши случајот, да се исполнат барањата.

За мене можам да кажам дека трауматологијата беше избор кој се случи многу природно и спонтано, без никакво претходно навестување. Имено, во текот на моите студии никогаш не ме привлекуваа хируршките гранки, можеби бидејќи како студенти само во мал дел сме имале контакт со хирургијата и не сме можеле да ја осознаеме во целост. Меѓутоа, додека бев на задолжителниот стаж од Лекарска комора, еден месец поминав на хирургија, најголем дел во Ургентен центар, и имав можност да ја запознаам поблиску и попрактично. Едноставно се пронајдов во таа работна динамика. Можев да го поминам цел ден во работа без да почувствувам замор или желба да си заминам дома, дури и на против, во исчекување на наредниот работен ден и на новите случаи што тој ќе ги донесе. Дотогаш, како доктор, никогаш немав почувствувано

Трауматологијата е гранка на медицината каде што секундите значат живот, а прецизноста е единствениот пат до успехот. Во ова издание на Vox Medici, гостува спец. д-р Sandra Цилевска, која со својот ентузијазам и посветеност ги поместува границите на Клиниката за ТОАРИЛУЦ. Иако оваа специјалност често се смета за физички најнапорна, д-р Цилевска со својот пример докажува дека во хируршката сала не пресудува физичката сила, туку менталната дисциплина, мануелната вештина и емпатијата кон пациентот. Разговараме за нејзиниот пат од студентските денови до спиналната хирургија, за едукациите во светските центри и за визијата за иднината на македонското здравство

посебна привлечност кон конкретна медицинска гранка. Значи, сепак, пресуден беше големиот ентузијазам и исполнетоста што ми ја носеше работата. Во трауматологијата тоа особено доаѓа до израз, бидејќи генерално се работи за здрави пациенти на кои под некои околности им се нарушило здравјето. Ние сме тука, со своето знаење и умевање, тоа да им го вратиме. Докторскиот удел во целата проблематика е многу голем и многу брзо се гледа резултатот од тоа што е вложено. Тоа дава голем мотив - да се продолжи независно од тежината на работата.

На почетокот, нормално, и кај мене и во мојата поблиска и пода-

лечна средина имаше предрасуди и страв за тоа дали ќе се совладаат сите барања за да се стигне до целта и дали во целост ќе се исполнат очекувањата што ги бара професијата. Јас, откако го направив изборот, повеќе не се двоумев и бев многу среќна што ми се укажа прилика да специјализирам гранка што навистина ја сакам. Стравот беше повеќе присутен во моето семејство, но поддршката никогаш не недостасуваше. И навистина, на почеток беше доста тешко, физички, бидејќи се работи за хируршка гранка, со долги операции, стоене на нозе, држење тешки инструменти, и поради класичните психолошки притисоци поврзани со предрасудите



Ваша конкретна специјалност?

На Клиниката за трауматологија денот почнува рано и секогаш динамично, со утринскиот состанок на кој се презентираат приеми од претходниот ден, случаите кои се на оперативна програма и контролните слики од оперираните пациенти. Потоа, сите продолжуваме со обврските, во трка со времето и просторните услови, во постојана борба за побрзо завршување на операциите кај поголем број на пациенти. Во нашата работа е специфично тоа што за разлика од повеќето хируршки гранки каде секој доктор има еден оперативен ден во неделата, кај нас може секој ден да биде оперативен, повторно поради непредвидливоста на работата. Никогаш во целост не може денот да се знае од претходно или да заврши во рамките на работно време. Секогаш има некој нов итен случај кој ќе дојде од амбуланта или ургентен центар, или од друга болница. Има денови кога преку редовна амбуланта од „Мој термин“, можат да се направат и пет приеми на пациенти, а некогаш ниту еден, а исто е и на дежурствата. Има дежурства кога може да се случи да се работат операции цела ноќ, да се примат пет, па и повеќе пациенти. Генерално, секој ден е поинаков и никогаш не ни е здодевно. Мене, лично, бидејќи и по природа сум личност која не трпи монотонија, таа динамика, па и притисок на некој начин ми делуваат позитивно и стимулативно, особено при животнoзагрозувачки и поли-трауматизирани состојби. Таму, сите мои капацитети ги ставам во максимална брзина и расположливост за да се спаси или извлече пациентот. Тогаш сум најпродуктивна и најмотивирана да го дадам мојот максимум и ми причинува огромно задоволство кога ќе успеам со некоја моја одлука, интервенција или операција да направам позитивна разлика во животот на пациентот. Тоа ми дава голема мотивација да продолжам со посветено работење и покрај сите придружни негативни појави кои се дел од работата.

Најголема љубов ми е спиналната хирургија која ја работам со посебна страст и посветеност. Се надевам дека во иднина тоа ќе се развие како

дека жените се за полесни гранки и дека не треба да се троши убавината и младоста на напорни и тешки операции. Меѓутоа, со текот на времето, сите работи си доаѓаат на свое место. Ако си доволно упорен, во еден момент ќе ги постигнеш сите цели и ќе ги надминеш сите пречки. Од сите негативни влијанија секогаш ме штита мојата голема желба и љубов кон професијата, кон медицината како наука, кон човечкото битие како совршен механизам и кон науката, како стремеж да се открие нешто

ново. Сите пречки сум ги надминала со фокус на позитивното и на тоа што во моментот е најважно - пациентот. Од колегите секогаш сум имала поддршка, почит и разбирање и многупати сме си помагале и покривале кога имало ситуации што ги надминуваат индивидуалните капацитети.

Со оглед на специфичноста на терцијарното здравство, како изгледа еден Ваш работен ден на Клиниката за ТОАРИЛУЦ и како се справувате со притисокот од итните, животозагрозувачки состојби, што е предмет на



моја потесна специјалност и еден ден ќе станам експерт во тоа поле.

Вие сте дел од новата генерација македонски хирурзи. Колку е тешко во наши услови да се следат светските текови и колку често имате можност за едукација во странски центри?

Би рекла дека приликата го наоѓа човекот кој ја бара. Секако кај нас тој процес не е олеснет, меѓутоа има прилики за едукација. Оваа година имав можност преку програма од Министерството за здравство да заминам на двонеделна обука во Хаифа, во Израел. Темата беше „Менаџмент при трауми и масовни катастрофи“ и искрено бев презадоволна од севкупната организација како во научнообразовниот дел, така и од комуникацијата со колегите. Имав можност да се запознаам со колеги од целиот свет што беше прекрасно искуство. Сè беше испланирано и беспрекорно организирано. Се вратив со многу идеи и размислувања, а особено со елан да го споделим тоа знаење и протоколи тука, кај нас. Овие настани се многу важни и секој млад доктор треба да ги посетува колку што може повеќе за зголемување на знаењето но, што е поважно, за проширување на контактите и видот за нови можности.

Што би им препорачале на младите специјализанти кои допрва влегуваат во сала? На кои вештини (освен мануелните) треба најмногу да работат?

Најпрво би им препорачала да ја сакаат хирургијата и да ја осознаат нејзината големина и убавина. Да донесеш одлука и да го имаш нечиј живот и иднина во свои раце е голема привилегија, но уште поголема одговорност. Со тој подарок секој хирург треба да се однесува многу благодарно и скромно, ослободен од него, но истовремено сигурен во себе и неумолив кога доаѓа моментот да се спроведе одлуката или да се соочи со последиците. Хирургијата не е само школо за медицина, тоа е големо школо за животот и карактерот. Би сакала младите доктори да ги охрабрам да имаат и трпеливост, бидејќи на почетокот истовремено се појавуваат многу пречки и тешкотии и изгледа дека целата таа комплексност не може да се совлада. Тоа е само дел од целата приказна.

Освен мануелните вештини, кои во најголем дел се совладуваат со трпелива и истрајна работа, според мене многу е важен и контактот со пациентот. Би ги советувала секогаш да се трудат, независно што никогаш нема да имаат доволно време, колку може повеќе да ги гледаат и да разговараат со пациентите. Од нив

се добиваат драгоцен информации што не може да ги добиете ниту од најсовремена дијагностичка апаратура. Тие сознанија се од непроценлива корист за хирургот во моментот на лекување на пациентот, но имаат и научна вредност. Она што е сега во тренд и го гледам кај младите специјализанти е форсирање само на мануелниот дел од хируршката работа, а одбегнување на контактот, разговорот и објаснувањето на пациентот. Лично, тоа го сметам за многу погрешно. Треба сите ние, а особено младите кои сега се градат како идни хирурзи да направат цврсти основи, за на нив стабилно да продолжат да се надградуваат.

Како ја оценувате моменталната опременост на македонските клиници во однос на современите импланти и дијагностичка апаратура?

Здравствениот систем се соочува со комплексни предизвици кои не се должат само на опременоста, туку првенствено на лошата организација. Иако болниците се солидно опремени, постои сериозен дисбаланс во ресурсите: често имаме апаратура, но не и кадар за нејзино користење, и обратно. Овој недостаток на персонал и лошата координација водат кон преоптовареност на институциите и дуплирање на работата, што најсилно се чувствува во внатрешноста на државата. Клиниката за трауматологија располага со сите потребни импланти, вклучувајќи ги и најспецифичните за ретки интервенции. Посебен фокус ставаме на спиналната хирургија, каде редовно ги применуваме најсовремените методи за остеосинтеза. Преку тековната соработка со експерти од Турција, сега успешно третираме комплексни деформитети што претходно се праќаа на лекување во странство. Нашата крајна цел е формирање на обединет Спинален центар, каде пациентите ќе ја добијат целосната грижа на едно место. Чекори напред се прават, иако мали, за нас се многу значајни.

Каде ја гледате македонската трауматологија за 10 години? Дали сме подготвени за поширока примена на роботски асистирани хирургија или 3D печатење на индивидуални импланти?

Општо, секогаш сум оптимист во животот и мислам дека македонската трауматологија секогаш била подготвена за иднината. На нашата Клиника уште во минатото, секогаш се работело по најнови стандарди, тоа се одржува и се надевам дека ќе продолжи така. Моментално имаме голем број млади хирурзи од една страна и искусни трауматолози кои заедно, како тим, можат да постигнат многу. Би сакала за 10 години македонската трауматологија да ја видам како систем кој оперира по највисоки клинички и научни стандарди, со тим кој посветено и професионално работи за доброто на пациентите. Велат дека една работа може да се заврши на многу различни начини, ама секој од тие начини кажува многу за тој кој ја работи. Можеби поради нашата секојдневна набиена агенда и трка со времето не секогаш успеваме да посветиме доволно внимание на научната вредност на нашата работа и да најдеме простор за примена на новите трендови, но секако ќе дојде момент и за тоа. Отворена сум за новини доколку се безбедни и секогаш поддржувам позитивни промени. Лично сметам дека роботски-асистираниот хирург е голем бенефит и за пациентот и за хирургот со поголема

комоција во работата, намалување на притисокот и минимизирање на шансата за грешки. 3Д принтоот на индивидуални импланти се особено корисни за подобар исход од хируршките интервенции на комплексни кршеници, кај мали коски или зглобови, а најмногу при реконструктивни интервенции. Иако кај нас во моментот тоа сè уште не се спроведува, во иднина секако ќе стане дел од нашата секојдневна работа.

Постои ли случај од Вашата досегашна пракса кој Ви оставил посебен впечаток или Ве научил на лекција која не ја пишува во учебниците?

Медицината учи дека секој пациент е сплет од медицински и лични судбини. Како трауматолог, емоционално најсилно ги доживувам младите луѓе со повреди на 'рбетот, кои поради еден момент на незнаење, невнимателност, непромисленост, завршуваат со траен инвалидитет. Тоа се моменти на професионална немоќ – кога и покрај повеќечасовните операции и сето знаење, не можете да ја вратите изгубена надеж.

Работата како трауматолог ме научи на лекција која ја нема во книгите: хирургијата не е само следење доктрини, туку и развивање креатив-

на медицинска интуиција. Најдоброто решение за пациентот не е секогаш она од учебникот. Хирургот мора да пристапи холистички, да го почувствува пациентот како личност и да прифати дека неговата уникатност треба да го има последниот збор во одлуката за лекување.

Како ја одржувате рамнотежата меѓу интензивната хируршка кариера и приватниот живот? Што е она што Ве „ресетира“ по тешко дежурство?

Рамнотежата во мојот живот не е мирна линија, туку контролиран хаос. Како човек кој сака динамика, често се движам меѓу работни крајности, но научив да го слушам сопственото темпо и да се „ресетирам“ кога е потребно. Хирургијата е марафон, а не спринт, па затоа енергијата ја обновувам преку физичка активност и прошетки во природа. Планинарење и танц се активности кои ми причинуваат големо задоволство и ги практикувам кога имам слободно време. Мислам дека сето тоа е неопходно за да се задржи фокусот и издржливоста во секојдневна рутина. Сепак, најсилниот „лек“ по тешките дежурства се моите внучиња – тие се мојот најбрз начин за обновување на енергијата.



НОВА ИНТЕРВЕНТНА ПРОЦЕДУРА ВО СПЕЦИЈАЛИЗИРАНАТА БОЛНИЦА ЗА КАРДИОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА ВО ОХРИД

Прва клиничка примена на SPUR-технологија во Македонија

Во Специјализираната болница за кардиоваскуларни заболувања „Св. Стефан“ во Охрид, за првпат во Македонија беше имплементирана револуционерна SPUR-технологија (развиена од Reflow Medical) во третманот на комплексна периферна артериска болест. Овој систем претставува значаен исчекор во васкуларната медицина бидејќи не функционира како траен имплант, туку како привремено „скеле“ кое целосно се отстранува по завршување на процедурата.



Клиничка презентација и дијагностика

Предмет на третманот беше 71-годишен маж со тешка форма на хронична исхемија на левиот екстремитет, класифицирана како Радерфорд класа 5. Пациентот се презентираше со незаздравувачка рана на латералната страна на левото стапало. Ангиографскиот статус пред интервенцијата покажа критични васкуларни оштетувања: тотална оклузија на тибиоперонеалното стебло (TPT) со должина на лезијата од 60 мм, суп-тотална оклузија на предната тибијална артерија (ATA) со лезија од 40 мм, како и значајна зафатеност на задната тибијална артерија (PTA) со лезија од 70 мм.

Во подготовка и изведување на интервенцијата беа вклучени д-р Дејан Манчевски (оператор), д-р Дени Размоски (асистент), д-р Благоја Стефановски (асистент), д-р Билјана Теговска (кардиолог), како и тимот сестри и РТГ техничари со одговорна мед. сестра Силва Михајловска.

Терапевтски пристап и механизам на дејство

Интервенцијата беше насочена кон реваскуларизација под коленото



(BTK) преку комбинирана примена на SPUR-системот и ангиопластика со балон обложен со лек (DCB). По почетната предилатација на сегментите со стандарден балон (POBA), беше воведен SPUR-системот со димензии 3,0x65 мм.

Уникатноста на овој систем лежи во неговите прецизни микрошилци (spikes) што се пробиваат низ калцификуваните наслаги во сидот на артеријата. Со создавање на микроскопски каналчиња во плакот, артеријата станува пофлексибилна и се подготвува за подобра апсорпција на медикаментот. Кај овој пациент беа извршени по три апликации со SPUR во секоја од целните артерии (ATA и TPT/PTA). Веднаш потоа беше применета DCB-терапија, при што лекот навлезе во ендотелот на артеријата преку претходно формираните канали, а со тоа се минимизира ризикот од рестеноза.

Резултати и дискусија

Конечниот ангиографски наод по повлекувањето на SPUR-системот од телото покажа одличен проток во педалните артерии. Со избегнување на траен метален стент се елиминираат ризиците од фрактура на имплантот поради механичко движење или појава на тромбоза предизвикана од туѓо тело. Овој пристап е особено супериорен кај мали крвни садови и калцифицирани лезии, што беше потврдено и во клиничката студија DEEPER REVEAL која демонстрираше висока стапка на спасување на екстремитетите кај критични пациенти.

Успешната примена на оваа технологија во Охрид, кратко по нејзиното официјално одобрение од американската FDA во мај 2025 година, ја потврдува подготовеноста на македонските васкуларни центри да ги следат најсовремените светски медицински стандарди.

Подготви:

д-р Дејан Манчевски,
супспецијалист кардиолог
Специјална болница за кардиоваскуларни заболувања
„Св. Стефан“ –Охрид

Животни предизвици и современи терапевтски пристапи кај возрасни пациенти со спинална мускулна атрофија (СМА)

проф. д-р Драгана Петровска Цветковска

Универзитетска клиника за неврологија Скопје, Медицински факултет, УКИМ Скопје

Овој труд ги анализира современите терапевтски пристапи кај возрасните пациенти со спинална мускулна атрофија (СМА), со посебен фокус на долгорочната ефикасност на нусинерсен. Врз основа на најновите податоци од реалниот свет (2024 – 2026 г.), се евидентира значајна стабилизација на моторните и респираторните функции кај возрасната популација. Трудот ги обработува и тековните промени во препораките за третман, нагласувајќи ја важноста од индивидуализираниот пристап и биомаркерската модулација.

Во ерата пред воведувањето на терапиите кои го модифицираат текот на болеста (DMT – Disease-Modifying Therapy), природната историја на спиналната мускулна атрофија (СМА) беше девастирачка. Веројатноста за преживување до зрелост, кај пациентите со СМА тип 0 или I, изнесуваше практично 0%, додека кај типот 2 беше приближно 50% (1). Современата терапевтска парадигма овозможи драматична промена што резултира со транзиција на педијатриските пациенти во адолесцентна и зрела возраст. Заедно со пациентите со тип III и IV, оваа популација формира растечка група на возрасни лица кои бараат специфичен и комплексен медицински менаџмент (2, 3).

Клиничката слика кај возрасните е мултисистемска. Освен прогресивната мускулна слабост, доминантни се секундарните компликации, како респираторна инсуфициенција, тешки форми на сколиоза и контрактури (4). Кај оваа популација се евидентираат и значајни коморбидитети, како последица на долготрајната имобилизација: намалена коскена густина (остеопороза), метаболички нарушувања, дисрегулација на телесната тежина и нефролитијаза (2, 4).

Квалитетот на животот (HRQoL) е под силно влијание на губењето на функционалната независност. За возрасните пациенти, зачувувањето на булбарните функции и ситната моторика (самостојно хранење, облекување, користење дигитални помагала) е од егзистенцијално значење (5-8). Според истражувањата, од страна на пациентите, дури и самата стабилизација на состојбата се смета за критичен терапевтски успех (9).

Современи терапевтски опции

Денес се достапни терапии кои се фокусирани на модификација на пре-иР-НК (mRNA) на генот SMN2, со цел да се зголеми вклучувањето на егзонот 7 и да се подигне нивото на функционалниот протеин (10). Клиничките докази потврдуваат дека кај возрасните овие третмани иницираат стабилизација, го запираат природниот пад на функциите и во многу случаи водат до клинички значајно подобрување на моторичкиот и респираторниот статус (10, 11).

Терапевтската ефикасност кај возрасни пациенти - докази од реалниот свет (RWE)

Современите лонгитудинални студии и метаанализи објавени во периодот 2024 - 2025 г. нудат робусни докази за долгорочната одржливост на нусинерсен, кај возрасната популација со тип II и III (12-15).

- Моторичка стабилизација: Податоците од европските мултицентрични регистри потврдуваат дека кај приближно 30% од возрасните пациенти се постигнува клинички значајно подобрување на HFMSE скалата (≥ 3 поени) по 38 месеци третман (16).

- Респираторен витален капацитет: Новите истражувања ја нагласуваат ефикасноста на нусинерсен во превенцијата на природниот пад на белодробната функција (FVC) што е еден од поважните параметри кога се работи за подобар квалитет на живот (17).

Постојат сè повеќе докази од реалниот свет дека третманот на адултните СМА пациенти доведува до подобрување или во најмала рака до стабилизација на состојбата, а со тоа и до драстично подобрување на квалитетот на живот (12-17).

Биомаркери и персонализиран пристап

Современиот менаџмент на СМА кај возрасните повеќе не се потпира исклучиво на физикални тестови. Следењето на неврофилamentите во плазмата и CSF овозможуваат прецизно калибрирање на терапијата. Доколку биомаркерите не покажуваат адекватно намалување, се разгледува промена на дозниот режим или префрлување на друг тип на молекула (18).

Заклучок

Менаџментот на возрасните пациенти со СМА бара високо специјализиран мултидисциплинарен пристап. Со појавата на новите терапевтски модалитети, фокусот се поместува од палијативна грижа кон активна модификација на болеста. Клучот за успех лежи во раната дијагностика, редовниот функционален мониторинг и во навремената примена на достапните терапии со цел зачувување на независноста и подобрување на квалитетот на животот на пациентите (2, 4, 5, 8, 12 - 17).

Користена литература

1. Kolb SJ, Kissel JT. Spinal muscular atrophy: a timely review. Arch Neurol. 2011;68(8):979-84.
2. Rad N, Cai H, Weiss MD. Management of Spinal Muscular Atrophy in the Adult Population. Muscle Nerve. 2022;65(5):498-507.
3. Nishio, H.; Niba, E.T.E.; Saito, T.; Okamoto, K.; Awano, H. Spinal Muscular Atrophy: The Past, Present, and Future of Diagnosis and Treatment. Int. J. Mol. Sci. 2023, 24, 11939.
4. Mercuri E, Finkel RS, Muntoni F, Wirth B et al. Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: Part 1: Recommendations for diagnosis, rehabilitation, orthopedic and nutritional care. Neuromuscul Disord. 2018 Feb;28(2):103-115.
5. Bonanno S, et al. Quality of life assessment in adult spinal muscular atrophy patients treated with nusinersen. J Neurol 2022; 269(6):3264-3275
6. Wan HWY, et al. Health, wellbeing and lived experiences of adults with SMA: a scoping systematic review. Orphanet J Rare Dis. 2020 Mar 12;15(1):70.
7. Landfeldt E, et al. Quality of life of patients with spinal muscular atrophy: A systematic review. Eur J Paediatr Neurol. 2019;23(2):262-274.
8. Mazzella A, et al. "I have SMA, SMA doesn't have me": a qualitative snapshot into challenges and quality of life. Orphanet J Rare Dis. 2021 22;16(1):96.
9. Rouault F, et al. Disease impact on general well-being and therapeutic expectations of European Type II and Type III SMA patients. Neuromuscul Disord. 2017;27(5):428-438.
10. Mercuri E, Finkel RS, Muntoni F, Wirth B et al. Diagnosis and management of spinal muscular atrophy: Part 1: Recommendations for diagnosis, rehabilitation, orthopedic and nutritional care. Neuromuscul Disord. 2018 Feb;28(2):103-115.
11. Basak S, Biswas N, Gill J, Ashili S. Spinal Muscular Atrophy: Current Medications and Re-purposed Drugs. Cell Mol Neurobiol. 2024 Nov 8;44(1):75.
12. Hagenacker T, Wurster CD, Günther R, et al. Nusinersen in adults with 5q muscular atrophy: a non-interventional, multicentre, observational cohort study. Lancet Neurol. 2020;19(4):317-325.
13. Maggi L, Bello L, Bonanno S, et al. Nusinersen safety and effects on motor function in adult spinal muscular atrophy type 2 and 3. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2020;91(11):1166-1174.
14. Lusakowska A, Wójcik A, Fraczek A, et al. Nusinersen treatment in a wide severity spectrum of SMA in long-term observation - Real-world experiences. Eur J Neuro. 2022;29(1 suppl):605.
15. Coratti G, et al. Motor function in type 2 and 3 SMA patients treated with Nusinersen: a systematic review and meta-analysis. Orphanet J Rare Dis. 2021;16(1):430.
16. Günther R, Wurster CD, Brakemeier S, Osmanovic A, et al. Long-term efficacy and safety of nusinersen in adults with 5q spinal muscular atrophy: a prospective European multinational observational study. Lancet Reg Health Eur. 2024;39:100862.
17. Duong T, Wolford C, McDermott MP, Macpherson CE et al. Nusinersen Treatment in Adults With Spinal Muscular Atrophy. Neurol Clin Pract. 2021 Jun;11(3):e317-e327.
18. Ben-Shalom E, et al. Neurofilament Light Chain as a Predictor of Treatment Response in Adult SMA: Real-World Data. Neurology. 2024;102(8):e200914.



КЛИНИЧКИТЕ ИСПИТУВАЊА И ИСПИТУВАЊАТА ОД РЕАЛНИОТ СВЕТ ПОКАЖАЛЕ ДЕКА



МОЖНО Е ПОВЕЌЕ

MORE IS POSSIBLE

SPINRAZA ИМ ПОМАГА НА ПАЦИЕНТИТЕ ДА НАПРАВАТ ПОВЕЌЕ, ВО СПОРЕДБА СО ПЛАЦЕБО И ПРИРОДНИОТ ТЕК НА БОЛЕСТА^{1, 2}

Лекот Spinraza е индициран за лекување на спинална мускулна атрофија предизвикана од мутација на хромозомот 5q.¹

Во клучни, рандомизирани, контролирани испитувања, лекот SPINRAZA покажа клинички и статистички значајни подобрувања на моторните функции во споредба со плацебо постапката.¹

Испитувањата од реалниот живот ги подржуваат подобрувањата во однос на природниот тек на болеста, од пресимптоматски па се до возрасни пациенти.²

Резултатите може да варираат од пациент до пациент зависно од напредување на болеста и времетраење на лекувањето. Прикажаните слики се инспирирани од вистински луѓе кои живеат со СМА и служат само за илустративни цели. Начин на издавање на лекот: Лекот може да се употребува само во здравствена установа. Пред препишување на лекот SPINRAZA, за повеќе информации Ве молиме да го прочитате посидејниот одобрен Збирен извештај за особините на лекот и Упатството за употреба на лекот, кои можете да ги добиете од носителот на решението за ставање во промет на лекот во РСМ, Медис Македонија ДООЕЛ Скопје, е-пошта: medis.mk@medis.com, или со скенирање на QR кодот.

Литература: 1. SPINRAZA Збирен извештај за особините на лекот 2. Coratti G, et al. Orphanet J Rare Dis. 2021;16:430.

Датум на добивање на одобрение за ставање во промет: Септември 2021 година

Датум на припрема: Септември 2025 година

МК-СП-0925-001 САМО ЗА СТРУЧНА ЈАВНОСТ

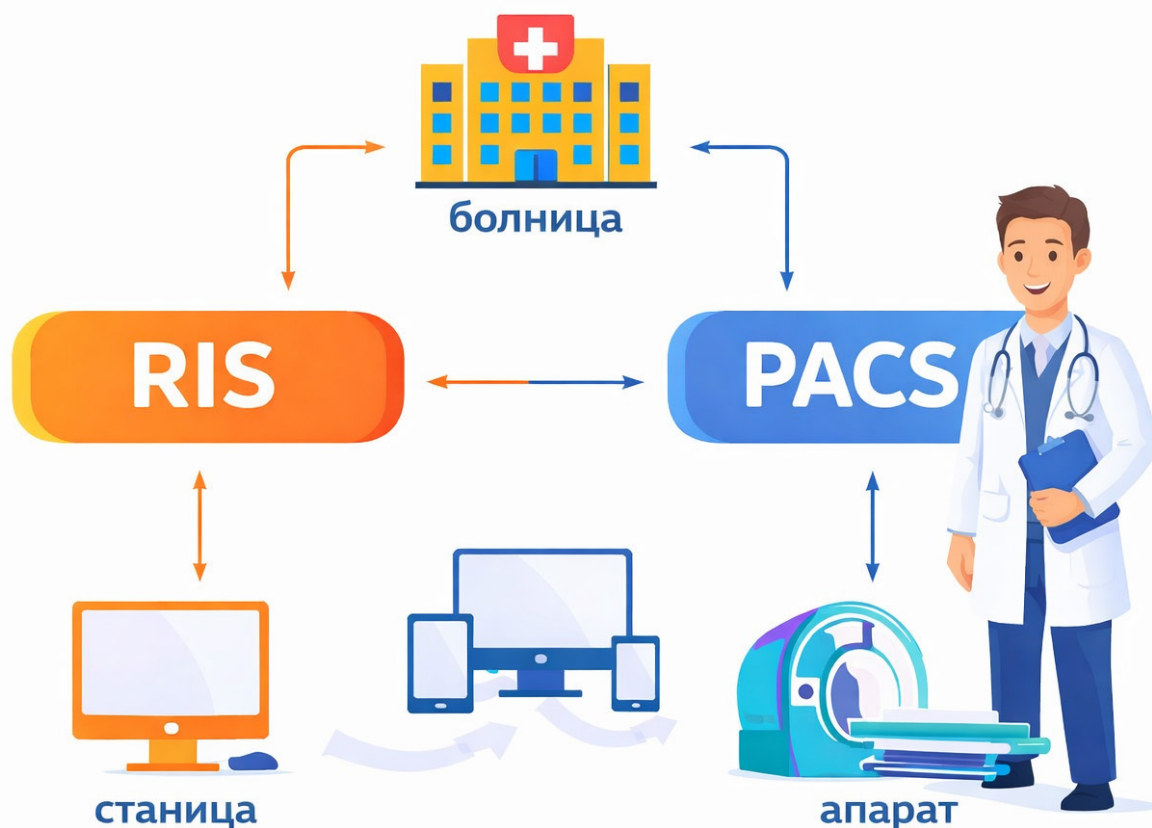
Медис Македонија ДООЕЛ Скопје, Наум Наумовски Борче 50/2-11, 1000 Скопје, РСМ

MEDIS Therapeutics



ПРЕДНОСТИ НА ДИГИТАЛИЗАЦИЈАТА ЗА СКЛАДИРАЊЕ, АРХИВИРАЊЕ И ДИСТРИБУЦИЈА НА МЕДИЦИНСКИ СЛИКИ

Национален PACS/RIS систем: Клуч за ефикасна и достапна радиолошка дијагностика



Радиолошката дијагностика претставува една од најзначајните дијагностички дисциплини во современата медицина, со суштинско влијание врз клиничкото одлучување, планирањето на терапијата и следењето на исходот кај пациентите. Во последните децении, развојот на напредни радиолошки методи, како што се компјутерска томографија (КТ) и магнетна резонанца (МР), значително го зголеми обемот и комплексноста на радиолошките испитувања, како и

очекувањата за нивна навремена и прецизна интерпретација.

Паралелно со технолошкиот напредок, здравствените системи сè почесто се соочуваат со ограничени човечки ресурси, зголемено оптоварување на медицинскиот кадар и растечки очекувања од пациентите за брза и квалитетна здравствена услуга. Во такви услови, оптимизацијата на радиолошкото толкување не претставува само прашање на индивидуална стручност и искуство на радиологот, туку системски предизвик

што бара соодветни организациски и технолошки решенија.

Современите информатички решенија во радиологијата се наметнуваат како клучен предуслов за надминување на постоечките системски ограничувања. PACS (Picture Archiving and Communication System) претставува дигитален систем за складирање, архивирање и дистрибуција на медицински слики, кој овозможува безбеден и брз пристап до радиолошките испитувања независно од физичката локација, доде-

ка RIS (Radiology Information System) е информатички систем наменет за управување со радиолошкиот работен процес, вклучувајќи закажување прегледи, обработка на административни податоци, интеграција на клинички информации и генерирање на радиолошки извештаи.

Интегрираното користење на овие системи создава основа за поефикасна организација на радиолошките служби, подобра координација меѓу здравствените установи и унапредувањето на квалитетот и достапноста на радиолошката дијагностика на национално ниво.

Актуелна состојба на радиолошките услуги во Република Северна Македонија

Радиолошките служби во Република Северна Македонија се карактеризираат со изразена нерамномерна распределба на човечките и техничките ресурси, што директно влијае врз квалитетот, навременоста и достапноста на дијагностичките услуги. Иако во изминатите години е забележан одреден напредок во дигитализација и модернизација на радиолошката опрема, организацијата на радиолошката работа во најголем дел останува локално ограничена и институционално фрагментирана.

Во поголемите урбани центри, особено во Скопје и дел од регионалните болници, радиолозите се соочуваат со значително зголемен обем на работа. Во секојдневната клиничка пракса, еден радиолог во вакви установи често интерпретира и до 40 - 60 радиографски испитувања во текот на една работната смена, покрај редовното учество во компјутеризирана томографија, магнетна резонанца, мамографија, ултразвучни и други специјализирани дијагностички процедури. Ова оптоварување создава услови за професионален замор, зголемен психофизички стрес и потенцијално зголемување на ризикот од дијагностички пропусти.

Наспроти ова, во помалите градови и рурални средини, како што се Пехчево, Делчево, Македонски Брод, Демир Хисар, Валандово, Крушево и други, обемот на радиолошки испитувања е значително помал. Во овие

PACS (Picture Archiving and Communication System) претставува интегриран информатички систем за управување со медицински слики и радиолошки процеси, кои овозможуваат безбеден, стандарден и ефикасен пристап до дијагностичките податоци

средини, дневниот број на класични радиографии најчесто се движи помеѓу 10 и 15, а во одредени денови и помалку, што резултира со недоволна искористеност на постоечкиот радиолошки кадар и опрема. Ваквата состојба укажува на постоење на системска неефикасност, каде што истовремено постојат преоптоварени и недоволно искористени ресурси.

Дополнителен организациски проблем претставува ограничениот пристап до претходни радиолошки испитувања и комплетната дијагностичка историја на пациентите. Во отсуство на национално-интегриран систем за споделување на радиолошки податоци, радиолозите често немаат можност за споредба со претходни снимки направени во друга здравствена установа, што може да влијае врз точноста на интерпретацијата и следењето на динамиката на болеста.

Иако во јавниот здравствен систем постои платформата „Мој термин“, преку која се обезбедува увид во дел од медицинската документација и извештаите, пристапот до оригиналните радиолошки слики е ограничен и најчесто зависи од локалните информатички решенија на поединечните установи. Ова дополнително ја нагласува потребата од централизирано и стандардизирано решение што ќе овозможи континуиран, безбеден и унифициран пристап до радиолошките податоци на национално ниво.

Во вакви услови, постојниот модел на работа не овозможува оптимално искористување на радиолошкиот потенцијал во државата, ниту пак обезбедува рамномерна достапност на радиолошките услуги за сите пациенти, независно од нивната географска локација. Овие предизвици јасно укажуваат на потребата од системска реорганизација и воведување на национално интегрирано информатичко решение кое ќе овоз-

возможи подобра распределба на работниот товар, поголема ефикасност и повисок квалитет на радиолошката дијагностика.

Концепт на национален клауд-базиран PACS/RIS систем

Воспоставувањето на национален клауд-базиран PACS/RIS систем претставува логичен и неопходен чекор за надминување на постоечките организациски и технолошки ограничувања во радиолошката дијагностика во Република Северна Македонија. Основната цел на ваквиот систем е создавање на централизирана, безбедна и стандардизирана платформа преку која сите радиолошки испитувања, независно од локацијата на нивното изведување, ќе бидат достапни за овластен медицински персонал во реално време.

Концептот се заснова на интеграција на PACS и RIS во единствен национален информатички екосистем, хостиран во клауд-инфраструктура што овозможува висока достапност, стабилност и сигурност на податоците. Со ваков пристап, радиолошките слики и дополнителната медицинска документација не се врзани за физички сервери во поединечни здравствени установи, туку се складираат и управуваат централно, со можност за контролиран пристап од која било локација.

Од организациски аспект, националниот PACS/RIS систем овозможува рамномерна дистрибуција на радиолошкиот товар. Радиолозите од помалите градови и установи, со понизок дневен обем на работа, би можеле активно да се вклучат во интерпретацијата на испитувања извршени во поголемите центри, со што би се намалило оптоварувањето на радиолозите во урбаните средини и би се зголемила вкупната продуктивност на системот. Овој модел овоз-

можува оптимално искористување на постоечките човечки ресурси, без потреба од нивна физичка релокација.

Клауд-базираниот пристап, исто така, овозможува континуитет во работата на радиолошките служби во услови на отсуство, боледување или недостиг на специјализиран кадар. Во вакви ситуации, испитувањата може да бидат пренасочени кон други овластени радиолози, во рамки на системот, без одложување во изработката на радиолошките извештаи и без негативно влијание врз пациентите.

Од клинички аспект, националниот PACS/RIS систем обезбедува целосен увид во радиолошката историја на пациентот, вклучувајќи претходни испитувања извршени во различни здравствени установи. Ова овозможува споредбена анализа, подобро следење на динамиката на болеста и поквалитетна клиничка интерпретација, особено кај хронични и онколошки пациенти. Дополнително, достапноста на сликите и извештаите во реално време го олеснува мултидисциплинарниот пристап и консултациите меѓу различни специјалности.

Важен сегмент на концептот е стандардизацијата на податоците и работните процеси. Националниот PACS/RIS систем треба да биде усогласен со меѓународно прифатените стандарди за размена и обработка на медицински податоци, со цел да се обезбеди интероперабилност меѓу различни уреди, софтверски решенија и здравствени установи.

Во тој контекст, DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine) претставува глобално прифатен стандард за формат и размена на медицински слики што овозможува унифицирано складирање, пренос и преглед на радиолошките испитувања, независно од производителот на медицинската опрема или од софтверот.

Паралелно, HL7 (Health Level Seven) е стандард за електронска размена на клинички и административни податоци кој овозможува комуникација помеѓу различни информатички системи во здравството, вклучувајќи закажување на прегледи, податоци за пациентот, наоди



и извештаи. Усогласеноста со овие стандарди претставува предуслов за функционална интеграција на PACS и RIS со другите национални здравствени информатички платформи.

Од аспект на безбедност и заштита на личните податоци, клауд-базираниот PACS/RIS систем мора да обезбеди високо ниво на сигурност, преку јасно дефинирани нивоа на кориснички пристап, автентикација и авторизација на медицинскиот персонал, како и детално евидентирање на сите активности во системот. Усогласеноста со релевантните национални регулативи и европските стандарди за заштита на личните податоци претставува суштински предуслов за доверба и долгорочна одржливост на системот.

Конечно, ваквиот концепт создава основа за понатамошен развој и надградба на радиолошките услуги, вклучувајќи воведување на телерадиологија, алатки за поддршка на клиничкото одлучување и идни примени на вештачка интелигенција во радиологијата. Со тоа, националниот клауд-базиран PACS/RIS систем не претставува само техничко решение,

туку стратешка инвестиција во квалитетот, ефикасноста и одржливоста на здравствениот систем.

Практичен пример и know-how: Здравствен дом Скопје

Еден од светлите примери за дигитализација на радиолошката дијагностика во Македонија е Здравствениот дом Скопје кој ги интегрира своите радиолошки испитувања од седум локации – Ѓорче Петров, Чаир, Идадија, Јане Сандански, Букурешт, Бит Пазар и Сарај – во единствен PACS (Picture Archiving and Communication System) систем хостиран на клауд-платформа.

Со ваквиот пристап, радиолозите и овластените медицински лица имаат можност да ги прегледуваат снимките на пациентите во реално време, независно од физичката локација на снимката. Дополнително, системот овозможува пристап до претходни снимки извршени под истиот матичен број на пациентот, што значително го олеснува споредувањето и следењето на клиничката динамика на болеста.

Овој модел овозможува:

- Зголемена продуктивност: Радиолозите можат да се концентрираат на интерпретација на испитувањата, наместо на логистичко пренесување и архивирање на слики.
- Редукција на времето на чекање: Пациентите добиваат резултати побрзо, дури и во услови на отсуство на одреден радиолог.
- Подобра распределба на работниот товар: Испитувањата од различни локации можат да се обработуваат рамномерно, спречувајќи преоптовареност на поединечни радиолози.

Практично, во Здравствениот дом Скопје се користи PACS за складирање и преглед на снимки и платформата „Мој термин“ за увид во здравствената документација и извештаите од прегледи. Иако нема имплементација на RIS и HL7 стандарди, ова решение покажува дека дури и со постоечкиот софтвер и инфраструктура може да се обезбеди значително подобрување во достапноста и продуктивноста на радиолошките услуги.

Искуството од Здравствениот дом Скопје покажува дека:

1. Централизираното складирање на радиолошки снимки овозможува континуитет во дијагностиката.
2. Достапноста до претходни испитувања ја подобрува точноста и сигурноста на радиолошкото толкување.
3. Радиолошкиот кадар може флексибилно да се искористи, независно од физичката локација.

Овој модел претставува солидна основа за понатамошна надградба, вклучително и интеграција на приватните здравствени установи, со цел создавање на комплетна унифицирана национална база на радиолошки испитувања.

Заклучок и предизвици

Радиолошката дијагностика во Република Северна Македонија се соочува со системски предизвици што директно влијаат на квалите-

тот, навременоста и достапноста на дијагностичките услуги, со потенцијално негативно влијание врз клиничките одлуки и исходите кај пациентите.

Имплементацијата на национален PACS/RIS систем претставува рационално решение за надминување на овие предизвици. Таквиот систем овозможува централизирано складирање, контролиран пристап до сликите и извештаите, рамномерна распределба на работниот товар меѓу радиолозите и континуитет во работата, дури и при отсуство на дел од кадарот. Достапноста до претходни испитувања и целосната радиолошка историја на пациентот овозможува добро следење на клиничката динамика, споредбена анализа и мултидисциплинарен пристап во дијагностиката.

Практичната примена на ваков модел во Здравствениот дом Скопје покажува дека дури и со постоечкиот PACS и платформата „Мој термин“ може да се постигне значително подобрување на продуктивноста, намалување на времето на чекање и поефикасно искористување на радиолозите.

Сепак, воспоставувањето и одржувањето на национален PACS/RIS систем се соочува со неколку реални предизвици:

1. Мотивација на кадарот: Радиолозите од помалите установи со денешен низок обем на работа може да не бидат веднаш мотивирани за поголем обем, додека радиолозите од големите центри се веќе оптоварени.
2. Финансиски предизвици: Набавка на нови сервери, модернизација на РТГ, КТ и МР кабинети, лиценци за софтвер и одржување на клауд-инфраструктурата бараат значајни инвестиции.
3. Техничка подготовка и инфраструктура: Потребна е стабилна мрежна инфраструктура, резервни сервери, безбедносни системи за заштита на податоците и техничка поддршка за сите здравствени установи.
4. Обука и стручна поддршка: Воведувањето на нови технологии бара континуирана едукација на

радиолозите, медицинските техничари и ИТ кадарот, со цел оптимално користење на системот и минимизирање на грешки.

5. Регулаторни и правни предизвици: Усогласување со национални закони и европски стандарди за заштита на личните податоци, дигитална евиденција, архивирање и пристап до податоците е неопходно за доверба и долгорочна одржливост.
6. Културни и организациски предизвици: Промена на навиките кај персоналот, отпор кон нови технологии и централизираните системи бара ефективна комуникација, објаснување на придобивките и постепена имплементација.

За успешно справување со овие предизвици, препорачливо е:

- Постепена имплементација на национален PACS/RIS систем, почнувајќи со најголемите центри и полска вклучување на помалите установи.
- Воведување на систем за финансиска и професионална мотивација на радиолозите, со признавање на дополнителниот труд и можности за професионален развој.
- Континуирана обука и техничка поддршка за целиот персонал, со фокус на оптимално користење на системот.
- Усогласување со меѓународни стандарди (DICOM, HL7) и национални регулативи за заштита на податоците.
- Вклучување на приватниот сектор, за комплетна и унифицирана национална база на радиолошки испитувања.

Заклучно, националниот PACS/RIS систем не претставува само техничко решение, туку стратешка инвестиција што овозможува подобрување на продуктивноста, квалитетот и ефикасноста на радиолошката дијагностика, рамномерна распределба на кадарот и обезбедување правична и навремена здравствена грижа за сите пациенти во државата.

Подготви:
спец. д-р Миралем Јукиќ

Перименопауза - терапевтски предизвик, но и прозорец за превенција

Промените се случуваат во повеќе органски системи и се манифестираат со широк спектар на симптоми - од менструални неправилности и вазомоторни тегоби, до психолошки нарушувања, промени во мускулоскелетното и кардиометаболното здравје. Можеби не секоја жена има потреба од специјалистички третман, но секоја жена има потреба од јасен план за следење

Ако се земе предвид дека жената поминува приближно 40% од својот живот, во перименопаузалната и постменопаузалната фаза, станува јасно дека станува збор за период кој не може да се сведе на краток преоден интервал или на физиолошка промена што поминува незабележано. Овие фази претставуваат долг и клинички значаен дел од животниот век на жената, кој бара внимателна проценка, активен пристап и соодветна здравствена грижа, наместо пасивно прифаќање или минимизирање на симптомите. Напротив, станува збор за долг, сложен и клинички исклучително значаен период во кој здравствените професионалци имаат реална можност - и одговорност - со навремена дијагностика, проценка на ризик и соодветно насочен третман да влијаат врз квалитетот на животот, функционалната способност и долгорочното здравје на жената.

Перименопаузата е обележана со динамични ендокринолошки промени, флукуации на естрадиолот и прогестеронот и постепен пораст на фоликулостимулирачкиот хормон, промени што не се ограничуваат само на репродуктивниот систем. Тие се одразуваат на повеќе органски системи и се манифестираат со широк и често збунувачки спектар на симптоми - од менструални неправилности и вазомоторни тегоби, до психолошки нарушувања, промени во мускулоскелетното и кардиомета-

болното здравје. Токму оваа клиничка комплексност перименопаузата ја прави дијагностички и терапевтски предизвик, но истовремено ја отвора како клучен прозорец за превенција во која со правилен пристап може навремено да се спречат состојби

што ќе ја одредат здравствената состојба на жената во децениите што следуваат.

STRAW + 10 класификацијата како „златен стандард“ за клиничка проценка

Фаза:	-5	-4	-3б	-3а	-2	-1	+1а	+1б	+1в	+2
Терминологија	РЕПРОДУКТИВЕН				ТРАНЗИЦИЈА НА МЕНОПАУЗАТА		ПОСТМЕНОПАУЗА			
	Рано	Врв	Доцни		Рано	Доцни	Рано		Доцни	
	Перименопауза									
Времетраење:	променлива				променлива	1-3 години	2 години (1+1)	3-6 години	Преостанат животен век	
ГЛАВНИ КАРАКТЕРИСТИКИ										
Менструален циклус:	Променливо до редовно	редовно	редовно	Суптилни промени во протокот/должината	Променлива должина Перзистентна ±7-дневна разлика во должината на последователните циклуси	Интервал на аменореа од ≥ 60 дена				
ПОДДРЖУВАЧКИ КРИТЕРИУМИ										
Ендокрини FSH AMH Инхибин Б			Нормално, Ниско, Ниско	Променливо, Ниско, Ниско*	↑ Променливо*, Ниско, Ниско	↑ >25 IU/L**, Ниско, Ниско	↑ Променливо*, Ниско, Ниско	Стабилизирано, Многу ниско, Многу ниско		
Број на антрални фоликули (2-10 мм):			Ниско	Ниско	Ниско	Ниско	Многу ниско	Многу ниско		
ОПИСНИ КАРАКТЕРИСТИКИ										
Симптоми:						Вазомоторни симптоми Веројатни	Вазомоторни симптоми Неверојатни		Зголемување Симптоми на урогенитална атрофија	

* Земање крв на 2-5 дена од циклусот = покачен

** Приближно очекувано ниво врз основа на анализи со користење на тековниот стандард на хипофизата

STRAW +10 класификацијата претставува темел врз кој е изграден современиот пристап кон перименопаузата и менопаузата. Нејзината вредност не е само во терминологијата, туку во тоа што обезбедува структуриран клинички јазик преку кој лекарите можат да го разберат и следат репродуктивното стареење во реално време, а не ретроспективно.

Оваа класификација ги поврзува менструалните промени со ендокринолошките маркери, при што менопаузата е дефинирана како точка нула, а перименопаузата како период што започнува со постојани промени во циклусот и завршува една година по последната менструација. Со тоа, дијагнозата на перименопауза станува клиничка, а не лабораториска дијагноза.

Во секојдневната пракса, ова значи дека жена над 45 години со промени во менструалниот циклус и типични симптоми може со голема сигурност да се идентификува како перименопаузална, без потреба од рутинско хормонско тестирање, освен во специфични ситуации. STRAW +10 на лекарот му дава јасна временска и биолошка рамка, што е од суштинско значење за правилно донесување клинички одлуки.

Проширена симптоматологија: Значајни промени и во локомоторниот апарат и метаболичното здравје

Иако вазомоторните и менструалните симптоми најчесто се препознаени, перименопаузата е период на системски промени. Особено значајни се промените во локомоторниот апарат и метаболичното здравје, кои често се тивки, постепени и недоволно препознаени.

Со намалувањето на естрогенот започнува дисбаланс помеѓу коскената ресорпција и формација, што резултира со забрзана загуба на коскена маса. Овој процес кој започнува уште во перименопаузата може да доведе на губење и до 20% од коскената густина во наредната декада. Истовремено, жените пријавуваат болки во зглобовите, мускулна слабост и зголемена склоност кон повреди, состојби што често погрешно се препишуваат исклучиво на „годините“.

Паралелно со овие промени, се јавува и зголемен ризик за метаболен синдром. Перименопаузата е период кога телесната тежина умерено расте, но распределбата на масите се менува во корист на централната дебелина, што ја зголемува инсулинската резистенција и кардиоваскуларниот ризик. Овие промени не се изолирани, туку меѓусебно поврзани и бараат активен клинички надзор.

Клучни чекори за матичниот доктор или матичниот гинеколог

Во современиот пристап кон перименопаузалното здравје, матичниот лекар – било да станува збор за матичен општ лекар, лекар по семејна медицина или матичен гинеколог – има централна и незаменлива улога. Се нагласува потребата од проактивен, структуриран и континуиран пристап, особено кај жените од над 40-годишна возраст кај кои првите симптоми на перименопауза често се неспецифични, променливи и лесно се препишуваат на „стрес“, „замор“ или „возраст“.

Примарната здравствена заштита е местото каде што перименопаузата најчесто првпат се препознава. Жените ретко доаѓаат со јасна претстава дека се наоѓаат во менопаузална транзиција; тие доаѓаат поради одредени симптоми. Токму затоа, улогата на матичниот лекар не е пасивна, туку активна – да постави насочени прашања и да ја препознае поврзаноста на симптомите со хормоналните промени.

Клучниот прв чекор е структурирана анамнеза, со посебен фокус на менструалниот циклус, присуството на вазомоторни симптоми, промени во расположението, нарушувања на сонот, сексуални тегоби и уринарни симптоми. Се препорачува употреба на кратки, едноставни и валидирани прашалници (како MQ6 или MRS) кои можат лесно да се интегрираат во секојдневната пракса во ординацијата и кои значително ја зголемуваат веројатноста за навремено препознавање на состојбата.

Вториот суштински сегмент во улогата на матичниот лекар е проценката на ризик, бидејќи перименопаузата претставува критичен период за појава или влошување на хронични

незаразни болести. Проценката на кардиоваскуларниот ризик (преку SCORE2), проценката на метаболичниот статус (телесна тежина, обем на струк, гликемија, липиден профил), ризикот за остеопороза и фрактури, како и проценката на менталното здравје, треба да бидат составен дел од рутинскиот преглед кај жени во перименопауза. На овој начин, матичниот лекар не само што посветува внимание на тековните симптоми, туку активно учествува во примарна и секундарна превенција на состојби што ќе се манифестираат години подоцна.

Третиот клучен елемент е креирање индивидуализиран план за следење и упатување. Не секоја жена во перименопауза има потреба од специјалистички третман, но секоја има потреба од јасен план. Матичниот лекар треба да направи разграничување помеѓу состојби што може да се следат и третираат во примарната здравствена заштита (советување, промоција на здрави навики, базични испитувања, контроли) и ситуации што бараат упатување кај гинеколог, ендокринолог, психијатар, ортопед или друг специјалист. Се нагласува важноста на јасно дефинирани патеки на упатување и добра комуникација меѓу различните нивоа на здравствената заштита.

Со ваков пристап, примарната здравствена заштита престанува да биде само „филтер“ кон специјалистите и станува темел на перименопаузалната грижа. Матичниот лекар има улога не само во препознавање и упатување, туку и во едукацијата на жената, охрабрување за себегрижа, промоција на здрави животни навики и долгорочно следење. Токму оваа континуирана, доверлива и интегрирана грижа е клучна за жените во период што трае со децении, а не со месеци.

Мултидисциплинарен пристап и холистичка грижа за жената

Перименопаузата по својата природа е состојба која зафаќа повеќе органски системи и затоа не може да се води само од една медицинска специјалност. Пристапот кон жената мора да биде сеопфатен и координиран мултидисциплинарно, бидејќи

Што треба да знаете?

Препорачана е целосна проценка за жени на средна возраст

Медицинска историја

Релевантни гинеколошки факти:

- Модел на крварење или LMP
- Минати операции, на пр. хистеректомија/оофоректомија
- Тековна употреба на егзогени хормони
- +/- потреби за контрацепција

Главни медицински болести - прашајте за: DVT/PE

- Рак на дојка/рак на ендометриум
- Болест на тироидната жлезда
- Кардио/цереброваскуларни заболувања, вклучувајќи хипертензија
- Остеопороза
- Дијабетес
- Депресија/анксиозност/постнатална депресија
- Рекурентни уринарни инфекции
- Заболување на црниот дроб

Семејна историја

- Кардио/цереброваскуларни заболувања
- Остеопороза/фрактури
- Деменција
- Рак

Пушење/употреба на алкохол

Тековни лекови, вклучувајќи лекови без рецепт

Социјална историја

Сексуална благосостојба

Испитување

- Висина и тежина
- Крвен притисок
- Преглед на дојки (не е потребен ако е направена неодамнешна слика од дојки)

Истрага за дијагноза на менопауза

> 45 години

- Дијагноза базирана на симптоми; мерете FSH и E само ако презентацијата е атипична

< 45 години

- Мерење на FSH и E - Нема вредност кај жени на СОСР
- Нивоа на Prog/LH/AMH немаат дијагностичка вредност



Општа здравствена проценка на средовечните жени

- Генерална здравствена проценка на средовечни жени
- Скрининг тест на грлото на матката
- Мамографија (доколку е достапна)
- Липиден профил
- Гликоза во крвта на гладно
- Хормон за стимулирање на тироидната жлезда
- Тиреална и хепатална функција
- Комплетен крвен преглед/феритин
- Тест за фекална окултна крв
- Витамин Д кај жени со ризик

симптомите и ризиците ретко се ограничени на една област од здравјето.

Во секојдневната пракса, жените во перименопауза најчесто не се јавуваат со еден јасно дефиниран проблем. Тие истовремено може да имаат нерегуларен менструален циклус, вазомоторни симптоми, нарушен сон, промени во расположението, болки во зглобовите, зголемување на телесната тежина или влошување на веќе постоечки хронични заболувања. Кога овие симптоми се разгледуваат одделно и изолирано, постои ризик ниеден од нив да не биде поврзан со основната хормонална транзиција, што може да доведе до недоволна проценка на состојбата и одложување на соодветниот третман.

Токму затоа, треба да постои јасно организирана соработка помеѓу матичниот лекар, матичниот гинеколог, гинекологот од секундарна здравствена заштита и другите специјалности – ендокринолог, психијатар, ортопед, ревматолог и, по потреба, кардиолог и онколог. Целта не е жената да биде упатувана кај повеќе специјалисти без јасен план, туку секој вклучен лекар да ја согледа состојбата во контекст на периме-

нопаузата и да придонесе кон заеднички, усогласен пристап.

Матичниот лекар и матичниот гинеколог се почетната точка на оваа соработка. Тие ги препознаваат првичните симптоми, ги идентификуваат доминантните ризици и одлучуваат кога е потребна дополнителна специјалистичка проценка. Гинекологот има централна улога во проценката на менструалните нарушувања, хормоналниот статус, генитоуринарниот синдром и индикациите за менопаузална хормонска терапија, како и во исклучување на органска гинеколошка патологија.

Ендокринологот се вклучува кај пациентки со изразени метаболни нарушувања, дијабетес, дислипидемија, тироидни заболувања или сомнеж за предвремена оваријална инсуфициенција, каде што е потребна подетална ендокринолошка проценка и долгорочно следење. Ортопедот и ревматологот имаат важна улога кај жените со болки во зглобовите, намалена коскена густина и зголемен ризик од фрактури, состојби што често започнуваат токму во перименопаузата, но лесно се потценуваат.

Посебно значајно место во овој тим има грижата за менталното

здравје. Депресијата, анксиозноста и нарушувањата на сонот не се споредни симптоми, туку составен дел од перименопаузалниот синдром. Навременото вклучување на психијатар или клинички психолог овозможува рана интервенција и подобар терапевтски исход.

Она што ја прави мултидисциплинарната грижа навистина применлива е јасната поделба на улогите и добрата комуникација меѓу лекарите.

Критериуми за избор на терапија

Третманот на жените во перименопауза и менопауза не се заснова на универзална шема, туку на индивидуална клиничка проценка при што менопаузалната хормонска терапија се избира само тогаш кога постои јасна индикација и поволен сооднос помеѓу користа и ризикот. Во секојдневната пракса, клучното прашање не е дали хормонската терапија „може“ да се даде, туку кај која жена, во кој момент и со која цел.

Првиот и најважен критериум при изборот на терапија е клиничката слика, односно доминантните симптоми и нивното влијание врз квалитетот на животот. Кај жени со умерени до теш-



ки вазомоторни симптоми – како чести топли бранови, ноќни потења и нарушен сон – кои значително го попречуваат секојдневното функционирање, системската менопаузална хормонска терапија има јасна предност. Кај овие пациентки, доколку не постојат контраиндикации, хормонската терапија покажува најголема ефикасност во намалување на симптомите и подобрување на општата функционалност.

Вториот важен критериум е фазата во која се наоѓа жената, односно дали станува збор за рана перименопауза, доцна перименопауза или рана постменопауза. Терапијата покажува најповолна клиничка ефикасност кога се започнува во период блиску до последната менструација, кога хормоналните промени се изразени, но системските компликации сè уште не се развиени. Возраста сама по себе не е апсолутен критериум, но претставува важен контекст при проценка на ризик.

Следниот клучен елемент е индивидуалниот профил на ризик. Пред започнување на хормонска терапија неопходна е проценка на кардиоваскуларниот ризик, тромбоемболискиот ризик, онколошката анамнеза и постоењето на коморбидитети како хипертензија, дијабетес или дислипидемија. Кај жени со зголемен кардиоваскуларен или венски тромбоемболиски ризик, изборот на патот на апликација е особено важен, при што трансдермал-

ните форми на естроген имаат предност поради поповолниот метаболен и васкуларен профил.

Типот на терапија се одредува и според репродуктивниот статус, односно дали жената има сочувана матка. Кај жени со матка, неопходна е комбинирана естроген-гестагенска терапија со цел заштита на ендометриумот, додека кај жени без матка може да се користи естрогенска монотерапија. Ова не е формалност, туку суштински аспект на безбедната примена на терапијата.

Кај пациентки кај кои генитоуринските симптоми се доминантни, а вазомоторните симптоми се благи или отсутни, локалната естрогенска терапија има јасна предност. Таа овозможува значително подобрување на локалните симптоми со минимална системска изложеност и може да се користи и кај жени кај кои системската хормонска терапија не е индицирана.

Кај дел од пациентките, особено кај оние со благи симптоми, изразени контраиндикации за хормонска терапија или јасен личен отпор кон хормонална теарпија, предност имаат нехормонските терапевтски пристапи кои можат да се користат самостојно или како дополнување на друг третман. Овие одлуки се дел од персонализираниот пристап и не претставуваат компромис, туку рационален избор.

Конечно, суштински дел од изборот на терапија е вклучување на жената во процесот на одлучување. Информираниот разговор, јасното објаснување на очекуваните ефекти

и можните ризици, како и земањето предвид на личните размислувања и животниот стил се подеднакво важни како и клиничките параметри. Персонализираната терапија не значи само правилен избор на лек, туку и усогласување на медицинската одлука со реалните потреби и очекувања на жената, со редовна реевалуација и прилагодување на пристапот со текот на времето.

Алтернативни и нехормонски решенија

Нехормонските мерки имаат предност кај жени со благи до умерени симптоми, кај кои перименопаузалните тегоби значително не го нарушуваат секојдневното функционирање, но сепак бараат клиничко внимание. Во овие случаи, фокусот е ставен на промоција на здрави животни навики, регулирање на телесната тежина, редовна физичка активност, оптимизација на сонот и намалување на изложеноста на фактори што ги влошуваат вазомоторните симптоми, како што се пушење, алкохол и зачинета храна. Овие интервенции се темел на секој третман и често се доволни за стабилизирање на симптомите во раната перименопауза.

Посебно место меѓу нехормонските пристапи има когнитивно-бихејвиоралната терапија, која се препорачува кај жени со доминантни психолошки симптоми – анксиозност, раздразливост, нарушен сон и депресивни тегоби. Во перименопаузата, овие симптоми чес-



Водич за перименопауза како клиничка поддршка

За подобро следење на пациентките Македонската асоцијација на гинеколози и акушери (МАГО) и ХЕРА подготвија Водич за перименопауза. Овој прирачник претставува прв национален, стручно адаптиран документ кој нуди јасни насоки за дијагноза, третман и следење на жените во овој долг и значаен период од животот. Водичот е алатка за клиничка сигурност, но и повик за промена на парадигмата – од пасивно прифаќање кон активна грижа. Прирачникот препорачува постоење на јасни критериуми за упатување, размена на релевантни информации и усогласување на терапевтските одлуки, со што жената добива континуирана и логично поврзана здравствена грижа. Водичот е наменет за сите здравствени работници вклучени во грижата за жените во овој период од нејзиниот живот и е достапен на интернет страницата на МАГО.

то се поврзани со хормоналните флукутации, но нивното одржување и интензитет се засилени од нарушувањето на спиењето и хроничниот стрес. Оваа терапија има за цел да помогне во справување со симптомите, подобрување на квалитетот на сонот и намалување на субјективното доживување на вазомоторните тегоби, без системско хормонско влијание.

Алтернативните терапии, вклучително и фитоестрогените, можат да се разгледуваат кај жени со благи вазомоторни симптоми кои немаат индикација за хормонска терапија или кај кои таа е контраиндицирана. Нивната улога е ограничена и јасно дефинирана – тие не се замена за менопаузалната хормонска терапија кај жени со тешки симптоми, туку опција кај пациентки кај кои се бара умерено олеснување на тегобите со поволен безбедносен профил. Во клиничката пракса, нивната примена секогаш треба да биде проследена со реални очекувања и внимателно следење.

Особено важно е да се нагласи дека нехормонските и алтернативните пристапи имаат предност кај жени со претходни или активни малигни заболувања чувствителни на хормони, кај жени со висок тромбоемболиски или кардиоваскуларен ризик, како и кај оние кои по информиран разговор одбиваат хормонска терапија. Во овие ситуации, изборот на нехормонски третман не претставува отстапување од добрата клиничка пракса, туку на против – нејзина суштина.

Од аспект на клиничкото расудување, клучно е нехормонските и алтернативните решенија да не се применуваат изолирано, туку како дел од сеопфатен и континуиран пристап, со редовна проценка на симптомите и потребата од промена на терапевтската стратегија.

Проценка на менталното здравје

Перименопаузата претставува период со зголемена психолошка ранливост, а податокот дека околу 20% од жените во овој период доживуваат депресија не смее да се игнорира ниту минимизира. Напротив, токму во оваа фаза, кога хормоналните флукутации се најизразени, нарушувањата на расположението често се јавуваат пара-



лелно со соматските симптоми и може значително да го нарушат квалитетот на животот, функционалноста и меѓучовечките односи.

Во секојдневната ординациска пракса, најголемиот предизвик не е третманот туку навременото препознавање на психолошките симптоми. Жените ретко доаѓаат со јасна жалба дека се депресивни; тие почесто се жалат на замор, несоница, раздражливост, намалена концентрација или чувство на преоптовареност. Затоа, клиничкото искуство и пристапот опишан во прирачникот упатуваат дека менталното здравје треба активно да се проценува, а не да се чека спонтано да биде спомнато од пациентката.

Во тој контекст, PHQ-9 се издвојува како една од најпрактичните алатки за скрининг на депресија во примарната и специјалистичката пракса. Прашалникот е краток, лесен за пополнување, не одзема време и овозможува брза проценка на присуството и интензитетот на депресивните симптоми. Неговата предност е што може да се користи и како почетен скрининг и како алатка за следење на симптомите со текот на времето, што е особено важно во динамичен период како перименопаузата.

Покрај депресијата, во овој период често се присутни и симптоми на анксиозност, напнатост и автономна

дисрегулација. Затоа, GAD-7 претставува корисна дополнителна алатка за проценка на анксиозните симптоми, особено кај жени со палпитации, внатрешен немир, нарушен сон и соматизирани тегоби. Комбинираната употреба на PHQ-9 и GAD-7 овозможува поцелосен увид во психолошката состојба на пациентката, без потреба од долги интервјуа или специјализирана психијатриска проценка во првата фаза.

Важно е да се нагласи дека овие прашалници не служат за поставување дијагноза, туку за препознавање на жени кај кои е потребна понатамошна проценка, разговор или упатување. Во рамките на прирачникот, тие се гледаат како алатки кои му помагаат на лекарот да донесе информирана одлука – дали е доволна поддршка и следење, дали има индикација за когнитивно-бихејвиорална терапија или пак е потребна консултација со психијатар.

На овој начин грижата за менталното здравје станува составен, а не спореден дел од перименопаузалната здравствена грижа.

Подготовка:

проф. д-р Глигор Тофоски,
претседател на Македонската
асоцијација на гинеколози и акушери
прим. д-р Искра Дукова,
УК за гинекологија и акушерство

Крај на ХИВ до 2030 година: Напредок и предизвици

Благодарение на мерките за превенција досега се одржува релативна контрола на ширењето на инфекцијата во државата. Осум жени со редовна и навремено отпочната антиретровирусна терапија, родија ХИВ негативни деца. Но загрижува фактот што во последните години значително опаѓа опфатот со превентивни мерки на лицата од клучните засегнати популации

Во текот на изминатите децении, постигнат е забележителен напредок во разбирањето, спречувањето и лекувањето на ХИВ, со значително намалување на инциденцата во повеќето делови од светот и значително продолжување на животниот век кај луѓето со ХИВ кои се на антиретровирусна терапија (АРТ). Денес располагаме со повеќе научни сознанија од кога било досега за патогенезата на ХИВ и природата на латентниот резервоар што има импликации и во стратегиите на лекување. Континуирано се развиваат нови, поефикасни, попрактични биомедицински технологии со цел да ја поедностават превенцијата и лекувањето.



Денес, достапни се нови долготрајно дејствувачки орални и инјектирачки формулации на лекови што нудат алтернативи на секојдневните лекови. Значајните инвестиции во полето на ХИВ-инфекцијата дадоа значителни резултати: 29,8% од вкупно над 39 милиони луѓе кои живеат со ХИВ (ЛЖХ) се поставени на АРТ, новите инфекции се намалени за 59%, а mortalитетот е намален за 69%.⁽¹⁾ Сепак, епидемијата на ХИВ останува голем здравствен и социјален предизвик. Превентивните вакцини и лекот кој би ја излекувал инфекцијата сè уште се далеку, години или можеби децении. Епидемијата на ХИВ е тесно поврзана со стигма, дискриминација и со кршењето на човековите права, проблеми со кои сè уште се соочуваат многу ЛЖХ. Здравствениите работници играат клучна улога во решавањето на многу празнини во имплементацијата на превентивните алатки за превенција и третман на ХИВ. Ако изминатите децении ни покажаа што е можно, наредните децении ќе покажат дали здравствениите работници, здравствениите власти, но и научната заедница, имаат волја

и агилност успешно да се справат со нови научни и општествени предизвици, за да ја ставиме епидемијата на ХИВ под контрола.⁽²⁾

Заедничката програма на Обединетите нации за ХИВ/СИДА (УНАИДС) процени дека 86% од сите лица кои живеат со ХИВ го знаат својот ХИВ статус, 76% примаат АРТ и 68% постигнале супресија на вирусот. Третманот за ХИВ сега е широко достапен и во земјите со пониски приходи, иако пристапот до АРТ е нерамномерен во некои земји во светот, како и меѓу маргинализираните популации. И покрај импресивниот напредок, целите на УНАИДС 90-90-90 до 2020 година, не беа целосно исполнети. Во 2020 година УНАИДС постави поамбициозни цели 95-95-95 - за повторно да го оживее глобалниот одговор и за да го одржи на добар пат, со цел крај на епидемијата до 2030 година. УНАИДС проценува дека до денес, глобалниот одговор на третманот на ХИВ спасил над 80 милиони животи, а постојат дополнителни докази дека тој исто така довел до подобрувања во социоекономскиот просперитет и благосостојба.^(9,10)

Превенција од ХИВ

Максимален ефект на примарната превенција од ХИВ-инфекција на популацијата е невозможно да се постигне со користење на само еден метод. Пристапот до комбинации од постоечки (на пр. едукација, кондоми, вагинален прстен, доброволно машко медицинско обржување, ПЕП) и нови биомедицински превентивни технологии (на пр. орален ПрЕП, депо-формули), како и пристапот до интервенции за намалување на штетите од користење на дроги, се клучни за да се задоволи разновидниот опсег на индивидуални потреби. Од клучно значење се и нула толеранција за стигматизацијата и дискриминацијата на ЛЖХ.

Третман како превенција

Третманот како превенција останува столб на стратегиите за превенција од ХИВ. Научните студии од следењето на серодискординантни парови (едниот партнер е ХИВ+ а другиот ХИВ-), вклучувајќи хетеросексуални парови и парови кои се мажи кои имаат секс со мажи (МСМ), известуваат за повеќе од 100 000 случаи на незащитен сексуален однос без притоа да се детектира трансмисија на ХИВ-инфекција за тоа кога вирусното оптеретување (ВЛ) било недетектибилно или под 200 копии на мл.⁽³⁾ Во кохортата на пациенти со ХИВ-инфекција која се лекува на Универзитетската клиника за инфективни болести и фебрилни состојби во Скопје, не е регистрирана ниту една трансмисија на инфекцијата кај ХИВ-партнери кога ВЛ било недетектибилно или под 200 копии на мл. Студиите покажуваат дека вирусната супресија кај бремените жени го спречува вертикалниот пренос на инфекцијата, со што навремениот АРТ сега е камен-темелник на стратегиите за перинатална превенција.^(4,5) Осум жени од нашата кохорта кои се на редовна и навремено отпочната АРТ, родија ХИВ негативни деца.

Преекспозициска профилaksa (ПрЕП)

Испитувањата покажаа дека дневната орална ПрЕП со тенофовир дизо-проксил фумарат/емтрицитабин (TDF/

Фокусот на идните активности треба да биде насочен кон намалување на бројот на лица со недијагностицирана ХИВ-инфекција, планирање на потребите за антиретровирусна терапија за зголемен број дијагностицирани лица, континуирана поддршка и проширување на специјализираните програми за превенција и дестигматизирање

FTC) или тенофовир алафенамид/емтрицитабин (TAF/FTC) е 100% ефикасна во спречувањето на стекнување на ХИВ-инфекција кај различни популации.⁽⁵⁾ Студијата EPIC-NSW во Австралија ја покажа ефикасноста од воведувањето на орален ПрЕП во намалувањето на инциденцата на ХИВ на ниво на популацијата за 25%.⁽¹¹⁾ Од 200 клиенти кои се вклучени во Програмата на ПрЕП, која се спроведува во советувањето на Клиника за инфективни болести и фебрилни состојби во Скопје во соработка со граѓанската организација Заедно посилни - како претставници на заедницата, ниту еден не се стекнал со ХИВ-инфекција додека земал ПрЕП.⁽¹²⁾

Пристап до тестирање, превенција и лекување

Преку научни, социобиохевиорални истражувања се идентификувани

методи за справување со предизвиците за имплементација на ефикасни модели на ХИВ-тестирање. Услугите за ХИВ-тестирање, обично се во здравствени установи што може да претставува пречка за многу поединци да дојдат на тестирање. Најчесто, идентификувани пречки се патувањата, работни обврски, чекањето, грижа од обелоденување на ХИВ-статусот, непријателски настроени здравствени работници и соработници или стигмата, дискриминацијата, депресијата и употребата на супстанции. Можноста за самотестирање, тестирање достапно преку мобилни комбиња, телездравство и тестирање во состав на граѓанските организации кои се соодветно едуцирани и обучени за советување и тестирање на ХИВ, значително ги намалува бариерите за ХИВ тестирање. Ваквите пристапи се особено важни за маргинализираните популации кои се во најголем ризик од инфекција.^(6,7) Општите здравствени прегледи, посети на ургентни центри или рутинските посети на болниците се многу користени точки на контакт со здравствената заштита и се клучни можности за постигнување на навремено и универзално тестирање за ХИВ, но давателите на услуги честопати не размислуваат или имаат неподготвеност да понудат или дискутираат за ХИВ-тестирање во овие услови.⁽⁸⁾

Мерки за превенција на ХИВ со фокус на клучни засегнати популации во Република Северна Македонија се спроведуваат почнувајќи од средината на деведесеттите, додека од 2005 г. тие се дел од Програмата за заштита на населението од ХИВ-инфекција што ја носи Владата, а ја спроведува Министерството за здравство во партнерство со јавните здравствени установи и граѓански организации.

Најважните придобивки од мерките за превенција досега се - одржано ниско ниво на ХИВ-епидемија и одржана релативна контрола на ниво на државата. Со досегашните мерки е спречена епидемија и е одржана контрола на ХИВ меѓу лицата кои инјектираат дрога и е постигната контрола на епидемијата кај жените сексуални работнички.

Дополнителни придобивки од програмите за превенција на ХИВ меѓу клучни популации

Овие програми претставуваат единствени јавноздравствени мерки за контрола на сифилис и на други сексуално преносливи инфекции, овозможувајќи лесно дијагностицирање и лекување, со што се превенира ширење на сексуално преносливите инфекции.

Тие овозможуваат пристап до тешко достапни популации и увид во епидемиолошките трендови на ХИВ, како и на други крвно и сексуално преносливи инфекции: хепатит Б и Ц, сифилис, гонореа и хламидија – коишто инаку лесно би останале невидливи. Благодарение на Програмата за предескпозициска профилaksa (ПрЕП) во периодот 2021-2025 г. беа дијагностицирани и лекувани 28 случаи на сифилис. Раното откривање и лекување на сексуално преносливите инфекции спречува нивно пренесување и е клучно за елиминација на овие инфекции, во согласност со поставените цели на Светската здравствена организација за европскиот регион.

Намален опфат со превентивни мерки на ризичната популација

Загрижува фактот што опфатот на лица од клучните засегнати популации со мерки за превенција значи-

Табела 1. Преглед на вкупниот број опфатени лица со активностите за превенција во споредба со нивото на финансирање на ХИВ-превенцијата, 2019 - 2024

Година	Вкупен број лица од клучните популации опфатени со услугите за превенција	Предвидени средства за ХИВ-превенција меѓу клучните популации, во денари
2019	11.028	49,100,000.00
2020	9.768	46,720,000.00
2021	9.974	46,720,000.00
2022	9.332	31,040,000.00
2023	7.771	20,469,000.00
2024	7.453	20,080,000.00

телно опаѓа во последните неколку години. Ако во 2019 година со превенција биле опфатени 11.028 лица од клучните популации засегнати од ХИВ, во 2024 опфатот изнесувал 7.453, односно се намалување за една третина. Сосема очекувано, постои корелација меѓу намалувањето на опфатот и намалувањето на инвестициите во превенцијата.

Драстично опаднал и бројот на тестирања насочени кон пронаоѓање на недијагностицирани случаи на ХИВ во клучните засегнати групи. Ако во 2019 г. биле направени 2468 тестирања меѓу лица изложени на поголем ризик, во 2024 г. тој број изнесувал само 933.

Наспроти тоа, токму програмите за тестирање насочени кон клучните популации под ризик од ХИВ даваат

најголеми резултати во откривањето на лицата инфицирани со ХИВ кои не се свесни за својот ХИВ-позитивен статус, а помагаат и тие брзо да бидат поврзани со системот на здравствена заштита. Така, програмите насочени кон популацијата на мажи кои имаат секс со мажи во текот на 2024 г. помогнале да се дијагностицираат 8 лица со ХИВ со спроведени само 393 тестирања. Тоа претставува процент на позитивитет од 2%, што е околу 28 пати повисок од процентот на позитивитет на ХИВ-тестирањето во севкупниот јавен и приватен здравствен сектор.

Приоритети за националниот одговор кон ХИВ

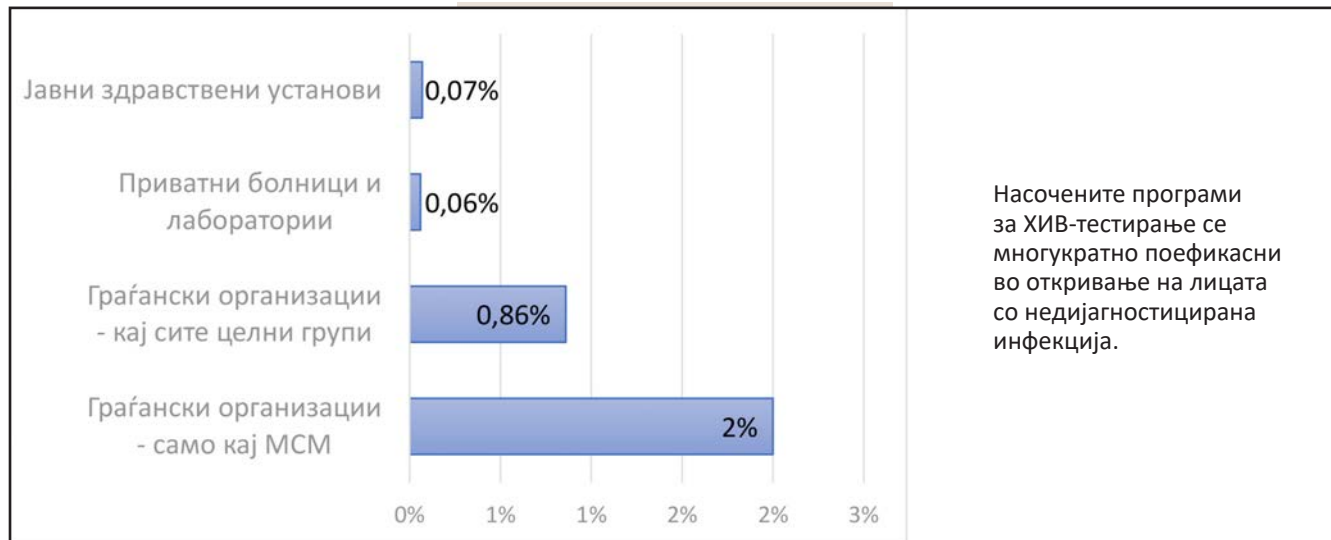
Врз основа на достапните информации, клучни приоритети за националниот одговор кон ХИВ во Северна Македонија се:

- Намалување на бројот на лица со недијагностицирана ХИВ-инфекција, преку инвестирање и проширување на програмите за тестирање насочени кон клучните засегнати групи, во соработка на јавните здравствени установи со граѓанскиот сектор;
- Внимателно планирање на потребите за антиретровирусна терапија за зголемен број дијагностицирани лица во следните 3 до 5 години;
- Континуирана поддршка и проширување на специјализираните програми за превенција на ХИВ насочени на клучните засегнати популации;

Табела 4. Процент на позитивитет во различни институции, сектори и насочени програми

Граѓански организации (кај сите целни групи заедно)	0,86 % (8/933)
Граѓански организации – само кај MSM	2 % (8/393)
Самотестирање кај MSM	1,2 % (2/167)
Предекспозициска профилaksa	4 % (2/50)
Клиника за инфективни болести – доброволно советување и тестирање	5,8 % (7/121)
Јавни и приватни здравствени установи	0,07 % (36/52.314)
Само јавни здравствени установи	0,07 % (25/34.497)
Само приватни болници и лаборатории	0,06 % 11/17.817)

График 3. Процент на позитивитет при ХИВ-тестирање во различни сектори во Македонија, 2024 г.
(процент на откриени случаи од бројот на направени тестови)



Насочените програми за ХИВ-тестирање се многукратно поефикасни во откривање на лицата со недијагностицирана инфекција.

- Дестигматизирање и нормализирање на ХИВ и ХИВ-тестирањето во општеството, преку едукација, јакнење на капацитетите за ХИВ и сексуално преносливите инфекции на сите нивоа на здравствена заштита.

Се проценува дека до крајот на 2023 г. во Северна Македонија живееле вкупно 620 (95% CI 577 – 682) лица со ХИВ. Притоа, само 71,4 % од нив биле дијагностицирани. Со други зборови, 3 од 10 лица кои живеат во Македонија не се свесни дека ја имаат инфекцијата. Овие проценки се направени во соработка помеѓу Институтот за јавно здравје и надворешни експерти, користејќи ја специјалната алатка за математичко моделирање на Европскиот центар за превенција и контрола на болестите.

Република Северна Македонија сè уште значително заостанува зад напредокот во дијагностицирањето на глобално ниво каде што процентот на дијагностицирани изнесувал 86 % на крајот на истата 2023 г. (односно 87 % на крајот на 2024 г.). Во последните 5 години (2020 - 2024) во Македонија се дијагностицирале во просек 44 случаи годишно, при што се забележува пораст во последните 2 години. За да го намали бројот на недијагностицирани лица – од каде што се генерираат и нови инфекции – неопходно е значително

да се зголеми бројот на нови дијагнози во што е можно пократок период. Намалувањето на бројот на лица кои не се свесни дека имаат ХИВ, ќе резултира со драстичен пад во бројот на новонастанати инфекции, бидејќи вирусот не може да се пренесе преку сексуален однос кога лицата со ХИВ примаат редовна терапија.

Во апсолутни бројки, проценките укажуваат дека во Северна Македонија има меѓу 100 и 250 недијагностицирани лица со ХИВ.

Клучни интервенции во националниот одговор кон ХИВ се ХИВ-тестирањето и насочените програми што ќе досегнат до лицата во ризик, а особено оние кои не се свесни за својата инфекција.

Глобалната цел на ниво на Обединетите нации до 2025 година:

- 95% од проценетиот вкупен број лица кои живеат со ХИВ да бидат дијагностицирани;
- 95% од дијагностицираните лица со ХИВ да примаат терапија;
- 95% од лицата на терапија да имаат целосна супресија на вирусот.

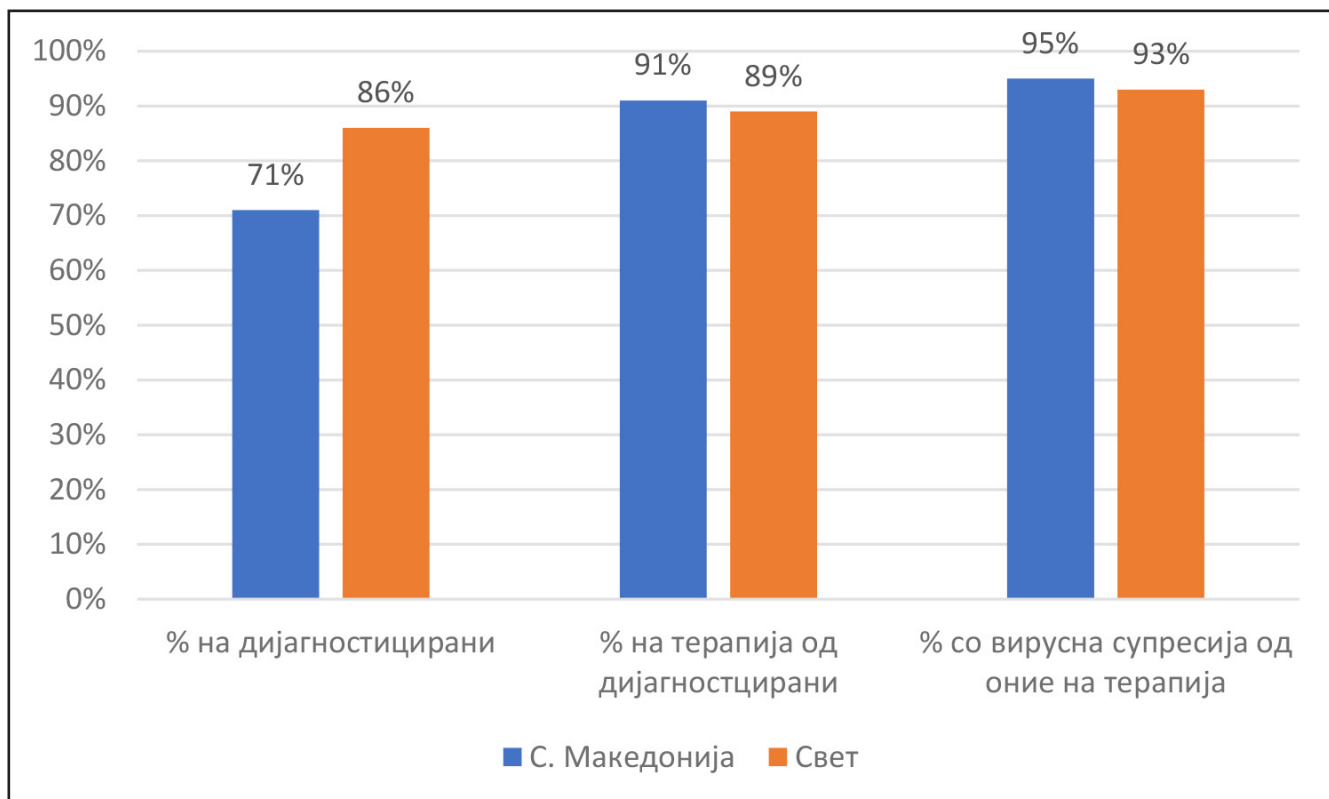
Постигнувањето на овие цели е предуслов за да може да се стави крај на епидемијата на ХИВ до 2030 година. ⁽¹⁾

Наспроти предизвикот со недоволното дијагностицирање, С. Македонија покажува успешност во другите стадиуми на справување со епидемијата, односно во поставувањето на пациентите на терапија и во одржувањето на висок процент на успешност на лекувањето.

Така, на крајот на 2023 г. 90,2 % од дијагностицираните лица примале антиретровирусна терапија која е достапна за сите лица кај кои се открива ХИВ-инфекцијата, а дури 95,1 % од оние кои примаат терапија имале целосно потиснат вирус во крвта. Потиснувањето на вирусот овозможува нормално функционирање на лицата со ХИВ, но истовремено го прави и невозможно неговото пренесување на други лица.

Големиот напредок во глобалниот одговор на ХИВ е постигнат благодарение на научно докажани, иновативни алатки во превенцијата и третманот и проширувањето на програмите за ХИВ низ целиот свет. Посакуваниот успех сè уште изостанува само поради нецелосната примена на програмите во различни делови од светот. Покрај политичката волја и поддршка, клучен елемент за постигнување на крајната цел, свет без ХИВ-инфекција, клучна улога има секој здравствен работник и соработник, добро обучена и посветена заедница преку граѓанскиот сектор.

График 2. Напредок кон целите 95-95-95 во С Македонија и во светот, 2023 г.
(95% дијагностицирани; 95% на терапија; 95% вирусна супресија)



Литература:

- UNAIDS. The path that ends AIDS: UNAIDS global AIDS update 2023. July 13, 2023. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2023/global-aids-update-2023> (accessed Oct 25, 2023).
- Dybul M, Attoye T, Baptiste S, et al. The case for an HIV cure and how to get there. *Lancet HIV* 2021; 8: e51–58.
- Godfrey-Faussett P, Frescura L, Abdool Karim Q, Clayton M, Ghys PD. HIV prevention for the next decade: appropriate, person centred, prioritised, effective, combination prevention. *PLoS Med* 2022; 19: e1004102.
- Lockman S, Brummel SS, Ziemba L, et al. Efficacy and safety of dolutegravir with emtricitabine and tenofovir alafenamide fumarate or tenofovir disoproxil fumarate, and efavirenz, emtricitabine, and tenofovir disoproxil fumarate HIV antiretroviral therapy regimens started in pregnancy (IMPAACT 2010/VESTED): a multicentre, open label, randomised, controlled, phase 3 trial. *Lancet* 2021; 397: 1276–92.
- Kintu K, Malaba TR, Nakibuka J, et al. Dolutegravir versus efavirenz in women starting HIV therapy in late pregnancy (DolPHIN-2): an open-label, randomised controlled trial. *Lancet HIV* 2020; 7: e332–39.
- Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet* 2019; 393: 2428–38.
- Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, et al. Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. *Lancet HIV* 2018; 5: e438–47.
- Grulich AE, Guy R, Amin J, et al. Population-level effectiveness of rapid, targeted, high-coverage roll-out of HIV pre-exposure prophylaxis in men who have sex with men: the EPIC-NSW prospective cohort study. *Lancet HIV* 2018; 5: e629–37.
- Thigpen MC, Kebaabetswe PM, Paxton LA, et al. Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *N Engl J Med* 2012; 367: 423–34.
- Fields EL, Thornton N, Huettner S, et al. Safe Spaces 4 Sexual Health: a status-neutral, mobile van, HIV/STI testing intervention using online outreach to reach MSM at high risk for HIV acquisition or transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2022; 90: S84–89.
- Songtaweasin WN, Kawichai S, Phanuphak N, et al. Youth-friendly services and a mobile phone application to promote adherence to pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men and transgender women at-risk for HIV in Thailand: a randomized control trial. *J Int AIDS Soc* 2020; 23 (suppl 5): e25564.
- Stevanovikj M, Senih A, Simeonovski V, Petreska B, Saveski V, Arsić E. Introduction of pre-exposure prophylaxis (PREP) for HIV in North Macedonia: Brief report on the demonstration project to determine feasibility and acceptability of PREP provision as part of the strengthening sexual health services <http://hdl.handle.net/20.500.12188/30240>

Подготви:

н.сop. д-р Милена Стевановиќ
ЈЗУ Универзитетска клиника за
инфективни болести и фебрилни
состојби

Фридрајхова атаксија – ретка невродегенеративна болест со прогресивен тек

д-р Кристина Милевска Николовска
Универзитетска клиника за неврологија-Скопје

Фридрајховата атаксија (Friedreich ataxia, FA) е ретка, наследна, прогресивна невродегенеративна болест и претставува најчеста форма на наследна атаксија [1]. Станува збор за автозомно рецесивно заболување кое најчесто започнува во детството или адолесценцијата [1, 4]. Името го добила по германскиот лекар Николаус Фридрајх, кој прв ја опишал оваа болест во 19 век. Иако клиничката слика доминантно го зафаќа нервниот систем, болеста има изразен мултисистемски карактер, со честа зафатеност на срцето и ендокриниот систем [2, 6]. Поради постепениот почеток и неспецифичните рани симптоми, пред поставување на точна дијагноза, пациентите често поминуваат низ долга дијагностичка одисеја.

Фридрајховата атаксија е предизвикана од мутација во FXN генот што се наоѓа на хромозомот 9 и е одговорен за синтеза на протеинот фратаксин [2, 4]. Недостатокот на фратаксин кај ФА директно влијае врз нарушување на клеточната хомеостаза на железото. Фратаксинот има клучна улога во регулирањето на внесот, складирањето и искористувањето на железото во митохондриите каде што тоа е неопходно за синтеза на железосулфурни кластери, важни за нормалното функционирање на ензимите вклучени во клеточното дишење [2, 3]. Кога нивото на фратаксин е намалено, железото не може соодветно да се вгради во овие биолошки процеси и почнува да се таложи во митохондриите.

Акумулираното железо учествува во реакции што доведуваат до зголемување на слободни радикали и изразен оксидативен стрес. Овој процес постепено ги оштетува митохондриите, го нарушува создавањето на енергија и води кон дегенерација и загуба на неврните, особено во дорзалните колумни на 'рбетниот мозок, спиноцеребеларните патишта, периферните нерви и церебеларните структури одговорни за координацијата и сензибилитетот [3]. На овој начин, нарушената регулација на железото претставува централна патофизиолошка врска помеѓу генетската мутација и клиничките манифестации на ФА.

Првите симптоми кај Фридрајховата атаксија најчесто се јавуваат во детството или раната адолесценција и се развиваат постепено [1]. Тие, обично, се поврзани со нарушување на однењето, при што пациентите покажуваат нестабилност, несигурност и потешкотии при одржување на рамнотежата. Одењето е на широка основа и неспретно, а пациентите често имаат проблеми при трчање, качување по скали или при нагли промени на правецот на движење. Со текот на времето, нарушувањето на координацијата прогресивно се влошува и ги зафаќа и горните екстремитети што се манифестира со потешкотии при изведување на прецизни движења, како пишување или закопчување копчиња.

Паралелно со моторните симптоми се јавуваат и говорни нарушувања во форма на дизартрија, при што говорот станува забавен, нејасен и скандиран. Чести се и нарушувањата на окуломоторната контрола, вклучувајќи нистагмус и тешкотии при фиксација на погледот. Кај поголем дел од пациентите се забележува губиток на длабоките тетивни рефлексии на долните екстремитети, како и нарушување на длабокиот сензибилитет што дополнително ја влошува стабилноста и координацијата [1, 3].

Со напредување на болеста се јавува прогресивна мускулна слабост и замор, а кај дел од пациентите се развиваат и деформитети на стапалата и 'рбетот, како што се pes cavus и сколиоза. Покрај невролошките манифестации, кај значаен број пациенти се јавуваат и екстраневролошки симптоми, особено од страна на срцето, во форма на хипертрофична кардиомиопатија која може да биде асимптоматска или да се манифестира со палпитации, диспнеа и срцева слабост [6]. Кај дел од пациентите се развива и дијабетес мелитус што укажува на мултисистемската природа на болеста [2]. Интелектуалните функции кај Фридрајховата атаксија најчесто остануваат зачувани.

Болеста има хроничен и прогресивен тек. Раниот почеток обично е поврзан со побрза прогресија и поизразена функционална инвалидност [5].

Дијагнозата се поставува врз основа на клиничката слика и невролошкиот преглед, а дефинитивно се потврдува со генетско тестирање [4]. Кардиолошката проценка, ендокринолошкиот скрининг и рехабилитациска евалуација се неопходен дел од севкупниот менаџмент.

Долг период третманот на Фридрајховата атаксија беше насочен исклучиво кон ублажување на симптомите и одржување на функционалната способност на пациентите, без можност за влијание врз природниот тек на болеста. Оваа парадигма се промени во 2023 г. кога беше одобрена првата болест-модифицирачка терапија – омавелоксолон. Станува збор за орален лек кој преку активација на Nrf2-сигналната патека го намалува оксидативниот стрес и ја подобрува митохондријалната функција што резултира со забавување на функционалното влошување кај пациентите со Фридрајхова атаксија, како што е покажано во клиничките студии [7].

Освен достапниот третман, за менаџмент на болеста потребен е и мултидисциплинарен пристап. Физикалната и рехабилитациската терапија имаат значајна улога во одржување на мобилноста и секојдневното функционирање, додека логопедската поддршка придонесува за подобра комуникација кај пациентите со говорни нарушувања. Поради честата кардиолошка зафатеност, неопходно е ре-

довно следење од страна на кардиолог, а навременото препознавање и лекување на ендокрините компликации, особено дијабетес мелитус, е составен дел од севкупниот третман. Кај дел од пациентите е потребна и ортопедска интервенција, како и психолошка поддршка, со цел справување со хроничната и прогресивна природа на болеста.

Во контекст на достапна болест-модифицирачка терапија, раното препознавање и навремената дијагноза на Фридрајховата атаксија добиваат особено значење, бидејќи овозможуваат порано започнување на третманот и потенцијално подобар функционален исход.

Заклучок

Фридрајховата атаксија е ретка, но клинички значајна болест со прогресивен и мултисистемски тек. Иако ја дијагностицираат невролозите, важно е и лекарите од примарната здравствена заштита, педијатрите, кардиолозите и интернистите да размислат за ова заболување кај млад пациент со прогресивна нестабилност, кардиолошки наод и фамилијарна анамнеза.

Подигнувањето на свесноста и раната генетска потврда овозможуваат подобро следење, навремена интервенција и посеопфатна грижа за пациентите.

Референци

1. Pandolfo M. Friedreich ataxia: the clinical picture. J Neurol. 2009;256(Suppl 1):3–8.
2. Delatycki MB, Bidichandani SI. Friedreich ataxia—pathogenesis and implications for therapies. Neurobiol Dis. 2019;132:104606.
3. Koeppen AH, Mazurkiewicz JE. Friedreich ataxia: neuropathology revised. J Neuropathol Exp Neurol. 2013;72(2):78–90.
4. Lynch DR, Farmer JM, Balcer LJ, Wilson RB. Friedreich ataxia: effects of genetic understanding on clinical evaluation and therapy. Arch Neurol. 2002;59(5):743–747.
5. Tsou AY, Paulsen EK, Lagedrost SJ, et al. Mortality in Friedreich ataxia. J Neurol Sci. 2011;307(1–2):46–49.
6. Weidemann F, Rummey C, Bijnens B, et al. The heart in Friedreich ataxia. Circulation. 2012;125(13):1626–1634.
7. Lynch DR, Chin MP, Delatycki MB, et al. Safety and efficacy of omaveloxolone in Friedreich ataxia (MOXIe Study). Ann Neurol. 2021;89(2):212–225.

ПРОМЕНЕТЕ ЈА ПРИКАЗНАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ СО ФРИДРАЈХОВА АТАКСИЈА (ФА)

SKYCLARYSSM
(omaveloxolone) 50 mg
tablets

Скарлет,
пациент на
SKYCLARYSSM

Прв третман кој помага во забавување на прогресијата на ФА – и помага во одржување на функционалноста^{1, 2}

SKYCLARYSSM е индициран за третман на Фридрајхова атаксија кај возрасни и адолесценти на возраст од 16 години и постари.¹

▼ Овој лек е предмет на дополнително следење. Ова ќе овозможи брзо идентификување на нови информации за безбедноста. Од здравствените работници се бара да пријават било какви сомнителни несакани дејства.

Литература: 1. Skyclarys 36ири извештај за осцибитите на лекот 2. Lynch DR, Chin MP, Delatycki MB, et al. Safety and Efficacy of Omaveloxolone in Friedreich Ataxia (MOXIe Study). Ann Neurol. 2021;89(2):212–225.

Датум на добивање на одобрение за ставање во промет: октомври 2023.

Датум на припрема: февруари 2026.

САМО ЗА СТРУЧНА ЈАВНОСТ

Начин на издавање: Лекот може да се издава само со лекарски рецепт.

МК-SKY-0226-0011 Медис Македонија ДООЕЛ Скопје.

Науч. Научновски Борче 50/2-11, 1000 Скопје, РСМ

SKYCLARYS SmPC



MEDIS Therapeutics

15 години Центар за семејна медицина при Медицинскиот факултет - Скопје

Центарот создаде култура на знаење, хуманост и професионална зрелост

Развојот на Центарот за семејна медицина претставува пример за успешно воспоставување, институционализација и унапредување на современа академска и клиничка дисциплина. Преку петнаесетгодишна континуирана работа, Центарот изгради системски структури, методолошки иновации и професионални стандарди кои оставија траен белег врз примарната здравствена заштита во Република Северна Македонија.

Во рамките на својата основна мисија, Центарот се стреми да обезбеди висококвалитетна и континуирана едукација на студенти, специјализанти и матични лекари, со цел подготовка на генерации компетентни и одговорни семејни лекари. Визијата е создавање здравствен кадар способен да одговори на комплексноста на современата медицинска практика, да ги следи научните текови и да обезбеди интегриран и сеопфатен пристап насочен кон пациентот и заедницата.

Развојот на Центарот за семејна медицина при Медицинскиот факултет – Скопје претставува процес кој опфаќа систематско планирање, меѓународна соработка и силна институционална поддршка. Центарот се издигна како резултат на националните здравствени реформи и стремежот за усогласување со европските стандарди во примарната здравствена заштита.

Образовно-едукативната дејност претставува суштински сегмент од мисијата и функцијата на Центарот за семејна медицина. Од своето формирање до денес, Центарот развива интегриран модел на медицинска едукација кој ги опфаќа додиплом-



ската и постдипломската настава, како и континуираниот професионален развој на матичните лекари. Овој модел се темели на современи педагошки принципи, развој на клинички компетенции и усогласување со највисоките европски стандарди. Особено значајна беше соработката со Катедрата по семејна медицина – Љубљана, чиј долгогодишен опит беше пренесен во поглед на примената на современи техники на учење, особено во едукацијата на студентите и специјализантите под менторство на обучени едукатори во амбулантски услови.

Со реакредитацијата на студиската програма, која стапува во сила од академската 2026/2027 година, семејната медицина се зајакнува со вкупно 6 ЕКТС кредити. Новата структура предвидува рана експозиција на студентите кон примарната здравствена заштита уште во првата годи-

на, преку 30 часа клиничка пракса насочена кон развивање основни комуникациски вештини со пациентите. Главниот наставен блок, со вредност од 5 ЕКТС кредити, се реализира во шестата година и вклучува 30 часа предавања и семинари, 30 часа едукација со симулација за ургентни состојби во примарната здравствена заштита и 90 часа практична работа во амбуланта на семеен лекар. Преку ваквиот модел на постепена клиничка интеграција, студентите развиваат цврста основа на професионални вештини неопходни за стекнување на звањето доктор по медицина.

Значајна улога во осовременувањето на едукативните техники имаа двата Еразмус+ проекти, реализирани како резултат на плодна соработка со Здравствениот дом Љубљана, директорката Антонија Поплас Сушиќ и проф. д-р Залика Клеменц Кетиш, раководител на Ин-

ститутот за истражување и развој на примарната здравствена заштита (IRROZ). Првиот проект, TRANSSIMED – Пренесување на симулацијата во медицината (2022–2025) и вториот проект, EQUAL-Health – Подобрување на квалитетот на примарната здравствена заштита во Југоисточна Европа преку стандардизација на работата и модели за континуирана обука (2025–2028), овозможуваат значително зајакнување на капацитетите на Центарот во областа на иновативната едукација.

Учеството во овие проекти придонесе за развој и примена на едукација со симулација и користење на виртуелна реалност како методи на учење, кои се интегрирани во додипломската, постдипломската и континуираната медицинска едукација на здравствениот кадар во примарната здравствена заштита. Овие активности се насочени кон воспоставување стандардизиран пристап во третманот на пациентите и зголемување на безбедноста на пациентите.

Основната цел на проектот TRANSSIMED беше воспоставување одржлив систем за едукација со симулација во примарната здравствена заштита, со цел унапредување на компетенциите на здравствените работници преку безбеден, структуриран и на докази базиран пристап. Проектот овозможи развој и усовршување на клиничките вештини во средина каде грешките претставуваат можност за учење, како и зајакнување на критичкото размислување, комуникацијата и тимската работа, клучни за ефективно донесување одлуки и координација при ургентни состојби. Крајната цел беше подобрување на безбедноста на пациентите во примарната здравствена заштита.

Во рамките на проектот, Центарот за семејна медицина доби симулациска едукативна опрема во вредност од 40.000 евра и обучи 18 меѓународно сертифицирани инструктори за едукација со симулација. Инструкторите развија четири едукативни модули за ургентни состојби: основно одржување на живот кај возрасни, напредно одржување на живот, педијатриско одржување на живот со користење педијатриска лента, како и модул за ефективна комуникација со загрижен родител и



управување со пациент со анафилактичен шок. Во текот на проектот беа организирани 216 работилници, а инструкторите активно учествуваа со едукативни сесии на 16 национални и 13 меѓународни конгреси. Вкупно беа обучени 6.115 здравствени професионалци.

Дополнително, сите студенти од шеста година поминаа еднодневна едукација со симулација, со што симулациската настава стана интегрален дел од додипломската едукација по семејна медицина.

Од ноември 2025 година започнува реализацијата на новиот Еразмус+ проект EQUAL-Health, во кој носител е проф. д-р Залика Клеменц Кетиш од Здравствениот дом Љубљана, а партнери се Центарот за семејна медицина при Медицинскиот факултет – Скопје, Медицинскиот факултет за медицински сестри од Измир, Турција и Асоцијацијата на општи и семејни лекари од Југоисточна Европа. Целта на проектот е воспоставување рамка за правична и економична хибридна обука, насочена кон едукација на здравствените работници, пред сè медицинските сестри, за примена на Манчестерските протоколи за тријажа во примарната здравствена заштита. Со тоа ќе се обезбеди стандардизирана и квалитетна грижа за пациентите, ќе се зголеми нивната безбедност и ќе се намали ризикот од несакани инциденти, особено во руралните и помалите средини каде пристапот до повисоки нивоа на здравствена заштита е ограничен.

Во изминатите петнаесет години, Центарот за семејна медицина при

Во рамките на јубилејната прослава, проф. д-р Катарина Ставриќ, раководител на Центарот од неговото основање и шеф на Катедрата по семејна медицина, подготви Монографија посветена на 15-годишниот развој на Центарот за семејна медицина (2010–2025). Монографијата претставува сведоштво за изминатиот пат, вложениот труд и визионерскиот пристап на сите кои учествувале во развојот на Центарот, како и поттик за идните генерации здравствени професионалци да го продолжат овој процес со истата посветеност, одговорност и истрајност.

Медицинскиот факултет – Скопје создаде повеќе од институционална структура – создаде култура на знаење, хуманост и професионална зрелост. Од првите чекори исполнети со ентузијазам и визија, до денешната позиција на стабилност, кредибилитет и меѓународно признание, Центарот се изгради како значаен столб на современиот здравствен систем. Визијата што беше водилка овие петнаесет години продолжува да биде патоказ за силна, модерна и хумана семејна медицина која ќе остане двигател на подобро здравје и подобра иднина за секој поединец и за општеството во целина.

Подготви:

проф. д-р Катарина Ставриќ,
раководител на Центарот
за семејна медицина



Врз основа на чл.6 од Правилникот за стручен надзор над стручната работа на здравствените установи и здравствените работници, а по претходно добиена согласност од Министерството за здравство бр.10-36/2 од 20.01.2026 год, Лекарската комора на РСМ го објавува усвоениот годишен план за спроведување на редовен стручен надзор за 2026 год.

Распоред на здравствените установи во кои ќе се врши стручен надзор:

Стручен надзор на здравствени ординаци за 2026	
Период	
01.01-31.04.2026	ПЗУ „Д-р Стојан Маролов“ - Штип ЈЗУ Универзитетска клиника по хируршки болести „Св. Наум Охридски“ Скопје ЈЗУ Институт за белодробни заболувања кај децата Козле ПЗУ „Д-р Мери“ - Скопје
01.05-31.08.2026	ЈЗУ Клиничка болница „Трифун Пановски“ - Битола ПЗУ „Гинекомама“ - Скопје ЈЗУ Градска општа болница „8 Септември“ - Скопје ПЗУ „Хаџи Николов“ - Гевгелија
01.09-31.12.2026	ПЗУ „Тео Медика“ - Куманово ПЗУ Поликлиника Д. МЕД Медикал - Скопје ЈЗУ Универзитетска клиника за урологија - Скопје ЈЗУ Општа болница Гостивар

 **Xerdoxo**[®]

10, 15, 20 mg

rivaroxaban

со соопшвено клиничко искуство

резултати студија
GUARDIAN¹

КОГА КВАЛИТЕТОТ ЈА ПРАТИ ЕФИКАСНОСТА



КЛИНИЧКИ
ДОКАЖАНО

Ефикасноста, безбедноста и толерабилноста на ривароксабан на KRKA се дополнително потврдени во реална клиничка пракса – во студијата GUARDIAN¹

**ПОТВРДЕНА
ЕФИКАСНОСТ**

СТАПКА НА СИМПТОМАТСКИ
ТРОМБОЕМБОЛИЧНИ
НАСТАНИ

<1%

**ПОТВРДЕНА
БЕЗБЕДНОСТ**

СТАПКА НА
ГОЛЕМИ
КРВАРЕЊА

<1%

**ПОТВРДЕНА
ТОЛЕРАБИЛНОСТ**

ПРОЦЕНТ НА ЗАДОВОЛНИ
ПАЦИЕНТИ ОД
ТРЕТМАНОТ СО XERDOXO[®]

98%

Референца:

¹ Rivaroxaban real world effectiveness in patients with atrial fibrillation (GUARDIAN) [internet]. EMA RWD Catalogues 2025 [cited 19.12.2025], available at: <https://catalogues.ema.europa.eu/node/4773/administrative-details>
Rivaroxaban real world effectiveness in patients with atrial fibrillation (GUARDIAN) | HMA-EMA Catalogues of real-world data sources and studies.

НАМЕНЕТО САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ.

Скенирајте го кодот за пристап кон збирниот извештај на лекот Xerdoxo.



Xerdoxo 10mg



Xerdoxo 15mg



Xerdoxo 20mg

 **KRKA**

Панична атака кај возрасна жена

Клиничко сценарио: К. С. е 27-годишна жена, немажена службеничка во голема фирма. Дојдена е со пријателка во ургентна амбуланта заради појава на напад со група тегоби што многу ја вознемириле. На лекарот му кажува дека го шетала кучето, кога одне-надеж почувствувала дека се препотува, иако надвор не било топло, што ѝ станало чудно, а веднаш потоа срцето почнало силно да ѝ чука - мислела дека ќе ѝ „експлодира во градите“. Имала и тешкотии во дишењето и почувствувала силен, необјаснив страв. Нозете ѝ биле толку слаби, што мислела дека не може да оди, целото тело ѝ се тресело, а шаките и устата почнале да ѝ трпнат. Целата епизода траела неколку минути, но таа секоја секунда ја чувствувала како еден час. Мислела дека има срцев напад и дека ќе умре, а во исто време се прашувала да не полудува. Не можела да го објасни нападот, ниту да најде причина зошто се јавил така одеднаш.

Во ургентното одделение направиле испитувања: основни биохемиски тестови, ЕКГ и тропонин во крвта, но сите тестови биле во нормалните граници. Сфатена е како панична атака и препорачано е да консултира клинички психолог.

К. С. била незадоволна и убедена дека нешто не е во ред со нејзиното срце. Ја загрижувала можноста од идни напади и смрт како последица од нив. За да ги намали и да ги контролира симптомите, почнала да ги избегнува сите ситуации во кои веќе доживеала напад. Секогаш со неа бил мобилниот телефон за да побара помош. Не посетувала непознати места, претпочитала да биде со доверливи пријатели. Не можела да си го објасни изворот на стравот, но знаела дека има страв од појава на нападите. Постојано внимавала на работата на срцето и пулсот, на сензациите од градите, левата рака и прстите. Три недели после првиот напад, сепак решила да се јави кај клиничкиот психолог, бидејќи во меѓувреме имала уште неколку слични епизоди. Психологот ги дијагностицирал нејзините тегоби како панично растројство (ПР).

Која од подолу наведените изјави не е точна:

1. Паничната атака се јавува без очигледна причина, но понекогаш може да претходат специфични знаци или тригери;
2. Паничното растројство засега повеќе жени, отколку мажи, во однос околу 2:1;
3. Паничното растројство не е поврзано со зголемен кардиоваскуларен ризик;
4. Симптомите на паничното растројство може да се разликуваат кај различни култури.

Повеќето современи кохортни студии и мета-анализи покажуваат дека ПР е поврзано со релативно зголемување од околу 30 – 50% на ризикот од коронарна срцева болест, миокарден инфаркт, срцеви аритмии и композитни кардиоваскуларни мајорни несакани настани. Апсолутниот ризик е низок, особено кај помлади пациенти без традиционални фактори на ризик. Доказите за зголемен кардиоваскуларен

Одговор: Постојат конзистентни докази дека ПР е поврзано со зголемен кардиоваскуларен ризик.



морталитет се послаби и неконзистентни. Паничното растројство засега повеќе жени, отколку мажи, во однос околу 2:1. Под најголем ризик се помлади возрасни лица (<50 години) со ПР не затоа што ја имаат доживотно дијагнозата ПР, туку поради чести панични напади, како и поединци со коморбидитети: депресија, пушење, дебелина, хипертензија или седентарен начин на живот.

ПР и паничните напади се два од најчестите проблеми што се среќаваат во психијатријата. ПР е различен ентитет од паничните напади, иако се карактеризира со повторливи, неочекувани панични напади. Паничните напади се дефинирани како „ненадеен бран на интензивен страв или непријатност“ што достигнува врв за неколку минути и е придружен со четири или повеќе од специфичен сет на физички симптоми: палпитации, тахикардија, потење, треперење или тресење, чувство на отежнато дишење или задушување, чувство на гушење, болка или непријатност во градите, гадење или абдоменална болка, чувство на вртоглавица, нестабилност, зашеметеност или несвестица, треска или чувство на топлина, парестезии, дереализација или деперсонализација, страв од губење на контрола или „полудување“ и страв од умирање. Карактеристично за ПР е што нападите се случуваат без предупредување и честопати нема специфичен предизвикувач за нападот.

Причината за паничните напади не се знае, но се смета дека улога имаат: генетиката, голем стрес, темперамент што е поосетлив на стрес и склон кон негативни емоции и некои промени во начинот на кој функционираат некои делови од мозокот. Некои истражувачи сугерираат дека во паничните напади за телото е вклучен природниот одговор за одбрана или бегство („fight-or-flight“ одговор) при опасност. Истите симптоми што се јавуваат како инстинктивна реакција на те-

лото, кога се соочуваме со непосредна реална опасност, се јавуваат и кај паничните напади, но не се знае зошто се јавуваат кога нема очигледна опасност.

Патофизиолошките механизми на поврзаност меѓу ПР и зголемениот кардиоваскуларен ризик не се сосем разјаснети, но некои се сметаат за веројатни:

1. Механизми поврзани со автономната дисрегулација,
2. Механизми поврзани со биологијата на стресот,
3. Индиректни патишта преку механизми поврзани со начинот на живот и однесувањето.

Денес, постојат веродостојни епидемиолошки докази и консензус меѓу истражувачите дека ПР придонесува за зголемен кардиоваскуларен ризик. Големи опсервационски и кохортни студии, генерално, покажуваат скромно но статистички значајно зголемување на ризикот кај лица со ПР, во споредба со контролната група. Една голема британска кохорта покажа дека ПР/паничните напади се поврзани со поголема инциденца на миокарден инфаркт и коронарна срцева болест, особено кај лица помлади од 50 години, но без значително зголемување на смртноста. Кај постарите лица не се покажала повисока стапка на миокарден инфаркт. И систематските метаанализи покажуваат дека ПР е независно поврзано со инцидентна коронарна срцева болест и со мајорни несакани срцеви настани, иако не можеле да се исклучат реверзната каузалност и хетерогеноста. Во голема проспективна кохорта на 3369, генерално здрави жени во постменопауза, паничните напади биле релативно чести и независно поврзани со околу 3 – 4 пати поголем ризик од последователни кардиоваскуларни настани, во период од околу пет години, дури и по прилагодување за традиционалните фактори на ризик.

Околу прашањето за тоа дали ПР е директна причина или е маркер на зголемен кардиоваскуларен ризик се водат многу дебати. Податоците за зголемен кардиоваскуларен ризик кај пациентите со ПР се често конфликтни што се должи на повеќе причини:

1. Постоене на збунувачки варијабли: депресијата, пушењето и метаболичните фактори на ризик објаснуваат дел, но не и целата поврзаност помеѓу кардиоваскуларниот ризик и ПР;
2. Реверзна каузалност: раната или супклиничката коронарна срцева болест може да се манифестира со симптоми што се слични на манифестациите кај паничната атака;

3. Преклопување на симптомите: болката во градите и палпитациите може да доведат до дијагностичка погрешна класификација во некои бази на податоци;
4. Хетерогеност на исходите: може да варираат во зависност од возраста, полот, времетраењето на следењето и од степенот на прилагодување на варијаблите.

За разлика од поранешните сфаќања дека ПР не е поврзано со зголемен кардиоваскуларен ризик, денес се смета дека тој треба да биде земен предвид во клиничката пракса. Клиничките импликации на оваа асоцираност се повеќеслојни. Лекарите кои се вклучени во здравствената грижа на овие болни треба да обрнат внимание на следното:

- Да не ги отфрлаат срцевите симптоми кај пациенти со ПР, особено ако тие се атипични за атака на паника или се, ако се јавуваат при напор;
- Да избегнуваат прекумерно тестирање, откако со разумен обем на испитувања ќе биде исклучена срцева болест. Клучно во клиничкиот пристап е разубедувањето на пациентите и внимателното следење;
- Треба да го проценат глобалниот кардиоваскуларен ризик, а не само ПР изолирано;
- Активно да го третираат ПР (когнитивно-бихејвиорална терапија КБТ ± фармакотерапија) за да се подобри автономната рамнотежа, да се поттикне поздрав начин на живот и на однесување и со тоа да се намалат повторуваните итни презентации на болеста и лекарски интервенции;
- Да знаат дека ПР конзистентно не го зголемува кардиоваскуларниот морталитет и изгледа дека не дава висок краткорочен ризик кај инаку здрави поединци.

Паничното растројство јасно е дека е поврзано со мало, но клинички значајно зголемување на кардиоваскуларните настани, особено кај помлади пациенти, кај оние со чести напади на паника и оние со коморбидни фактори на ризик. Кај лекарите тоа треба да поттикне внимателна проценка на кардиоваскуларниот ризик, но без алармантност, и да ја зајакне и поттикне интегрираната грижа за менталното и физичкото здравје.

ПР не треба да се смета како еквивалент на традиционалните кардиоваскуларни ризик фактори (како хипертензија, дијабетес, пушење). Најдобро е на него да не се гледа како на каузален фактор, туку како на модификатор на ризикот и како на маркер за стрес.

Библиографија

1. Cackovic C, Nazir S, Marwaha R. Panic Disorder. StatPearls Publishing; Jan-2024.
2. Caldirola D et al. Is there cardiac risk in panic disorder? An updated systematic review. The Journal of Affective Disorders 2016;194, p 38-49. doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.003
3. Katon WJ. Clinical practice. Panic disorder. N Engl J Med 2006 Jun 2; 354:2360.
4. Ohi K et al. Clinical features and genetic mechanisms of anxiety, fear, and avoidance: A comprehensive review of five anxiety disorders. Mol Psychiatry 30, 4928–4936 (2025). https://doi.org/10.1038/s41380-025-03155-1
5. Santos M et al. Hippocampal hyperexcitability underlies enhanced fear memories in TgNTRK3, a panic disorder mouse model. J Neurosci. 2013 Sep 18;33(38):15259-71.
6. Smoller JW et al. Panic Attacks and Risk of Incident Cardiovascular Events Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative Observational Study. Arch Gen Psychiatry. 2007;64(10):1153–1160. doi:10.1001/archpsyc.64.10.1153
7. Tully PJ et al. Panic disorder and incident coronary heart disease: a systematic review and meta-regression in 1131612 persons and 58111 cardiac events. Psychol Med. 2015 Oct;45(14):2909-20. doi: 10.1017/S0033291715000963.
8. Walters K et al. Panic disorder and risk of new onset coronary heart disease, acute myocardial infarction, and cardiac mortality: cohort study using the general practice research database. Eur Heart J. 2008 Dec;29(24):2981-8. doi: 10.1093/eurheartj/ehn477.

ДАЛИ ОДРЕДЕНИ ЛЕКОВИ ЗА ДИЈАБЕТЕС ГО ЗГОЛЕМУВААТ РИЗИКОТ ОД ДЕПРЕСИЈА?

Возрасните пациенти со тип 2 дијабетес (T2D) кои започнале и континуирано користат GLP-1 рецепторни агонисти (RAs) се соочуваат со поголем ризик да развијат депресија во текот на 2,5 години за разлика од оние кои континуирано употребуваат на SGLT2 инхибитори или сулфонилуреа (SU).

Оваа ретроспективна кохортна студија го споредила ризикот од инцидентна депресија кај возрасни со T2D кои употребувале една од четирите различни класи на лекови за намалување на гликозата (GLP-1 RAs, SGLT2 инхибитори, DPP4 инхибитори и SU). Истражувачите споредиле шест испитувања: GLP-1 RAs vs SGLT2 инхибитори, GLP-1 RAs vs DPP4 инхибитори, GLP-1 RAs vs SU, SGLT2 инхибитори vs DPPGLT2 инхибитори, DPPGLT2, инхибитори наспроти SU.

Големината на групата се движела од 54.773 до 227.414 и вклучувала пациенти на возраст од ≥ 18 години кои примале лек помеѓу јануари 2014 г. и декември 2022 г. кои немале дијагноза на депресија 2 години пред почетокот на T2D лекувањето. Примарниот исход бил времето до дијагнозата на депресија во рок од 2,5 години по започнувањето на T2D лекот.

Употреба на GLP-1 RA била поврзана со поголем ризик за инцидентна депресија отколку таа со SGLT2 (разлика во ризик [RD]=1,0%; 95% CI, 0,6%-1,4%) и употреба на SU (RD=1,8%; 95% CI, 1,3%-2,4). Употребата на SGLT2 била поврзана со помал ризик за инцидентна депресија отколку таа со инхибитори на DPP4 (RD=-0,7%; 95% CI, -1,2% до -0,2%). Континуираната употреба на GLP 1 RAs и DPP4 инхибитори покажала најголем ризик за инцидентна депресија, проследена со SU, додека инхибиторите SGLT2 имале најмал ризик. По корекцијата на различните информации за дијагнозите, процедурите, лековите, лабораториските резултати и виталните знаци, само споредбата помеѓу GLP-1 RA и SGLT2 инхибитори-

те била значајна, при што употребата на GLP-1 RA била поврзана со поголем ризик за инцидентна депресија отколку употребата на SGLT2 инхибитори.

Diabetes Obes Metab.
2026;28(3):2215-2226. doi: 10.1111/
dom.70415

ГУБЕЊЕ НА ТЕЖИНА КАЈ ПОСТАРИ ВОЗРАСНИ: ДАЛИ ПОВЕЌЕ ПРОТЕИНИ МОЖЕ ДА ГИ ЗАШТИТАТ КОСКИТЕ?

Кај постарите лица со прекумерна тежина или дебелина кои имале интервенција за губење на тежината, оние со поголем внес на протеини имале зголемена јачина на коските на колкот, но не и промена во коскената густина со текот на времето. Поголемото губење на тежината било поврзано со губење на коскената густина во текот на 18 месеци.

Истражувачите спровеле двојно слепо рандомизирано испитување за да испитаат дали поголем внес на протеини може да го заштити здравјето на коските на колкот при намерно губење на тежината и тоа кај 187 постари лица (на возраст од 65 - 85 години) со прекумерна тежина или дебелина.

Учесниците во ова иследување биле регрутирани помеѓу 2017 и 2020 година, а следени до 2022 година - 172 учесници имале КТ-скенови на колкот (средна возраст, 71,5 години; 66% жени). Сите учесници биле на 6-месечна програма за слабеење и аеробни вежби, проследена со 12-месечна фаза на одржување на тежината. Учесниците биле распоредени во група со внес на протеини (0,8 g/kg/ден) или групи со повисок внес на протеини од 1,2 g/kg/ден, за само шест месеци или за цели 18 месеци.

Коскената минерална густина (bone mineral density, BMD), дебелината на кортикалната и проценетата јачина на коските, биле измерени со помош на КТ и скенови за коскена густина на почетокот, како и на шест и 18 месеци. Примарниот исход бил 18-месечната промена во вкупната волуметриска BMD и дебелината на кортикалната кора на бедрената коска.

Учесниците изгубиле просечно 8% од телесната тежина за шест месеци, без забележани значајни разлики помеѓу протеинските групи и задржале просечно 5% губење на тежината за 18 месеци. По шест месеци, учесниците со повисок внес на протеини во текот на сите 18 месеци имале поголемо зголемување на проценетата јачина на коските на колкот од оние со препорачаниот внес на протеини (3,8% наспроти 0,5%; $p=0,02$), но ова изгубило значење по статистичка корекција, па разликите меѓу групите не биле значајни по 18 месеци.

Поголемото губење на тежината било поврзано со поголемо зголемување на јачината на коските на колкот на 6 месеци (Spearman-овиот коефициент на корелација -0,24; $p = .007$) како и со поголемо губење на трабекуларната волуметриска BMD на колкот на 18 месеци (Spearman-овиот коефициент на корелација, 0,24; $p=0.01$).

Ова рандомизирано контролирано испитување покажа дека суплементацијата на протеини ја подобрува јачината на коските на колкот за време на калориско ограничување и интервенција со аеробни вежби.

Osteoporos Int. 2026. doi: 10.1007/
s00198-026-07845-6.

ВИДЕОПРЕВЕДУВАЧИТЕ ЈА ПОДОБРУВААТ ГРИЖАТА КАЈ НАГЛУВИТЕ ПАЦИЕНТИ

Пациентите со наглувост пријавиле подобрувања во некои аспекти на комуникацијата со нивните лекари кога преведувач на знаковен јазик се приклучил на личната посета во живо, преку видео.

Истражувачите спровеле рандомизирано клиничко испитување за да проценат дали интервенцијата која вклучува преведувач на знаковен јазик преку видео ја подобрува комуникацијата помеѓу пациентите со наглувост и нивните лекари. Интервенцијата вклучила преведувач во живо преку Zoom кој посредувал во комуникацијата за време на личните рутински превентивни посети во период од 14 месеци, почнувајќи од август 2023 го-

дина. Во истражувањето биле вклучени 210 возрасни (средна возраст, 42 години; 58,6% жени) од Општа болница во Богота, Колумбија. Сите пациенти користеле колумбиски знаковен јазик.

Пациентите биле доделени или во интервентната група ($n = 108$) со помош на преведувач или во контролна група ($n=102$) без преведувач. Контролната група се потпираше на стандардни комуникациски методи како што се толкување од страна на пациентот, земање белешки, читање од усни или користење слики. Примарниот исход бил квалитетот на комуникацијата пријавен од пациентот, измерен веднаш по посетата со помош на скала од 13 прашања (комуникација лекар - пациент за оценување на аспектите како што се слушање, разбирање, јасност, емпатија, комплетноста на информациите и вклученост во донесувањето одлуки).

Пациентите во интервентната група имале поголема веројатност да пријават дека биле охрабрани да се изразат ($OR=1,90$; $p = 0,02$) и вклучени во донесување на одлука за сопственото лекување ($OR=2,49$; $P < .001$) од оние во контролната група.

Групите не се разликувале значајно во оценките за слушање, трпеливост, јасност на објаснувањата, уверување, разбирање или во тоа дали нивните грижи биле разгледани. Оценките за емпатија, објаснувањето на предностите/недостатоците од третманот и довербата во лекарот биле повисоки во интервентната група, но разликите во оценките меѓу групите не достигнале статистичка значајност.

Наодите сугерираат дека некои предуслови, како на пример вклучување на нивоата на писменост кај наглувите лица, обука, надзор и обезбедување квалитет за преведувачите и решавањето на инфраструктурните бариери како што се пристапот до уреди и доверливото поврзување на интернет, мора да се исполнат за VRI технологијата [video remote interpreting, далечинско толкување на видеото] за да го постигне своето планирано влијание.

JAMA Netw Open.

2026;9(2):e2557189. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.57189.

ОКОЛУ ЕДЕН ОД 15 ПОСТАРИ ПАЦИЕНТИ ПРИМААТ ВИСОКОРИЗИЧНИ ЛЕКОВИ

Анализата на над 16 милиони прегледи извршени во одделот за итна помош (emergency medicine, EM) откри дека околу еден од 15 (6,5%) постари лица добиле потенцијално несоодветни лекови (ПНЛ). Стапките на препишување се намалуваат со напредувањето на возраста - од 8,3% кај пациентите на возраст од 65 - 74 години на 1,8% кај оние на возраст од 95 години или постари. Релаксанти на скелетните мускули и антихистаминици, од првата генерација, најчесто биле препишувани високоризични лекови.

Истражувачите спровеле анализа на просек од 8.838.252 пациенти (16.130.160 средби со EM; средна возраст на пациентите, 76 години; 57,3% жени) од јануари 2023 до мај 2025 година. Примарниот исход бил препишување на ПНЛ од класи на лекови, според препораките за безбедност на лекови за итни случаи на гериатрија (GEMS-Rx) при испуштање на EM, со исклучок на лековите дадени за време на посетата.

Препишувањето на ПНЛ се случило во 6,5% од средбите, опаѓајќи постојано со возраста од 8,3% кај пациентите на возраст од 65 - 74 години до 1,8% кај оние на возраст од 95 години или постари. Релаксанти на скелетните мускули најчесто биле препишувани ПНЛ (3,7% од средбите), а потоа антихистаминиците од првата генерација (2,1% од средбите). Најчесто препишувани лекови биле метокарбамол (1,9% од средбите), циклобензаприн (1,6% од средбите) и меклизин (1,2% од средбите).

Лекарите по интерна медицина треба да бидат свесни за овој извор на високоризични рецепти кои налагаат големо внимание за време на транзициите на нега од EM. JAMA Intern Med. 2026;10.1001/jamainternmed.2025.7883.

doi: 10.1001/

jamainternmed.2025.7883.

СТРАТЕГИЈАТА ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА ПРЕЕКЛАМПСИЈА ПАЃА ВО СТУДИЈАТА ЗА ГОЛЕМА ШВЕДСКА ПОПУЛАЦИЈА

Методот на Фондацијата за фетална медицина (The Fetal Medicine Foundation, FMF) за рана проценка на разикот и профилакса со аспирин не покажа значително намалување на предвремената прееклампсија во студија на шведска популација од 61.840 породувања, со тенденција кон зголемени стапки на терминална прееклампсија.

Ретроспективна кохортна студија заснована на население опфатила 61.840 породувања од пет акушерски болници во југоисточна Шведска, помеѓу 2012 и 2022 година. Учесниците биле на возраст од ≥ 18 години. Процената на ризикот била спроведена помеѓу 11+0 и 13+6 недели од бременоста, при што лицата со висок ризик ($> 1:100$) примале 150 мг дневно аспирин до 36+0 гестациска недела.

Имплементацијата на методот FMF не покажала значително намалување на предвремената прееклампсија ($OR=1,13$; 95% CI, 0,9-1,5). Истражувачите забележале тенденција кон зголемени стапки на терминална прееклампсија ($OR=1,14$; 95% CI, 1,00-1,30). Методот на Фондацијата за фетална медицина имал успешна имплементација кај повеќе од 85% од бремената популација.

За да се оцени ефикасноста на профилаксата со аспирин кај поединци идентификувани како високоризични, според методот FMF, се потребни дополнителни студии засновани на популација со пристап по протокол.

Am J Obstet Gynecol.

2026;234(2):570-578. doi: 10.1016/j.ajog.2025.10.028.

Изборот го направи

проф. Елизабета Б. Мукаетова-Ладинска

Во кардиологијата не постои индивидуален успех

Во овој број на Vox Medici ја раскажуваме приказната на д-р Игор Балевски кој во потрагата по стручно усовршување и знаење својата професионална кариера ја гради во Словенија. По специјализацијата по интерна медицина, продолжува како кардиолог и интервентната кардиологија станува негово поле на посебен интерес.

Д-р Балевски зборува за предизвиците во дијаспората, револуцијата во третманот на срцето и потребата од постоење македонска национална стратегија за справување со кардиоваскуларните заболувања

Поминаа повеќе од две децении откако ја напуштивте Македонија. Кој беше клучниот момент или мотив кој Ве однесе во Словенија на почетокот на Вашата кариера?

Главен мотив за заминување во Словенија пред сè беше желбата за квалитетна и темелна професионална едукација. Во тој период од мојата кариера, приоритетот ми беше да ги надградам своите знаења во центри кои нудат врвна медицинска пракса. Својот пат го започнав на Универзитетскиот клинички центар во Љубљана,

каде што како стипендист се фокусирав на ехокардиографијата, вклучувајќи и напредни техники како трансезофагалната ехокардиографија. Желбата за понатамошно усовршување подоцна ме однесе во Универзитетска клиника Марибор, каде што под менторство на прим. д-р Војко Каниќ се посветив на интервентната кардиологија. Професионализмот и амбицијата на мојот ментор ми овозможија извонредни услови за учење кои максимално се трудеа да ги искористам.

Одлично бев прифатен од колегите. Иако мојата примарна едукација беше во кардиологијата, од клучно значење за мојот развој беше времето поминато на интервентна радиологија. Соработката со високоедуцирани колеги и нивната експертиза за интервентни процедури на целото тело ми овозможија да стекнам широка основа и специфични вештини што беа пресудни за мојот понатамошен професионален пат.

Со какви професионални и лични предизвици се соочивте при адаптацијата во словенечкиот здравствен систем? Колку беше тешко да се докажете во средина која важи за исклучително дисциплинирана и напредна? Дали сега интеграцијата е полесна во споредба со порано?

Секое заминување во странство неминовно носи со себе низа предизвици. Уште на самиот почеток бев свесен дека како поединец кој влегува во нов систем ќе се соочам со процесот на докажување во средина каде што правилата и структурата се поставени на поинаков начин. Сепак, морам да истакнам дека во тој период словенечкиот здравствен систем во својата основа имаше одредени сличности со македонскиот, што во голема мера ја олесни мојата професионална транзиција.

Од аспект на професионално докажување и едукација, не се соочив со поголеми потешкотии. Бев исклучително добро прифатен од колегите, а поддршката од мојот раководител и ментор беше клучна за мојата брза интеграција. Административните процедури и процесот на добивање на потребната документација се одвиваа ефикасно, што ми овозможи целосно да се посветам на работата и усовршувањето.

Најголемиот предизвик, всушност,

не беше од професионална, туку од лична природа. Носталгијата кон Македонија, а особено кон Охрид, беше и останува најтешкиот сегмент од животот во странство. Одвојувањето од домот, семејството и децата бара огромна жртва и посебен вид психолошки ангажман. Иако во професионалните кругови сум целосно интегриран, чувството дека сте странец е факт кој секогаш е присутен во позадина. Сепак, кога имате јасна цел и соодветна поддршка во работната средина, патот до успехот е многу поизвесен. Носталгијата е онаа емоција која и по повеќе од две децении останува како постојан придружник на мојот пат.

Кое е Вашето поле на потесен интерес, што сметате за најважни успеси и кога би направиле ретроспектива, кои се најголемите разлики во медицинската едукација и пристапот кон пациентот меѓу Македонија и Словенија?

По основна едукација сум интернист – специјалист по интерна медицина, а по супспецијалност кардиолог. Се занимавам со интервентна и неинтервентна кардиологија. Посебен интерес ми е интервентната кардиологија, особено комплексните коронарни лезии, како и третманот на патологија на аортниот залисток. Во моментот се едуцирам за митралниот залисток и оваа година започнуваме со интервенции и во таа област.

Едукацијата во Словенија е континуирана и практично задолжителна. Кадарот што излегува од системот е високо едуциран – од општа медицина до специјалисти и супспецијалисти, кои по завршувањето на образованието се подготвени за самостојна работа. Кога станува збор за успеси, тешко е самиот да зборува за тоа – тоа нека го кажат другите. Ако нешто може да се смета за успех, тоа е бројот на изведени процедури и фактот што во одредени сегменти од интервентната кардиологија сме и центар за едукација. Успехот е секогаш тимски. Во кардиологијата не постои индивидуален успех – тоа секогаш го нагласувам.

Интервентната кардиологија доживеа револуција во последните 20 години. Кои технологии или процедури, според Вас, најмногу го променија животот на пациентите (на пр. TAVI, комплексни коронарни интервенции)?

Интервентната кардиологија направи огромен напредок во последните децении, особено од 1977 година со првата балон-дилатација на коронарните артерии, а подоцна и со воведувањето на првиот стент. Тоа донесе драстична промена во начинот на лекување, квалитетот и должината на животот. Од 2002 година започнаа процедурите за аортна стеноза – TAVI (транскатетерска имплантација на аортен залисток), без отворање на градниот кош. Оваа метода драматично го подобри преживувањето и квалитетот на животот кај пациентите, особено затоа што аортната стеноза е најчеста валвуларна мана кај возрасната популација.

Паралелно, напредок има и во кардиохирургијата, како и во дијагностиката – ехокардиографијата, магнетната резонанца и компјутерската томографија на срце. Денес, дијагностиката е на ниво на клетка и речиси е невозможно да не се постави точна дијагноза. Процедурите се побрзи, поедноставни и пократки, а пациентот често може да си замине дома истиот ден.

Во интервентната кардиологија нема втора шанса за прв впечаток – таму одлуката мора да биде брза, а раката мирна. Како се справувате со стресот во моментите кога секунди одлучуваат за човечки живот?

Секоја гранка на медицината носи ризик, бидејќи се работи за човечки живот. Не е тоа само кај кардиологијата. Со ризикот се справуваме преку континуирана работа, учење и веж-



бање. Друг начин не постои. Оваа професија мора да се работи со љубов секој ден. По 15 – 20 години интензивна работа и голем број процедури, стануваш добар оператор, но тоа не доаѓа преку ноќ и не може без тимска работа. Кога има тим, учење и добар дух, успехот е траен, а пациентите задоволни. Нашата работа е да им го продолжиме и подобриме квалитетот на животот.

Словенија има одлични резултати во третманот на акутен миокарден инфаркт. Што е она што македонскиот систем би можел да го

„препише“ од словенечкиот модел на организираност?

Точно е дека Словенија има одлични резултати во преживувањето по TAVI - процедури и во бројот на трансплантации на срце. Сепак, не треба да се заборава дека Македонија пред повеќе од 30 години, во одредени сегменти, беше и понапред од Словенија – особено во лекувањето на акутен коронарен синдром. Македонија беше меѓу првите земји во Европа што започна со примарна PCI - интервенција на коронарните артерии. Разликата е во тоа што Словенија го зачува и континуирано го надградуваше поранешниот југословенски систем, додека кај нас тоа не се случи.

Денес, нашата цел треба да биде токму тоа – да го вратиме системот, да го зајакнеме и да го адаптираме според нашите реални можности. Тоа може да се постигне само со квалитетна едукација, континуирана работа и со минимално политичко влијание. Политиката мора да постои, но не смее да биде водечки фактор во медицината. Македонија нема потреба да се споредува со други држави – потребно е да изгради сопствен, функционален систем, прилагоден на нашата големина, начин на живот и ресурси.

Министерството за здравство неодамна го објави електронскиот модул насловен „Лекари од дијаспората“,



кој е насочен кон тоа да ги привлече докторите кои живеат и работат во странство да се вклучат и во нашиот здравствен систем. Мислите ли дека ова ќе најде на позитивен одзив?

Сметам дека е добро што се прават обиди за вклучување на лекарите од дијаспората и го поддржувам тоа. Сепак, не сум голем оптимист. Имавме сличен обид и порано – се пријавивме како екипа од Марибор, заедно со шефот и директорот, со цел да спроведеме едукација во Македонија (Битола, потоа Охрид). Сè беше договорено, но од одредени причини процесот наеднаш беше прекинат. Менталитетот игра голема улога – не е лесно кога некој „од странство“ доаѓа да едуцира. Секако, повторно ќе се пријавам на конкурс и ќе се вклучам, како и претходно. Но, искуството покажува дека досегашните обиди за системска едукација не биле успешни, најчесто поради политички влијанија. Додека политиката не се тргне од медицината, напредокот ќе биде многу тежок.

Мое мислење е дека е подобро да се создадат услови младите и амбициозни лекари од Македонија да одат на едукација во странство.

Македонија располага со три сериозни и добро етаблирани кардиохируршки центри, како и со повеќе висококвалитетни центри за интервентна кардиологија. Тоа е силна основа. Со јасна национална стратегија, подобра меѓусебна координација и функционална поврзаност помеѓу институциите, целиот систем може да функционира многу поефикасно. Убеден сум дека со континуирана работа и професионална соработка, Македонија има реален потенцијал за релативно краток период да се позиционира високо на европската мапа на кардиоваскуларната медицина.

Што е она што најмногу Ви недостига од Македонија, а што е она



што секогаш го носите со себе како македонски печат преку Вашата работа во Словенија?

Од Македонија ми недостига сè: семејството, роднините, природата, храната и македонскиот дух. Сепак, во Словенија не се чувствувам како странец. Прифатен сум таков каков што сум – Македонец, што не значи

дека сум „послаб“ Словенец. Напротив, работам професионално и сè што знам пренесувам со максимална одговорност. Двете земји се слични – по големина, менталитет, начин на живот и култура. Јазикот е сличен, луѓето се блиски. Не е исто како да си во Германија или Франција. Во Словенија имам колеги со кои сум живеел и работел со години. Душата ми е во Охрид и Македонија, а домот ми е исто таму. Но, имам и убав дом во Словенија каде што живеам квалитетен живот со сопругата. Најважно ми е што Словенија ми овозможи слобода – да бидам подвижен, да одам каде што сакам и кога сакам. Таа рамнотежа ме прави среќен и ми дава уште поголема мотивација за работа и учење.

- **Мисла водилка:** Секогаш да направам сè најдобро за пациентот, како да е мој татко или мајка.
- **Омилено место за одмор:** Охрид, со семејството – особено со внуката Миа.
- **Најдобар совет од мојот ментор и шеф:** „Гледај три чекори напред и не барај совршен резултат“. И сè уште ми го повторува тоа.
- **За медицината:** Медицината не е само моја професија – таа е мојот живот.

Лекарите во очите на јавноста: Промена на перцепциите за нивната улога

Докторите повеќе не се далечни фигури во бели мантили - тие се партнери во здравството, застапници за благосостојбата на заедницата и комуникатори во сè повеќе дигиталната средина

Лекарите отсекогаш биле еден од најважните и највлијателните членови на општеството. Од античките времиња, тие играат клучна улога во одржувањето на јавното здравје, во обезбедувањето медицински услуги и помагањето на луѓето да преживеат болести или повреди. Познато е дека до пред неколку децении кај нас се велеше дека најценетите и најважните луѓе во заедницата се докторот, учителот и попот. Тие биле примери - модели на улоги во општеството со кои луѓето би сакале да се идентификуваат, луѓе кои имаат квалитети што би сакале да ги поседуваат и/или се на позиции што би сакале да ги постигнат.

Но, во последните неколку децении јавната перцепција за улогата на лекарите во заедницата значително се промени, обликувана од културните, технолошките и системските промени во здравствената заштита и заедницата, воопшто.

Во текот на изминатите неколку децении, перцепцијата за лекарите еволуираше и од почитувани авторитетни личности се измени во доверливи партнери и застапници - нивната улога се прошири надвор од лекувањето и сега вклучува едукација, превенција, застапување на интересите на заедницата и дигитален ангажман.

Лекарите повеќе не се далечни фигури во бели мантили - тие се партнери во здравството, застапници за благосостојбата на заедницата и комуникатори во сè повеќе дигиталната средина. Јавните очекувања се поместија од послушност кон соработка, нагласувајќи ја човечката поврзаност пред хиерархијата.

Од авторитетни личности до соработнички партнери

До пред неколку децении, во 20-от век, лекарите честопати се сметаа за несомнени авторитети - личности со висок статус чија експертиза обично не беше оспорувана. Нивниот авторитет ретко бил доведуван во прашање, а нивниот збор носел морална и социјална

тежина. Пациентите во голема мерка ги следеа упатствата без многу дискусија. Денес, во 21-от век, со порастот на правата на пациентите, пристапот до медицински информации преку интернет и демократизацијата на знаењето, се преобликува динамиката на односот лекар - пациент. Денешните пациенти очекуваат емпатија и заедничко донесување одлуки, очекуваат да бидат информирани и вклучени во грижата за сопственото здравје. Односот лекар - пациент стана една вид на соработка и се базира на комуникација, а не на патернализам.

Поголема транспарентност и одговорност

Со подемот на интернетот, пациентите лено можат да пристапат до медицинските информации. Ова направи лекарите да бидат поодговорни, бидејќи пациентите честопати ги истражуваат своите симптоми или опциите за третман пред да го закажат прегледот кај докторот. Транспарентноста за грешките, етиката и медицинските трошоци сега се јавно очекување, а не бонус.

Проширена улога надвор од лекарската ординација

Лекарите сè повеќе се сметаат не само за исцелители, туку и за застапници на јавното здравје, едукатори и лица со влијание врз политиката. За време на пандемијата ковид - 19, лекарите презедоа улоги во јавната комуникација, справувајќи се со дезинформациите и на тој начин влијаејќи на однесувањето на заедницата - нешто што ја зголеми свеста за нивната општествена вредност.

Промена на нивото на доверба

Иако лекарите се сè уште меѓу најдоверливите професии, довербата стана поусловна. Скандалите, комерцијализацијата на здравствената заштита и нееднаквостите во пристапот до неа, доведоа до тоа дел од заедницата да ја доведува во прашање институционалната медицина. Довербата денес не зависи само од стручните квалификации и квалитети на докторите, туку многу зависи и од тоа колку се присутни транспарентноста, емпатијата и добрата комуникација.

ВЛИЈАНИЕ НА ТЕХНОЛОГИЈАТА И СОЦИЈАЛНИТЕ МЕДИУМИ

Телемедицината, вештачката интелигенција и дигиталните здравствени алатки го променија начинот на кој пациентите комуницираат со лекарите. Напредната технологија, честопати правејќи ја грижата подостапна, во исто време ја прави помалку лична. Многу лекари сега се поврзуваат со јавноста и преку социјалните медиуми, дејствувајќи како инфлуенсери - влијателни лица - или како едукатори, што ги замаглува традиционалните професионални граници на нивното делување.

Фокус на менталното здравје и холистичката грижа

Постои растечко признавање дека лекарите играат улога и во менталната и во емоционалната состојба и општата благосостојба на заедницата, а не само по однос на физичкото здравје. Општеството сè повеќе очекува лекарите да им пристапуваат на пациентите како целина, интегрирајќи ги и социјалните детерминанти на здравјето во здравствената грижа.

Лекарите како членови на поголеми тимови

Современото здравство ја нагласува мултидисциплинарната тимска работа - медицинските сестри, фармацевтите, терапевтите и другите здравствени работници заедно ги делат одговорностите што некогаш првенствено ги држеле лекарите. Овој пристап ја промени перцепцијата од докторот како „осамен херој“ во некој кој е дел од колаборативен систем.

ВЛИЈАНИЕ НА ПРИВАТНИОТ ЖИВОТ НА ЛЕКАРИТЕ ВРЗ ЈАВНАТА ПЕРЦЕПЦИЈА

Приватниот живот на лекарите може длабоко да влијае на тоа како јавноста ги перцепира, особено затоа што медицината носи силни етички, морални и социјални очекувања. Во текот на изминатите неколку децении, границата помеѓу професионалниот и приватниот идентитет на лекарот станува сè понејасна, главно поради медиумите, социјалните мрежи и променливите општествени норми. Ова влијание може да се анализира од неколку перспективи:

Традиционален поглед: Докторот како морален пример

Историски гледано, од лекарите секогаш се очекувало да живеат според високи морални и општествени стандарди, и внатре и надвор од ординацијата. Нивно то приватно однесување - семеен живот, трезвеност, манири, па дури и облекување - се сметале како одраз на нивниот професионален интегритет. На јавната перцепција влијаел секој морален неуспех (на пр., неверство, злоупотреба на супстанции или скандал). Сето тоа се сметало за некомпатибилно со улогата на доверлив исцелител. Основната идеја била: „Ако лекарот не може да управува со сопствениот живот, како може да се грижи за другите?“

Модерен пресврт: Признавање на човечкото во нив

Во последните децении, општеството почна повеќе да разбира дека лекарите се исто така и човечки суштества со приватни борби, емоции и несовершености.

Дискусиите за ефектите на нивната професија врз нивното ментално здравје, за „прегорувањето“ на работата и за рамнотежата помеѓу работата и приватниот живот, го омекнаа стариот идеал за „беспрекорен доктор“. Пациентите денес може дури поблиску да се поврзат со лекарите кои се отворени за личните предизвици (на пр. анксиозност, родителство или стрес), гледајќи ги како автентични и емпатични.

Приватниот живот на лекарите и улога на медиумите и социјалните мрежи

Интернетот го направи приватниот живот на лекарите многу повидлив и поранлив на јавниот надзор. Позитивните ефекти од ова се поврзани со тоа што некои лекари ги користат социјалните медиуми за да ја хуманизираат својата професија, споделувајќи лични сознанија или застапувајќи се за благосостојба, со што ја градат јавната доверба. Но, има и негативни ефекти кои произлегуваат од преголемата изложеност, контроверзните мислења или од несоодветните содржини, што може брзо да го оштети нивниот кредибилитет, особено кога објавите се во спротивност со медицинската етика (на пр., исмејување на пациентите, промовирање на непроверени третмани или вклучување во партиски дебати).

Двојниот стандард на очекувања

Општеството често ги обврзува лекарите да имаат построги морални стандарди отколку другите професионалци. Адвокати или бизнисмени може лесно да закрепнат од приватен скандал, но лекарот ризикува да биде професионално оцрнет, дури и ако проблемот нема никаква врска со неговата докторска вештина. Полот, исто така, може да игра улога - докторките честопати построго се осудуваат за личните избори отколку нивните машки колеги (на пр., за начинот на живот, родителството, изгледот ...)

Кога приватниот живот станува јавна грижа

Некои приватни однесувања имаат директни етички импликации:

- Злоупотребата на супстанции покренува загриженост за безбедноста на пациентите и за професионалната компетентност.
- Финансиските злоупотреби или неприфатливите односи со фармацевтски компании, може да ја еродираат јавната доверба за докторската непристрасност.
- Романтична или сексуална злоупотреба честопати води до сериозни дисциплински мерки и долгорочна штета врз угледот. Во такви случаи, јавниот надзор не е само морален - тој е поврзан со професионалната одговорност.

Автентичниот професионалец - идеалот што се појавува

Современата јавност има тенденција да ги цени лекарите кои се и компетентни и реални - оние кои ја признаваат ранливоста без да ја компромитираат професионалноста. Транспарентноста, понизноста и самосвеста сè повеќе се сметаат за етички предности, а не за слабости. На пример, лекар кој отворено зборува за надминување на “прегорувањето” на работа или лекар кој дискутира за неговите предизвици со менталното здравје, всушност може да ја зголеми довербата, покажувајќи посветеност и на личната благосостојба и на благосостојбата на пациентот.



Во суштина, јавноста некогаш очекуваше лекарите да бидат морални модели на углед, но денес тие сè повеќе се прифаќаат како сложени човечки суштества - сè додека нивните приватни избори не ја загрозуваат професионалната етика или јавната безбедност.

Еволуцијата на јавната перцепција кон лекарите открива поширока културна трансформација: од слепо почитување до промислена доверба.

ЈАВНАТА ПЕРЦЕПЦИЈА ЗА ЛЕКАРИТЕ КАКО ПОЛИТИЧАРИ

Фасцинантен и комплексен агол на гледање е кога се анализира јавната перцепција за лекарите кои влегуваат во политиката (или дејствуваат како политички фигури). Таа отсекогаш била мешана, обликувана од доверба, очекувања за професионализам и од ставовите на јавноста кон моќта која ја носи политиката и докторската професија. Таа перцепција може да се одвива како генерално позитивна, но исто така на неа може да се гледа со скепса.

Општо земено, позитивно: Лекарите се перцепираат како доверливи и етички исправни личности

Постои висока почетна доверба, бидејќи лекарите постојано се рангираат меѓу најдоверливите професии, честопати далеку над политичарите. Кога лекар влегува во политиката, оваа репутација за интегритет, интелигенција и служење на заедницата му дава кредибилитет. На нивното влегување во политиката се гледа како на нешто мотивирано од желба да ѝ се служи на заедницата, а не од амбиција. Многу луѓе претпоставуваат дека лекарите во политиката се водени од вистинска желба за подобрување на јавното здравје или на здравствениот систем, а не од личен интерес. Исто така, се смета дека е важна експертизата во политиката поради нивното искуство од прва рака со здравствените проблеми, болниците и пациентите, што ги прави вредни и важни за обликувањето на здравствената и социјална политика.

Но, исто така на тоа може да се гледа со скепса: Лекарите треба да се држат до медицината

Еден дел од јавноста смета дека лекарите треба да се фокусираат на лекување, а не на управување. Постои едно трајно верување дека политиката е „валкана“ и дека влегувањето во неа може да го компромитира моралниот интегритет на лекарот. Кога лекарите заземаат силни политички позиции - особено партиски - тие може да ја изгубат својата аура на неутралност, а тоа може да ја поткопа јавната доверба во нивната медицинска проценка. Критичарите, исто така, тврдат дека да се биде добар лекар не мора да значи дека некој ќе биде добар креатор на политики - вештините како дипломатија, преговарање и економска стратегија, се различни од медицинската експертиза.

Ера / гледна точка	Јавно очекување	Влијание на приватниот живот врз перцепцијата
Традиционална (20-ти век)	Морална совршеност, самоконтрола	Приватните неуспеси се сметаат за професионални недостатоци
Модерна (21-ви век)	Хуманост, автентичност, рамнотежа	Личната транспарентност може да изгради емпатија и доверба
Ера на социјалните медиуми	Професионализам онлајн и офлајн	Преголемата експозиција или контроверзност можат да му наштетат на кредибилитетот
Етички проблеми	Одговорност и безбедност	Директна врска помеѓу приватното однесување и професионалната доверба



Историски и културни варијации

Во некои земји (на пр. Индија, Филипини, делови од Африка), лекарите кои влегуваат во политиката често се сметаат за заштитници на народот, особено во заедниците каде што е лош пристапот до здравствената заштита. Во западните демократии, перцепциите се поподелени - лекарите може да бидат почитувани поради нивното знаење, но исто така на нив се гледа со скепса ако се премногу блиску до политичките партии или ако имаат контроверзни агенди.

Ефектот на ковид - 19

За време на пандемијата, многу лекари зазедоа јавни или политички ставови за вакцините, карантинот и за политиката за јавното здравје, замаглувајќи ги линиите помеѓу медицината и политиката. На некои им се восхитуваа како на кажувачи на вистината и застапници на општиот интерес, додека други се соочија со негативни реакции затоа што се сметаше дека се премногу политички обоени или дека се премногу усогласени со владините наративи.

Кој е идеалниот доктор - политичар

Тоа е докторот како застапник на политиката, а не политичар. Сè повеќе, јавноста ги поддржува лекарите кои влијаат врз политиката преку застапување, наместо да се кандидираат за функција. Луѓето имаат тенденција да го поздрават вклучувањето на лекарите во советнички улоги, во комисии и во здравствени реформи, но може да се спротивстават на тоа и да ги сметаат за кариерни политичари.

Накратко, јавната перцепција за лекарите како политичари е двојна и нијансирана: Почитувани се поради експертизата и интегритетот, особено кога се залагаат за подобри здравствени политики, но во нив не се има доверба или се критикувани кога делуваат партиски настроени, барајќи моќ или кога се одвоени од етичките идеали на медицината.

Подолу се наброени неколку примери на доктори - политичари од реалниот свет, од различни региони, за да се покаже како општествата ги перцепираат лекарите кои влегуваат во политиката и како тие перцепции варираат во зависност од контекстот, културата и политичката клима:

1. **Ben Carson** (САД) е светски познат неврохирург кој влегол во политиката и се кандидирал за претседател на САД во 2016 година, а подоцна бил министер за домување и урбан развој.

Позитивна јавна перцепција: Многумина се восхитувале на неговата интелигенција, понизност и инспиративна лична приказна, гледајќи го како симбол на успех и напорна работа.

Негативна јавна перцепција: Се доведувала во прашање неговата соодветност за политичка функција, забележувајќи дека медицинската експертиза не секогаш се преведува во способност за креирање политики, особено во немедицински области како што е домувањето.

Генерално: Тој се смета за брилијантен, но политички неискусен - добар пример за тоа како професионалниот престиж не гарантира политички кредибилитет.

2. **Д-р Harsh Vardhan** (Индија) е ОРЛ - хирург кој станал министер за здравство на Индија, водејќи ги националните напори за имунизација и одговор на пандемијата.

Позитивна јавна перцепција: Широко бил почитуван како компетентен и од науката воден политичар. Особено бил почитуван за неговите рани иницијативи за јавно-то здравје (како кампањата Пулс полио).

Негативна јавна перцепција: Се соочил со критики за време на ковид - 19 заради политичкото поврзување со владејачката партија, за што некои сметале дека ја компромитира неговата научна неутралност.

Генерално: перцепиран е како личност на која може да ѝ се верува, која се смета за модел за лекар кој успешно ги комбинира медицинското знаење со политичката одговорност.

3. **Д-р Willie Ong** (Филипини) е кардиолог и медиумска личност кој станал популарен по тоа што нудел бесплатни медицински совети преку интернет. Подоцна се кандидирал за Сенатот и за функцијата потпретседател.

Позитивна јавна перцепција: Се сметал за личност лесно пристапна и сочувствителна, претставувајќи ги обичните граѓани, а не елитите.

Негативна јавна перцепција: Некои се сомневале во неговата политичка сила, сметајќи го за преголем идеалист и неискусен во политичкото маневрирање.

Генерално: Бил омилен застапник за јавното здравје кој ја доближил медицината до луѓето, дури иако не бил традиционален политичар.

4. **Д-р Philippa Whitford** (Обединето Кралство) е хирург, специјалист за болести на дојката, која станала пратеник во Парламентот на Шкотската национална партија.

Позитивна јавна перцепција: Била почитувана поради основаната експертиза, особено за прашања поврзани со Националната здравствена служба и здравството; често била пофалувана за јасните објаснувања на сложените политики.

Негативна јавна перцепција: Критичарите ѝ забележувале дека тешко ја одржува медицинската непристрасност кога ја поддржувала партиската кауза (шкотската независност).

Генерално: Се сметала за кредибилен, добронамерен глас во здравствените политики.

5. **Д-р Denis Mukwege** (Демократска Република Конго). Гинеколог, добитник на Нобелова награда за мир и застапник на жртвите на сексуално насилство; подоцна вклучен во дискусиите за националните реформи.

Позитивна јавна перцепција: Универзално почитуван поради неговата морална храброст и хуманитарно лидерство.

Негативна јавна перцепција: Кога почнал да зборува за владините реформи, некои тоа го сметале за „премногу политички обоено“ и стравувале дека тоа ќе го развојени неговиот хуманитарен имиџ.

Генерално: Прво го сметале за морален лидер, а потоа за политички актер. Почитуван повеќе поради неговите вредностите, а не поради политичката амбиција.



Накратко, на лекарите во политиката им се восхитуваат кога остануваат верни на хуманитарните идеали и го користат својот медицински увид за општествено добро, но се критикуваат кога се партиски настроени, водени од моќ или кога се надвор од контакт со обичните граѓани.

Како приватниот живот на лекарот влијае врз неговиот политички кредибилитет или подобност да биде избран?

Оваа врска помеѓу приватниот живот на лекарот и неговиот политички кредибилитет отвора многу прашања, бидејќи кога лекарите влегуваат во политиката, јавноста често очекува двоен стандард на доблест, тие мора да живеат според медицинската етика и политичкиот мо-

рал. Овие очекувања меѓусебно се поврзуваат, а приватниот живот особено ја обликува перцепцијата на јавноста за лекарите - политичари.

Докторот - политичар е „морален хибрид“

Доктор кој влегува во политиката носи двоен идентитет: како исцелител, симболизирајќи сочувство, алтруизам и доверба, и како политичар, фигура која често се поврзува (праведно или не) со амбиција, манипулација и личен интерес. Поради ова, нивниот приватен живот станува морален тест за тоа дали тие остануваат исцелители во срцето - или станале „само уште еден политичар“. На пример, кога д-р Ben Carson влегол во американската политика, многумина се восхитувале на неговиот интегритет и верско потекло, додека други се прашувале дали неговите лични религиозни и политички ставови се во согласност со непристрасноста што се очекува од лекар.

Контрола и „премија за чистота“

Општеството има тенденција да ги оценува докторите - политичари посторого отколку обичните лекари или кариерните политичари. Зошто? Бидејќи медицинската професија е вкоренета во доверба, доверливост и служење, додека политиката често се смета за себична и разорна. Така, од докторот кој станува политичар се очекува да „остане чист“, неговото лично однесување мора да остане беспрекорно, како да е чувар и на моралот и на науката. Дури и мали лични контроверзии, како финансиски проблеми, семејни спорови или забелешки на социјалните медиуми, можат да ја засенат нивната порака за јавното здравје, бидејќи се чини дека ги предаваат моралните очекувања поврзани со медицината.

Автентичност наспроти совршенство

Во современото медиумско опкружување, автентичноста понекогаш може да биде поважна од совршенството. Доктор - политичар кој ги признава личните борби или отворено зборува за семејство, стресот или етичките дилеми, може да се смета за искрен и со него јавноста може да се поистовести. Сепак, ова функционира само ако личното откривање е во согласност со нивните јавни вредности (на пр., понизност, служба на заедницата...). Лицемерието - проповедање морал додека се однесува поинаку - е особено штетно бидејќи го нарушува и медицинскиот интегритет и политичкиот кредибилитет. На пример, доктор - политичар кој се залага за јавното здравје или за подобра социјална заштита, може да се соочи со сериозни реакции кога ќе биде виден на раскошни забави или во егзотични летувалишта/зимовалишта.

Родови и културни очекувања

Жените докторки - политичарки честопати се соочуваат со уште постороги морални очекувања за семејниот живот, изгледот и личното однесување. Во некои култури, од жената докторка во политиката се очекува да отелотвори и грижа за неа и социјална скромност, што од нејзиниот приватен живот прави јавна дебата. Машките доктори - политичари се оценувани повеќе врз основа на професионалната компетентност, отколку врз основа на личниот морал - иако и ова постепено се менува.

Кога приватниот интегритет ја зајакнува јавната доверба

Чистиот, дисциплиниран приватен живот може значително да го зајакне кредибилитетот на докторот - политичар. Гласачите често ги перцепираат таквите поединци како етички засновани реформатори, способни да внесат чесност во политиката. Нивната лична репутација станува симбол на она што луѓето посакуваат да биде политиката - рационална, морална и сочувствителна. На пример, скромниот начин на живот на д-р Denis Mukwege и неговата доживотна хуманитарна работа, му давале морална тежина на неговиот политички глас.

Современиот парадокс

Парадоксот е во тоа што колку е повидлив и почовечен докторот - политичар, толку е поранлив за морална критика. Во ерата на дигитална транспарентност, малите недоследности помеѓу личното однесување и јавниот имиџ може веднаш да се шират, еродирајќи ја довербата изградена со години. Од друга страна, целосната приватност или емоционална дистанца, може да направат да изгледаат ладни или елитистички. Балансирањето на автентичноста со воздржаноста стана суштинска политичка вештина за лекарите во јавниот живот.

Накратко, кога лекарите влегуваат во политиката, нивниот приватен живот станува јавно огледало кое одразува колку добро ги отелотворуваат вредностите на лекувањето и на лидерството. Тие стојат на деликатна раскрсница каде што се спојуваат личната автентичност, професионалната етика и политичкиот кредибилитет.

Од докторите - политичари јавноста очекува не само да знаат што е исправно, туку и да живеат исправно. Таа, од нив, повеќе не бара да бидат светци, туку инсистира да бидат доследни, сочувствителни и верни на вредностите што ја дефинираат самата медицина.

Библиографија

1. Yang C, Yin J, Liu J. et al. (2022). *The roles of primary care doctors in the COVID-19 pandemic: consistency and influencing factors of doctor's perception and actions and nominal definitions*. BMC Health Services Research, 22:1143. BioMed Central
2. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. (2018). **Physician burnout: Contributors, consequences, and solutions**. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516–529.
3. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. *A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain*. Soc. Sci. Med. 1998;47:1573–1588. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00222-6. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
4. Walsh S, O'Neill A, Hannigan A., Harmon D. *Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations*. Ir. J. Med Sci. 2019;188:1379–1384. doi: 10.1007/s11845-019-01999-5. [DOI]
5. Tripathi J, Rastogi S, Jadon A. *Changing doctor patient relationship in India: A big concern*. Int. J. Community Med. Public Health. 2019;6:3160–3164. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20192868. [DOI] [Google Scholar]
6. Strull WM, Lo B, Charles G. *Do patients want to participate in medical decision-making?* JAMA. 1984;252:2990–2994. doi: 10.1001/jama.1984.03350210038026. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
7. Pols DHJ, Kamps A, Runhaar J. et al. (2023). *Medical students' perception of general practice: a cross-sectional survey*. BMC Medical Education, 23:103. BioMed Central
8. Mechanic D, Meyer S. (2000). **Concepts of trust among patients with serious illness**. *Social Science & Medicine*, 51(5), 657–668.
9. Matusitz J, Spear J. *Effective Doctor-Patient Communication: An Updated Examination*. Soc. Work Public Health. 2014;29:252–266. doi: 10.1080/19371918.2013.776416. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
10. Loxterkamp D. *What Do You Expect From a Doctor? Six Habits for Healthier Patient Encounters*. The Annals of Family Medicine November 2013, 11 (6) 574-576; DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1584>
11. James TA. *Physicians as Advocates for Social Change* (2020) <https://learn.hms.harvard.edu/insights/all-insights/physicians-advocates-social-change>
12. Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. *The evolving concept of "patient-centeredness" in patient-physician communication research*. Soc. Sci. Med. 2013;96:147–153. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.07.026. [DOI]
13. Irvine D. *The changing relationship between the public and the medical profession*. J R Soc Med. 2001 Apr;94(4):162–9. doi: 10.1177/014107680109400403. PMID: 11317616; PMCID: PMC1281385.
14. Haron Y, Tran D. *Patients' Perceptions of What Makes a Good Doctor and Nurse in an Israeli Mental Health Hospital*. Issues Ment. Health Nurs. 2014;35:672–679. doi: 10.3109/01612840.2014.897778. [DOI]
15. Gu L, Tian B, Xin Y et al. (2022). *Patient perception of doctor communication skills and patient trust in rural primary health care: the mediating role of health service quality*. BMC Primary Care, 23:255. BioMed Central
16. Gill V, Bridges S, McNaughton Nicholls C (2012) Prepared for: The General Medical Council <https://www.gmc-uk.org/-/media/gmc-site/about/gmc-standardsexpectedofdoctorsfinalreportv2pdf51766111.pdf>
17. Dopelt K, Davidovitch N, Yahav Z et al. *Reducing health disparities: The social role of medical schools*. Med. Teach. 2014;36:511–517. doi: 10.3109/0142159X.2014.891006. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
18. Dopelt K, Bachner YG, Urkin J et al. *Perceptions of Practicing Physicians and Members of the Public on the Attributes of a "Good Doctor"*. Healthcare (Basel). 2021 Dec 31;10(1):73. doi: 10.3390/healthcare10010073. PMID: 35052237; PMCID: PMC8775310.
19. Dating across careers team. *Do Doctors Have A Social Life? Unmasking The Secret World Of Physicians!* [https:// datingacrosscareers.com/do-doctors-have-a-social-life-unmasking-the-secret-world-of-physicians/](https://datingacrosscareers.com/do-doctors-have-a-social-life-unmasking-the-secret-world-of-physicians/)
20. Carmel S, Glick SM. *Compassionate-empathic physicians: Personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern*. Soc. Sci. Med. 1996;43:1253–1261. doi: 10.1016/0277-9536(95)00445-9. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
21. Barry MJ, Edgman-Levitan S. (2012). **Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care**. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780–781.
22. Abbasi K. *Doctor politicians: stick to the evidence*. BMJ 2024;385:q1419
23. *American Medical Association AMA Principles of Medical Ethics*. 2001. <https://www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/principles-of-medical-ethics.pdf>.
24. AlFaris E, Irfan F, Abouammoh N et al. (2023). *Physicians' professionalism from the patients' perspective: a qualitative study at a single-family practice in Saudi Arabia*. BMC Medical Ethics, 24:39. BioMed Central
25. Ahmadiania F, Khakbazan Z, Ahmady S. (2023). *Explaining the Role of Experiences in Shaping the Professional Identity of Medical Residents of Tehran University Medical Sciences*. *Journal of Medical Education for Future Demands*, 21(1):e129212. Brieflands

Подготви:
проф. д-р Катица Зафировска

HPV Self-Sampling - нова МОЖНОСТ за превенција на карцином на грлото на матката

Овој тест најчесто се изведува со употреба на специјално дизајнирани уреди што овозможуваат сигурно, едноставно и репродукцибилно земање на цервиковагинален примерок од страна на самата жена, без потреба од гинеколошки преглед

Карциномот на грлото на матката претставува еден од ретките малигнитети за кои постојат јасно дефинирани и докажано ефикасни стратегии за примарна и секундарна превенција. И покрај тоа, тој и понатаму останува значаен јавно-здравствен проблем, особено во земјите со среден и низок доход, каде скрининг покриеноста и опфатот со вакцините се недоволни.

Современите научни сознанија недвосмислено покажуваат дека перзистентната инфекција, со високоризични типови на хуман папилома вирус (HPV), е неопходна и е клучен етиолошки фактор за развој на цервикален карцином^[1]. Овој факт отвора можност за мултимодален превентивен пристап кој ги комбинира вакцинацијата, организираниот скрининг и навременото лекување на преинвазивните лезии.

Еден од најновите приста-



пи во скринингот е HPV self sampling којшто овозможува жената самостојно да земе примерок во домашни или примарни здравствени услови. Овој метод е особено важен за жени кои ретко или никогаш не биле скринирани, како и за оние со социјален или образовен ризик, бидејќи овозможува приватност, автономија и намалување на бариерите за учество во превентивни програми^[11,12].

Природен тек на HPV инфекцијата и канцерогенеза

HPV инфекцијата е една од најчестите сексуално преносливи инфекции. Се проценува дека скоро сите сексуално активни жени и мажи ќе дојдат во контакт со вирусот во текот на животот^[2]. Во околу 80 - 90% од случаите, инфекцијата е транзитрна и станува недетектибилна во рок од 12 - 24 месеци, како резултат на имунолошката контрола^[3].

Само мал дел од инфекциите, приближно 10%, стануваат перзистентни, а токму перзистентната инфекција со високоризични HPV типови (најчесто HPV 16 и 18) е предуслов за развој на метапластични и диспластични промени (CIN 2/3) и во подолг временски период е инвазивен карцином^[4]. Овој релативно бавен и предвидлив природен тек создава широк временски прозорец за скрининг и превентивна интервенција.

HPV вакцинација како примарна превенција

HPV вакцините претставуваат еден од најголемите успеси на современата превентивна медицина. Достапните вакцини покажуваат исклучително висока ефикасност во спречување на инфекција и на преинвазивни лезии поврзани со вакциналните HPV типови, особено кога се аплицираат пред започнување на сексуалната активност^[5].

- Ефикасност и опфат

Клиничките студии и постмаркетиншките податоци покажуваат дека вакцините спречуваат повеќе од 90% од CIN2+ лезиите поврзани со HPV 16 и 18 што се одговорни за околу 70% од сите случаи на цервикален карцином [6]. Деветвалентната вакцина, дополнително го проширува опфатот и потенцијално спречува до 90% од цервикалните карциноми.

- Вакцинација на девојчиња и колективен имунитет

Математичките модели укажуваат дека при стратегија која вклучува само вакцинација на девојчиња, потребна е многу висока и рамномерна покриеност за да се постигне стабилен колективен (herd) имунитет. Минимум околу 70% вакцинациска покриеност кај девојчињата е потребна за појава на значаен herd - ефект, додека оптималната цел изнесува $\geq 80 - 90\%$, за долгорочно елиминирање на HPV 16 и 18 [7].

- Gender neutral вакцинација (девојчиња и момчиња)

Сè поголем број земји воведуваат вакцинација и кај момчињата, препознавајќи ги директните и индиректните придобивки од ваквиот пристап. Моделските анализи покажуваат дека:

- заедничка покриеност од околу 50 - 60% кај двата пола веќе создава стабилен herd имунитет,
- $\geq 70\%$ покриеност кај девојчињата и момчињата значително ја намалува трансмисијата и HPV врзаните карциноми кај двата пола,
- $\geq 80\%$ покриеност кај двата пола може да доведе до функционална елиминација на вакциналните HPV типови на популациско ниво [8,9].

Овој пристап е особено важен во земји каде е тешко да се постигне многу висока покриеност кај една целна група, како и за заштита од HPV поврзани карциноми кај мажите (анален, орофарингеален, пенилен).



Скрининг за карцином на грлото на матката

И покрај високата ефикасност на вакцините, скринингот останува неопходен, бидејќи:

- вакцините не ги покриваат сите високоризични HPV типови,
- голем дел од женската популација е невакцинирана,
- постојат генерации жени кои немаат корист од примарната превенција.

Современите препораки ја фаворизираат HPV ДНК детекцијата како примарен скрининг метод, поради повисоката сензитивност во споредба со цитологијата [10].

Self-sampling за HPV тестирање

- Начини на земање примерок и целосна постапка на HPV self-sampling

HPV self-sampling најчесто се изведува со употреба на специјално дизајнирани уреди кои овозможуваат сигурно, едноставно и репродуци-

билно земање на цервикагинален примерок од страна на самата жена, без потреба од гинеколошки преглед. Најчесто користените методи вклучуваат:

- Вагинален swab или четкичка (на пр. Evalyn Brush®, FLOQSwab®);
- Тампон базирани уреди;
- Уринарни примероци што се користат поретко и главно во истражувачки или специфични скрининг контексти.

● Постапка на земање примерок
Процедурата е стандардизирана и обично се изведува во неколку едноставни чекори. Жената добива комплет што содржи стерилен уред за земање примерок, транспортен медиум и јасни писмени или визуелни инструкции. По основна хигиена на рацете, уредот се внесува, плитко во вагината. Со неколку ротациони движења се собираат епителни клетки од вагиналната и цервикална слузница. Уредот се враќа во заштитната амбалажа. Целата постапка трае помалку од неколку минути и е безболна и не бара медицинско знаење, што значително ја зголемува прифатливоста кај жените ^[11].

Достава и лабораториска обработка

Земениот примерок се доставува во овластена лабораторија по пошта, преку примарна здравствена установа или специјализиран скрининг - центар. Уредите се дизајнирани за да обезбедат стабилност на ДНК во текот на неколку денови, без потреба од ладен ланец. Во лабораторијата се изведува HPV ДНК тестирање, најчесто со PCR базирани методи што овозможуваат висока аналитичка чувствителност и детекција на високоризичните HPV типови. Некои производители обезбедуваат комплети со валидирани PCR тестови и транспортни медиуми, што гарантира репродукцибилни резултати и безбедна обработка ^[11].



Добивање и интерпретација на резултатите

Резултатите обично се достапни во краток временски период и се доставуваат преку здравствената установа, електронски систем или писмено известување. Негативен резултат укажува на многу низок ризик за развој на карцином во следните години. Позитивен резултат не значи карцином, туку индицира потреба од дополнителна тријажа (цитологија, HPV генотипизација или колпоскопија).

Предности на self-sampling методот:

- Значително зголемување на скрининг покриеноста;
- Елиминација на бариерите поврзани со гинеколошки преглед;
- Поголема приватност и анонимност на жената;
- Олеснет пристап за тешко достапни и недоволно скринирани групи;
- Потенцијална економска исплатливост на популациско ниво ^[11,12,13].

Цена и пристап

- Цена на комплетите обично варира: од 15 – 40 USD по примерок, во зависност од брендот и транспорт.

- Економската анализа покажува дека зголемената покриеност и раното откривање го оправдуваат трошокот на системско ниво.
- Комплетите обезбедуваат сигурен пристап до скрининг за жени кои би биле изоставени од традиционалните програми.

Прифатливост кај жени со пониско образование и социјален ризик

Истражувањата покажуваат дека вагиналниот swab/brush е најприфатлив метод што е лесен за употреба, особено кај жени со ограничен пристап до здравствени услуги и културни бариери за гинеколошки преглед. Едноставните визуелни инструкции и минималната поддршка од здравствен работник значително ја зголемуваат успешноста и довербата во методот ^[12].

Искуства од други земји

Земји како Холандија, Шведска, Финска и Австралија веќе го интегрираа self-sampling во националните скрининг програми. Во Шведска, воведувањето на self-sampling доведе до зголемување на скрининг - покриеноста од околу 75% на над 85% за краток временски период ^[13]. Слични позитивни ефекти се забележани и во Австралија, особено кај жени кои претходно не учествувале во скринингот ^[14]. Овие искуства ја потврдуваат високата ефикасност и прифатливост на

self-sampling и ја поттикнуваат неговата имплементација на национално ниво.

Синергија на вакцинацијата, скринингот и self-sampling

Комбинираната примена на HPV вакцинација, класичен скрининг и self-sampling претставува најефикасен модел за превенција на карциномот на грлото на матката. Вакцинацијата ја намалува базичната инциденца на HPV типови 16/18 и другите покриени со деветвалентната вакцина, додека скринингот овозможува рано откривање на инфекции и преканцерозни лезии кај невакцинирани или делумно заштитени жени. Self-sampling овозможува покривање на жени кои се ретко или никогаш не скринирани, особено оние со социјален или образовен ризик, со што значително се зголемува општата покриеност и се намалува здравствената нееднаквост [11,12,13].

Математичките модели покажуваат дека:

- ≥70% вакцинациска покриеност кај девојчињата создава стабилен herd имунитет;
- Воведувањето на gender-neutral вакцинација со ≥50–60% покриеност ја зголемува заштитата на целата популација;
- Комбинацијата со редовен скрининг и self-sampling овозможува дополнително намалување на трансмисијата на HPV и поврзаните карциноми [8,9,14].



Интервали и целни групи:

- Вакцинирани девојчиња: редовен HPV скрининг започнува на 25 - 30 години, со подолг интервал (пет години), доколку се користи HPV ДНК тест;
- Невакцинирани или делумно вакцинирани: почеток на скрининг на 25 години, со интервал од три години;
- Self-sampling се препорачува како дополнителна опција на секои 3 - 5 години за жени кои се ретко скринирани или имаат ограничен пристап [11,12,13].

Јавно-здравствени придобивки:

- Зголемување на покриеноста и рано откривање на преканцерозни лезии;
- Намалување на бројот на инвазивни карциноми и CIN2/3 лезии;
- Економски ефективен пристап за здравствени системи;
- Намалување на социјалната и образовната нееднаквост;
- Зголемена приватност и автономија на жената.

Заклучок

Карциномот на грлото на матката е речиси целосно превентабилна болест. Комбинацијата од висока вакцинациска покриеност (особено девојчиња и момчиња за gender-neutral пристап), редовен HPV-базиран скрининг и self-sampling за тешко достапни или ретко скринирани групи може драматично да го намали товарот на

болеста. Self-sampling се покажа како ефикасен и прифатлив алтернативен пристап кој овозможува поголема покриеност, намалување на бариерите за гинеколошки преглед и директно ја зголемува ефикасноста на националните програми за скрининг.

Овој интегриран пристап не само што овозможува научно поткрепена стратегија за превенција, туку и ја подобрува пристапноста, приватноста и економската одржливост на превентивните програми, создавајќи можност за значајно намалување, па дури и за потенцијална елиминација на карциномот на грлото на матката на глобално и популациско ниво [1–14].

Референци:

1. Walboomers JM et al. J Pathol. 1999. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10451482/>
2. WHO. Human papillomavirus and cervical cancer. 2023. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer)
3. Schiffman M et al. Lancet. 2007. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17356115/>
4. Bosch FX et al. J Clin Pathol. 2002. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11919251/>
5. Harper DM et al. Lancet. 2004. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15276353/>
6. Drolet M et al. Lancet Infect Dis. 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26187550/>
7. Brisson M et al. Lancet Infect Dis. 2016. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26970983/>
8. Elfström KM et al. Int J Cancer. 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32182683/>
9. ECDC. Public health benefits of HPV vaccination. 2022.
10. Arbyn M et al. Cochrane Database Syst Rev. 2018. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29379469/>
11. Verdoordt F et al. BMJ. 2015;350:h2367.
12. Racey CS et al. BMC Cancer. 2016;16:255.
13. Wikström A et al. Int J Cancer. 2020;146:1530–1539.
14. McIntyre-Seltman K et al. Prev Med. 2019;121:21–28.

Подготви:
спец. д-р Миралем Јукиќ

РАЗГОВОР СО Д-Р МИЛЧО МИСОСКИ, ПОЕТ

Поезијата е точката на обединување на науката и уметноста

Помеѓу белиот мантил и белиот лист хартија постои една невидлива нишка која ги поврзува науката и уметноста во нераскинлив амалгам, вели прим. д-р Милчо Мисоски, специјалист по микробиологија, кој дваесетина години се грижи за здравјето на граѓаните од Охридско - струшкиот регион и паралелно создава поезија, призната и препознаена во регионот и пошироко. Во ова интервју разговараме за тоа како се калат зборовите во Струга, градот на мостовите и поезијата, за творечкиот пат кој започна со наградите на „Млада Струга“ и продолжува со најновата стихозбирка „Арабеска“ и за верувањето дека во денешно време на отуѓување, стиховите треба да се препишуваат како лек



Како кај Вас се роди љубовта кон пишаниот збор? Дали поезијата беше „лек“ за Вашата душа уште пред официјално да станете лекар?

Поривот за пишување се јави во текот на средношколските денови, потоа следувахе учество на Ратковичевите вечери на поезија во Црна Гора и победата на конкурсот на Книжевна младина на Македонија - Млада Струга 91/92 година, наградата и објавата на првата стихозбирка

„Чекајќи го ангелот“. Патот по поетските врвици продолжи по временски дискурс од 20 - тина години, што е своевидно животно созревање до новото и повторното себеоткривање во светот на зборот.

Во 2013 година од печат излезе „Записки“, стихозбирка што всушност претставува поетски дневник за моќта на зборот и нијансите на љубовта, за да следат поетските стихозбирки: „Изневерено време“ (2016); „Песочни капки“ (2017); „Стаклени сенки“

(2020); „Ефемиди“ (2022) и „Зборови од хартија“ (2024).

Поезијата е состојба на духот, создавање што се раѓа повторно и повторно, таа знае дека, зборовите се магија што создава светови. Мислам, сите ја знаеме и сме ја почувствувале лековитоста на зборот, неговата моќ да облагородува и да создава нови светови, особено кога зборовите доаѓаат во вистинско време и од вистинското место. Денес во ова време на отуѓување, кога живееме не еден до друг, туку еден покрај друг, можеби е потребно да се отворат места во кои ќе се издаваат стихови на рецепт?

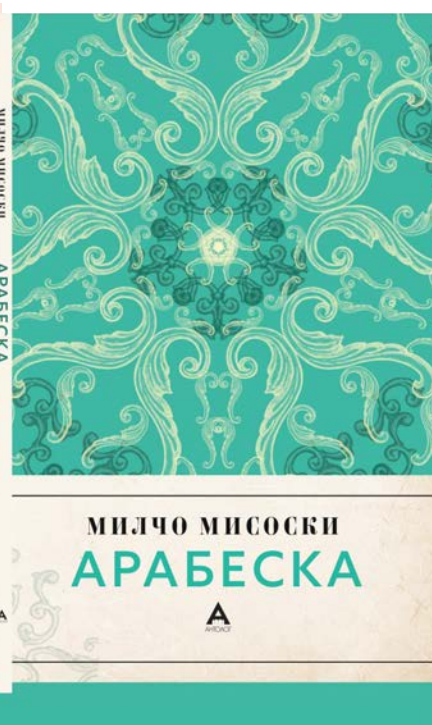
Често се вели дека медицината е занает на телото, а поезијата на духот. Како овие две дисциплини соживуваат во Вашето секојдневие? Дали некогаш се судираат?

Медицината е остварување, а пак поезијата обединување. Мислам дека во мене секогаш живее премисата „поезијата е точката на обединување на науката и уметноста“, тие заедно го формираат амалгамот на сеопштото постоење во своето вистинското значење.

Лично за мене медицината и поезијата се неделиви, барем јас така ги доживувам, како да не можат една без друга, како што се неделиви телото и душата. Можеби најдобриот одговор на ова прашање е изјавата на Антон Павлович Чехов „медицината ми е сопруга, а литературата – љубовница“.

Вашата поезија често зрачи со интимност и длабока рефлексija. Што е тоа што најчесто Ве инспирира да земете лист хартија - дали е тоа радоста, болката на пациентите или можеби пејзажите на Вашата родна Струга?

Животот, животот е доволна инспирација за сè. Овде мислам на оној живот кој се живее со полни гради со здив кој го исполнува човекот. Се разбира, за да се создаде нешто е неопходна љубовта, таа е единствената која знае како треба и кога треба. Инспирацијата е насекаде, понекогаш не знаеш што сè може да биде инспирација или поттик за да се направи „нешто“. Пишувањето е чин на раѓање, на ново формирање, на спојување на прашањата и одговорите во едно или на своевиден начин



на спојување на формата и содржината во неделивост и добивање на производ кој има свои особености кои се единствени и неповторливи, затоа што уметноста е неповторлива.

Колку Охридското Езеро и Струшките вечери на поезијата влијаат врз Вашиот поетски сензибилитет низ годините?

Да се зборува за Струга е да се зборува за поезијата. Градот на две води, кој пленува и со светлината и со белината и го воздигнува сето битие кое го носиме во нас. Водата е симбол на прочистување на преобразба на постојано обновување, потсетување на менливоста и мин-

ливоста на животот што секојдневно го гледаме во синевината на реката, во истекот кој знае да ја понесе сета наша енергија кон убавината која се распослала пред нас.

Струга е градот на поезијата, градот на браќата Миладиновци, градот на мостовите, мостовите кои ги спојуваат и зборовите и световите. Во Струга поезијата е на дланка, мислам дека градот живее со неа, каде и да погледнеш сè е поезија. Струшките вечери на поезијата се празник на поезијата, каде зборот ја покажува сета своја магичност која ја поседува и ја пренесува како послание во кое се спојуваат добрината и убавината. За време на одржувањето на Струшките вечери на поезијата, Струга дише со името на поезијата, тогаш чувствителното е изблик кој дише заедно со зборовите кои допираат до нас и во сè околу нас.

Во Вашите збирки се чувствува една внимателна економичност во користењето на зборови – кажуваат многу со малку. Како го брусите поетскиот израз?

Поезијата знае сè што не знае тишината. Поезијата е вистина, а вистината се кажува со малку зборови, таа не треба да се украсува, таа е доволна убава таква каква што е. Може слободно да се каже дека, таа е вре-



менски одраз на она што се живее и на она што го носиме во нас.

Песната треба да е поетско дело и неопходно е да го содржи сè она од што е создаден еден свет, сета мелодичност на јазикот и говорот неопходно обединет со чувственоста на битието кое постои во секој од нас и во сè реално и нереално и во сè видно и невидливо.

Поезијата не верува во случајности, таа е акција и реакција и причина и последица, слобода во која се воспева безграничноста, како доволно слобода за слободата.

Основната задача на поезијата е да ја најде смислата во бесмислата во кој било временски континуум и да е создавана - понекогаш таа треба да се чита како „молитва помеѓу две трепнувања“.

Неодамна излезе од печат вашата нова книга „Арабеска“. Што беше инспирација за оваа книга и што опфаќа тематскиот опус?

Најтешко е да се зборува за себе-си, за поезијата, тоа поезијата сама најубаво знае да го каже. „Арабеска“ е своевидна поетската форма што ги обединува симболите на убавината и добрината поставувајќи ги како основа за визија на подобар свет.

Симболиката на арабеската е складноста - од една страна вечната потрага по хармонијата која



воздигнува и од друга страна едноставноста, како врвна убавина на животот.

Стихозбирката претставува поетски обид каде преку идеалот за естетското и етичкото пресликани во сите нивни облици, форми, закони, предмети и појави, треба да се создаде подобар свет „свет во кој убавината никогаш не спие“ (Арабеска).

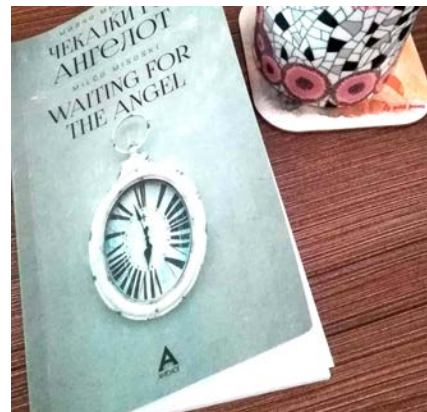
Арабеската како орнамент ја носи складноста на светот исполнета со умереност, смиреност, хармонија и убавина. Мислам дека стихозбирката има егзистенцијална длабочина и не го остава рамнодушен оној кој сака да се сретне со смислата и копнежот на духот и на читателот му нуди простор за медитација и искуство на убавото како ветување, а добрината како темел.

Во „Арабеска“, се реafirмира верата во содржината на поетското зборување – вистинската поезија не е само збор, туку живеење.

Вашето творештво уште од најраните години е забележано и наградено. Може ли да ни кажете кои Ви се најдрагите признанија што сте ги добиле досега?

Мислам дека ниеден автор не пи-

шува за да добие „поетска награда“, добиените признанија доаѓаат сами по себе, ако и се „потребни“. Секако, добиената награда не го прави авторот подобар автор од тоа што тој навистина е. Добиените признанија го имаат својството на валоризација и сатисфакција на креативниот ангажман, пред сè доделеното признание е детекција на вредноста на вистинскиот уметнички израз, израз на почит кон објавеното дело, но и поттик за носителот на наградата. Доделената награда кај добитникот создава чувство на одговорност и кон себеси и кон читателската публика, одговорност пред вистината кон која сите се стремиме.



МЕТАМОРФОЗА

Кражбата на соништа
барем на оние што сè уште не ја
вкусиле

вечноста на времето
е метаморфоза на сегашноста.

Како сè да се сокрило
во исчезнувањето на трагите (и)
вообичаената непрепознатли-
вост на верувањето (и)
секојдневната имитација на
денот (и)

нашата завера за среќата
која „без забелешка“
се случува
во рамнодушноста на измисле-
ните соништа.

* *

Арабеска (2025)

Дебелината и бубрежната дисфункција опфатени со превентивните програми

ГРЦИЈА

Над 5,2 милиони граѓани досега извршиле бесплатни превентивни прегледи во рамките на Националната програма на грчката Влада, а кај речиси 178.000 лица навремено е откриен наод поврзан со рак на дојка, рак на грлото на матката, рак на дебелото црево и кардиоваскуларни заболувања, информираа од Министерството за здравство на Грција.

Програмата опфаќа шест милиони граѓани и се однесува на превенција на рак на дојка за жени на возраст од 45 до 74 години, за превенција на рак на грлото на матката за жени од 21 до 65 години, на рак на дебелото црево за сите граѓани од 50 до 69 години и за кардиоваскуларни заболувања, исто така за мажи и жени од 30 до 70 години.

Дополнително, Програмата се проширува и на превенција на дебелината кај возрасните и превенција на бубрежната дисфункција.

Во Програмата за превенција и справување со дебелината кај возрасните, која вклучува бесплатен лекарски



надзор, нутриционистичко советување и пристап до иновативни лекови без финансиски трошоци, веќе над 6.500 граѓани започнале да добиваат целосна здравствена грижа.

Во однос на новата Програма за превенција на бубрежната дисфункција, што има за цел рано откривање на хроничната бубрежна болест, пред појава на сериозни компликации, како што беше наведено, се издадени и испратени околу 1.590.000 упати за превентивни прегледи и контроли, а паралелно биле отворени дополнителни 250.000 нови упати за нови корисници за вклучување на граѓани кои наполниле 30 години.

Министерот за здравство на Грција, Адонис Георгиадис посочи дека програмите за превенција „се покажаа како едни од најуспешните програми во историјата на земјата“ преку кои веќе се спасени илјадници животи.

Имаме сосема поинаква филозофија од онаа што ја имавме во претходните години. Целата филозофија е, наместо да чекаме граѓаните да дојдат во болница, ние одиме кај нив за да им го промениме животот, посочи Георгиадис.

Двете нови програми, за справување со дебелината кај возрасните и за превенција на бубрежната дисфункција, се спроведуваат во рамките на пошироката акција „Национална програма за превенција на јавното здравје – Спирокс Доксиадис“, што е дел од Националниот план за обнова и отпорност Грција 2.0, финансиран од Европската Унија – NextGenerationEU и имаат за цел навремена превенција на значајни фактори на ризик за кардиоваскуларни заболувања.

Извор: МИА

Двајца починати при операција на крајници во болницата во Чачак

СРБИЈА

Триесет и осумгодишен маж починал по операција на крајници во Општата болница во Чачак, соопшти српското Министерство за здравство. Смртта настапила ноќта меѓу 11 и 12 февруари.

Според информациите од Министерството, пациентот сам побарал хируршка интервенција поради долгогодишни проблеми со дишењето. Тој бил свесен за ризиците од операцијата, особено поради придружни заболувања од кои страдал.

Овој случај следува само неколку дена по смртта на четиригодишно девојче, кое на 4 февруари почина



по слична интервенција во истата Болница.

Министерот за здравство Златибор Лончар издаде наредба за воведување привремени мерки во Болница-

та во Чачак, што подразбира засилен надзор и промени во управувањето со установата во наредниот период.

По првиот трагичен случај, вршителот на должноста - директор на Болницата, поднесе оставка, а граѓаните организираа дводневни протести, барајќи одговорност и транспарентност.

Министерството претходно испрати здравствена инспекција во Болницата за да ги испита околностите поврзани со смртта на девојчето. Покренат е и надворешен стручен надзор кој го спроведуваат професори од терцијарни здравствени установи.

Извор: МИА

д-р Антон Дамевски

1953-2025

Со длабока тага ја примивме веста за смртта на нашиот почитуван колега, д-р Антон Дамевски, кој почина на 16 декември 2025 година во Скопје. Д-р Дамевски е роден на 21 февруари 1953 година во Скопје, каде го заврши основното и средното образование, по што својот животен пат го посвети на медицината и грижата за пациентите. Студиите на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје ги започна во 1971 година, а дипломираше во април 1978 година. По завршувањето на задолжителната воена обука, својата професионална кариера ја започна во Медицинскиот центар во Куманово, а шест месеци работеше и во Психијатриска болница – Скопје.

Од 1981 година па сè до 2020 година, неговиот професионален дом беше Клиниката за анестезија, реанимација и интензивно лекување (КАРИЛ). Во октомври 1984 година се стекна со звање - д-р специјалист по анестезиологија и реаниматологија. Своето знаење и искуство ги надградуваше и во странство, престојувајќи од јануари до април 1986 година во Rigshospitalet во Копенхаген, Данска, како и во повеќе наврати во болници во Херлев и Свендборг, Данска.

Во текот на својата долгогодишна работа беше рако-

водител на Одделот за интензивно лекување при КАРИЛ во еден мандат, а активно работеше и како анестезиолог во неврохируршката дејност. Од 2000 до 2020 година беше раководител на анестезиолошката служба при Клиниката за пластична и реконструктивна хирургија. Со својата стручност, смиреност и посветеност остави длабока трага меѓу колегите и пациентите.

На Медицинскиот факултет во Скопје беше избран за асистент по предметот анестезиологија, придонесувајќи во едукацијата на нови генерации лекари. Активно учествуваше на бројни домашни и меѓународни семинари и конгреси, како автор и коавтор на стручни трудови и презентации.

Д-р Антон Дамевски ќе остане запаметен како исклучителен професионалец, почитуван колега и човек со интегритет, кој својот работен век го посвети на развојот на анестезиологијата и интензивното лекување во нашата земја. Неговото дело и придонес ќе продолжат да живеат преку генерациите лекари кои ги обучуваше и инспирираше.



проф. д-р Владо Јаневски

1955 - 2026

Проф. д-р Владо Јаневски беше истакнат македонски дигестивен хирург со долгогодишно клиничко, наставно и научно искуство во областа на хирургијата на гастроинтестиналниот тракт, хепатобилијарната и панкреасната хирургија. Дипломирал на Медицинскиот факултет во Скопје во 1982 година, специјализација по општа хирургија завршил во 1990 година, со понатамошна супспецијализација по дигестивна хирургија.

Академската кариера ја развивал како универзитетски професор, учествувајќи во наставата и едукацијата на студенти и специјализанти по хирургија. Проф. д-р Јаневски имаше богато искуство во хирургија на желудник и дебело црево, операции на црн дроб, жолчни патишта и панкреас, третман на малигни заболувања на дигестивниот систем, примена на современи хируршки техники.

Тој е автор и коавтор на повеќе научни трудови обја-

вени во домашни и меѓународни списанија, учесник на бројни конгреси, симпозиуми и стручни состаноци во земјата и во странство и активно вклучен во струкови организации и професионални тела поврзани со хирургијата.

Проф. д-р Јаневски важеше за врвен медицински професионалец кој зад себе остави длабока трага во областа на хирургијата и медицинската едукација. Во текот на својата долгогодишна кариера, тој беше препознаен по својата посветеност кон пациентите, но и по ангажманот во едукацијата на нови генерации лекари. Своето знаење и искуство ги пренесе на бројни млади доктори и хирурзи кои денес работат во рамките на Клиничкиот центар „Мајка Тереза“, како и во повеќе приватни здравствени установи низ државата.



РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

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

Рецензија или евалуација од колежи-експерти е процес на подложување на труд, испражување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да направат нејпристрастна рецензија. Одлучува дали манускриптот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува едиторот на сисанието врз основа на мислењето на еден или повеќе рецензенти. Овој процес треба да ги охрабри и поттикне авторите да се придржуваат на прифатените стандарди на нивната дисциплина и да сиречи дисеминација на релевантни наоди, неопходни мердења, нејприфатливи интерпретации и лични видови. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудот што се придржуваат на оригиналност треба да се придржуваат на припадностите на добрата клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научното испражување и за стекнување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (негативна) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажанието појави 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 плашат дури и да се обидат да испрашаат 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 недостатоци (најчесто се споменува бавноста), сепак, на него треба да се гледа како на чувар на профилот на едно сисание, унапредувач на квалитетот и учесник 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 131 од јуни 2026 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 2 мај 2026 година.

Дополнителни информации може да добиете секој работен ден на телефоните: (02) 3 239 060 и (02) 3 124 066 локал 120

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 130, март 2026 година

ВИСОК ПРОЦЕНТ НА ПРИМЕНА НА АМПУЛАРНА ТЕРАПИЈА: ПРИЧИНИ, ПРЕДИЗВИЦИ И ИМПЛИКАЦИИ

д-р Седат Адемоски
д-р Кристијан Јовичинац
ЈЗУ Здравствен дом - Струга

ИНЦИДЕНТАЛОМ НА НАДБУБРЕЖНИТЕ ЖЛЕЗДИ

Милка С. Мукаетова, студент по општа медицина,
Медицински факултет - Скопје, Универзитет „Св.
Кирил и Методиј“ – Скопје, ас. д-р Билјана Тодорова,
специјалист по ендокринологија, Универзитетска
клиника за ендокринологија, дијабетес и
метаболички заболувања, Медицински факултет –
Скопје, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Висок процент на примена на ампуларна терапија: Причини, предизвици и импликации

Автори: д-р Седат Адемоски
д-р Кристијан Јовичинац
ЈЗУ Здравствен дом - Струга

АПСТРАКТ

Цел: Истражувањето има за цел да ги идентификува причините, зачестеноста и карактеристиките на парентерално аплицираната терапија кај пациентите кои се јавуваат во дежурната служба, како и да се проценат можните мерки за рационализација на терапијата.

Материјали и методи: Спроведена е ретроспективна студија користејќи информации добиени од амбулантскиот дневник за евиденција на пациенти, од анкетата спроведена на одредена група пациенти, како и од програмата каде што се внесуваат прегледаните пациенти од дежурната служба на Здравствениот дом Струга. Анализирани се бројот на пациенти кои примиле парентерална терапија, типот на терапија (интрамускулна или интравенска), дијагнозите и најчесто користените лекови. Дополнително, анкетата го испитува ставот на пациентите за тоа кој начин на терапија го сметаат за најефикасен.

Резултати: Вкупно 2245 пациенти се евидентирани во периодот 27.8.2023–4.11.2023. Од нив, 194 (8,6%) биле препратени кон специјалист, додека 1650 (80,6%) примиле парентерална терапија. Кај пациентите за кои била индицирана перорална терапија, 67% инсистирале на примање парентерална терапија. Најчести дијагнози се хипертензија (328 пациенти), главоболка (252 пациенти), гадење и повраќање (227 пациенти), гастритис и гастроентероколитис (189 пациенти). Најчесто користените лекови беа кетопрофен (665 ампули), диазепам (600 ампули), аналгин (422 ампули) и дексаметазон (425 ампули).

Заклучок: Високата застапеност на парентерална терапија укажува на потреба од превентивни мерки за намалување на непотребното аплицирање на ампули. Препорачани се едукација на населението, подобра комуникација со пациентите и обезбедување соодветна перорална терапија во дежурните служби.

Клучни зборови: парентерална терапија, пациенти, амбулантска услуга, интрамускулна терапија, интравенска терапија, едукација

ВОВЕД

Парентералната терапија претставува примена на лекови преку патишта кои го заобикојуваат дигестивниот тракт, најчесто интрамускулно (ИМ) или интравенски (ИВ). Предностите на овој начин на администрација се побрзо-

то дејство и целосната биорасположивост на лекот, што е особено важно кај пациенти со стомачни или цревни проблеми, или кога е потребна итна интервенција.

Сепак, кај голем дел од пациентите постои перцепција дека нивната здравствена состојба нема да се подобри без парентерална терапија. Ова, честопати доведува до непотребно барање на инјекции или инфузии, со што се заобикојуваат матичните лекари и се оптоварува дежурната служба.

Како индикации за парентерална терапија може да се издвојат:

- Акутни состојби (повреди, животозагрозувачки состојби постоперативни состојби, алергиски реакции, епилептични напади);
- Антибиотици - кога перорална терапија не е ефективна;

Најчесто користени лекови за парентерална употреба се:

- Епинефрин (адреналин) – анафилакса, срцев застој;
- Глукагон – акутна хипогликемија;
- Антипсихотици (халоперидол, хлорпромазин) – акутни состојби на неуроza;
- Дијазепам и мидазолам – епилептични напади;
- Антибиотици (пеницилини, цефалоспорици, макролиди)

Ризици и компликации коишто можат да се случат при аплицирање на парентерална терапија:

- Кршење на иглата и формирање хематом;
- Оштетување на нерви, апсцес, асептична некроза;
- Атрофија на масното ткиво;
- Бурни алергиски реакции и можност за сепса.

Во контекст на примарната здравствена заштита, честата и неконтролирана примена на парентерална терапија е не само медицински, туку и економски проблем. Од анализа на податоците се гледа дека 80% од пациентите во дежурната служба примиле парентерална терапија, додека само 19% биле третирани со перорални лекови, совет или упатени на специјалист.

Потребата за рационализација на терапијата е очигледна, особено кога голем дел од апликациите се резултат на инсистирање од страна на пациентите или нивните семејства. Истражувањата покажуваат дека едукацијата на населението, соодветното информирање за несаканите ефекти и ризиците од парентерална терапија, како и правилната комуникација на лекарот со пациентот може значајно да ја намалат злоупотребата на овој третман.

Материјали и методи

Студијата е ретроспективна и е спроведена во ЈЗУ Здравствен дом – Струга, во рамки на дежурната служба, во периодот од 27.8.2023 до 4.11.2023. Целта беше да се анализира честотата и карактерот на парентералната терапија, причините за нејзино ординирање, најчесто користените лекови, како и ставот на пациентите за потребата од инјекции или инфузии.

Податоци и извор

Податоците беа добиени од:

1. Амбулантски дневник за евиденција на пациенти – содржи информации за бројот на пациенти, дијагнози, терапија и препраќања кон специјалист.
2. Програма за електронска евиденција на прегледани пациенти – за дополнително потврдување на аплицираната терапија и дијагнозите.
3. Анкета спроведена кај пациенти – насочена кон пациенти кај кои лекарот препорачал перорална терапија, со цел да се утврди процентот на оние кои инсистирале на парентерална терапија и нивните мотиви.

Испитаници

Во избраниот период, во дежурната служба биле евидентирани 2245 пациенти на возраст над 14 години. Од нив:

- 194 пациенти (8,6%) биле препратени кон специјалист.
- 1650 пациенти (80,6%) примиле парентерална терапија (ИМ и/или ИВ).
- 397 пациенти (19,39%) добиле совет и/или терапија per os.

Анкета

Анкетата беше спроведена кај 100 пациенти за кои била индицирана перорална терапија. Прашањата се однесуваа на:

Мислењето на пациентите дали нивната состојба би се подобрила со совет, таблетарна терапија, ИМ или ИВ апликација, или со упат за второ мислење.

Од 100 пациенти кај кои била препорачана перорална терапија:

- 67 пациенти (67%) инсистирале на примање парентерална терапија.
- 30 пациенти (30%) се согласиле на перорална терапија.
- 3 пациенти (3%) побарале упат за второ мислење.

Најчести причини за инсистирање на парентерална терапија биле:

- Покачена температура
- Главоболки
- Кашлица и стомачни тегоби

Ова ја отсликува реалната практика на дежурната служба, каде голем дел од пациентите доаѓаат со очекување за инјекција или инфузија, дури и кога не е медицински неопходно.

Обработка на податоци

Податоците беа статистички обработени и претставени преку:

- Процентуална застапеност на пациенти кои примиле парентерална терапија по месеци.
- Фреквенција на дијагнози кои барале терапија.
- Потрошени ампули по тип на лек.
- Ставови на пациентите од анкетата.

Табеларно беа презентирани месечните податоци за:

- Вкупен број пациенти
- Број на пациенти кои примиле ИМ/ИВ терапија
- Број на пациенти препратени до специјалист
- Процент на аплицирана парентерална терапија

Резултати**Честота на парентерална терапија**

Во анализираниот период, од 2245 пациенти, 1650 пациенти (80,6%) примиле парентерална терапија (ИМ и/или ИВ), додека 397 пациенти (19,39%) добиле совет и/или терапија per os. 194 пациенти (8,6%) биле препратени до специјалистички преглед.

Процентот на аплицирана парентерална терапија по месеци е прикажан во Табела 1:

	Август (27-31)	Септември	Октомври	Ноември (01-04)
Вкупен број пациенти	217	979	913	132
Пациенти препратени до специјалист	20	64	92	18
Пациенти кои примиле ИМ/ИВ терапија	158	744	663	85
Пациенти со ординирана ИМ/ИВ терапија во %	82,2%	%	80,7%	74%

Табела 1: Приказ на њодајшоциџе одгделно њо месеци во њериодот од 27.8.2023-04.11.2023 и ординираната њарентерална њерапија изразена во њроценџи

Заклучок: Сличната процентуална застапеност укажува дека апликацијата на парентерална терапија останува константна низ месеците, без значителни варијации.

Најчести дијагнози

Најзастапените дијагнози во дежурната служба биле:

1. Хипертензија – 328 пациенти;
2. Гадење и повраќање – 227 пациенти;
3. Гастроентероколитис и гастритис – 112 + 77 пациенти;
4. Главоболка – 252 пациенти (од кои 57 мигрена);
5. Покачена температура – 120 пациенти;
6. Акутен тонзилофарингит – 95 пациенти;
7. Бронхит и настинка – 45 + 45 пациенти;
8. Неурози и анксиозно-депресивни состојби – 135 пациенти;
9. Алергиски реакции – 92 пациенти;
10. Стенокардија – 87 пациенти.

Графички приказ на најчестите дијагнози е прикажан во Графикон 1.



Графикон 1: Графички приказ на најчестите дијагнози евидентирани во дежурната служба.

Најчесто користени лекови (ампуларна форма)

Најчесто аплицираните лекови во дежурната служба се наведени во Табела 2:

Лек (ампула)	количина
Доломед (ketoprofen lysine)	665
Апаурин (diazepam)	600
Дексазон (dexamethasone)	425
Аналгин (metamizol sodium)	422
Фуросемид (furosemide)	381
Бускопан (hyoscine butylbromide)	281
Реглан (metaclopramide)	270

Табела 2: Ампули кои се употребиле во најголем број во периодот 27.08.2023-04.11.2023 (Листа е составена од лекови со кои располага ЈЗУ Здравствен дом Струга)

Дискусија

Анализата на добиените податоци укажува на исклучително висок процент на парентерално аплицирана терапија (80,6%) во дежурната служба на ЈЗУ Здравствен дом – Струга. Ова е значително повисоко од очекуваните стандарди за примарна здравствена заштита и го отсликува влијанието на неколку фактори:

1. Притисок од пациентите и семејствата

Многу пациенти доаѓаат со јасна цел, да добијат инјекција или инфузија, често спомнувајќи точно кој лек сакаат да го примат.

Анкетата покажува дека дури 67% од пациентите кај кои била препорачана перорална терапија, инсистирале на парентерална, и покрај детално објаснетите придобивки и несакани ефекти.

2. Лекарски практични причини

Лекарите понекогаш се согласуваат на барањата на пациентите за побрзо да го „решат случајот“.

Недостаток на комуникациски стратегии и време за едукација на пациентите доведува до поголема употреба на ампуларна терапија.

3. Ограничена достапност на таблетарна терапија

Особено за време на ноќни смени, кога пациентите немаат пристап до аптека, дежурната служба е принудена да аплицира ампули за моментално олеснување на симптомите.

4. Логистички и безбедносни ограничувања

Недоволно обезбедени здравствени установи и закани и насилство врз персоналот го зголемуваат притисокот врз лекарите да ги испочитуваат барањата на пациентите.

Медицинска оправданост и ризици

Во медицината, употребата на парентерална терапија е оправдана во следните состојби:

1. Стомачни и гастроентероколитични тегоби;
2. Акутни животозагрозувачки состојби;
3. Алергиски реакции.

Од друга страна, може да се издвојат следните ризици како последица од примена на парентерална терапија:

1. Јатрогени повреди (повреди на седалниот нерв – SNII) [7];
2. Глутеални апсцеси, некрози, апсцеси [3];
3. Атрофија на масното ткиво, питинг, фиброзна миопатија [6];
4. Алергиски реакции и несакани ефекти од лековите;
5. Микропластика во ИВ раствори, со потенцијални долгорочни здравствени ефекти [9].

Истражувањата покажуваат дека несоодветното аплицирање на ИМ/ИВ терапија може да резултира со значителен морбидитет и морталитет (алергиски реакции).

Предлози за редукција на злоупотребата на парентерална терапија

1. Едукација на населението

Медиумски кампањи за свест за реалната потреба и ризиците од парентерална терапија.

Информативни материјали и постери во здравствени-те установи.

2. Едукација на лекарите

Подобрување на комуникациските вештини за убедливо образложување на пациентите за изборот на терапија.

Намалување на влијанието на притисокот од пациентите без компромитирање на квалитетот на здравствена-та услуга.

3. Подобрување на достапноста на таблетарна терапија

Дежурни аптеки и опсежна листа на таблетарни лекови во здравствените установи, особено за ноќни смени.

4. Обезбедување на здравствените установи

Безбедносни мерки за заштита на персоналот од на-силство и закани.

ЗАКЛУЧОК

Спроведената анализа во периодот август–ноември покажа дека над 80% од пациентите кои се јавиле во Амбулантата во ЈЗУ Здравствен дом - Струга примиле парентерална (ИМ/ИВ) терапија. Овој процент е значително висок и укажува на неколку важни аспекти:

1. Навики на пациентите – постои тенденција пациен-тите често да ја бараат инјекционата терапија како побр-зо или „појака“ форма на лекување, без оглед на дијагно-зата или препораките од упатствата.

2. Клиничка пракса – иако парентералната терапија е неопходна кај одредени состојби (инфекции, декомпен-зиран дијабетес, акутни егзацербации на хронични боле-сти), дел од интервенциите се применуваат и кај дијагно-зи каде пероралната терапија би била доволна.

3. Јавно-здравствени импликации – честата употреба на ИМ/ИВ лекови носи дополнителен ризик од комплика-ции (инфекции на местото на апликација, алергиски ре-акции, непотребна антибиотска резистенција) и финан-сиски товар за здравствениот систем.

4. Потреба од едукација – резултатите укажуваат на потреба за едукација на пациентите, но и континуирана едукација на здравствените работници, со цел рационал-на примена на парентералната терапија.

Со оглед на добиените резултати, се препорачува да се изработат протоколи за рационална употреба на па-рентерална терапија, да се зголеми свеста кај пациен-тите за безбедност и ефикасност на пероралните лекови, како и да се врши континуирана контрола и евалуација на праксата во амбулантите.

Овој труд го нагласува значењето на балансирање меѓу клиничките потреби и рационалната употреба на лекови, со цел подобрување на квалитетот на здравстве-ната заштита и оптимизација на ресурсите.

Користена литература

1. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018;71(6):e13–e115.
2. Miller J, McNaughton C, Joyce K, Binz S, Levy P. Hypertension management in emergency departments. *Am J Hypertens*. 2020;33(10):927–934.
3. Malik AA, Bhat JA, Gorski BA, Mir IN, Wani HA. Gluteal abscess post intramuscular injection: A retrospective study. *[Journal name not provided]*. 2021.
4. Preston ST, Hegadoren K. Glass contamination in parenterally administered medication. *Can J Hosp Pharm*. 2004;48(3):266–270. PMID: 15488040.
5. Paquier L, Mihanović J, Counil A, Karlo R, Bačić, Dželalija B. Extensive clostridial myonecrosis after gluteal intramuscular injection in immunocompromised patient treated with surgical debridement and negative-pressure wound therapy. *Pain Res Manag*. 2006;11(4):249–252. doi:10.1155/2006/198751.
6. [Authors not fully listed]. Fibrous myopathy as a complication of repeated intramuscular injections for chronic headache. *Korean J Neurotrauma*. 2019;15(1):61–66. doi:10.13004/kjnt.2019.15.e4.
7. Park CW, Cho WC, Son BC. Iatrogenic injury to the sciatic nerve due to intramuscular injection: A case report. *Appl Nurs Res*. 2002;15(3):149–162. doi:10.1053/apnr.2002.34142. PMID: 31098352. PMCID: PMC6495581.
8. Nicoll LH, Hesby A. [Title not provided]. *Appl Nurs Res*. 2002;15(3):149–162. doi:10.1053/apnr.2002.34142. PMID: 12173166.
9. Casella C, Cornelli U, Zanoni G, Moncayo P, Ramos-Guerrero L. Health risks from microplastics in intravenous infusions: Evidence from Italy, Spain, and Ecuador. *Toxics*. 2025;13(7):597. doi:10.3390/toxics13070597.

Инциденталом на надбубрежните жлезди

Автори: Милка С. Мукаетова, студент по општа медицина, Медицински факултет – Скопје, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје, ас. д-р Билјана Тодорова, специјалист по ендокринологија, Универзитетска клиника за ендокринологија, дијабетес и метаболички заболувања, Медицински факултет – Скопје, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје

Апстракт: Адреналните инциденталомии се надбубрежни маси откриени случајно при снимање за неповрзани состојби. Со оглед на нивната широка диференцијална дијагноза, тие претставуваат дијагностички предизвик. Овие лезии, иако често бенигни и несекретирачки, повремено може да укажуваат на значајна патологија, вклучувајќи тумори или малигни заболувања што лачат хормони. Во овој приказ на случај претставуваме 55-годишна пациентка со инциденталом на десното надбубрежје што не секретира, нагласувајќи ја важноста од темелна евалуација за да се спроведе соодветен менаџмент и следење.

Клучни зборови: надбубрежна жлезда, инциденталом, адренален инциденталом

Вовед: Инциденталомите на надбубрежните жлезди сè повеќе се откриваат поради широката употреба на напредни модалитети за снимање, како што се компјутерска томографија (КТ) и магнетна резонанца (МРИ) ^(1, 2). Инциденталомии на надбубрежните жлезди се наоѓаат во приближно 4 - 7% од студиите за снимање на абдоменот, а нивната инциденција се зголемува со возраста ^(3, 4). Иако многу од нив се бенигни и асимптоматски, мал процент од нив може да бидат функционални или малигни, поради што е потребна нивна внимателна проценка ^(5, 6). Во овој приказ го претставуваме прегледот и менаџментот на несекретирачкиот инциденталом на надбубрежните жлезди, нагласувајќи ја важноста на точната дијагноза и следење/мониторирање ^(7, 8).

Презентација на случај: Педесет и петгодишна пациентка се јавила на лекар со неспецифична абдоминална непријатност. Таа не пријавила значителни промени во тежината, крвниот притисок или очигледни ендокрини симптоми, како што се хирзутизам или акни. Пациентката има позната историја на дивертикулитис и семејна историја на колоректален карцином, што предизвикува првична загриженост за можна гастроинтестинална патологија.

Наоди од снимање: За да се процени причината за нејзината абдоминална непријатност, направен е абдоминален КТ-скен со контраст. При ова, откриена е маса од 23x31 mm во десната надбубрежна жлезда (фигура 1). Лезијата изгледала добро дефинирана, хомогена и немала карактеристики како што се неправилни граници, калцификации или некротични компоненти, што укажува на мала веројатност за малигнитет ^(1, 4).



Фигура 1. Аденом <10 HU
(Слика ѝогајмена од [Radiology Assistant](#))

Лабораториска и хормонална евалуација: За да се процени функционалниот статус на надбубрежната маса, беше извршена сеопфатна хормонална обработка ⁽⁶⁾. Ова вклучуваше мерења на:

- Плазмакортизол (дневен профил): 413,7 nmol/l [55.00-690.00 nmol/l];
- Аденокортикотропен хормон (ACTH): 5.482 pg/ml [7.2-63.7 pg.ml];
- Тест за супресија со дексаметазон: Нормална супресија.

Овие наоди сугерираат дека, иако ACTH е под нормалните функции, резултатите потврдија несекретирачка лезија со нормални нивоа на кортизол и без докази за хипералдостеронизам, феохромоцитом или Кушингов синдром.

Диференцијална дијагноза: Диференцијалната дијагноза за несекретирачка адренална маса вклучува бенигни аденоми, миелолипоми, цисти и метастатски лезии, како и ретки ентитети како ганглионеуроми ⁽⁹⁾. Во овој случај, отсуството на хормонална хиперсекреција и карактеристични имиџинг карактеристики силно сугерираат бениген, нефункционален аденом на надбубрежните жлезди, во согласност со повеќето случајни надбубрежни лезии ^(4, 7).

Менаџмент и следење: Со оглед на малата големина на лезијата и нефункционалната природа, беше избран конзервативен пристап со редовно следење со снимање, во согласност со тековните упатства ⁽¹⁰⁾. Пациентката

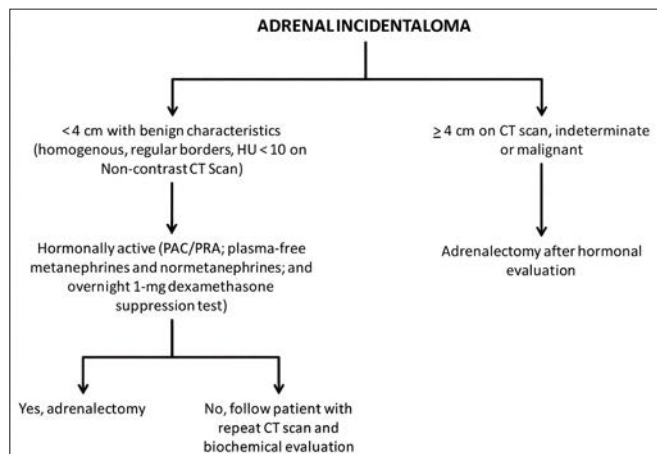
беше советувана за важноста на следењето на потенцијалниот раст или функционалните промени со текот на времето при што следниот КТ скен беше закажан за шест до дванаесет месеци ^(2, 8).

Дискусија: Инциденталомите на надбубрежните жлезди претставуваат клиничка дилема поради потребата да се балансираат ризиците од непотребната интервенција против можноста за пропуштање на малиген или хормонски активен тумор ^(5,7,9). Инциденталомите на надбубрежните жлезди најчесто се несекретирачки, бенигни аденоми, но диференцијалната дијагноза вклучува и функционални аденоми, адренокортикален карцином, феохромоцитом и метастази ^(3,6,10). Иследувањето на инциденталомите на надбубрежните жлезди бара внимателна проценка за да се исклучи малигнитет и хиперсекреција на хормони, бидејќи овие наоди значително влијаат на менаџментот ⁽⁷⁾.

Одлуката да се продолжи со хируршка ресекција или тековен надзор зависи од големината на туморот, радиографските карактеристики и биохемиските наоди. Лезиите (Фигура 2) помали од 4 cm со бенигни визуелни карактеристики и без биохемиска активност, како во овој случај, и често може да се третираат конзервативно со периодични снимања и повторна хормонална проценка ⁽⁹⁾. Сепак, поголемите маси, хормонски активните лезии или оние со сомнителни карактеристики на снимките бараат поагресивна интервенција, вклучително и адrenaлектomiја ⁽¹⁾.

Фигура 2. Третман на адrenalни инциденталомии (no: Adrenal incidentaloma: A puzzle for clinician - Scientific Figure on ResearchGate)

Важноста на идентификување на инциденталомии на надбубрежните жлезди не лежи само во исклучувањето на малигнитет, туку и во откривањето на потенцијално опасни по живот тумори кои секретираат хормони, како што се феохромоцитомите или примарниот хипералдостеронизам, кои бараат специфичен третман ⁽²⁾. Дополнително, овие случајни наоди даваат можност за рана дијагноза и третман што води до потенцијално подобрување на долгорочните резултати на пациентот ⁽⁶⁾.



Заклучок: Овој случај ја нагласува важноста на сеопфатна евалуација кај пациенти со инциденталомии на надбубрежните жлезди, обезбедувајќи точна дијагноза и соодветно управување. Редовното следење останува од клучно значење за откривање на потенцијална малигна трансформација или одложено хормонално активирање.

Референци

1. Dunnick NR, Korobkin M. Imaging of adrenal incidentalomas: current status. *AJR Am J Roentgenol.* 2002;179(3):559-68. doi: 10.2214/ajr.179.3.1790559.
2. Feingold KR, Ahmed SF, Anawalt B, et al., editors. *Endotext* [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-. PMID: 25905160.
3. Jain SM. Adrenal incidentaloma: A puzzle for clinician. *Indian J Endocrinol Metab.* 2013;17(Suppl 1):S59-63. doi: 10.4103/2230-8210.119507.
4. Korobkin M, et al. Differentiation of adrenal adenomas from nonadenomas using CT attenuation values. *AJR Am J Roentgenol.* 1996;166(3):531-6. doi: 10.2214/ajr.166.3.8623622.
5. Arnaldi G, Boscaro M. Adrenal incidentaloma. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2012;26(4):405-19. doi: 10.1016/j.beem.2011.12.006.
6. Sherlock M, et al. Adrenal Incidentaloma. *Endocr Rev.* 2020;41(6):775–820. doi: 10.1210/endrev/bnaa008.
7. Bancos I, Prete A. Approach to the Patient With Adrenal Incidentaloma. *J Clin Endocrinol Metab.* 2021;106(11):3331-3353. doi: 10.1210/clinem/dgab512.
8. Thompson GB, Young WF Jr. Adrenal incidentaloma. *Curr Opin Oncol.* 2003 Jan;15(1):84-90. doi: 10.1097/00001622-200301000-00013. (2003): 84-90.
9. Kebebew E. Adrenal Incidentaloma. *N Engl J Med.* 2021;384(16):1542-1551. doi: 10.1056/NEJMc2031112.
10. Lee JM, et al. Clinical Guidelines for the Management of Adrenal Incidentaloma. *Endocrinol Metab (Seoul).* 2017;32(2):200-218. doi: 10.3803/EnM.2017.32.2.200..

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

Манускриптот треба да биде подготвени во електронска форма со двоен проред, големина на букви 12 точки, со македонска поддршка, користејќи го 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) концептирањето 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 соби-

рање 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 другиот материјал даден во претходните делови. Изнесете ги импликациите на наодите и нивните ограничувања, вклучително и импликациите за идните истражувања. Компарирајте ги опсервациите со други релевантни студии. Поврзете ги заклучоците со целиите 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 заграда, според редот на првото јавување во текстот. За пишување на референците во библиографијата, користете го начинот и форматот што се користи во Index Medicus Consult list of Journals indexed in Index Medicus (види примери подолу). Избегнете да користите како референци апстракти, „непублицирани податоци“ и „лични комуникации“. Може да се користат референци, трудови прифатени, но сè уште не публикувани - напишете го списанието и додадете „во печат“.

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

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

ЕДИНСТВЕНА ВО ЛИМЕНКА



330mL

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 Парапунов б.б., Скопје. Тел. 02/3062-702.

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

