

година XXV • број 92 • септември 2016

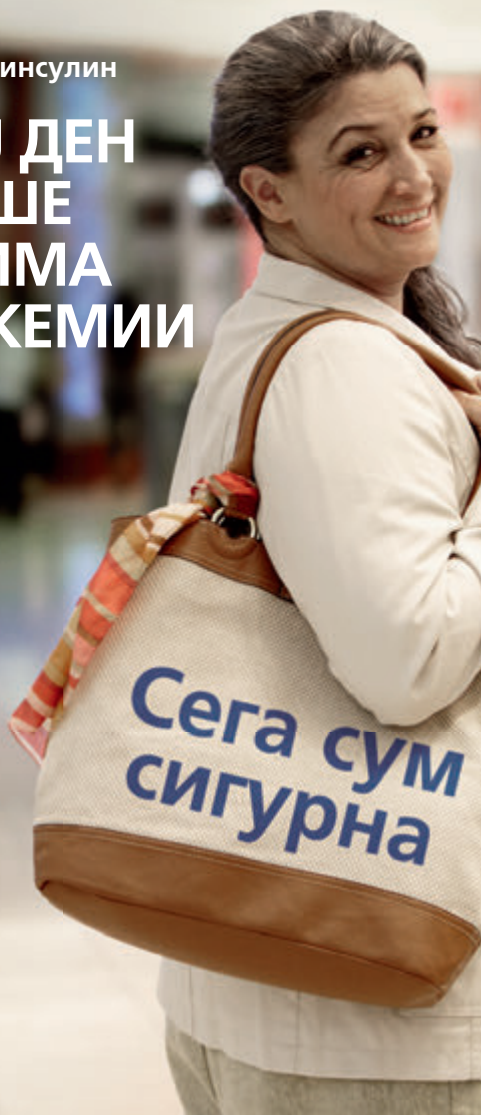
VOX
medici



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

На хуман премиксен инсулин

ТАА СЕКОЈ ДЕН СЕ ГРИЖЕШЕ ДАЛИ ЌЕ ИМА ХИПОГЛИКЕМИИ



Хипогликемијата може да претставува значаен проблем со хуманиот премиксен инсулин^{1,2}



NovoMix® 30 ја зголемува довербата во одржувањето на контролата

Значително понизок ризик од мајорна* и ноќна** хипогликемија наспроти хуманиот премиксен инсулин^{2,3}

Сигнификантно намалување на HbA_{1c} и PPG при префрлување од хуман премиксен инсулин^{14,15}

* p<0.05 ** p<0.01 † p<0.001 ‡ p<0.0001

NovoMix® 30 (biphasic insulin aspart) Скратено упатство за пропишување: Пред да го пропишете лекот, Ве молиме прочитајте го Збирниот извештај со особините на лекот. **Фармацевтска форма:** NovoMix® 30 (biphasic insulin aspart) FlexPen®. Сodrжи 100 U/ml insulin aspart (30% солубилен insulin aspart и 70% протаминкристализиран insulin aspart). **Индикации:** Третман на дијабетес мелитус кај возрасни, деца и адолесценти на возраст од 10-17 години. **Дозирање и начин на употреба:** Индивидуално со супкутана инјекција. NovoMix® 30 има побрз почеток на дејството од бифазен хуман инсулин и треба да се дава веднаш пред оброк. Кога е неопходно, NovoMix® 30 може да се даде веднаш по оброкот. Кај пациенти со дијабетес тип 2 NovoMix® 30 може да се даде како монотерапија или во комбинација со орален антидијабетик за кој е одобрена комбинација со инсулин, кога е неадекватна гликемиската контрола само со оралните антидијабетици. Кај пациенти со дијабетес тип 2 препорачана почетна доза на NovoMix® 30 е 6U при појадок и 6U при вечера. Може да се започне со NovoMix® 30 еднаш дневно 12U при вечера. Доколку дозирањето двапати дневно на NovoMix® 30 резултира со рекурентни дневни хипогликемиски епизоди, утринската доза може да се подели на утринска и доза за ручек (дозирање трипати дневно). Упатството за дозирање е содржано во Збирен извештај со особините на лекот. **Посебни популации:** **Постари пациенти:** NovoMix® 30 може да се користи кај постари пациенти, но има лимитирано искуство за користење на NovoMix® 30 во комбинација со ОАД кај пациенти постари од 75 години. **Деца и адолесценти:** NovoMix® 30 може да се користи кај деца и адолесценти над 10 години кога избор се дава на премиксни инсулини. За деца од 6 до 9 години постојат лимитирани клинички податоци. Не се направени студии кај деца под 6 години. **Контраиндикации:** Хиперсензитивност на

инсулин аспарт или на било која состојка. **Предупредувања и претпазливост при употреба:** Несоодветно дозирање или прекин во третманот може да доведе до хипергликемија и дијабетична кетоацидоза, кои се потенцијално летални. Може да се јави намалување на раните предупредувачки симптоми на хипогликемија кај пациенти кои долго имаат дијабетес. Брзот почеток на дејството треба да се земе предвид кај луѓето со дијабетес кај кои се очекува одложена апсорпција на храната. Премногу инсулин, прескокнување оброк или зголемена физичка активност можат да доведат до хипогликемија. Споредено со бифазниот хуман инсулин, NovoMix® 30 може да има посилен хипогликемиски ефект до 6 часа по инјектирањето. Ова може да се компензира со приспособување на дозата и/или со внесот на храната. Хипогликемијата може да претставува ризик при возење или ракување со машини. Секогаш треба да се земат предвид пропратните болести и лекови. NovoMix® 30 никогаш не смее да се даде интравенски. Случаи на срцева слабост беа пријавени кога пиоглитазон беше користен во комбинација со инсулин, особено кај пациентите со ризик фактори за развој на кардијална срцева слабост. Доколку се користи овој лек во комбинација со пиоглитазон, пациентите треба да се следат за знаци и симптоми на срцева слабост, пораст на тежината и едем. Пиоглитазонот треба да се прекине доколку се појави влошување на кардијалните симптоми. **Бременост и лактација:** Постои ограничено клиничко искуство при бременост. Нема ограничувања во употребата при доене. Сепак може да има потреба од прилагодување на дозата на NovoMix® 30. **Бифазен хуман инсулин:** Кога се префрла од бифазен хуман инсулин на NovoMix® 30 се започнува со иста доза и режим. Се титрира според индивидуалните потреби. Префрлувањето на друг вид или марка инсулин треба да биде под строг лекарски надзор.

Несакани ефекти: Хипогликемија е најчест несакан ефект. Други несакани ефекти поврзани со NovoMix® 30: едем, рефракциони аномалии и локална хиперсензитивност при почнување на инсулинска терапија и вообичаено имаат транзитрна природа. Липодистрофија, влошување на дијабетична ретинопатија. Ретко: Брзото подобрување на гликемиската контрола може да доведе до влошување на периферната невропатија, но тоа вообичаено е реверзибилно. Многу ретко: генерализираните хиперсензитивни реакции се ретки, но потенцијално животозагрозувачки. Лекот може да се издава само со лекарски рецепт. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 15-5178/12 од 30.08.2012. NovoMix® 30 и FlexPen® се трговски марки во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска. **Производител:** Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark, Novo Nordisk Production SAS Charente, France.

Референци:

- Garber AJ et al. Premixed insulin treatment for type 2 diabetes: analogue or human? *Diabetes Obes Metab* 2007; 9: 630-639.
- Davidson JA et al. Risk for nocturnal hypoglycemia with biphasic insulin aspart 30 compared with biphasic human insulin 30 in adults with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *Clin Ther* 2009; 31(8): 1641-1651.
- NovoMix® 30 Summary of Product Characteristics.
- El Naggar NK et al. Switching from biphasic human insulin 30 to biphasic insulin aspart 30 in type 2 diabetes is associated with improved glycaemic control and a positive safety profile. Results from the Achieve study. *Diabetes Res Clin Pract* 2012; 98: 408-413.
- Shah S et al. Safety and effectiveness of biphasic insulin aspart 30/70 (NovoMix® 30) when switching from human premix insulin in patients with type 2 diabetes: subgroup analysis from the 6-month IMPROVE™ observational study. *Int J Clin Pract* 2009; 63(4): 574-582.



го менуваме дијабетесот

Ние во Ново Нордиск го менуваме дијабетесот.
Со нашиот пристап за пронаоѓање нови терапии,
со нашата посветеност да работиме успешно и
етички и со нашата-постојана потрага по лекот.

Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
бул. Октомврска револуција бр.18, Скопје, МК
тел: +389 2 2400 202 факс: +389 2 2400 203
www.novonordisk.com

D-275/01-08/2014

NovoMix® 30
(biphasic insulin aspart)



Стихови од македонската поетеса Ана Бугтеска

Колку е потребно за да му се
насмееш на денот?
За детето да си го гушнеш
и мирисот детски да го впиеш...
...Та од младоста срцето
да ти се подмлади...



Здравјето пред сè

www.alkaloid.com.mk

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 8 | Медицински студии
Во Комората успешно реализирани првите стручни испити за студентите на медицина | 34 | Млади
Македонските специјализанти по психијатрија рамо до рамо со европските колеги |
| 12 | Разговор: Проф. д-р Никола Јанкуловски, ректор на УКИМ
Ќе настојуваме да го подигнеме нивото на квалитет на Универзитетот | 36 | Историја: Д-р Христо Татарчев
Угледен доктор со европска диплома и истакнат револуционер |
| 16 | Акредитација
Пријавувањето на несаканите случувања во практиката е чекор кон нивно спречување | 38 | Новини од медицината |
| 20 | Регулатива
Центарот за трансплантациона медицина директно под Владата | 40 | Најави
САД отвораат врата за пошироки медицински истражувања на марихуаната |
| 24 | Едукација
Медицинскиот симулациски центар во нови простории | 42 | Регион
Специјализантите во Хратска веќе не мора да им ја враќаат платата на болниците |
| 26 | Практика
Новини во терапијата на дијабетесот
Коагулопатии кај критично болни | 45 | Спорт: прим. д-р Александар Кандикјан
Пинг - понгот го крепи телото и е мелем за душата |
| | | 43 | Доајени
Харалампие МАНЧЕВ,
доцент и основоположник на македонската педијатрија |

Прилог: Стручни и научни трудови

00451 | **Снежана В.Петрова**

Состојба на исхранетоста на училишни деца на територија на ЈЗУ Центар за јавно здравје - Велес во периодот 2010-2016 година

Здравствениот одговор на поплавата

На 6.8.2016 година Скопскиот регион го зафати екстреман метеоролошки феномен со наврнати врнежи од 33 л/м² во првите 30 минути и 93 л/м² во следните два часа. Беа зафатени нас. Ченшо, Економија, с. Сингелиќ, с. Сџајковци, с. Смиловци, с. Црешево и с. Драчиново со околу 30.000 загрошено население. Смртно настрадаа 22 лица, а 77 беа повредени веднаш по настанот кој беше карактеризиран како најсилна поплава во последните 50 години која го зафатила Скопскиот подрачје. Здравствена помош беше укажана на повеќе од 70 лица, 45 пациенти беа пренесени од Ишната медицинска помош во болниците во сабота/недела (6/7 август 2016 година), сите примија соодветна медицинска грижа. Во напнатостниот период екипите на ИМП беа постојано присутни на два пункта в с. Сџајковци и во нас. Ченшо.

Здравствениот одговор беше одлично организиран со обезбедување на итна здравствена помош и грижа за афектираното население преку распоредување на нови здравствени пунктови во загрошеното подрачје за лесен и брз пристап на локалното население до услугите од примарната здравствена заштита. Истото така, беа обезбедени услови и за соодветна болничка здравствена заштита. Министерството за здравство обезбеди доволни хумани и технички ресурси со обезбедување на здравствена заштита 24/7.

Превентивна здравствена заштита беше обезбедена со ангажирање на Институтот за јавно здравје на Република Македонија, Центарот за јавно здравје Скопје, како и останатите две центри за јавно здравје. Беше сироведен засилен мониторинг на безбедноста на водата за пиење, како и епидемиолошки надзор за спречување на појава на заразни заболувања по пошкото од водата и храната, како и од вектор преносливи болести. Преку јавните медиуми се пренесуваа секојдневно пораки со мерки и преку флаери на терен како да се заштити јавното здравје. Беше сироведена и ДДД во сите загрошени објекти и зафатени површини.

Како резултат на соодветните здравствени активности не е регистрирана појава на заразни заболувања.

Во периодот 6-18 август од страна на екипите на ИМП беа прегледани 623 пациенти, 91 од нив беа хоспитализирани во болници. Патронажни сестри од повеќе градови посетиле 2182 лица во нивните домови. На лицата со хронични кардио-васкуларни, хронични респираторни, коскено-мускулни дегенеративни болести и пациенти со онкоскопски и други им беше давана неопходната терапија за продолжување на нивните заболувања. Сите села во поплавениот регион беа посетени.

Медицинските тимови во здравствениите пунктови по прегледите даваа лекови бесплатно. Универзитетската клиника за инфективни болести и фебрилни состојби, Ошката болница „8 Септември“ - Скопје и Ошката болница-Велес со нивните медицински тимови вршеа скрининг за поенцијални заразни болести на терен, давајќи терапија, медицински совети и антибиотикотерапија. Истото така, здравствената заштита на терен беше зајакната и со тимови од специјалисти - дерматовенеролози и ендокринолози. Психијатри од Универзитетската клиника за психијатрија го посетиле загрошеното население и даваа совети за соодветна психо-социјална поддршка на сите со психотрауматски нарушувања, како и потребна терапија.

Здравствениите работници уште еднаш ја покажаа својата хуманост и преданост да брзаат здравствена помош и во услови на кризна состојба. Благодарјќи на постојниот План за подготвеност и одговор на здравствениот систем при кризни состојби и активностите за негово ажурирање Министерството за здравство успеа да обезбеди здравствена заштита на сите на кои иако им беше потребна.

Ќе продолжиме со својата мисија да го унапредуваме јавното здравје со користење на сите хумани, професионални и технички ресурси.

Со почит,




Проф. д-р Михаил КОЧУБОВСКИ

главен и одговорен уредник на „Vox medici“

ИМПРЕСУМ

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

ИЗДАВАЧ

Лекарска комора на 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:

nachamed@mt.net.mk
lkm@lkm.org.mk
www.lkm.org.mk
voxmedici@lkm.org.mk

ЗА ИЗДАВАЧОТ

Д-р Кочо Чакалароски

ИЗДАВАЧКИ СОВЕТ

Проф. д-р Кочо Чакалароски
д-р Ленче Нелоска
д-р Џабир Бајрами
д-р Игор Николов
д-р Биљана Петковска – Огњанова
д-р Георги Петков
д-р Маријан Шокаровски
д-р Боро Илиевски
д-р Игор Дабески
д-р Илберт Адеми
д-р Мухамед Асани
д-р Лилија Чолакова - Дервишова
д-р Идриз Орана

ГЛАВЕН УРЕДНИК

Проф. д-р Михаил Кочубовски

ЗАМЕНИЦИ НА ГЛАВНИОТ УРЕДНИК

Асс. д-р Шабан Мемети

УРЕДУВАЧКИ ОДБОР

д-р Елица Станишлевиќ
д-р Македонка Попова-Спасеска
д-р Атип Рамадани
Проф. д-р Азис Положани
Проф. д-р Спасе Јовковски
д-р Катерина Дамевска
д-р Селим Черкези
Проф. д-р Костандина Корнети - Пекевска
д-р Беќим Поцеста
д-р Ели Карчева-Сарајлија
Прим. д-р Билјана Ефтимовска

УРЕДНИК

Ристе Недановски

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Октај Омераѓиќ

ЛЕКТОР

Живко Мартиновски

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ

ISSN 1409-8865

Почишувани,

Заради неопходноста на констинуирано ажурирање на базата на податоци, Лекарската комора на Македонија апелира до лекарите кои имале промена во личните податоци, промена на работното место, односно работата во друга здравствена установа или ја смениле адресата на живеење, да достават точни податоци.

Ажурирањето на податоците во Регистарот е обврска на секој доктор и согласно правилниците и другите подзаконски акти на Комората.

Точните лични податоци, податоците за работните места и адресите на живеење се неопходни за реализацијата на програмските активности на Комората, прецизна евиденција во единствениот Регистар на доктори на Р. Македонија, известување за календарот на акредитирани стручни активности, навремено информирање на докторите за активностите на Комората и други информации од интерес на докторите, доставување информативни и печатени материјали, сисанија, како и за спроведувањето на различни проекти кои се од значење за докторската професија.

Известувањето за промените може да се испраќа на e-mail адреса: lkm@lkm.org.mk или да се достави до Стручната служба на Лекарската комора на Македонија, бул. „Партизански одреди“ број 3, 1000 Скопје, Македонија.

ЛЕКАРСКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

„Партизански одреди“ број 3, 1000 Скопје, Македонија

РАБОТНО ВРЕМЕ:

понеделник, вторник, среда и петок од 08 до 16 ч.
четврток од 08 до 18 ч.

Alzinex

memantine

терапия кај пациенти со умерена до тешка Алцхајмерова болест со единствен облик на таблета



1. Таблетите од 20 mg имаат разделна линија во облик на крст



2. Со притисок на средина таблетата едноставно се дели на 4 еднакви дела



3. Се зема потребната доза

Сега со
поприфатлива
цена од
787
денари

НАЧИН НА ДОЗИРАЊЕ НА АЛЗИНЕКС¹

недели	доза	20 mg таблета
прва недела	5 mg	четвртина таблета
втора недела	10 mg	половина таблета
трета недела	15 mg	три четвртини од таблетата
четврта недела	20 mg	цела таблета

Референци:
1. Data on file, Lek Skopje DOOEL

МК-09.2016

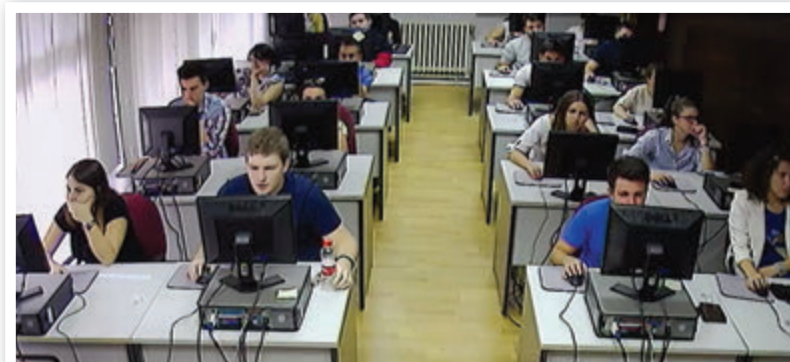


член на компанијата Sandoz

Лек Скопје ДООЕЛ
„Перо Наков“ 33, Скопје, Р. Македонија
тел. +389 2 2550 800 • факс +389 2 2551 485

СОГЛАСНО НОВИТЕ ЗАКОНСКИ РЕШЕНИЈА

Во Комората успешно реализирани првите стручни испити за студентите на медицина



На 23.8.2016 година во просториите на Лекарската комора на Македонија се одржа првата сесија на полагање на првиот дел на стручниот испит за студентите на медицина по завршување на втора година од медицинските студии што е воведен со Закон за медицинските студии и континуираното стручно усовршување на докторите на медицина.

За првиот термин се пријавија над четириесетина студенти по медицина. Согласно законските и подзаконските акти со кои се регулира полагањето на стручниот испит за студентите на медицина и на здравствените работници со високо образование, првиот дел од стручниот испит студентите го полагаа пред комисија составена од пет членови кои се доктори на наука од областа на медицината. На стручниот испит на студентите на медицина присуствуваа и претставници од министерствата за здравство и за образование и наука, како и претставник кој го определува Владата на Р. Македонија. Тие можат да го прекинат полагањето ако тоа се спроведува спротивно на прописите или е доведена во прашање објективноста на резултатите, а доколку има случаи на препишување или недозволените консултации може да го отстранат студентот од писмениот испит.

Стручниот испит се полага во просторија посебно опремена со материјално - техничка и информатичка опрема, интернет врска и опрема за снимање на полагањето. Полагањето се

снима и во живо се емитува на веб - страницата на Министерството за здравство, а пристап до линкот имаа(т) редовните и вонредните професори и шефовите на катедри на медицинските факултети и студентскиот правобранител. Ако поради технички причини снимањето се прекине, снимката од целиот испит се поставува на веб - страницата на Министерството за здравство.

На денот на полагањето, секретарот на испитната комисија му дава на кандидатот пристапен код, односно лозинка со кој му се одобрува пристап во електронскиот систем преку кој се спроведува полагањето.

- Пред почнување на стручниот испит испитната комисија врши идентификација на кандидатите преку проверка на соодветен документ за идентификација.
- По одобрувањето на пристапот, кандидатот добива електронски тест со прашања, компјутерски генерирани, чија содржина по случаен избор ја одредува софтверот од базите на прашања.
- Испитот содржи упатство за начинот на негово решавање, за кое претставникот на Министерството за здравство дава појаснување, пред да започне полагањето.
- Електронскиот систем за полагање на стручниот испит не може да дозволи постоење на идентична содржина на електронскиот тест во една сесија за повеќе од еден кандидат.

Првиот дел од стручниот испит за студентите на медицина се спроведува со полагање на писмен тест кој се состои од 56 прашања.

Тестот се полага по електронски пат со одговарање на прашања во вид на решавање на електронски тест на компјутер со избирање на точниот од понудените пет можни одговори, од кои еден одговор е точен, два се слични и два не се точни.

Прашањата се класифицирани во две различни тежински групи (прашања со ниска сложеност и прашања со висока сложеност) кои носат различен број бодови, при што точните одговори на

За првиот дел од стручниот испит на студентите на медицина во месеците август и септември се пријавија околу 500 студенти на медицина за кои се организираа шест испитни сесии



сите поставени прашања се оценуваат со најмногу 100 бодови. Прашањата се од областа на анатомија, физиологија, хистологија и ембриологија: биохемија, молекуларна биологија (по 2 прашања со висока сложеност кои се бодуваат со по 3,5 бода за секој точен одговор и по 6 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точен одговор), медицинска физика, медицинска хемија, медицинска биологија и анатомија и основи на медицинска психологија и медицинска социологија (по 1 прашање со висока сложеност кое се бодува со 2 бода за точен одговор и по 3 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1 бод за секој точен одговор.)

Полагањето на трае најмногу 90 минути.

При полагањето на стручниот испит пречекувањето на времетраењето на испитот значи дека испит не е положен.

Писмениот тест се смета за положен доколку се точно одговорени најмалку 60% од поставените прашања, односно доколку се освоени најмалку 60 бода.

Резултатите од писмениот тест се добиваат на денот кога се полага тестот. Кандидатот кој е незадоволен од полагањето на стручниот испит има право да бара ревизија на испитот со доставување на писмен приговор до Лекарската комора, која за оваа намена формира комисија за ревизија. По разгледувањето на наводите во приговорот, таа го известува незадоволниот кандидат за нивните наоди и заклучоци, го информира за направените грешки и му овозможување непосреден увид во тестот.

Кандидатот кој не го положил првиот дел од стручниот испит има право повторно да го полага испитот во наредните термини.

Според Правилникот, првиот дел од стручниот

испит да се полага во најмалку пет редовни испитни сесии распоредени во месеците август и септември. Комората ќе организира полагање на стручен испит и во вонредни испитни сесии секогаш кога најмалку пет кандидати ќе достават пријава за полагање на стручен испит.

За првиот дел од стручниот испит на студентите на медицина во месеците август и септември се пријавија околу 500 студенти на

медицина за кои се организираа шест испитни сесии. Поради техничките можности, полагањата во една сесија се спроведуваа и во повеќе групи, во зависност од бројот на пријавените кандидати. Во една група полагаат најмногу 20 кандидати.

За секоја група се формираше посебна испитна комисија. Во Лекарската комора на Република Македонија се акредитирани над 150 доктори на наука од областа на медицината кои ќе го вршат испитувањето при спроведувањето на првиот дел од стручниот испит.

Vox medic

НА СИНДИКАЛНАТА ШКОЛА НА ССКЦ ВО ОХРИД

Презентиран проектот на Законот за докторска дејност

Работната верзија на Законот за докторска дејност што го подготвува Лекарската комора на Македонија беше една од темите на Синдикалната школа што од 16 до 18 септември во Охрид ја организираше Самостојниот синдикат на вработените во универзитетските клиники, центри, клинички болници и други јавни здравствени установи во Р.Македонија. Содржината и клучните поенти на овој законски проект, за кој веќе подолго време се залага докторската фела, пред учесниците на Синдикалната школа ги презентираше потпретседателот на Комората, д-р Ленче Нелоска, која наедно е и претседател на Комисијата за изработка на законот.

На Школата беа обработени и темите за синдикално здружување и колективно преговарање во здравството на Р.Македонија и импликациите од нив во уредување на правната положба на здравствените работници, како и темата за репрезентативност, односно мобинг. Предавачи беа истакнати експерти за синдикално работење и делување, како и стручњаци за другите области.

ПРОФ. Д-Р НИКОЛА ЈАНКУЛОВСКИ, РЕКТОР НА УКИМ

Ќе настојуваме да го подигнеме нивото на квалитет на Универзитетот



Во јуни годинава, Сенатот на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ Ве избра за ректор. Кои беа Вашите мотиви и причини поради кои аплициравте и се кандидирате за оваа престижна, но и исклучително одговорна функција?

Најголемиот факултет при УКИМ - Медицинскиот факултет кој со своите три дејности: наставно - едукативната, научноистражувачката и стручно - апликативната, претставува многу комплексен и сложен ентитет за чие функционирање и развој се потребни многу напори, посветеност и

истрајност. Резултатите од мојот 7.5 годишен мандат како декан укажуваат дека како факултет успеавме не само да опстоиме во конкуренцијата, туку успешно да функционираме, да се развиваме и да постигнуваме значајни резултати во сите области. Со сите постигнати резултати, како декан и како хирург, за што сведочат бројните признанија, сметам дека раководењето на Универзитетот е предизвик, кој ќе можам успешно да го одговорам.

Кои ќе бидат првите приоритети со кои ќе го започнете Вашиот мандат кој стартуваше на 15 септември?

Најголем приоритет е секако подигнување на нивото на најстариот, најголемиот и најдобриот универзитет во Република Македонија. Секако ова подигнување на нивото на квалитетот на УКИМ треба да овозможи и негово повисоко рангирање на Шангајската листа на најдобри универзитети. За тоа, исклучително значајна ќе биде финансиската поддршка од државата во делот на науката и истражувањето. Исто така, од есенцијален интерес ќе биде развивањето на успешна стратегија за унапредување на научноистражувачката, уметничката и иновативната работа преку различни стимулативни мерки и изнаоѓање соодветни финансиски извори за нејзин развој.

Најавивте нов Закон за високо образование кој, пред сè, ќе го обезбеди уставно загарантираното право на автономен интегриран универзитет, кој ќе ги заштити и ќе ги одржува академската слобода и автономија?

Законот за високо образование ќе треба да биде рамката во која понатаму ќе се спроведува универзитетската политика и секако, таа рамка ќе треба да биде соодветна на современите трендови во високообразовната дејност прилагодена на наши услови. Ова ќе биде една од најзначајните заложби, и моја како ректор, а и на целата универзитетска заедница. Инаку обиди за влијание врз академската средина имало и ќе има. Од сите нас зависи дали ќе дозволиме да се наруши автономијата на Универзитетот. Слободната мисла на Универзитетот не може да се спречи. Универзитетот преку дебати и активни состаноци со претставни-

ците на институциите на системот ќе ги решава актуелните проблеми кои ја засегаат независноста и автономијата. Независноста и автономијата се единствен предуслов за создавање квалитетно високо образование и развој на УКИМ, кој како најстар и најголем универзитет, ќе продолжи да дава значаен придонес во промоцијата на квалитетот во високото образование, истражувањето и иновациите, како и во градењето на заедничкиот европски образовен простор.

Осовременувањето на наставата, подобрувањето на нејзиниот квалитет, подобрувањето на квалитетот на студирањето и студентскиот стандард, се приоритети на секој универзитет кој сака да држи чекор со современите наставно –научни текови и трендови, особено кога еден од приоритетите е и зголемување на неговата “видливост” на меѓународно ниво. Како да се постигне тоа?

УКИМ е најголем и најдобар универзитет, со квалитетен наставен и истражувачки кадар, инфраструктура, опрема, образовна понуда и одлични



Проф. д-р Никола Јанкуловски од Медицинскиот факултет е новиот ректор на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје, кој деканската функција на еден од најголемите факултети во земјата ја вршеше 7.5 години, и кој кон средината на септември ја презеде челната функција на институцијата, во чии рамки има дури 33 членки на кои студираат повеќе од 60.000 студенти. Во разговорот, проф. Јанкуловски говори за универзитетската автономија, за неговите планови и визији за подигнувањето на квалитетот, за осовременувањето на наставата, за зголемувањето на интеракцијата со стопанството и со научното, економското и социјалното опкружување, за интензивирањето на меѓународната соработка.

резултати од наставно- образовната, научноистражувачката и апликативната дејност. Сепак, постојано треба да се работи на подигнување на квалитетот, како дел од мисијата на Универзитетот. Единиците на УКИМ се водат од принципот дека студентот е во центарот на образовниот процес, па така ги комбинираат наставата, учењето и континуираното оценување во рамките на спецификите и компетенциите. Во следниот период, Универзитетот треба да го интензивира започнатиот процес на модернизација на наставата со воведување на ИТ технологии, e-learning и нови електронски алатки за пренесување знаења, и тоа на сите свои единици. Иако, во голема мера, поддршката на студентите е соодветна на потребите, следниве прашања би можеле да бидат идентификувани како подложни за подобрување: зголемување на бројот на курсеви на е-платформата за учење; континуирано ажурирање на материјалите наменети за студентите; создавање и перманентен развој на дигиталните библиотеки со учебници и учебни помагала; развој на центрите за кариера на сите единици; афирмација и поддршка на менторскиот систем (студентски советник) итн. Следењето на современите трендови во наставата, како и зголемувањето на мобилноста, се најзначајните фактори кои го промовираат Универзитетот надвор од границите на Македонија. На тој начин условно се зголемува неговата видливост и, секако, степенот на рангирање на листата на најдобрите универзитети.

Со години се говори дека една од слабостите на нашиот систем на образованието во Р. Македонија е неговата неповрзаност со стопанството, а како акутна се наметнува и потребата за интензивирање и промлабочување на меѓународната соработка?

Како државен универзитет УКИМ активно ги следи потребите на стопанството, приватниот сектор и на општеството во целина. Студиските програми на кои им се дава приоритет се одраз на потребите и барањата на локалната, регионална-

Создавањето академски кадар е долготраен и макотрпен процес, затоа да треба да се инсистира на перманентно и постојано вклучување на млади кадри во универзитетската средина, што е основен предуслов за непречен развој на Универзитетот



та и меѓународната општествено-економска средина. Информатичките технологии, техничко-технолошките и природно-математичките струки се главни точки на интересот на стопанството, а не помало е и значењето на медицината, економијата и на другите научни и уметнички области.

Од аспект на подобрување на професионалното обучување и перспективите на студентите, Универзитетот и единиците треба да ја интензивираат соработката со стопанството за да овозможат практична настава и професионален тренинг за своите студенти. На тој начин, ќе се подигнува нивото на релација теорија-практика и ќе се овозможи приватниот сектор и стопанството уште во фазата на учењето да ги препознаат и да ги поттикнат своите идни кадри. Покрај практичната настава, на одредени единици ќе се реализира и клиничка настава, во соработка со надворешни партнери и со вклучување стручњаци од практиката.

Како еден од значајните чинители во севкупните општествено-економски процеси во државата, УКИМ ќе тежнее кон континуирано одржување на статусот на рамноправен партнер на бизнис-заедницата и тоа преку учество во иницијативи и мрежи кои имаат за цел унапредување на севкупниот општествено-економски амбиент во државата.

Ни се случува вистински бум на нови факултети, високообразовни институции, универзитети, а во исто време најквалитетниот, најстариот и најголемиот Универзитет во земјава се соочува со мошне сериозен проблем со недостаток на млад соработнички кадар, со финансирањето на научно-истражувачките проекти?

Во периодот кога стапив на функцијата декан на Медицинскиот факултет функционираа уште два државни медицински факултети, во Штип и во Тетово. Ангажирањето на професори од УКИМ Медицински факултет во реализација на

наставата на овие два факултети, не го попречи воведувањето на нови наставни содржини прилагодени на современите медицински трендови во голем број предмети од студиските програми на студентите по медицина, тригодишните стручни студии не само во првиот, вториот туку и во третиот циклус на наставата и пред сè во програмите за специјализации кои согласно европските директиви претрпеа значајни измени во однос на претходниот период. Така да сметам дека новите високообразовни институции не го попречија развојот на УКИМ, иако со повеќе финансиски средства секако тој би бил уште повисоко рангиран. Примарна задача треба да биде изнаоѓањето на нови модуси на финансирање на научноистражувачката работа, пред сè со поголемо вклучување во меѓународни проекти, што е еден од моите основни приоритети. Создавањето академски кадар е долготраен и макотрпен процес, затоа да треба да се инсистира на перманентно и постојано вклучување на млади кадри во универзитетската средина, што е основен предуслов за непречен развој на Универзитетот.

Со оглед на случувањата и состојбите, во Вашиот мандат ќе се случи и реорганизација во системот на студентското организирање и изборот на нивните претставници на факултетските единици и во Универзитетот?

Уште со мојот избор за Ректор на УКИМ, започнати се активности за прецизирање на најзначајните аспекти на студентското организирање. Комисијата за подготвување на измените во делот од Статутот кои го регулираат студентското вклучување во процесите на одлучување активно работи и наскоро ќе ги даде предлог-измените кои ќе треба да ги усвои Сенатот на Универзитетот. Инаку студентите секогаш ќе бидат централниот чинител на универзитетската активност.

Дефинирањето на критериумите за финансирање на високото образование секако е голем предизвик на раководството на интегрираниот Универзитет

Студентите се воведуваат во научноистражувачката работа преку учество во научни проекти, но нивната застапеност е мала, споредено со вкупниот број студенти. Универзитетот ќе стави посебен акцент на ова, а особено ќе настојува да се зголеми бројот на студенти вклучени во научноистражувачката работа која е задолжителен дел од целокупниот процес на докторските студии.

Исто така, ќе посветам особено внимание на развојот на капацитетите за научноистражувачка работа преку зголемување на предлог-апликациите за европските фондови и меѓународните грантови за истражување. Основен предуслов за таквата активност ќе биде интензивирање на соработката преку национални, меѓународни и меѓууниверзитетски договори за соработка, со креирање и учество во мултидисциплинарни проекти, од актуелни области пред сè од областа на екологијата, здравството, енергетиката. Секако овде треба да се спомене и детерминирањето на нови ресурси за зголемувањето на финансиските можности за научноистражувачката работа преку обуки и активности за усовршување на постојниот академски кадар, ангажирањето на млад кадар и нивна академска афирмација преку промоција на проекти и можности за истражување. Дефинирањето на критериумите за финансирање на високото образование секако е голем предизвик на раководството на интегрираниот Универзитет, во кој, секогаш во центарот на интересот ќе бидат студентите – односно подобрувањето на условите за практична настава, зголемувањето на соработката со стопанството, со бизнис заедницата за трансфер на технологии, иновации и патенти, како и нивното мотивирање за вклучување во сту-

Проф. д-р Никола Јанкуловски важи за исклучително компетентен и посветен хирург, почитуван од колегите, студентите и пациентите кој и како Декан на Медицинскиот факултет ги задржа своите термини во хируршките сали на Клиниката за дигестивна хирургија. Дали и ректорот Јанкуловски ќе ја продолжи својата хируршка практика, пред сè, имајќи ги предвид бројните дополнителни обврски кои одат со ректорската функција?

Отсекогаш сум бил голем вљубеник во професијата, неизмерно среќен кога ќе се најдам во операциона сала. За хирургот не постои работно време, има операции кои траат со часови надвор од работното време, ургентни случаи кои мораат да се решаваат во кое било време на денот и ноќта, за време на викенди, празници... Секако ваквото темпо на активности не ми попречи, напротив, постојано ме ставаше во движење и ми овозможи успешно и паралелно да ја градам и професионалната и академската кариера, а последниве седум и пол години и да раководам со Медицинскиот факултетот.

Свесен сум дека и Универзитетот, а сите предизвици во овие современи услови бараат голема посветеност, па веројатно ќе намалам со бројот на оперативни интервенции. Но, верувајте, ќе гледам секој слободен момент да го посветам на мојата најголема љубов – хирургијата. Исто така, и понатаму ќе настојувам да придонесувам за развојот на својата клиника, на Медицинскиот факултет, и на нашата alma mater – Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје.

дентските организации и воннаставните активности на Универзитетот.

На ректорската функција доаѓате од деканската позиција на Медицинскиот факултет. Дали и како искуството од менаџирањето со еден од најголемите факултети на Универзитетот “Св. Кирил и Методиј” ќе Ви помогнат да го водите Универзитетскиот кампус?

Како што претходно спомнав Медицинскиот факултет со своите три дејности претставува комплексен и сложен ентитет, за чие што раководење секако требаше голем ангажман. Универзитетот со своите многубројни единици со различните карактеристики, потреби и интереси ќе биде уште поголем предизвик. Некако мојата општествена кариера одеше етапно, од директор на универзитетска клиника, до декан на факултет, па сè до ректор на Универзитетот. Конструктивна соработка со сите релевантни чинители, консултации со соработниците, навремено преземање на неопходни активности за решавање на проблемите, особено поставувањето приоритети помеѓу нив, ќе биде основниот начин како успешно да се раководи со една институција колку и да е комплексна како што е УКИМ.

Vox medici



За прволиниски третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка (мКД)

ПОВЕЌЕ ЖИВОТ ЗА НЕА

**PERJETA®: поставување на нов стандард
на преживување во прволиниски
третман на HER2 позитивен мКД**

Подобрено пријавување на безбедноста кај бремени жени потенцијално изложени на PERJETA

- Perjeta треба да се избегнува во тек на бременост освен кога придобивката во корист на мајката го надминува потенцијалниот ризик за фетусот. Не се изведени студии за PERJETA кај бремени жени и безбедна та употреба на PERJETA за време на бременост и лактација не е утврдена.
- Утврдете дали пациентката е бремена пред почеток на терапија со PERJETA. Жените во репродуктивен период и жените партнери на мажи во репродуктивен период би требало да употребуваат ефикасна контрацепција додека примаат PERJETA и 6 месеци по последната доза на PERJETA.
- Следете ги пациентите кои ќе забременат за време на терапија со PERJETA или во период од 6 месеци по последната доза на PERJETA за појава на олигохидроамниоза.
- Доколку PERJETA се употребува за време на бременоста или доколку настане бременост во тек на терапија со PERJETA или во период од 6 месеци по последната доза на PERJETA, Ве молиме веднаш да ја пријавите изложеноста на лекот на локалната Roche телефонска линија за несакани настани: **+389 2 3103 500**
- Дополнителни информации ќе Ви бидат побарани за пациентите кај кои настанала бременост, а се изложени на PERJETA и за време на првата година на живот на новороденчето. Ова ќе овозможи Roche/Genentech подобро да ја разбере безбедноста на PERJETA и да обезбеди соодветни информации до здравствените власти, здравствените работници и пациентите.

PERJETA® (pertuzumab) за прволиниски третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка

Невидена ефикасност

- Продолжено средно вкупно преживување (ВП) до 56.5 месеци¹
- Пациентите живеат **15.7 месеци повеќе** кога се лекуваат со PERJETA® + Herceptin® (trastuzumab) + docetaxel споредено со само Herceptin + docetaxel²
- Комбинацијата на PERJETA® со Herceptin® + docetaxel го зголеми средното преживување без прогресија на болест (ПБП) за 6.1 месеци споредено со само Herceptin + docetaxel²
- Конзистентен бенефит во ПБП и ВП демонстриран кај голем опсег на пациенти^{1,2}

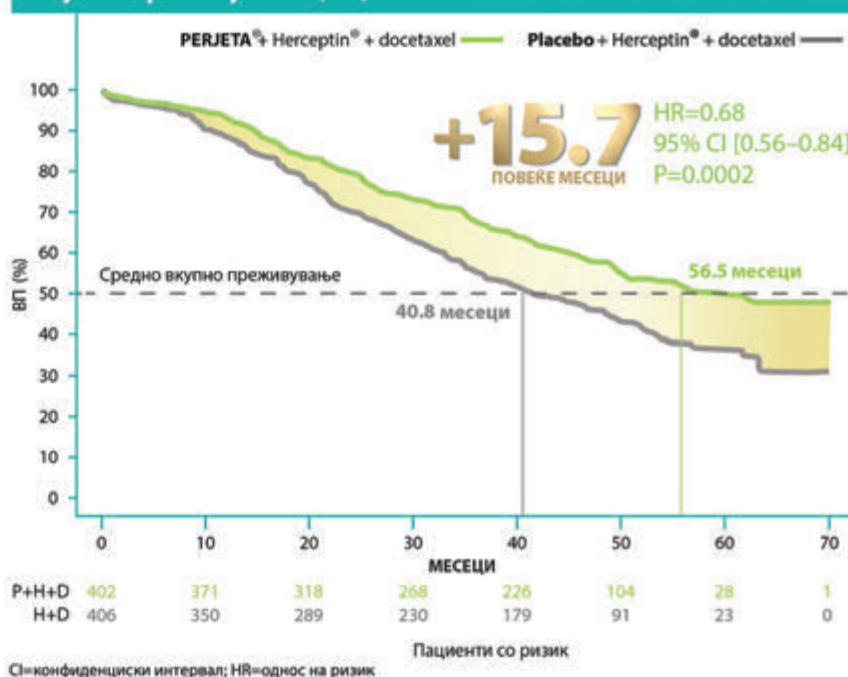
Безбедносен профил кој лесно се менаџира

- Конзистентен со претходниот стандард на грижа,^{2,3} без зголемување на срцевите несакани настани
- При долготрајно следење нема појава на кумулативна или доцна токсичност
- Честотата на сите несакани настани значително се намали по прекинет на третманот со docetaxel^{1,4}

Индикација:

Perjeta® е индициран во комбинација со Herceptin® и docetaxel кај пациенти со HER2 позитивен метастатски или локално рекурентен нересектабилен карцином на дојка, кои за својата болест претходно не примале анти-HER2 терапија или хемотерапија⁵.

Вкупно преживување (ВП)¹



*Наменето само за здравствени работници.

Perjeta® (pertuzumab). СОСТАВ: Активна супстанција: pertuzumab. 1 вијала Perjeta® содржи 420mg pertuzumab. ТЕРАПЕВТСКИ ИНДИКАЦИИ: Метастатски карцином на дојка. КОНТРАИНДИКАЦИИ: Perjeta® е контраиндициран кај пациенти со позната пречувствителност на pertuzumab или некој од експлицитните. МЕРКИ НА ПРЕТПАЗЛИВОСТ: Терапијата со Perjeta® треба да се спроведува само под контрола на лекар со искуство во третман на пациенти со малигни заболувања. НАЧИН НА ИЗДАВАЊЕ: Лекот може да се применува само во здравствена установа. БРОЈ НА ОДОБРЕНИЈО ЗА СТАВАЊЕ НА ЛЕК ВО ПРОМЕТ: 11-9037/2 од 31.03.2016. НОСИТЕЛ НА ОДОБРЕНИЈО ЗА СТАВАЊЕ НА ЛЕК ВО ПРОМЕТ: РОШ Македонија, ДООЕЛ Скопје.

За дополнителни информации во врска со лекот обратете се на macedonia.medinfo@roche.com. Збирен извештај за особините на лекот е достапен на Ваше барање.

Референци: 1. Swain S, Kim SB, Cortés J, et al. Final overall survival analysis from the CLEOPATRA study of first-line pertuzumab, trastuzumab, and docetaxel in patients with HER2-positive metastatic breast cancer. Oral presentation at the 39th European Society for Medical Oncology (ESMO) congress, Madrid, Spain, 2014 (Abstract 350O_PR). 2. Baselga J, Cortés J, Kim S-B, et al. CLEOPATRA Study Group. Pertuzumab plus trastuzumab plus docetaxel for metastatic breast cancer. N Engl J Med. 2012;366:109-119. 3. Baselga J, Cortés J, Seock-Ah I, et al. Adverse events with pertuzumab and trastuzumab: evolution during treatment with and without docetaxel in CLEOPATRA. Poster presented at: American Society of Clinical Oncology Annual Meeting; June 1-5, 2012; Chicago, IL. Poster 597. 4. Swain SM, Kim S-B, Cortés J, et al. Pertuzumab, trastuzumab, and docetaxel for HER2-positive metastatic breast cancer (CLEOPATRA study): overall survival results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study. Lancet Oncol. 2013;14:461-471. 5. Збирен извештај за особините на лекот Perjeta.

PERJETA®
pertuzumab
give HER more life

Пријавувањето на несаканите случувања во практиката е чекор кон нивно спречување

Многу од пациентите во текот на нивното лекување имале некаква компликација, било очекувана, неочекувана, од претпоставен ризик, или ненадејно и по прв пат во практиката. Едно е карактеристично за сите компликации, а тоа е дека се несакани случувања.

Несакано случување – е инцидент во кој што е дојдено до штета за пациентот или вработениот.

ДЕФИНИЦИИ ЗА НЕСАКАНО СЛУЧУВАЊЕ –

- 1. Несакано случување** е која било несакана повреда или компликација која доведува до појава на инвалидитет, смртен исход или до продолжено престојување во болницата, а настанува (се случува) како резултат на работата, третманот или работата во здравствената установа.
- 2. Несакано случување** е неочекувана смрт или сериозна физичка или психичка повреда, која не е поврзана со природниот тек на болеста.¹

Во поодамнешните години, речиси и да не се пријавуваа несаканите случувања, повеќе поради срам од обвинување за незнаење или страв од казнување (култура на „срам и обвинување“). Во последните години почнува постепен тренд кон пресврт во секојдневната лекарска практика, во поставување на основи за создавање на „култура на безбедност“.

Основните принципи за практикување на овој пристап се:

1. Познавањето на сите постојни ризици во дијагностиката и терапијата, не само на болестите, туку и на спецификите на секој пациент.
2. Превенирање на појава на несакани случувања преку елиминација на познатите ризици.
3. Запознавање на пациентот со можните ризици и начините за нивна елиминација.
4. Евидентирање на евентуалното настанато несакано случување.
5. Преземање на постапка на решавање на евентуално настанатите компликации од истото.
6. Предлог - мерки (чекори) за превенција од повторување на исто несакано случување.

Во едно големо истражување направено во високо развиени земји, целосното откривање го одобруваат само еден дел од

докторите, со препорака внимателно да се изберат зборовите, додека за парцијално откривање се изјасниле повеќе од половина од докторите.²

Причината за прифаќањето или неприфаќањето на целосно откривање на несаканото случување во најголем број случаи зависи од нивото на свест во самата заедница, пациентите, лекарските здруженија, здравствениот систем и легислативата.

Во продолжението на истата студија, направено во 2008 година, податоците покажуваат дека пациентите имаат поголемена доверба во болници каде што има принцип на целосно откривање на несаканото случување, отколку ако добиваат информација само за компликацијата, без искрен разговор со медицинскиот персонал.

Друг момент кој мора да се одбележи е потребата од специфична, формална обука за сите медицински профили како да се дискутираат медицинските грешки или компликациите. Обуката се однесува како на комуникациските вештини, така и на содржината на дадените информации. Постојат докази дека формалното образование кое во својата програма има содржина за откривање на грешки и компликации, ја подобрило самодовербата кај медицинскиот персонал.

Откривање и решавање на грешките и несаканите случувања денес се воведени во голем број здравствени организации. Од

ВИДОВИ НА НЕОЧЕКУВАНИ НЕСАКАНИ СЛУЧУВАЊА

Хируршки зафат извршен на погрешен пациент
Хируршки зафат извршен на погрешен дел на телото
Инструмент или предмет оставен на местото на хируршкиот зафат
Несакана реакција или несакано случување поврзани со трансфузија на крв или крвни деривати
Смрт/кома/тешко оштетување на здравјето поради погрешна фармакотерапија
Смрт или тешко заболување на мајката поврзано со породување
Испис на новородено дете на погрешно семејство
Смрт или траен инвалидитет на здраво новородено дете со родилна тежина над 2500 грама, а не е поврзано со вродени заболувања и аномалии
Тешка неонатална жолтица
Самоубиство или обид за самоубиство во болница или 72 часпосле исписот од болница
Радиотерапија на погрешна регија на телото/радиотерапија со доза за 25% повисока над планираната доза
Несакани случувања кои причинуваат смрт или тежок инвалидитет

2001 година Joint Commission во нивните стандарди има воведено задолжителна процедура за откривање на неочекуваните и непретпоставуваните несакани исходи. Во 2006 Националниот форум за квалитет во здравството вовеле целосно откривање на „сериозните неочекувани исходи“ како една од 30-те „безбедни практики“ во здравството. Оваа иницијатива на организацијата бара и од здравствените установи да креираат средина погодна за спроведување на преку интегрирање на управувањето со ризикот и активностите за подобрување на безбедноста на пациентите.³

Изразот „настан кој не треба никогаш да се случи“ за прв пат бил воведен во 2001 година од Ken Kizer, MD, раководител на Националниот Форум за квалитет, како одговор на зачестеноста на шокантните медицински грешки (како на пример, операција на погрешна страна) кои не смеат никогаш да се случат. Со време, оваа листа била проширувна со вклучување на несакани случувања кои се јасни и недвосмислени (лесно се идентификуваат и може да се измери нивната тежина), сериозни (кои резултираат со смртен исход или значително оштетување, или критични до одреден момент), и случувања кои вообичаено можат да се спречат. До 2002 година таа листа имала 27 видови на несакани случувања, додека во 2011 година листата е проширена на 29 настани групирани во 6 категории: хируршки, предизвикани од уред или производ, заштита на пациентот, раководење со грижата за пациентот, фактори од околината, радиолошки и криминални.

Најголемиот број на случаи кои не смеат да се случат (пример: операција на погрешно место или страна) се и најретки, и студијата од 2006 година проценила дека во една типична болница, која не третира најсериозни случаи (од секундарно ниво), може да се случи таков настан еднаш на 5 до 10 години.

Поновата американска студија од 2013 година објавила над 4.000 хируршки несакани случувања годишно коишто се случиле и се пријавени во САД.⁴

Во една студија пак, во кардиохируршка клиника во САД каде што прават 153.263 операции, имало несовапаѓање на бројот на тупфери ставени и отстранети после операција во 7.000 случаи, од кои после повеќекратната проверка, во извештајот е наведено дека кај 1.062 имало оставено хируршки материјал во оперативното поле. Тоа изнесува стапка од 1:70 дискрепанци во бројот. Затоа се уште се трага по посовремени методи за броене на хируршкиот материјал после операцијата, при што се размислува за хируршки материјал кој е маркиран со баркодови.⁵

Ненамерното заборавување на медицински материјал и/или инструменти засега е најчестото несакано

Сертификати од АКАЗУМ за три здравствени установи

Универзитетската клиника за кардиологија, Институтот за белодробни заболувања кај децата-Козле и Универзитетската клиника за детски болести се првите три здравствени установи кои добија едногодишни сертификати од Агенцијата за квалитет и акредитации на здравствени установи во Македонија. Сертификатите на здравствените установи им беа доделени на 18 јули годинава, а на пригодната свеченост организирана по тој повод присуствуваа и премиерот Емил Димитриев и вицепремиерот и министер за здравство, Никола Тодоров.

Во првата недела од јули се спроведо надворешно независно оценување на трите болници и според извештаите на тимовите за надворешно оценување, тие ги исполнија критериумите за стекнување со сертификат за акредитација.

Во стандардите за акредитација кои се еквивалент на европските и светските стандарди посебно место е дадено на безбедноста на пациентите, но и заштитата на работното место, преку примена на медицината базирана на докази, правила за безбедност на пациентите и примена на мерки за заштита од несакани случувања.

Vox medic



но случување во хируршката област^{6,7}. Во оваа студија стапката на сомнителни случаи на заборавен материјал во оперативно поле била 0.356/1.000, додека случаите после проверка биле со стапка од 0,178/1.000 оперирани пациенти, проверено со броене. Од заборавените материјали најголем број биле тупфери (23), потоа друг материјал во 7 случаи, 3 игли и еден инструмент.

Подобрувањето на културата за безбедност во рамки на здравствената заштита е есенцијална компонента за превенција или редукција на грешките и унапредување на севкупниот квалитет на здравствена заштита. Многу студии се анализирани и дојдено е до заклучок дека постојат значителни варијации во перцепцијата на културата за безбедност низ организациите и описот на работните места. Основните причини за неразвиената култура за безбедност во здравствените организации се комплексни, а како почести се сметаат лошата тимска работа и комуникација,⁸ авторитетот на раководителите, легислативата во регионот или земјата.

Општо земено, културата за безбедност главно се мери преку истражувања и прашалници^{9,10}. Валидирани прашалници постојат во областа на квалитетот на здравството, а Агенцијата за

квалитет и акредитација на здравствените установи веќе ги има прифатено и планира да ги користи во годините што следат, затоа што пријавувањето на несакани случувања е еден од задолжителните критериуми во рамки на Стандардите за акредитација.

Затоа се препорачува на здравствените работници, заедно со раководството на болниците да постават базични индикатори на култура за безбедност и сукцесивно, на регуларна основа, да го повторуваат истражувањето во својата установа, а Агенцијата тоа ќе го прави на годишно ниво откако сите болници ќе добијат акредитација. Тоа е начинот на кој на национално ниво ќе се процени стапката на несакани случувања со цел да се превенира нивно повторување.

Културата за безбедност е дефинирана и може да биде измерена, а лошо перцепираната и разбрана култура за безбедност е директно поврзана со високата стапка на грешки и компликации. Најголем успех е да се постигне одржливо подобрување на културата за безбедност.

Препораки се да се воведат добра тимска работа, обука за работење во тим, детална анализа на компликациите и продолжениот болнички престој, и воведување на безбедност во секоја единица, и за секој тим, специфични за работата која се работи таму.¹¹

Постојат големи варијации во стапката на несакани случувања помеѓу различни одделенија во иста болница и помеѓу различни болници во Холандија.¹²

Во еден извештај на Агенцијата за здравствена заштита истражувања и квалитет, во 2011 година, е напишано дека се опфатени над 1.000 болници обработувајќи го прашањето на проблемите во културата за безбедност. Како најголем проблем е дефинирано предавањето на смените и самоволното криење на инцидентите кои се однесуваат на безбедноста на пациентите и несаканите случувања.¹³

Во Канада има тенденција за интегриран пристап кон воведувањето на култура за безбедност. Компонентите кои треба да го чинат овој пристап се образованието (едукацијата), трансфер на знаењата, воведување на мерки за безбедност на пациентите и унапредување на квалитетот.¹⁴

Несоодветните практики на инјекции, инфузии и парентерална терапија се поврзани со голем број на несакани случувања, кои се помалку сериозни за пациентот, но често се поврзани со интрахоспиталните инфекции.^{15,16}

За инјекционата практика, постојат општи препораки кои би помогнале во редукцијата на несаканите случувања од оваа област.

- Ампулите обележани од производителот како „единечна доза“ или „за еднократна употреба“ треба да се користат само за еден пациент. Овие лекови типично не содржат антибактериска компонента и можат да бидат контаминирани, па да служат како извор на инфекции ако не се користат соодветно.

- Во критични моменти, содржината од неотворена ампула за еднократна употреба може да биде препакувана за повеќе пациенти. Сепак, ова треба да се прави од квалификуван здравствен персонал во согласност со стандардите на меѓународната фармакопеа.

ОСТАНАТИ НЕСАКАНИ СЛУЧУВАЊА

Повреди (паѓања во болница/паѓањод кревет, скршен колк, друго)
• Во соба/на одделение • При доаѓање на дијагностичка процедура или при враќање • Во операциона сала • Друго
Декубитален улкус
• Постоперативно крвeње или хематом • Постоперативна белодробна емболија / длабока венска тромбоза
Несакани реакциид типот на алергија
• На терапија • На храна • При дијагностичка процедура • Друго
Болнички инфекции
• Респираторни • Гастроинтестинални • Инфекции на уринарниот систем • Кожата и меките ткива • Инфекции на хируршките ранипостоперативни • Системски инфекции / сепса • Инфекции од ендоваскуларни катетри
Акушерска траума при вагинално породување без инструменти
Повреда на новородено дете во тек на раѓањето
Своеволно заминување од болница
Замена на идентитетот на пациентот
Погрешна фармакотерапија
• Погрешен пациент • Погрешна доза • Погрешно време • Погрешен пат на администрација • Погрешна комбинација на лекови • Друго
Забелешка/поплака на пациент или негово семејство на здравствената не
• Вербална форма • Пишана форма
Убодни инциденти
НЕСАКАНИ СЛУЧУВАЊА НАСОЧЕНИ КОН ВРАБОТЕНИТЕ
Вид на несаканото случување
• Вербален напад • Физички напад (повреда) • Материјална штета
Несаканото случување го извршил
• Пациентот • Посетителите на пациентот • Друго лице

Базични пораки за безбедна практика на инјекции на CDC Atlanta:

А. Клиничките упатства базирани на докази на CDC Atlanta ја дефинираат безбедната инјекциона практика преку стандардни мерки на безбедност. Овие вклучуваат еднократна употреба на игли и шприцеви и ограничено споделување на ампулите со лекови. Ампулите обележани како „единечна доза“ или „за една употреба“ не треба да се користат кај повеќе пациенти. Тоа е поради несигурната антибактериска заштита во ампулите.

Б. Безбедната практика на инјекции вклучува, но не е ограничена, само на повторна употреба на шприцеви за повеќе пациенти или да се користат и делат заеднички лекови, администрација на лекови од единечни дози ампули на повеќе пациенти, и неуспех да се користи асептична техника кога се подготвуваат инјекционите раствори.

В. Безбедноста на инјекционата терапија е одговорност на секого. Особено е важно да се внимава кога се инјектираат лекови во стерилно место, како на пример 'рбетниот столб, нема доволена граница на отстапувања, грешка НЕ СМЕЕ да се случи.

Г. Кога клиничарите отстапуваат од овие CDC упатства за безбедни практики, тие го зголемуваат ризикот за пациентите. Дури и покрај објавените упатства во 2007 година, постојат извештаи во CDC Атланта за 19 епидемии поврзани со единечна доза/еднократна употреба на лекови, од кои:

- а. 7 епидемии вклучувале хематоген пренос на патогени организми, а 12 бактериски инфекции кои барале хоспитализација;
- б. сите овие епидемии вклучуваат пациенти кои биле амбулантски и тоа најмногу од нив барале помош за справување со болката (n=8).

Д. Здравствените професионалци треба да се консултираат со фармацевтите кога треба една ампула да се дели на повеќе пациенти.

Компаративните мерки за морталитет и морбидитет се важни и се користат за различни намени и мерки за подобрување: од страна на здравствените работници за да ја унапредат грижата, од страна на пациентите да ја изберат установата каде што ќе се лекуваат, од страна на осигурителните компании како да ги ангажираат докторите и болниците, и од страна на болничките раководители и клучните фактори кои носат политики во здравството за да го мониторираат квалитетот на здравството во својата установа и во државата во целост.

Агенцијата за квалитет и акредитација активно ги следи сите новини и случувања на полето на подобрување на безбедноста на пациентите и во задолжителните критериуми ја има внесено листата за пријавување и разгледување на сите досега препознани несакани случувања.

Проф. д-р Елизабета Зисовска,
директор на Агенцијата за квалитет и
акредитација на здравствени установи

Литература

1. McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine. © 2002 by The McGraw-Hill Companies, Inc.
2. Gallagher TH, Garbutt JM, Waterman AD, et al. Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. Arch Intern Med. 2006;166:1585-1593
3. Source: Adverse Health Events in Minnesota. Fifth Annual Public Report. St. Paul, MN: Minnesota Department of Health; January 2009. Available at: <http://www.health.state.mn.us/patientsafety/publications/consumerguide.pdf>. Accessed December 30, 2009.
4. Surgical never events in the United States. Mehtsun WT, Ibrahim AM, Diener-West M, Pronovost PJ, Makary MA. Surgery. 2013;153:465-472.
5. Ann Surg. 2008 Jan;247(1):13-8. Managing the prevention of retained surgical instruments: what is the value of counting? Egorova NN1, Moskowitz A, Gelijs A, Weinberg A, Curty J, Rabin-Fastman B, Kaplan H, Cooper M, Fowler D, Emond JC, Greco G.
6. Surgical count process for prevention of retained surgical items: an integrative review. Freitas PS, Silveira RCCP, Clark AM, Galvão CM. J Clin Nurs. 2016;25:1835-1847.
7. J Am Coll Surg. 2008 Jul;207(1):80-7. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.12.047. Epub 2008 May 23. Incidence and characteristics of potential and actual retained foreign object events in surgical patients. Cima RR1, Kollengode A, Garnatz J, Storsveen A, Weisbrod C, Deschamps C.
8. J Am Coll Surg. 2006 May;202(5):746-52. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. Makary MA1, Sexton JB, Freischlag JA, Holzmueller CG, Millman EA, Rowen L, Pronovost PJ.
9. Government Resource. Published May 2007. Surveys on Patient Safety Culture. Classic Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2016.
10. BMJ Qual Saf. 2014 Feb;23(2):106-15. doi: 10.1136/bmjqs-2013-001947. Epub 2013 Sep 9. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. Dixon-Woods M1, Baker R, Charles K, Dawson J, Jerzembek G, Martin G, McCarthy I, McKee L, Minion J, Ozieranski P, Willars J, Wilkie P, West M.
11. Milbank Q. 2006;84(1):165-200. Stories from the sharp end: case studies in safety improvement. McCarthy D1, Blumenthal D.
12. Variation in the Rates of Adverse Events Between Hospitals and Hospital Departments Marieke Zegers; Martine C. De Bruijne; Peter Spreeuwenberg; Cordula Wagner; Gerrit Van Der Wal; Peter P. Groenewegen Int J Qual Health Care. 2011;23(2):126-133.
13. Sorra J, Famolaro T, Dyer N, Khanna K, Nelson D. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2011. AHRQ Publication No. 11-0030.
14. Quality improvement, patient safety, and continuing education: a qualitative study of the current boundaries and opportunities for collaboration between these domains. Kitto S, Goldman J, Etchells E, et al. Acad Med. 2015;90:240-245.
15. Safe injection, infusion, and medication vial practices in health care (2016). Dolan SA, Arias KM, Felizardo G, et al. Washington, DC: Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology; February 2016.
16. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2013 May 31;62(21):423-5. CDC grand rounds: preventing unsafe injection practices in the U.S. health-care system. Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

СО ДОНЕСЕНИОТ ЗАКОНСКИ ПРОЕКТ ЗА НОВА УСТАНОВА

Центарот за трансплантациона медицина директно под Владата

Донесен е Закон за Центар за извонредност за трансплантациона медицина и хируршки болести, објавен во „Сл. весник на Р. Македонија,, бр 37/16 со кој се уредува основањето, организацијата, делокругот на работа, начинот на вршење на работата и раководењето со Јавната здравствена установа - Универзитетската клиника за трансплантација на органи и ткива и хируршки болести, како Центар за извонредност во кој се врши трансплантација и напредни хируршки интервенции. Таа се воспоставува за вршење трансплантација на органи и ткива согласно Законот за земање и пресадување на делови од човечкото тело заради лекување. Како универзитетска клиника ќе врши и стручното усовршување на здравствените и научно-истражувачка дејност од областа на трансплантационата медицина и хирургија и хируршките болести.

Установата средствата за работа ќе ги обезбедува врз основа на склучени договори со Фондот за здравствено осигурување на Македонија согласно Законот за здравствено осигурување, од сопствени приходи, програма за финансирање на трансплантација на органи и ткива и хируршки болести донесена од Владата на Република Македонија и други извори (фондови, завештанија, подароци, кредити и други средства од домашни и странски правни и физички лица, како и од приходи од издавачка дејност и други сопствени приходи).

Установата ќе ги извршува работите преку оддели, одделенија во рамки на одделите, самостојни одделенија и лаборатории, при што со Законот се утврдени:

1) Хируршкиот оддел - земање, презервација и трансплантација на органи и ткива, решавање на хируршки компликации, како и работи што се однесуваат на вршење на високо селективни, напредни хируршки интервенции од областа на уролошката и дигестивната хирургија, како и од други области. Дејноста ќе се извршува од најмалку два хируршки тима:

- за трансплантација на бубрег, составен од најмалку двајца доктори на медицина кои се специјалисти по уролошка хирургија, од кои најмалку еден со сертификат за трансплантациона хирургија на бубрег, кој е раководител на тимот и
- за трансплантација на црн дроб, составен од најмалку двајца доктори на медицина кои се специјалисти по општа хирургија или доктори на медицина кои се специјалисти по општа хирургија и супспецијалисти по абдоминална хирургија или кои се доктори на медицина специјалисти по абдоминална хирургија, од кои најмалку еден со сертификат за трансплантациона хирургија на црн дроб, кој е раководител на тимот.

2) Оддел за анестезија, реанимација и интензивно лекување - анестезија, реанимација и интензивно лекување, подготовка,



водење и постанестезиолошко следење на пациентите, како и интраоперативно и постоперативно хемодинамско следење од страна на анестезиолошки тим составен од најмалку двајца доктори на медицина специјалисти по анестезиологија и реанимација или специјалисти по анестезиологија со интензивно лекување или специјалисти по анестезиологија со интензивна медицина, од кои едно лице со најмалку две години работно искуство во областа на трансплантација, кој е раководител на тимот.

3) Лабораторија за трансплантација - лабораториски и имунолошки испитувања, водење на електронска листа на чекање, електронска алокација на органи, односно селектирање на донор-пациент и водење на национален регистар за матични клетки и пребарување/идентификување на несроден донор на матични клетки, од страна на најмалку еден специјалист и/или клинички научник за хистокомпатабилност и имуногенетика кој ги исполнува ЕФИ стандардите (European Federation for Immunogenetics) и најмалку еден доктор на медицина специјалист по имунологија или трансфузиска медицина или здравствен соработник со високо образование од областа на биохемијата и физиологија и молекуларната биологија, со сертификат од обука за трансплантациона имунологија.

4) Хоспитален оддел - подготовка, водење, администрација на имunosупресивна терапија и лекување на сите интернистички компликации кај трансплантирани пациенти. Дејноста ќе се изведува преку најмалку два тима:

- интернистички тим за трансплантација на бубрег, составен од најмалку двајца доктори на медицина кои се специјалисти по интерна медицина или кои се доктори на медицина специјалисти по интерна медицина и супспецијалисти по нефрологија или кои се специјалисти по нефрологија, од кои најмалку еден со сертификат за трансплантациона медицина на бубрег, кој е раководител на тимот, и

- интернистички тим за трансплантација на црн дроб, составен од најмалку двајца доктори на медицина кои се специјалисти по интерна медицина или кои се специјалисти по интерна медицина и супспецијалисти по гастроентерохепатологија или кои се специјалисти по гастроентерохепатологија, од кои најмалку еден со сертификат за трансплантациона медицина на црн дроб кој е раководител на тимот.

5) Оддел за радиологија - употреба на дигиталната и класичната ангиографија и други постапки и методи при подготовка и избор на живи и/или кадаверични дарители на органи за трансплантација, дијагностицирање и евентуален третман на васкуларните и други компликации кај трансплантираните пациенти.

6) Оддел за трансплантација на коскена срцевина и матични клетки - земање, трансплантација и презервација на коскена срцевина и матични клетки. Дејноста ќе се извршува од страна на тим за трансплантација на коскена срцевина и матични клетки, составен од најмалку двајца доктори на медицина кои се специјалисти по интерна медицина или кои се специјалисти по интерна медицина и супспецијалисти по хематологија или кои се специјалисти по хематологија, од кои најмалку еден со сертификат за трансплантација на коскена срцевина и матични клетки, кој е раководител на тимот.

Со Установата управува Управен одбор (пет члена), при што со Законот е уредено дека член во него може да биде академик, дописен член и/или член надвор од работниот состав на Македонската академија на науки и уметности; доктор на медицински науки со наставно-научно звање доцент, редовен или вонреден професор со најмалку еден научен труд во списание со импакт фактор, доктор на медицински науки специјалист со најмалку 10 години специјалистичко искуство или здравствен соработник кој е доктор на науки од областа на биомедицината, хуманата имунологија или хуманата генетика со најмалку еден научен труд со импакт фактор и најмалку пет години искуство во областа на трансплантацијата.

Член на Управниот одбор не може да има лично, преку трето лице или по која било основа интереси кои можат да имаат какво било влијание на неговата независност и непристрасност во управувањето со Установата. За член на УО не може да биде именувано лице кое е вработено или поседува акции или удели во правни лица кои вршат производство или промет со лекови, медицински помагала и/или медицинска опрема; што е блиско лице на директорот или на друг член на Управниот одбор, односно лица во брачна или вонбрачна заедница со директорот или на друг член на Управниот одбор, роднини по крв во права линија и во странична линија до четврти степен, посвоител и посвоенник, роднините по сватовство до втор степен, како и секое физичко или правно лице со кое директорот или член на Управниот одбор на Установата има

приватен интерес и во други случаи утврдени со прописите од областа на спречувањето на судирот на интереси.

Директорот на оваа установа ќе го именува Владата на предлог на министерот за здравство (со Законот за здравствена заштита е определено дека министерот за здравство ги именува директорите на јавните здравствени установи). Условите кои треба да ги исполнува кандидатот се уредени со Законот. Така, за директор може да биде именувано лице кое е државјанин на Република Македонија, на кое со правосилна судска пресуда не му е изречена казна или прекршочна санкција забрана за вршење на професија, дејност или должност, кој е член на Македонската академија на науките и уметностите редовен професор на медицински факултет кој го зад-

ржува звањето редовен професор доживотно или доктор на медицински науки избран во наставно-научно звање доцент, вонреден професор или редовен професор на медицински факултет, кој поседува сертификат од областа на трансплантацијата и има значајна научно-истражувачка и публицистичка активност потврдена преку публикации во релевантни научни списанија со импакт фактор, активно учество во меѓународни и домашни научно-истражувачки проекти и/или да биде избран за визитинг професор од страна на релевантни универзитети во Европа и светот. Додека со Законот за здравствената заштита мандатот на директорите на јавните установи е детерминиран на четири години, мандатот на директорот на оваа установа изнесува пет години, со право на повторен избор без ограничување на бројот на реизбори. Со посебна одредба е предвидено дека за директорот на Установата не се применуваат прописите со кои се пропишуваат условите за остварување на право на старосна пензија и нивното исполнување не е пречка за избор на лицето за директор или за престанок на мандатот.

Согласно Законот, Владата може да именува и вршител на должноста директор кое е овластено да ги извршува подготовките за почеток на работата на Установата. Може да се именува в.д. директор и ако на јавниот оглас не се јави никој или ако не именува директор од пријавените кандидати. Правата и обврските, како и платата

на директорот се уредуваат со менаџерски договор што се склучува меѓу директорот и Владата, кој се заверува кај нотар и кој содржи извршна клаузула..

Директорот, односно вршителот на должност директор, согласно Законот, може да дава здравствени услуги, да биде раководител на трансплантациониот тим и на тимот кој дава здравствени услуги на странци, како и да врши дополнителна дејност согласно овој закон и Законот за здравствена заштита, за што има право на исплата на надоместок утврден со менаџерскиот договор и право да го користи својот факсимил, а заради одржување и надградба на стручните знаења, способности и вештини,

**Установата
средствата за работа ќе ги обезбедува
врз основа на склучени договори со
Фондот за здравствено осигурување
на Македонија согласно Законот за
здравственото осигурување, од сопствени приходи, програмата за финансирање на трансплантација на органи и ткива и хируршки болести донесена од Владата на Република Македонија и други извори**

Условите што треба да ги исполнуваат раководителите на Хируршкиот оддел, Хоспиталниот оддел и Одделот за трансплантација на коскена срцевина и матични клетки, исто така, се уредени со Законот. Притоа, покрај другите услови, раководител може да биде лице кое е редовен професор на медицински факултет кој го задржува звањето редовен професор доживотно или е доктор на медицински науки избран во научно-наставно звање доцент, вонреден и редовен професор на медицински факултет или е доктор на медицински науки кој е специјалист со најмалку 10 години специјалистичко искуство по стекнувањето со стручното звање специјалист, поседува сертификат од областа на трансплантацијата и има значајна научно-истражувачка и публицистичка активност потврдена преку публикации во релевантни научни списанија со импакт фактор, активно учество во меѓународни и домашни научно-истражувачки проекти и/или е избран за визитинг професор од страна на релевантни универзитети во Европа и светот. Раководителот на Лабораторијата за трансплантација треба да е клинички научник за хистокompatibilност и имуногенетика кој ги исполнува стандардите на ЕФИ (European Federation for Immunogenetics) или е доктор на медицински науки избран во наставно-научно звање доцент, вонреден и редовен професор на медицински факултет од областа на имунологија и генетика, сите со искуство во трансплантација и да има значајна и потврдена научна и публицистичка активност призната во земјата и странство. По однос на другите раководители на оддели се применува Законот за здравствена заштита.

Раководителите на Хируршкиот оддел, Хоспиталниот оддел, Одделот за трансплантација на коскена срцевина и матични клетки и на Лабораторијата за трансплантација, согласно Законот, ги назначува министерот за здравство за период од пет години со право на повторен избор без ограничување на бројот на реизбори, врз основа на јавен оглас објавен од Управниот одбор. За овие раководители, исто како и за директорот, согласно со Законот, не се применуваат прописите со кои се пропишуваат условите за остварување на право на старосна пензија и исполнувањето на овие услови не е пречка за назначување на лицето за раководител и не е причина за престанок на неговиот мандат.

Установата работи согласно со овој Закон, Законот за здравствена заштита и Законот за земање и пресаднување на делови од човечкото тело заради лекување и согласно со водечките принципи на Светска здравствена организација за трансплантација на човечки клетки, ткиво и органи. Соработува и со органи на други земји на полето на трансплантологија и хируршки болести и организација и спроведување на обуки, како и со сродни странски и меѓународни организации.

Заради стимулирање на развојот на трансплантационата медицина и хирургија и хируршки болести Владата на Р. Македонија, по предлог на Министерството за здравство, донесува

научно-истражувачка програма за развој на трансплантационата медицина и хирургија и хируршки болести како програма за кофинансирање на домашни и меѓународни научно-истражувачки проекти.

Со Законот се уредуваат и прашањата поврзани со условите за давање здравствени услуги на странци кои самите ги намираат трошоците за лекување, а тимот предводен од здравствениот работник-специјалист, односно здравствен соработник има право на дополнителен приход за извршената здравствена услуга. Надоместокот за тимот изнесува 60% од добивката што ја остварува Установата од наплатената цена за извршената услуга. Здравствените работници - специјалисти и соработниците, спогласно со законските одредби, имаат право на дополнителна дејност во Установата или во друга здравствена установа која е регистрирана за иста или сродна дејност, под услови утврдени со Законот за здравствена заштита.

Со Законот се уредени и платата (посебен колективен договор потпишан меѓу директорот и синдикатот на вработените во Установата), додатокот заради вршење на сложени здравствени услуги (министерот склучува посебен договор со вработените за додатокот кој се исплаќа од програмата за финансирање на трансплантација на органи и ткива и хируршки болести донесена од Владата, како и од други извори), условите за вршење на дејност (установата може да врши дејност ако во работен однос има најмалку три вработени доктори на наука од областа на медицината, од кои најмалку двајца редовни универзитетски професори во два избора или наставници на медицински факултет или ако наставниците се во работен однос во Универзитетската клиника и во медицинскиот факултет), вработувањето - општи и посебни услови за вработување, а дадена можност пензионирани здравствени работници да работат во Установата со согласност на Министерството за здравство и кога е потребно унапредување на работењето преку пренос на вештини и знаења. Во определени услови може да се ангажира и странец, истакнат стручњак, по

одлука на Владата врз основа на позитивни мислења од министерствата за здравство и за внатрешни работи.

Во Законот е дадена можност вработените да можат да добиваат до 30% од основната плата како надополнување на редовната плата за посебната одговорност која произлегува од работното место, како и да добијат парични награди или слободни денови за постигнати исклучителни резултати во работењето (согласно системот на наградување кој го определува министерот за здравство по предлог на директорот на Установата).

Вработениот кој е упатен на обука за потребите на установата склучува писмен договор во кој се утврдува точниот датум до кој вработениот не може да побара престанок на работниот однос, како и неговата материјална одговорност сразмерна на средствата потрошени за реализација на обуката, доколку по негова вина или на негово барање му престане работниот однос.

(Б.А.)

Директорот на оваа нова здравствена установа во системот ќе го именува Владата на Р. Македонија на предлог на министерот за здравство, а со него Владата склучува менаџерски договор за правата и обврските, како и за платата

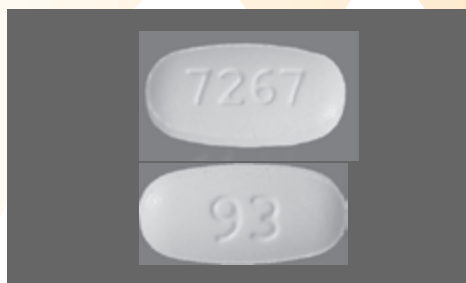
Gluformin[®] ER

metformin



таблети со продолжено ослободување од 500 mg

Еднаш на ден



- ♦ орален антидијабетик
- ♦ од групата на бигваниди
- ♦ го штеди панкреас
- ♦ не предизвикува хипогликемија

Gluformin[®] ER го намалува нивото на гликоза во крвта:

- ♦ со зголемено искористување на гликоза во периферните ткива
- ♦ со намалување на гликонеогенеза во црниот дроб и забавување на апсорпцијата на гликоза во црева

Дозирање

Вообичаена почетна доза	1 таблета на ден (500 mg)
Максимална препорачана доза	4 таблети на ден (2000 mg)

Gluformin[®] ER се зема еднаш на ден со вечера.

Начин на издавање: се издава на лекарски рецепт. Збирен извештај за особините на лекот е достапен на барање. Број и датум на одобриле за ставање на лекот во промет: 15-630/10 од 20.09.2010.

10-14-GLER-02-NO/30-14/10-16

ПЛИВА ДООЕЛ Скопје, "Никола Парачунов" б.б., Скопје



www.pliva.com
www.plivamed.net

Одличен избор...

PLIVA



DIABETES

МЕДИЦИНСКИ СИМУЛАЦИСКИ ЦЕНТАР...

Медицинскиот симулациски центар во нови простории



Во изминатиот период во центарот се реализирани над 2.000 обуки со кои се опфатени неколку стотици здравствени работници, при што фокусот е ставен на вработените во службите за итната медицинска помош

Медицинскиот симулациски центар (МСЦ) од пред неколку месеци почна да функционира во нови и целосно опремени простории од околу 260 квадратни метри каде што се изведуваат повеќе форми на едукација, проверка на стекнатите и наградба на постојните знаења и практичните вештини на студентите на медицина и докторите во Р. Македонија. Станува збор за установа во која се инвестирани околу 37 милиони денари, единствена од ваков вид во регионот, основана со удела на Лекарската комора на Македонија, Министерството за здравство и медицинските факултети на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ - Скопје и универзитетите во Штип и во Тетово.

Медицинскиот симулациски центар е екипиран со специјална опрема и апаратура која симулира патолошки состојби кај човекот и овозможува проверка на стекнатите вештини преку дијагностички и терапевтски интервенции извршени на опремата и на конкретни случаи зададени по случаен избор. Едукацијата се изведува на високософистицирани модели (симулатори), со чија помош, преку посебна софтверска програма, се симулира интегрален третман на пациентот. На овие модели здравствените работници ќе вежбаат за самостојна и тимска работа. Опремата, како и компјутерскиот систем и програмите даваат можност

да се симулираат речиси сите клинички ситуации со кои се соочува докторот во клиничката практика. Тоа се, пред сè, интернистички и хируршки состојби, ситуации од областа на анестезиологијата, ургентната и интензивната медицина, гинекологија и акушерство, урологија, педијатрија, неврологија и другите медицински области.

Во изминатиот период во Центарот се направени над 2.000 обуки со кои се опфатени неколку





стотици здравствени работници, при што фокусот е ставен на вработените во службите за итната медицинска помош. Биле ангажирани повеќе од 90 едукатори, од кои 50 биле на обучени во Турција. Дел од обуките што се реализираат во Центарот се направени во соработка со доктори и експерти кои работат во вакви центри во странство.

Симулациониот центар се користи според посебен Правилник за видот, обемот и начинот на стекнување практични вештини, кој го утврдува министерот за здравство, по претходно мислење на Лекарската комора на Македонија. Во МСЦ се одвива дел од процесот за стекнување практични вештини неопходни за стекнување на називот доктор на медицина, дел од процесот на полагање на практичниот дел од стручниот испит, дел од процесот на стекнување на практични вештини и испитот за специјалистите и супспецијалистите, дел од процесот на продолжување на лиценцата на докторите на медицина, како и проверката на нивните знаења и вештини.

Vox medici



Од 7 до 10 мај 2016 година, во хотелот „Силекс“ – Охрид, се одржа „39. Интернационален медицински научен конгрес за студенти на медицина и млади лекари“. Основната цел и концепција на оваа студентска научна средба е презентација на студентските научни теми и нивна евалуација. Во соработка со Научниот комитет на конгресот, „Vox medici“ овозможи најдобриот тим на автори од сесиите да може да ја публикува својата тема во форма на апстракт. Со тоа, сметаат организаторите, конгресот добива пошироки и подлабоки научни достигнувања и претставува мотив за посериозно инволвирање на студентите во научното општество.

Ефикасноста и подносливоста на итоприд хидрохлорид кај пациенти со метаболен синдром

Надиа Палиброда, Федив Олександар

„Медицински универзитет на Буковинската покраина“, Украина (Higher Educational Establishment of Ukraine „Bukovinian State Medical University“)

Вовед: Во последните неколку години, метаболниот синдром (МС) сè повеќе го привлекува вниманието на медицинската заедница поради значајната преваленца на оваа болест, како и различноста и разновидноста на клиничката слика. Дисмотилитетот на дигестивниот тракт се јавува кај 70-80% од пациентите со МС и значително влијае на квалитетот на животот на овие пациенти.

Цели: Да се проучи ефикасноста и подносливоста на итоприд хидрохлорид кај пациенти со МС.

Материјали и методи: Во истражувањето беа вклучени 30 пациенти со метаболен синдром и нарушувања на подвижноста на дигестивниот тракт. Пациентите беа поделени во две групи од по 15 луѓе: итоприд хидрохлорид 50 мг три пати на ден во првата група, домперидон 10 мг три пати на ден во втората група. Олеснување на симптомите на крајот од третманот по 4 недели се оценуваше како: целосно, умерено, мало, никакво или полошо; QT интервал на ЕКГ; несакани ефекти; хемограм; серум хемија за хепатална и ренална функција.

Резултати: Во првата група на крајот од третманот, „умерено“ до „целосно“ олеснување на симптомите беше пријавено од страна на 73,3% од пациентите, додека 26,7% се изјасниле со „мало“ подобрување. Во втората група „умерено“ до „целосно“ олеснување на симптомите беше пријавено од 60,0%, додека 20,0% се изјасниле со „мало“ подобрување, а 20,0% - „никакво“ подобрување. Клиничката подносливост беше одлична во 86,7% и добра во 13,3% од првата група, додека бројките на втората група беа 73,3%, наспроти 20,0%, соодветно. Еден пациент одби да продолжи со третманот со домперидон. Ниту еден од пациентите во првата група немаше продолжување на QT интервалот на ЕКГ, ниту пак некакви абнормалности во останатата анализа. Во втората група имаше двајца пациенти со продолжен QT на ЕКГ.

Заклучок: На крајот од третманот по четири недели, итоприд хидрохлорид покажува подобра ефикасност и подносливост кај пациенти со метаболен синдром и нарушување на мотилитетот на дигестивниот тракт во споредба со домперидон. Поради тоа што нема несакани ефекти при земање на итоприд хидрохлорид тој истиот може да се користи за терапија за одржување кај амбулантските пациенти.

Новини во терапијата на дијабетесот

Последнава деценија се случува експанзија на нови терапевтски опции за лекување на дијабетесот. Здравствените работници во развиените земји каде што овие современи лекови се достапни, имаат разни опции на располагање и одлуката за тоа кој лек би бил најсоодветен ја носат на база на процена на состојбата кај секој индивидуален пациент

Дијабетесот е еден од најголемите здравствени предизвици на денешнината. Од една страна, поради континуирано растечкиот тренд на бројот на лица со дијабетес, а од друга страна поради комплексноста на третманот. Податоците од последното седмо издание на „Дијабетес атлас“ на International Diabetes Federation (IDF) од 2015 год.¹ покажуваат дека има околу 415 милиони луѓе на возраст меѓу 20 и 79 години со дијабетес. Прогнозите за 2040 год. се дека овој број ќе се зголеми на 642 милиони. Според процените на IDF, во Македонија бројката изнесува 185.000, односно преваленца од 11,8%. Овие бројки предизвикуваат сериозна загриженост имајќи го предвид фактот дека дијабетесот е всушност состојба на компликации кои се комплексни и скапи за лекување и ја намалуваат работоспособноста и квалитетот на живот на лицата со дијабетес.

Терапијата на дијабетесот е комплексна и претставува предизвик и за пациентите и за здравствените работници, кој се надополнува со фактот дека голем дел од пациентите имаат и придружни заболувања, кои исто така треба да се мониторираат и третираат.

Традиционалната медицина, која се базира на постигнување на оптимална гликемиска регулација, се надополнува со изнаоѓање нови терапевтски опции со што помалку несакани дејства и варијации на гликемијата и истовремено да помогнат во третманот на придружните заболувања. Некои од современите лекови за дијабетес веќе се докажаа дека имаат и позитивен ефект врз појавата на кардиоваскуларни компликации од дијабетесот, што всушност претставува една од ултимативните цели на комплексниот третман на дијабетесот. Дополнително на тоа, современите терапевтски опции за третман на дијабетесот се дизајнирани да овозможат поедноставен дозен режим и пофлексибилна апликација и на таков начин придонесуваат за поголем квалитет на живот на лицата со дијабетес.

Последнава деценија се случува експанзија на нови терапевтски опции за лекување на дијабетесот. Здравствените работници во развиените земји каде што овие современи лекови се достапни, имаат разни опции на располагање и одлуката за тоа кој лек би бил најсоодветен ја носат на база на процена на состојбата кај секој индивидуален пациент. (Алгоритам за терапија на

дијабетес тип 2 според консензусот на ADA (American Diabetes Association) и EASD (European Association for the Study of Diabetes)² и ефектот на секоја група на лекови врз ефикасноста, ризикот од хипогликемија, влијание врз телесната тежина, несаканите ефекти и трошоци на чинење).

Старите, добро познати лекови за третман на дијабетесот (метформин, сулфониуреа и тиазолидиндиони) нема да бидат предмет на дискусија, односно ќе бидат прикажани најновите терапевтски опции кои се веќе достапни за голем број пациенти во светот.

Инкретинска терапија

Инкретинската терапија првпат е воведена во 2005 година (exenatide) и од тогаш наваму се развиени повеќе нови формулации. Постојат две подгрупи - DPP-4 инхибитори, кои се инхибитори на протеазата dipeptidyl peptidase DPP-4 и GLP-1 рецептор агонисти кои всушност претставуваат инкретин миметици. Дејството на двете подгрупи се базира на антидијабетските својства на природниот инкретински хормон glucagon-like peptide (GLP)-1. Овој хормон се лачи во тенкото црево и има мултипли ефекти³. GLP-1 хормонот ја засилува гликозно-индуцираната ендогена инсулинска секреција (што е предуслов да биде дефиниран како инкретински хормон) и истото го прави на високо гликозно-зависен начин. На овој начин се превенира појава на хипогликемија предизвикана од самиот GLP-1 хормон. Тоа практично значи дека природниот GLP-1 хормон реагира при орално внесена гликоза во организмот со стимулација на ендогена инсулинска секреција, но во периодите кога нема орален внес на гликоза, овој ефект изостанува. Освен тоа, GLP-1 хормонот има дополнителни корисни ефекти на ендокриниот панкреас како што се зголемување на β -клеточната маса, стимулација на пролиферацијата, зголемување на неогенезата и инхибирање на апоптозата на β -клетките. Дополнително на тоа, GLP-1 хормонот ја намалува глюкагонската секреција од α -клетките и гликозната продукција во црниот дроб. Дополнителни активности на GLP-1 хормонот се забавено гастрично празнење, намален апетит и порано индуцирање на чувство на ситост што води кон губење на телесната тежина со долготраен ефект. Исто така, опи-

шани се ренални ефекти (стимулација на екскреција на натриум и вода), како и невро и кардиопротективни својства. Природниот GLP-1 има исклучително краток полуживот (1–2 минути) предизвикан од протеолитичка деградација и инактивација преку ензимот DPP-4 и ренална елиминација. Во такви услови неговото дејство е исклучително лимитирано. Од таа причина, а на база на неговиот механизам на дејство се развиени двете подгрупи на лекови во класата на инкретинска терапија, кои меѓусебно се разликуваат по механизмот на дејство и ефектите.

DPP4 – инхибитори. Оваа група на орални антидијабетици (**sitagliptin, vildagliptin, saxagliptin, linagliptin, alogliptin**) дејствува на принцип на инхибиција на ензимот DPP-4 (Dipeptidyl peptidase-4) кој ја предизвикува деградацијата на природниот GLP-1, со што се овозможува негов подолг полуживот и продолжено дејство. Постојат и фиксни комбинации со метформин, пиоглитазон и SGLT2 инхибитори. Дејството им е лимитирано од можностите на природниот GLP-1 хормон, па оттаму и ефикасноста им е умерена, а ефектот врз телесната тежина неутрален.

GLP-1 рецептор агонисти (GLP-1 RA). Претставуваат синтетски GLP-1 хормони отпорни на дејството на ензимот DPP-4 и следствено на тоа многу подолг полуживот (меѓу 3 часа и 2 недели зависно од формулацијата). Се аплицираат супкутано, со помош на специјално дизајнирани пенкала слично како инсулинот. Во оваа група спаѓаат **exenatide, liraglutide, lixisenatide, albiglutide, dulaglutide**. Тие може да се дозираат од двапати дневно до еднаш неделно. Постои и фиксна комбинација на GLP-1 агонист (**liraglutide**) со базален инсулин од најнова генерација (**degludec**) во едно пенкало. Споредено со DPP4 – инхибиторите имаат поголема ефикасност во намалување на гликемијата, но исто така и на телесната тежина. Забележан е и одреден позитивен ефект врз намалување на систолиниот крвен притисок. Најчести несакани ефекти се гастроинтестинални тегоби, кои обично траат неколку дена.

SGLT2 инхибитори

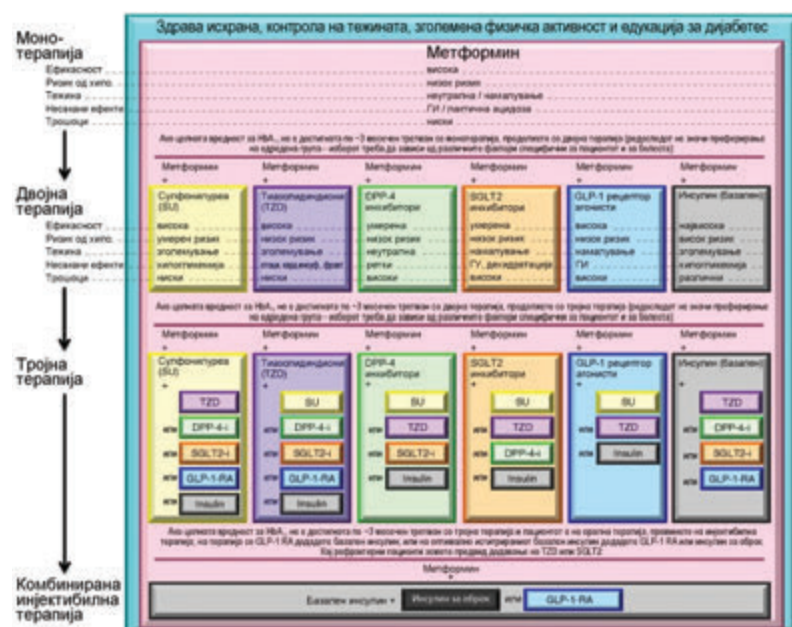
Покрај инкретинската терапија која се користи повеќе од една деценија, во употреба е најновата класа на орални антидијабетични лекови кои дејствуваат во бубрезите на ниво на проксималниот тубул преку инхибиција на протеинот SGLT2 (Sodium-glucose-co-transporter 2), со што се превенира реапсорпцијата на гликозата и тоа пак доведува до нејзина зголемена екскреција во урината. Механизмот на дејствување е директно поврзан со нивото на гликоза во крвта и е независен

од дејството на инсулинот. Во оваа група спаѓаат **canagliflozin, dapagliflozin** и **empagliflozin**, како и фиксна комбинација со DPP4–инхибитор (**linagliptin+empagliflozin**). Оваа група има умерена ефикасност во намалување на гликемијата, а забележан е одреден поволен ефект врз намалување на телесната тежина. Несакан ефект е појава на генитоуринарни инфекции.

Најнова генерација на инсулини

Инсулинот сè уште претставува најмоќен лек за лекување на дијабетес кај пациенти каде што ендогената инсулинска секреција е значително намалена или отсутна. За лица со дијабетес тип 1, инсулинот сè уште претставува единствена терапевтска можност. Развојот во инсулинската терапија се насочува кон специфични карактеристики на новите инсулини кои имаат помал ризик од хипогликемии, помала варијабилност, поедноставна апликација, поголема флексибилност во дозирањето и помал пораст на телесната тежина. Во групата на базални инсулини тенденцијата е инсулинот да има што подолго дејство, додека за инсулините за оброк (прандијални, болус инсулини) се преферира што побрз почеток на дејството и што пократко дејство.

Инсулинските аналози кои се поусовршена форма од хуманите инсулини се дизајнирани да одговорат на овие потреби. Се употребуваат веќе две децении, а достапни се и во Македонија (брзодејствувачки- **lispro, aspart, glulisine**; долгодејствувачки - **detemir, glargine** и комбинација на среднодејствувачки со брзодејствувачки инсулин во фиксна комбинација со различни соод-



На повидок е нов ултрабрзодејствувачки инсулин за оброк каде што досегашните резултати од студиите се позитивни, како и новите истражувања насочени кон производство на орален инсулин во форма на таблети

носи, т.н. премиксни инсулини- *aspart 30,50,70, lispro 25,50*).

Последниве неколку години во употреба во светот е најнова генерација на инсулински аналог со дејство подолго од 42 часа (**insulin degludec**) кој претставува чекор напред кон натамошното усовршување на базалните инсулини во насока на продолжување на нивното дејство, со цел да овозможи подолготрајно покривање на базалните потреби, помала варијабилност, помала стапка на хипогликемии, помалку инјектирања и поголем комфор кај пациентот. Постои и фиксна комбинација на овој базален со болус инсулин во едно пенкало (**insulin degludec+ insulin aspart**).

Една од новините во последните години е инсулин со 2 или 3 пати поголема концентрација од стандардната од 100 единици/мл, како што се инсулини со 200 или 300 единици на мл (**insulin glargine U300, insulin degludec U200, insulin lispro U200**), со што на пациентите им се овозможува да примат поголема доза во помал волумен на течност, особено кај лицата кои примаат голем број единици.

Во поново време во употреба е инхалаторен хуман инсулин, кој се употребува како прандијален инсулин и не се препорачува кај пушачи.

Комбинирана инјектибилна терапија

Новите насоки за треман на дијабетесот препорачуваат комбинација на инјектибилни лекови (базален инсулин и GLP-1 RA) при што е можно на постојната терапија со GLP-1 RA да се додаде базален инсулин или на терапијата со базален инсулин да се додаде GLP-1 RA. Покрај тоа, постои и фиксна комбинација на инсулин и GLP-1 RA (**IDegLira=insulin degludec+liraglutide**) во едно пенкало.

Најнови сознанија од клиничките студии за испитување на кардиоваскуларен исход од терапија на дијабетесот со новите генерации на лекови

Една од основните цели во третманот на дијабетесот е спречување и одложување на компликациите. Кардиоваскуларните компликации се една од најчестите компликации и причина за смрт кај лицата со дијабетес. Две неодамнешни студии (**EMPA-REG OUTCOME⁴** и **LEADER⁵**) кои го испитуваа кардиоваскуларниот бенефит од терапијата со empagliflozin и liraglutide соодветно, успеаја да докажат сигнификантно намалување на стапката на кардиоваскуларни исходи. Овие студии се сметаат за револуционерни студии во дијабетологијата од причина што ваков ефект досега не е докажан во студиите дизај-

нирани за таква цел кај другите лекови, вклучително и во рамки на истата класа лекови (SGLT2 и GLP-1 RA соодветно).

Нови терапевтски опции на повидок

На повидок е нов ултрабрзодејствувачки инсулин за оброк каде што досегашните резултати од студиите се позитивни⁶, како и новите истражувања насочени кон производство на орален инсулин во форма на таблети^{7,8}. Перспективите за терапија на дијабетесот се практично неограничени и не се лимитирани само на развој на фармакотерапија, каде што се надоврзуваат технолошките достигнувања, почнувајќи од веќе постојните инсулински пумпи и глукозни сензори, па натаму до развој на “артефициелен панкреас”, можностите за трансплантација на клетки од островца на панкреасот, како и можноста за трајно излекување на дијабетесот.

Проф. д-р Горан Петровски,

супспецијалист ендокринолог

ЈЗУ Универзитетска клиника за ендокринологија, дијабетес и метаболички нарушувања - Скопје

Референци:

1. International Diabetes Federation. IDF 7th edition Diabetes Atlas, 2015
2. Inzucchi SE et al, Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centred approach. Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes; Diabetologia DOI 10.1007/s00125-014-3460-0
3. Michael. A. Nauck et al, Incretin-Based Therapies, Diabetes Care 2009 Nov; 32(suppl 2): S223-S231. <http://dx.doi.org/10.2337/dc09-S315>
4. Bernard Zinman et al, for the EMPA-REG OUTCOME Investigators, Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes, N Engl J Med 2015; 373:2117-2128 November 26, 2015 DOI: 10.1056/NEJMoa1504720
5. Steven P. Marso et al, for the LEADER Steering Committee on behalf of the LEADER Trial Investigators*, Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes, N Engl J Med 2016; 375:311-322 July 28, 2016 DOI: 10.1056/NEJMoa1603827
6. Heise T et al, Faster-acting insulin aspart: earlier onset of appearance and greater early pharmacokinetic and pharmacodynamic effects than insulin aspart, Diabetes Obes Metab. 2015 Jul;17(7):682-8. doi: 10.1111/dom.12468. Epub 2015 May 8
7. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02470039?term=NN1953&rank=1>
8. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02496000?term=oramed&rank=5>

ОСЛОБОДУВАЊЕ НА ТЕЛОТО, МОЌ НА УМОТ.



Лекување на големо
депресивно растројство.

Лекување на дијабетична
периферна невропатска
болка.

Лекување на
генерализирано
анксиозно растројство.

DULSEVIA®

duloxetine
гастрорезистентни капсули, 30 mg, 60 mg

Контраиндикации: Преосетливост на активната супстанција или на некои од ексцитираните. Истовремената употреба на лекот Дулсевиа® со неселективни, ирреверзибилни МАОИ (Дулсевиа® треба да се користи во рок од најмалку 14 дена по прекинот на терапијата со МАОИ. Треба да се остават најмалку 5 дена по прекинот на терапијата со лекот Дулсевиа® пред да се започне терапија со МАОИ). Заболување на црниот дроб што резултира со оштетување на црниот дроб. Не треба да се користи во комбинација со флувоксамин, ципрофлоксацин или еноксацин. Иско ренално оштетување (креатинин клиренс <30 ml/min). Кај пациенти со неконтролирана хипертензија дулоксетинот не треба да се користи. **Мерки на претпазливост и посебни предупредувања:** Кај пациенти со историја на манија или биполарно растројство, и/или напади. Кај пациенти со зголемен интраокуларен притисок, или на оние изложени на ризик од појава на акутен глауком со тесен агол. Кај пациентите со хипертензија и/или други срцеви заболувања, се препорачува следење на крвниот притисок, особено во текот на првиот месец од терапијата. При хемодијализа се појавува зголемување на концентрацијата на дулоксетинот во плазмата кај пациенти со тешки ренални нарушувања. При истовремена употреба на други серотонинергичните лекови, антикоагуланти или други допамин антагонисти. Терапијата со овој медицински прожизод треба да биде придружувана со строг надзор на пациентите со значителен степен на самобичествени мисли пред почетокот на третманот. Лекот Дулсевиа не треба да се користи во терапија на деца и адолесценти на возраст под 18 години. Потребна е претпазливост кај пациентите кои земаат антикоагуланти и/или лекови кои влијаат на тромбоцитната функција, кај пациенти со претходна склоност кон крварење, кај пациенти со зголемен ризик од појава на хипотензија. Се препорачува постепено намалување на дозата при прекинот на третманот, во период од најмалку 2 недели. Треба да се внимава при лекувањето на постарите лица со максималната доза. Употребата на дулоксетин е поврзана со развојот на ажитација. Дулоксетинот треба да се користи со претпазливост кај пациенти третирани со други лекови поврзани со хепатално оштетување. Пациентите со ретки наследни заболувања на интолеранција на фруктоза, глюкозно-галактозна малапсорпција или дефициенција на сахараза-изомалтаза не треба да го земаат овој лек. **Интеракции со други лекови или други форми на интеракции:** Не се препорачува истовремена употреба на лекот Дулсевиа® со моклобемид, антибиотикот линезолид, флувоксамин. Се советува претпазливост кога лекот Дулсевиа® се зема во комбинација со други лекови или супстанции кои делуваат на централниот нервен систем, вклучувајќи алкохол и седативи. Препорачливо е внимание ако лекот Дулсевиа® се користи истовремено со серотонинергичните агенси, МАОИ како моклобемид или линезолид, кантарини, или триптани, трамадол, петидин и триптофан. Потребна е претпазливост ако лекот Дулсевиа® се коадминистрира со лекови кои претежно се метаболизираат преку CYP2D6 (рисперидон, трициклически антидепресиви како што се норитриптилин, амитриптилин и имипрамин) особено ако тие имаат тесен терапевтски индекс. Пушачите имаат речиси 50% пониски концентрации на дулоксетин во плазмата во споредба со непушачите. **Бременост и доене:** Не постоат соодветни податоци за употребата на дулоксетинот кај бремени жени. Лекот треба да се користи во текот на бременоста само ако потенцијалната корист го оправдава потенцијалниот ризик за фетусот. Не се препорачува употребата на лекот при доенењето. **Влијание врз способноста за возење или за ракување со машини:** Пациентите треба да се советуваат доколку почувствуваат седација или вртоглавица, треба да избегнуваат потенцијално опасни задачи како што се возење или ракување со машини. **Несакани дејства:** Многу честы: гадење, главоболка, сува уста, посланост и вртоглавица. Сепак, поголемиот дел од честите несакани дејства се биваат од умерени, и тие обично започнуваат на почетокот на терапијата, а повеќето имаат тенденција на опаѓање при продолжување на терапијата. Честы: намален апетит, несоница, агитација, намалено либидо, анксиозност, абнормален оргазам, абнормални сонети, вртоглавица, летаргија, тремор, парестеија, заматлен вид, тинитус, палпитации, покачување на крвниот притисок, црвенило, запек, дијареја, абдоминална болка, повраќање, диспепсија, флатулентција, зголемено потење, испт, мускулно-скелетна болка, мускулни спазми, дисурија, опакостурија. За останатите несакани дејства погледнете го збирниот извештај за особините на лекот. **Начин на издавање:** на лекарски рецепт. **Пакување:** 30 тврди гастрорезистентни капсули од 30 и 60 mg.

КРКА - ФАРМА ДООЕЛ Скопје, Христо Татарчев-1, бр 101, 1000 Скопје
www.krka.mk

Дулоксетин на КРКА



Лек со висок квалитет.
Произведен во Европска Унија.



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

Коагулопатии кај критично болни

Пациентите со сериозно нарушена здравствена состојба и интензивно лекување, често имаат нарушување во хемостатскиот систем на крвта. Таквите нарушувања може да бидат причина за летален исход кај овие пациенти. Неопходна е рана дијагноза и благовремен третман на болниот кој има хеморагична дијатеза или има тромбогени компликации како последица од основното заболување. Целта на овој труд е да даде преглед на коагулопатиите кај критично болните пациенти.

Коагулациониот систем е тесно поврзан со нарушувањата кај критично болните пациенти. Тоа се должи пред сè, со поврзаноста на коагулацијата со клеточната повреда поради егзогена ткивна деструкција, хипоксијата, ацидозата, како и инфективните агенси и метаболните дисфункции. Сите овие фактори можат да доведат до активирање на егзогениот или ендогениот пат на коагулацијата, што во овие случаи, иако се работи за физиолошки механизми на крвта, има штетни последици по болниот.

Некритична апликација на еритроцити и тромбоцити, исто така, е многу опасна поради стимулирачкото дејство на хемостатскиот систем од денатурираните еритроцити или тромбоцити кои се богати со тромбопластин. Затоа, и овие крвни компоненти треба да се даваат со зголемено внимание.

Не треба да се занемари и психогениот момент на активација или инхибиција на коагулацијата од хипоталамичко-хипофизно потекло. Стресот што пациентот го преживува во моментот на будење од анестезија може да предизвика силна тромбоцитоза. Таа е реактивна како резултат на цереброкортикално враќање во нормална состојба но кое, пак, предизвикува поголемо лачење на кортизол кој ги зголемува тромбоцитите.

1. Консумациона коагулопатија (ДИК)

Најчесто, хемостатско нарушување кај критично болните почнува со хипертромбогена состојба на крвта, во прво време без лабораториски промени на хемостазата. Доколку не се санираат причините кои довеле до истата, резултира со консумација, односно пад на тромбоцитите. Времињата на коагулацијата, протромбинско време (ПТВ), активирано парцијално тромбопластинско време (АПТВ), тромбинско време (ТВ) во прво време се скратени, за потоа и тие да се продолжат, односно факторите на коагулација се трошат на периферија (ДИК).

Табела 1. Класификација на аквираниите коагулопатии
Дефицит на витамин К
Циркулирачки антикоагуланси
Дисиминирана интраваскуларна коагулопатија (ДИК)
Хепатални оштетувања
Лекови

Иако во литературата се прави поделба на прва и втора фаза на ДИК, односно компензиран и декомпензиран ДИК, во праксата тие две фази многу често се испреплетуваат.

Круцијален момент, една состојба да се прогласи за ДИК (компензиран или декомпензиран) е крварењето. Крварењето при претходна консумациона коагулопатија е алармантен сигнал кој укажува дека компензаторните механизми на крвта слабеат. Оваа хеморагија е резултат на дефицит на тромбоцити и коагулациони белковини. Сепак, многу почеста причина за крварење есекундарната хиперфибринолиза поради компензаторните механизми како одговор на претходната хипертромботична состојба. Овој физиолошки одбранбен механизам, во комбинација со дефицит на фактори на коагулација и тромбоцити станува погубен по пациентот и резултира со хеморагичен синдром, кој ако веднаш не се спречи, најчесто завршува летално.

Терапевтски пристап:

- Во хипертромбогената фаза на ДИК low-molecular-weight heparin (LMWH) се најважните концентрати на антиромбин III, протеин Ц(PC), протеин С (PS).
- Санација на примарното заболување.
- Заместителна терапија, свежо смрзната плазма (ССП), криопреципитат, протромбин комплекс. Најрестриktivно со клеточни елементи како еритроцитни и тромбоцитни концентрати !
- Во хеморатична фаза давање на инхибитори на фибринолиза, транексемична киселина, пара аминокс-метил бензова киселинаРАМВА, ипсилон аминокс-капронска киселинаЕАСА, заедно со криопреципитат, ССП, протромбин комплекс.

2. Дилуциона коагулопатија

Се јавува кај пациенти кај кои васкуларното корито е осиромашено со коагулациони белковини и тромбоцити. Се јавува, најчесто, кај хеморагии каде поради намалувањето на крвниот волумен доаѓа до хемодилуција. При крварење ослабува и хемостатскиот систем во крвта, поради губење на плазма од организмот, како и тромбоцити. Дополнително, хемостатската функција ослабува и со давање на макромолекуларни раствори (декстран, хидроксид етил старч), кои интерферираат со тромбоцитната агрегација, односно ја смалуваат истата. Лабораториски параметри се продолженото активирање парцијално тромбопластинско време (АПТВ), тромбинско време (ТВ), како и падот на нивото на фибриноген. Тромбоцитопенија за разлика од консумационата коагулопатија тука ретко е изразена. Ризикот од хеморагии е помал, за разлика од декомпензираната фаза на ДИК.

Терапевтски пристап

Основна терапија кај оваа состојба е давање на ССП, криопреципитат, тромбоцити, протромбин комплекс кои брзо ја компензираат оваа состојба.

3. Примарна фибриногенолиза

Примарната фибриногенолиза настанува при клеточна деструкција кај органи кои се богати со активатори на плазминоген. Така, најчесто се јавува кај повреди и операции на простатата, бешика, уретри, утерус, бубрег, хепар, а поретко кај операции и повреди на белодробното ткиво. Иако во литературата се спомнува дека се ретки овие активации на плазминогенот, во праксата се чини дека и не се така ретки.

Така, во период од околу петнаесетина години или од 2002 година до денес, на Институтот за трансфузиона медицина во Скопје, се регистрирани десетина критично болни, лекувани во клиника за интензивно лекување, како и неколку лекувани на Клиниката за онкологија, кај кои доминираше јак хеморагичен синдром. Сите имаа лезии на урогениталните органи, а само еден имаше синдром на крварење по операција на холециста.

Онколошките пациенти се особено подложни на активирање на фибринолизата, особено пациенти со карциноми на простатата, урвезика и бубрег. Кај оперативни зафати на урвезика и уретри, особено честа компликација е крварење предизвикано од директна активација на уроплазминоген. При акушерските интервенции главни компликации се хеморагиите, повеќето драматични. Иако кај најголем дел од нив причината за крварењата е фулминантен ДИК, не може да се исклучи и директна активација на плазминоген кај одреден дел на пациентки, без претходна тромбопластинска активност. Ткивото на утерусот е особено богато со активатори на плазминоген. Доминира крварење, хипофибриногемиија, продолжено ТТ. Иако во литературата стои дека ДД се со нормална вредност, односно не се зголемени кај примарна фибриногенолиза, за разлика од ФДП кои се многу високи, во пракса тоа е речиси невозможно поради зголемување на ДД, поради основниот патолошки процес кој резултирал со активација на плазминоген. Терапевтски приод – да се направи како др наслови со голерми букви ако е наслов?!

Лекувањето се состои од давање на инхибитори на фибринолиза, криопреципитат, ССП, протромбин комплекс, а при екстремно тешки случаи и давање на активиран VII фактор на коагулација. Инхибиторите на фибринолиза при крварење не би требало да се даваат изолирано, туку комбинирани со давање криопреципитат.

4. Коагулопатија кај масивна трансфузија

При аплицирање на повеќе единици еритроцити кај пациентот може да се јават компликации од типот на консумациона коагулопатија. Таа се јавува заради тромбогеното дејство на крвта кое потекнува од распадатите еритроцити кои се богати со ткивен фактор на коагулација. Се препорачува давање на ниско-молекуларен хепарин (LMWH) заедно со крвта. Други компликации се: хипотермија, хиперкалиемија, ацидоза, интоксикација со цитрат.

Иако не спаѓа во коагулопатиите, поради поврзаност со трансфузирање на клеточни елементи од крвта, треба да се спомне Transfusion-Related Acute Lung Injury (TRALI) или респираторниот дистрес како последица од трансфузирање на крвни компоненти.

Симптомите на TRALI типично се развиваат во првите 6 часа после трансфузијата, со рапидна појава на диспнеја и тахипнеја. Кај некои пациенти има придружна треска, цијаноза и хи-

потензија. Клиничкиот преглед покажува знаци на респираторен дистрес со слика на билатерален пулмонален едем без знаци на срцева слабост. Како превенција од TRALI е потребно трансфузирање на леукодеплеирани еритроцитни и тромбоцитни концентрати.

5. Тромбогени компликации

Тромбогените компликации се чести кај пациенти со долготрајна имобилизација. Неподвижноста во комбинација со примарното заболување може да се комплицира со најчесто венски, а поретко артериски тромби, особено ако пациентот не е адекватно третиран со антикоагуланси. Од посебно значење се церебралните повреди и лезии кои се неколку пати потромбогени за разлика од лезии на другите органи. Значајно влијание има и вроденото присуство на мутации на FII, F V LAIDEN, MTHFR дефицит на AT III, протеин Ц (PC), протеин С (PS) и други состојки кои се асоцирани со тромбоза.

Заклучок

Кај критично болните пациенти, бројни патолошките состојби имаат одраз врз коагулацијата. Може да бидат нарушени хемостатските механизми како од самото заболување, така и од терапијата со еритроцити, тромбоцити, кристалоидни и колоидни раствори. Неадекватниот и ненавремен третман со антикоагуланси, а особено со антифибринолитички и супституенти како ССП, ЦРП, дополнително може да ја модифицира коагулацијата, односно да резултира со хеморагичен, а поретко и со тромботичен синдром. Потребно е континуирано мониторирање на хемостатските параметри, на Д-димерите, крвната слика, како и навремено реагирање со адекватна терапија или модифицирање на истата. Со ваков пристап може да се подобри значително процентот на преживување кај пациентите на интензивно лекување.

Д-р Јани Ангеловски,

Институт за трансфузиона медицина - Скопје

1. Rossaint R, Bouillon B, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. Crit Care. 2016 Apr 12;20:100.
2. Vanderschueren S, De Weerd A, Malbrain M, et al. Thrombocytopenia and prognosis in intensive care. Crit Care Med 2000;28:1871-1876
3. Hunt BJ. Bleeding and coagulopathies in critical care. N Engl J Med. 2014 Feb 27;370(9):847-59.
4. Medline Roberts LN, Patel RK, Arya R. Haemostasis and thrombosis in liver disease. Br J Haematol 2010;148:507-521
5. Borgman MA, Spinella PC, Perkins JG, et al. The ratio of blood products transfused affects mortality in patients receiving massive transfusions at a combat support hospital. J Trauma 2007;63: 805-13.
6. Toh CH, Hoots WK; SSC on Disseminated Intravascular Coagulation of the ISTH. The scoring system of the Scientific and Standardisation Committee on Disseminated Intravascular Coagulation of the International Society on Thrombosis and Haemostasis: a 5-year overview. J Thromb Haemost. 2007 Mar;5(3):604-6.
7. Holcomb JB, del Junco DJ, et al. PROMMTT Study Group. The prospective, observational, multicenter, major trauma transfusion (PROMMTT) study: comparative effectiveness of a time-varying treatment with competing risks. JAMA Surg. 2013 Feb;148(2):127-36.

Ефект на кафето/кафеинот врз крвниот притисок

Приказ на случајот:

Жена на возраст од 49 години веќе една година е во менопауза и пред три месеци прв пат измерила покачен крвен притисок (160/105). По прегледот кај нејзиниот матичен лекар започнала со антихипертензивна терапија (и АКЕ и диуретик) и веќе по два месеца нејзиниот крвен притисок најчесто бил со вредности под 140/90. Уште при првиот преглед матичниот лекар и објаснил дека е потребно да направи промени и во начинот на живот: да ја намали тежината (има ИТМ 28.6), да биде физички активна, да го намали внесувањето на продукти богати со сол. Пациентката не е пушач и е мотивирана да ги направи промените советувани од лекарот. На контролата по три месеци од започнување на третманот, таа го прашува докторот дали може да испие барем едно кафе дневно, бидејќи штом е откриен покачениот крвен притисок таа престанала да го пие (инаку, пиела 2-3 филџанчиња кафе дневно). Прашува, дали можеби е подобро да пие декафеинизирано кафе.

Кој од подолу наброените одговори е најблизок до вашиот став?

1. Подобро е да се воздржи од пиење кафе, бидејќи го покачува крвниот притисок.
2. Може да се напие 1 филџанче дневно, поголемо внесување ќе има несакан ефект врз притисокот.
3. Ако зема декафеинизирано кафе нема да има ефекти врз крвниот притисок.
4. Може да пие кафе како и пред откривање на хипертензијата, бидејќи тоа не влијае на крвниот притисок.



Одговор: Кафето не е ризик - фактор за хипертензија и не го покачува крвниот притисок. Повеќе студии, вклучувајќи една голема студија на постменопаузални жени, објавена во 2015 година, потврдуваат дека кафеинизираниот и декафеинизираниот притисок кај воспоставена хипертензија. Покрај ова, во еден систематичен преглед и една мета-анализа од 15 големи проспективни студии е покажано дека пиење на 4 или повеќе филџанчиња кафе дневно значајно го намалува ризикот за дијабетес тип 2. Пиењето кафе е асоцирано и со намален ризик за паркинсонова болест и фатален канцер на простатата. Во една скорешна студија со над четири милиони луѓе е покажано дека во споредба со оние кои не пијат кафе, оние кои внесуваат 1 - 5 филџанчиња кафе дневно имаат помала смртност (вкупна и според специфични причини) во споредба со општата популација. Иако има многу студии, кои се докажале за ефектот на полифенолите во кафето (и зелениот чај) врз виното на C-реактивниот протеин (CRP), кои пратат клучна улога во инфламацијата и со тоа врз ризикот за кардиоваскуларна или ренална болест.

Литература

1. Rhee JJ, Qin F, Hedlin H, et al. Coffee and caffeine consumption and the risk of hypertension in postmenopausal women. [Published online ahead of print December 9, 2015]. Am J Clin Nutr. doi: 10.3945/ajcn.115.120147.
2. Ding M, Bhupathiraju SN, Chen M, van Dam RM, Hu FB. Caffeinated and decaffeinated coffee consumption and risk of type 2 diabetes: A systematic review and a dose-response meta-analysis. Diabetes Care. 2014;37:569-586.
3. van Dam RM, Hu FB. Coffee consumption and risk of type 2 diabetes: a systematic review. JAMA 2005; 294: 97-104.
4. Ding M, Satija A, Bhupathiraju SN, et al. Association of coffee consumption with total and cause-specific mortality in 3 large prospective cohorts. Circulation. 2015;132(24):2305-2315.

PIINOX®
L E R K A N I D I P I N



На начин тивок – без притисок висок!

ТЕРАПИСКИ ИНДИКАЦИИ

- лекување на блага и умерена есенцијална хипертензија

ДОЗИРАЊЕ И НАЧИН НА ПРИМЕНА

- препорачана доза е 10mg еднаш на ден, најмалку 15 минути пред јадење
- дозата може да се зголеми на 20 mg, во зависност од индивидуалниот терапевтски одговор
- антихипертензив од избор кога е потребна дополнителна заштита на бубрезите

Носител на одобрението за ставање на лекот во промет БЕЛУПО ДООЕЛ Скопје, ул. 3-Македонска бригада бр.68, 1000 Скопје, Р. Македонија, застапник на производителот Белупо, лекови и козметика а.д., Улица Даница 5, 48 000 Копривница. **Начин на издавање на лекот** Лекот може да се издава во аптека само на рецепт (Р). **Број и датум на првото одобрение за ставање на лекот во промет** 15-9328/13 на 13.10.2014.

ЗБИРЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА ОСОБИНИТЕ НА ЛЕКОТ ДОСТАПЕН НА БАРАЊЕ

НА 24 EFPT ФОРУМ ВО АНТВЕРПЕН, БЕЛГИЈА

Македонските специјализанти по психијатрија рамо до рамо со европските колеги



**Во категоријата
за најдобра
постер
презентација по
држави победи
македонската
презентација,
за кој Секцијата
доби диплома
и две награди**

На 24. EFPT Форум (European Federation of Psychiatric Trainees) што годинава од 2 до 6 јули се одржа во Антверпен, Белгија, учествуваа и четворица специјализанти по психијатрија од Р. Македонија. Околу 120 специјализанти по психијатрија од повеќе од 35 европски држави учествуваа на Форумот, а меѓу нив беа и д-р Емилија Костадинова, д-р Суада Елези, д-р Властела Парталоска и д-р Милош Милутиновиќ, членови на Секцијата на специјализанти по психијатрија која делува во рамките на Психијатриското здружение на Македонија. Ова беше прво формално учество на Секцијата на Форумот, а вкупно трето претставување на Р. Македонија на оваа манифестација, со претходни учества во 1998 година (Гент, Белгија) и 2012 година во Соренто, Италија.

Во својата богата програма Форумот во Антверпен, вклучуваше предавања и дискусии со истакнати психијатри, а беа вклучени и посети на Психијатрискиот музеј – болница на д-р Guislain во Гент, психијатриската болница Duffel, како и DBT (dialectical behavior therapy) одделот. Македонските специјализанти учествуваа и во повеќе работни групи меѓу кои и оние за Psychotherapy, Research, Child and Adolescent Psychiatry, Exchange и др.

Европските млади и надежни идни психијатри на Форумот имаа можност да презентираат и научни трудови. Во категоријата за најдобра постер презентација по држави победи македонската презентација, за кој Секцијата доби диплома и две награди во вид на книги, секако од областа на психијатријата (Psychiatry in Practice: Education, Experience and Expertise, 2016 ed; Psychiatric Care of the Medical Patient, 2015 ed). Книгите веќе се читаат со голем ентузијазам и сатисфакција.

Во рамките на Психијатриското здружение на Македонија, на 11.11.2015 година беше основана Секцијата на специјализанти по психијатрија. Секцијата има за цел континуирано стручно и научно усовршување со постојана размена на информации, можност за размена на искуства на младите колеги во полето на психијатријата во нашата земја и во странство, учество во истражувања во доменот на психичкото здравје, како и ангажирање во активностите на меѓународните психијатриски организации.



Со ова учество се исполни првиот и важен чекор кон станување полноправна членка на Европската федерација на специјализанти по психијатрија. Потребно е учество на два последовни Форуми за и официјално Македонија да стане членка на EFPT. Некои од позначајните придобивки се стекнувањето право да учествува во работата на Федерацијата и да учествува на професионални размени низ европските држави. Со надеж дека тоа ќе се случи на Форумот идната година, специјализантите веќе си ги резервираа датумите. Голема благодарност за спонзорството од АД “Алкалоид”- Скопје и EFPT кои помогнаа во олеснување за учество на Форумот.

Секцијата, исто така, имаше свои претставници на други значајни психијатриски средини и едукации: ECNP School of Child and

Adolescent Neuropsychopharmacology во Венеција (д-р Елези), 24th European Psychiatric Association Congress во Мадрид (д-р Милутиновиќ како добитник на EPA Scholarship Award), Летна школа за зависности од дроги во Охрид (д-р Парталоска, д-р Симона Кочоска), 6th EPA Summer School - ABC of Psychotherapy во Брисел (д-р Костадинова, д-р Елези).

Со стремеж за постојано подобрување и следење на најновите информации од областа на психијатријата, водечкиот мотив е сакако добивање компетентни и квалитетни идни психијатри кои ќе се грижат за психичкото здравје на луѓето во Македонија.

Д-р Милош Милутиновиќ,
специјализант по психијатрија

МАКЕДОНСКА МЕДИЦИНСКА ТЕРМИНОЛОГИЈА

Уредува: Проф. д-р Косјангина Корнеши-Пекевска

Пенумбра

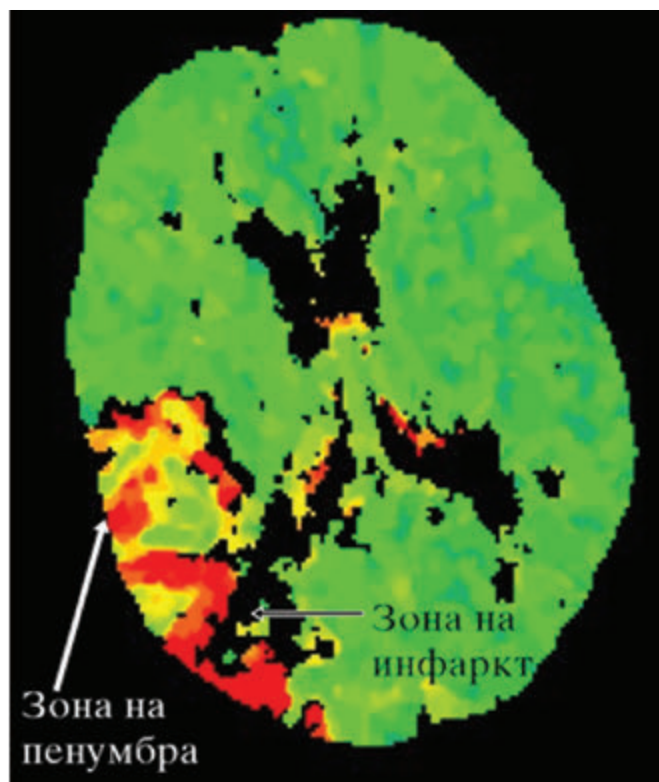
Зборот „пенумбра“ (penumbra) потекнува од латинскиот јазик и означува „полусенка“. Покрај во астрономијата, при изучување на сончевата еклипса, овој термин се употребува и во медицината.

Медицинскиот термин „пенумбра“ се употребува во неврологијата и се однесува на зоната на мозочно ткиво која се наоѓа околу акутниот мозочен инфаркт (т.н. „исхемична пенумбра“). Во оваа зона нивото на регионалниот мозочен крвен тек е околу 10-25 мл/100г/мин., што овозможува преживување на ткивото за извесен период од неколку часа. Исхемичната пенумбра е зона со реверзибилни иницијални оштетувања на мозочното ткиво, што укажува на можноста за тераписки пристап во оваа зона.

Медицинскиот термин „исхемична пенумбра“ првпат е употребен во 1974 година од британскиот невролог Lindsay Symon, кога во експериментална студија го докажал постоењето на оваа зона од мозочното ткиво во фаза на акутен мозочен инфаркт.

Исхемичната пенумбра се визуализира со употреба на неврорадиолошки дијагностички процедури: МР (магнетна резонантна) дифузија со перфузија и КТ (компјутер-томографска) перфузија (илустрација во прилог).

Исхемичната пенумбра е всушност цел на тромболитич-



ната терапија која се аплицира во раната фаза на исхемичниот мозочен удар. Имено, со оваа терапија се овозможува реваскуларизација на мозочното ткиво кое е во хипоперфузија.

М-р сци. д-р Горан Колевски, невролог,
Универзитетска клиника за неврологија – Скопје

Д-Р ХРИСТО ТАТАРЧЕВ

Угледен доктор со европска диплома и истакнат револуционер



Д-р Христо Татарчев е роден на 16.12.1869 г. во Ресен, во имотно земјоделско-трговско и банкарско семејство, како второ од две машки деца (Михаил и Христо), од мајка Костадина, од с. Јанковец, и татко Никола Татарчеви. Основно образование завршил во Ресен, на бугарски јазик, а гимназија во Брацигово и Пловдив, Бугарија. Медицински студии запишал во Цирих во 1887 г., а по три години продолжил во Берлин. Дипломирал, во мај 1892 г., на возраст од 23 години. Од Бугарската егзархија бил поставен за школски лекар во Солунската машка гимназија, во која наставник бил Даме Груев. Тие се меѓу иницијаторите за формирање на Македонската револуционерна организација (МРО), формирана на 23.10.1893 г. во Солун. Д-р Христо Татарчев бил претседател во првите осум години на постоење и подем на организацијата.

Во почетокот на 1901 г. бил осуден на 5 години затвор и испратен на тврдината Подрум-Кале, Мала Азија.

Д-р Христо Татарчев починал во Торино, Италија, на 5.1.1952 г., на возраст од 82 години.

Студии во Цирих и Берлин

По напуштањето на гимназијата во Пловдив, Христо и неговиот братучед Божирад заминале во Швајцарија и започнале студии по медицина на Медицинскиот факултет во Цирих во 1887 г. Три години подоцна студиите ги продолжиле во Берлин каде што дипломирале, Христо во мај, а Божидар во јули 1892 г. По дипломирањето, со успешна одбрана на дипломска работа на тема „Професионални неврози“, д-р Татарчев се вратил во Македонија, со широк политички светоглед и голем ентузијазам да помага на својот поробен и изнамачен народ. Тој стекнал проширени хоризонти за демократијата по примерот на Швајцарија, Германија и други напредни земји во Европа, за национална слобода и социјална правда, општествена и државна организација и правна држава. Инспириран од слободољубивите социјалистички идеи, тој во себе таел цврста одлучност да дејствува за менување на неповолната општествена и социјална состојба на поробенит македонски народ. Читал многу книги од руската литература и, под влијание на политичките доктрини на соција-

лизмот, во еден период посакувал да студира филозофија.

Веднаш по дипломирањето заминал во Цариград да полага колоквиум - еден вид „државен испит“, на француски и германски јазик пред комисија од професори, повеќето Грци, и се стекнал со право на лекарска практика во Отоманската империја. Потоа, во август 1892 г., се вратил во Ресен, а по неколку недели бил повикан со телеграма и започнал да работи како училишен лекар во бугарската егзархиска машка гимназија „Св. Кирил и Методиј“ во Солун. Целосно бил посветен на лекарска работа. Најпрво ги издвоил болните ученици од туберкулоза и се ангажирал да се подобрат условите на сместувањето и пансионската исхрана на учениците.

Поради своето извонредно знаење и способности како лекар, д-р Татарчев стекнал голем авторитет и симпатии кај целото солунско население и пошироко, без разлика на вера, народност и етничка припадност. Тој бил голем интелект и угледен лекар, почитувана и претставителна личност со европско воспитание, сфаќања и манири. Поради владеењето на повеќе светски јазици и достоиното однесување уживал голем авторитет и кај странските дипломатски претставници и конзули во Солун. Со право се вбројува меѓу првенците на скромната македонска интелигенција во пред и постилинденскиот период.

Д-р Татарчев уживал голем авторитет како лекар и меѓу турските големодостојници, дури и во периодот кога ја одлежувал затворска казна во Подрум-Кале, Мала Азија. Неговата стручност и лекарски вештини биле од пресудно значење за амнестија и предвремено ослободување. На 19 август 1902 г. бил амнестиран од султанот откако помогнал да спаси живот на родилка - жена на голем турски паша, со успешно завршување на тешко породува-

ње што траело три дена. По амнестијата д-р Татарчев продолжил да работи како лекар во Софија и со нова револуционерна улога како задграничен претставник на организацијата.

Во почетокот на 1895 г., за време на неговата лекарска дејност во Солун, д-р Татарчев се запознал со семејството на Петро Логотети, поранешен грчки конзул. Со неговата ќерка Софија заедно се вљубиле и, во мај истата година, се свршиле, на големо изненадување на повеќе негови соработници и револуционери во поблиското и пошироко опкружување и на пошироката јавност потврдувајќи ја изреката дека „љубовта не познава граници“. Тоа предизвикало бура од негодување во грчката јавност и куќата на семејството Логотети во Солун, во која се преселил да живее и д-р Христо Татарчев, била каменувана од толпа Грци, со намера да ја запалат. Но, со интервенција од англискиот конзул Блонд, кордон војска ја штител куќата во текот на три недели, кога д-р Татарчев со свршеничката и нејзината мајка отпатувале во Виена со цел таму да се венчаат во руска црква. Сепак, се венчале во април 1896 г., во куќата на бугарскиот свештеник Маџиров, во Солун.

Во Балканските војни и за време на Првата светска војна д-р Татарчев учествувал како лекар и раководител на воена болница во бугарската војска помагајќи на болните и ранети војници, меѓу нив голем број Македонци, кои биле мобилизирани од страна на Бугарија.

Во 1923 г. бил принуден да емигрира поради несогласувања и закани од раководството на ВМРО и сè до почетокот на Втората светска војна работел како лекар во Торино, Италија. Во 1941 г., д-р Татарчев се вратил во Ресен каде што работел како лекар околу четири години, а по ослободувањето, поради несогласување со комунистичките влади во двете земји, бил принуден да се врати прво во Софија, а потоа во Торино каде што останал до крајот на својот живот.

Револуционерна дејност

Од најрана возраст, како дете, Христо растел како сведок на туѓото безвластие и угнетување, терор и ограбување на населението од страна на османлиите и качачките разбојнички банди во Ресен, кои до-

аѓале од регионот Корча, Албанија. По еден таков упад во нивната куќа во 1877 г., кога Христо бил на возраст од 7 години, и грабеж на голем дел од семејното богатство, мајка му се разболела и паднала во постела, а по три месеци починала. Тој настан имал силно влијание на натамошниот развој и оформување на неговата личност и на неговата визија и револуционерна дејност за ослободување на Македонија од турското ропство. Поизразената и организирана револуционерна дејност на Христо Татарчев започнала во текот на неговото гимназиско школување во Брацигово и Пловдив, Бугарија, во 1886 г. кога бил пропагатор и бил именуван за претседател на македонското друштво - кружокот за револуционерна дејност за признавање на македонскиот народ и за ослободување на Македонија без влијание на бугарската егзархија. По тензиите и конфликтот со наставниците во гимназијата во Пловдив, кои сакале да воспостават контрола над дејноста на друштвото, Христо и неговиот братучед Божирад, пред да го оформат гимназиското образование, ја напуштиле гимназијата и заминале на студии во Швајцарија.

Покрај посветеноста на медицината како најуспешна професија во светот, тој како вистински доктор, чувствувал обврска да се бори против сите зла, а не само против болестите. Токму затоа неговата лекарска дејност понатаму во животот континуирано е придружена со револуционерна дејност и стремеж за ослободување од ропството и за формирање автономна, самостојна и обединета држава Македонија во нејзините географски и етнички граници.

Додека работел како лекар во машката гимназија во Солун д-р Татарчев запознал и комуницирал со повеќе интелектуалци, млади од Македонија и од Бугарија,

кои доаѓале во Солун, меѓу нив и Даме Груев, кој работел како учител во гимназијата. При нивната втора средба во ординацијата, во август 1893 г., кога Груев дошол на контролен преглед по лекување егзем зад левото уво, воделе поотворен разговор и препознале заемна доверба и идентични ставови и определби за слободна Македонија. Се договориле да ја шират претпазливо идејата за револуционерна дејност за ослободување на Македонија од Отоманското ропство и да привлекуваат и други истомисленици. Кружокот брзо се ширел и се развила голема мрежа за отпор на мирен начин со цел подигање на свесноста и борбениот дух на народот, а по подготвувањето и во-

Поради своето извонредно знаење и способности како лекар, д-р Татарчев стекнал голем авторитет и симпатии кај целото население во Солунската област и пошироко, без разлика на вера, народност и етничка припадност



оружувањето, отпорот да прерасне во вооружено востание против Турската империја за да се привлече вниманието и поддршката на Европа за решавање на македонското прашање. Тие двајца биле меѓу иницијаторите (заедно со Петар Поп Арсов, Иван Хаци Николов, Христо Батанџиев и Андон Димитров) за формирање, на 23.10.1893 г., на Македонската револуционерна организација (МРО, а подоцна Тајна македонско-одринска... - ТМОРО, Внатрешна... - ВМОРО, па ВМРО). Д-р Христо Татарчев бил првиот претседател во првите осум години од нејзиното постоење и подем. Во 1901 г. бил осуден на пет години строг затвор, а по 17 месеци бил амнестиран.

Кон крајот на 1902 г. бил именуван за член на Задграничното претставништво на Организацијата во Софија, до 1905 г. Во постилинденскиот период и по Првата светска војна, својата револуционерна дејност ја продолжил со дипломатско-пропагандна и публицистичка дејност за слободна и обединета Македонија.

Проф. д-р Д. Донеv

АУТИЗАМОТ НЕ СЕ ДИЈАГНОСТИЦИРА КАЈ ЗАТВОРЕНИЦИТЕ

Целта на недоведена донесената стратегија на владата на Велика Британија е подобрување на здравствената состојба на затворениците, а се фокусира особено на оние кои се на аутизам спектрумот (АС). Овие не е зачудувачки, со оглед на поголемата застапеност на АС во затворите (0.98% во општата популација наспроти 2.3% во форензични установи).

АС е загрижувачки проблем кај затворениците зашто многу лесно може да се превиди со оглед дека не ретко не спаѓа во рамките ниту на менталната ретардираност ниту пак менталните заболувања. Дијагностицирањето на АС во најраните стадиуми ќе овозможи подобро иследување и менаџмент на бихевиоралните проблеми и минимализирање на ризикот за развој на дополнителни ментални здравствени проблеми кај оваа група луѓе. Истовремено, овој проблем го нагласува значењето на специјализирана служба за возрасни со АС која би била вклучена во правниот систем, а наедно со тоа би била поврзана и со намалување на евентуалното повторување на криминалитетот од страна на луѓето со АС.

АС често останува недијагностициран синдром: симптоматологијата често е маскирана, а и персоналот не ги препознава клиничките симптоми со оглед дека немаат искуство или, пак, не се обучени. Дури и кога АС се препознава, не ретко затворениците не се упатуваат на специјалистички служби кои ќе бидат вклучени во нивната дијагноза и третман. Ова најчесто се должи на непознавањето дека вакви служби постојат и навистина може да помогнат. Дури и во првичните постапки, во полициските станици потребно е да се има лице кое ќе ги застапува луѓето со АС, ќе ги штити нивните права. Дополнителна причина за недостаток на АС дијагноза е и фактот дека дијагнозата треба да биде поткрепена со невродивелопментална историја, што е прилично тешко да се добие кај возрасни луѓе, а особено кај оние со форензична историја. Друга тешкотија е и обемноста на дијагностичките иследувања.

Како и да е, вработените во затворите, затворските лекари и медицинскиот персонал треба, не само да бидат информирани, туку и да имаат дополнителен тренинг за идентификација на АС во затворската популација. Ова ќе помогне во превенцијата на дополнителни ментални заболувања, а со едукација на АС затворениците ќе овозможи и да се превенираат идни криминални активности.

BMJ 2016; 353:i3028

КОНТРОВЕРЗНОТО CA125 ТЕСТИРАЊЕ ПРОДОЛЖУВА...

Во 2009 година рандомизирано испитување укажа дека жените со рак на овариумите, а кои редовно се тествани со cancer antigen 125 (CA125) примиле повеќе радиотерапија отколку оние кои кои биле тествани кога имале релапс на симптомите (Lancet doi:10.1016/S0140-6736(10)61268-8). Но, клиничката практика во американското здравство, сечини, од тогаш не е променета многу. Така, во неодамнешна студија, во период од 12 месеци, секоја пациентка со малигнитет на овариумите имала средно 4.6 CA125 тестови и 1.7 компјутеризирани томографски скенови, со што трошоците на испитувањето биле два милиони долари годишно само за CA125 тестот, а достигнале 16.2 милиони долари годишно кога биле додадени трошоците за компјутеризирана томографија. И сето ова без некои дополнителни бенефити, но со зголемен психолошки нусефекти за пациентките.

JAMA Oncol

doi:10.1001/jamaoncol.2016.1842

КОНСУМИРАЊЕ РАСТИТЕЛНИ ПРОТЕИНИ ГО НАМАЛУВА СМРТНИОТ РИЗИК

Консумирањето на растителни протеини е поврзано со намалување на ризикот на смртност, додека животинските протеини ја зголемуваат смртноста, особено кај луѓе кои имаат барем еден ризичен фактор во нивниот животен стил, како што се на пример, пушење или пак дебелината. Овие резултати доаѓаат од проспективна кохортна студија која има вклуче-

но 131,342 учесници. Диетата и другите податоци од нивниот животен стил биле собирани секоја втора година, а сите учесници биле следени во текот на 32 години. Ова студија е уште една која потврдува дека мора нешто да има во она што го јадеме, нели?

JAMA Intern Med 2016;

doi:10.1001/jamainternmed.2016.4182

ОМЕГА 3 МАСНИТЕ КИСЕЛИНИ ОД РИБИНОТО МАСЛО ГО ПОДОБРУВААТ СРЦЕВИОТ МУСКУЛ ПО СРЦЕВ ИНФАРКТ

Земањето големи количини на омега 3 масни киселини од рибно масло ја подобруваат функцијата на срцевниот мускул, а го намалуваат и срцевото оштетување при срцев инфаркт. Ова се резултатите од рандомизирано клиничко иследување на 358 пациенти со акутен срцев инфаркт од три болници во Бостон, САД. Пациентите биле рандомизирани во текот на 6 месеци по епизода на срцев инфаркт и третирани со по 4 капсули дневно, секоја со по 1 г омега 3 масни киселини (со 465mg ethyl ester-ази на eicosapentaen-ична киселина и 375mg на docosahexaen-ична киселина), додека плацебо групата добивала масло од пченка.

Circulation 2016; doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.019949

ШТО ДА ПРАВИМЕ СО ПАЦИЕНТИТЕ КОИ СЕ ПРИВЕДЕНИ ВО УРГЕНТЕН ЦЕНТАР ОД СТРАНА НА ПОЛИЦИЈА

Не ретко пациенти се приведени во ургентните центри од страна на полиција. Тие имаат исти права во поглед на стандардот на нега како и другите пациенти. Ова се препораките на британскиот Royal College of Emergency Medicine. Овие пациенти треба да имаат приоритет во центрите за ургентна медицина за да не ја нарушуваат работата во овие центри, и, исто така, да ги ослободат лицајците да си ја вршат својата секојдневна работа.

Со оглед дека голем број на овие пациенти се склони кон насилно и агресивно од-

несување, се препорачува ваквите пациенти да бидат прегледани од страна на искусни лекари, на пр. специјалисти или супспецијалисти со долгогодишно клиничко искуство. По можноост, пациентите треба да се прегледаат додека полицијците чекаат пред ординацијата, со цел да се зачува нивната приватност. При испис, информацијата за дијагнозата, третманот што го примиле, како и препораки за монитирање на здравствената состојба треба да се споделат со полицијата. Доколку пациентот не даде согласност за ова, треба да се достави затворено писмо адресирано до полицискиот дежурен лекар.

<http://bit.ly/29aMNR7>

КОМОРБИДИТЕТ КАЈ ДЕТСКАТА ЕПИЛЕПСИЈА

Речиси 80% од децата кои имаат епилепсија имаат и дополнително коморбидно заболување, според податоците на Норвешкиот регистар на податоци. Сите чести заболувања биле позастапени кај децата со епилепсија, со дополнителни медицински заболувања присутни кај 55%, неврлошки заболувања кај 41% и деvelopeмнтални/психијатриски болести кај 43% од нив. Децата со комплицирана епилепсија имале највисока стапка на коморбидитет, но ризикот за медицински и психијатриски коморбидитет бил речиси подеднаков со оној кај децата со некомплицирани епилепсија.

Pediatrics

[doi:10.1542/peds.2016-0921](https://doi.org/10.1542/peds.2016-0921)

ОТКРИЕНА Е ВРСКАТА МЕЃУ ПУШЕЊЕТО И ИСХОДОТ ОД ХИРУРШКА ИНТЕРВЕНЦИЈА

Пушачите имаат 38% зголемен ризик да починат по хируршка интервенција отколку непушачите. Оптималното време пациентот да престане со пушање пред хируршка интервенција е два месеца. Пушачите, исто така, имаат подобар хируршки исход доколку апстинираат со пушење неколку недели, па дури и на самиот ден на оперативниот зафат. Периодот меѓу дента на закажување на хируршката интервенција и денот на оперативниот зафат се нарекува “едукативен

момент” и пациентите се помотивирани да престанат со пушење во овој период. Комбинацијата на бихејвиорална фармаколошка поддршка е најефикасна. Засага нема докази за потенцијална опасност од употребата на електронски цигари пред оперативен зафат.

<http://bit.ly/1Wa8ROI>

БОЛНИЧКА ХОСПИТАЛЗАЦИЈА ЗАРАДИ ИНФЕКЦИЈА ГО ЗГОЛЕМУВА РИЗИКОТ ЗА СУИЦИД



Пациентите кои се примени во болница заради инфекција имаат 42% зголемен ризик да умрат од суицид. Инфекцијата и инфламацијата сè почесто се поврзуваат со критична улога кај низа психијатриски заболувања и суицидално однесување. Во неодамнешна студија спроведена во Данска, податоците од лонгитудинален регистар на 7.22 милиони луѓе над 15 години, а кои живееле во таа земја помеѓу јануари 1980 и декември 2011 биле анализирани. Во овој период, вкупно 32,683 суициди биле регистрирани од 7.221.578 луѓе кои биле вклучени во студијата во период од 32 години (вкупно 149.061.786 луѓе). Од нив, 7.892 (24.1%) суициди биле кај пациенти кои имале претходна инфекција што била дијагностицирана за време на болничкиот престој. Приемот во болница како последица на инфекција бил поврзан со уште пого-

лем ризик (OR 1.42; 95% CI 1.38-1.46) во споредба со пациенти кои немале претходна инфекција.

JAMA Psychiatry 2016,

[doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.1594](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.1594)

ОЛАНЗАПИН ГО СТОПИРА ПОВРАЌАЊЕТО ПРЕДИЗВИКАНО ОД ХЕМОТЕРАПИЈА

Психијатриските лекови и заболувања немаат добар имиџ во јавноста. Многу лекари по општа практика се принудени да препишуваат бензодиазепини како за анксиозност така и за несоница. Многумина од постарите луѓе земаат антидепресиви кои предизвикуваат сериозни серотонергични нусефекти, па дури и труења, особено кога селективните серотонин реаптејк инхибитори се препишуваат заедно со трамадол, додека risperidone и quetiapine даваат дневна сомноленост, паркинсонизам, па дури и дијабетес и зголемување на телесната тежина. Но, многу ретко слушаме и за добрите страни на овие лекови, било да се применети како терпаија за психијатриските заболувања, а уште помалку кога се во служба на други медицински дисциплини. Така, mirtazapine ја подобрува анксиозноста и го намалува ризикот за делириум кај гинеколошки хируршки интервенции, а заедно со olanzapine-от се користи и за лекувањето на анорексија од најразлична етиологија. Оваа листа сега се проширува и на примената на невroleптици во спречување на повраќање како резултат на хемотерапија. Така, краткотрајната примена на olanzapine се појавува како ефективен антиеметик. Во неодамнешна студија, овој невroleптик се покажа дека е ефикасен дури и кај екстремни случаи на повраќање. За оние кои работат во конзилијарна психијатрија, ова е уште една потврда дека во психијатријата не само што се знае многу, туку може и да се направи многу за болните.

N Engl J Med 2016;

[doi:10.1056/NEJMoa.1515725](https://doi.org/10.1056/NEJMoa.1515725)

Изборот го направи

д-р Елизабета Б. Мукаетова-Ладинска

САД отвораат врата за пошироки медицински истражувања на марихуаната

Научниците и истражувачите од областа на медицината во САД со децении ги проучуваат здравствените придобивки и ризици од употребата на марихуаната, но и покрај постепеното проширување на легализацијата на марихуаната, тие досега беа принудени да набавуваат канабис за научни цели само од едно место. Единствена институција во САД со дозвола за одгледување на марихуана за медицински истражувања досега беше Универзитетот Мисисипи, согласно договорот со Националниот институт за злоупотреба на дрога (National Institute on Drug Abuse – NIDA). Ваквото ограничување до таа мера го лимитираше снабдувањето со марихуана, одобрена за истражувачки цели од федералните власти, што научниците тврдеа дека често пати се случува да поминат години за да се набави потребниот канабис, а понекогаш дури било и невозможно да се направи набавката.

Но, сега монополот на универзитетот паѓа. Администрацијата на претседателот Барак Обама најави дека планира да отстрани голема пречка во врска со медицинското истражување на марихуаната. Американската Управа за борба против дрогата (Drug Enforcement Administration – DEA) на 11 август годинава објави дека и други академски институции ќе може да побараат дозвола за одгледување на марихуана за истражувачки цели, што значи дека и други универзитети ќе добијат дозвола за одгледување на канабис. Се очекува новата политика во голема мера да ја подобри снабденоста со марихуана за истражувачки цели, со што би се овозможил значителен потенцијал за повеќе медицински испитувања на оваа дрога, која луѓето во САД ја користат за третман на повеќе болести и покрај малата евиденција за ефектите од нејзината употреба. Иако се уште не е познато колку вкупно култиватори ќе бидат лиценцирани, можноста да се избира помеѓу снабдувачите и да се бараат одредени специфики е токму тоа што истражувачите одамна го бараат.

Со преземањето на овој чекор, американската администрација го продолжува трендот на релаксирање на државниот став во врска со марихуаната. Претседателот Обама, како што пишува “New York Times”, ја смета марихуаната за не повеќе штетна од алкохолот, а од друга страна Министерството за правда не им застава на патот на сојузните држави кои ја легализираа дрогата.



Со новата политика што американската администрација ја најави во август годинава се очекува значително да се интензивираат медицинските истражувања за ефикасноста на марихуаната

Досега 25 држави во САД дозволуваат медицинска употреба на марихуана за се поголем број заболувања, вклучувајќи Паркинсонова болест, Алцхајмер, Кронова болест, лупус и ревматоиден артритис, и покрај тоа што студиите врз кои се темелат овие третмани се многу „тенки“. Од една страна, секојдневната работа со пациенти кои употребуваат марихуана во медицински цели сведочи за неверојатни исходи, а од друга страна, постојните податоци, иако импресивни, се уште не ја откриваат комплетната слика што е потребна за да се разбере како и зошто медицинската марихуана има толку добро дејство кај многу пациенти. Со новата политика, одговорите што се потребни стануваат подофатни од кога и да е, а со тоа се создаваат и нови можности за разбирање на медицинската марихуана од страна на пациентите, лекарите и креаторите на политики.

Научниците велат дека ќе се создадат можности за снабдување на научниците со различни сорти на марихуана за истражувачки цели што нема да потекнува од едно место, а освен тоа ќе има и конкуренција, па одгледувачите ќе бидат мотивирани да ги задоволат потребите на истражувачите. Значајно е дека новата политика не поставува лимит за бројот на дополнителни универзитети што би можеле да се квалификуваат за одгледување на марихуана. Секоја институција која ќе има одобрен протокол за истражување и ќе има обезбедено сигурносни мерки за складирање на опасната дрога би можела да се пријави. Истражувачите и натаму ќе треба да добиваат одобрение за спроведување на медицински сту-

дии на марихуаната од страна на федералните агенции, вклучувајќи ги Управата за борба против дрогата и Управата за храна и лекови. Проектите коишто се финансирани од страна на Националниот институт за злоупотреба на дрога ќе треба да добијат дозвола и од Институтот.

И експертите од Националната организација за реформа на законите за марихуаната предвидуваат дека зголемениот број институции со одобрение за одгледување на марихуана ќе има значителен практичен ефект, бидејќи досегашниот монопол на Универзитетот Мисисипи го сметаат за огромна пречка и ограничување за бројот на клинички студии во САД. Притоа посебно се истакнуваат тешкотиите за снабдување со оние сорти марихуана со повисока содржина на тетрахидроканабинол (THC), главната состојка во дрогата која го предизвикува наркотичкото дејство кај луѓето. Истражувачите велат дека кога бараат да набават марихуана со повисоко количество на THC за медицинска употреба кај пациенти со болки од карцином, се случува да не можат да набават, а истата да може да се купи во Колорадо, каде што е легализирана за слободна употреба. Одговорните од Националниот институт за злоупотреба на дрога ги отфрлаат ваквите критики како претерани, бидејќи според нив во изминатите години за секој федерално квалификуван проект можело да се обезбеди доволно количество квалитетна марихуана.

Медицинската марихуана, која со новата политика добива се повеќе шанси за национална легализација во САД, сепак, се соочува со неколку клучни пречки. Пред се, се наведува фактот дека се уште не се познати ефектите при долготрајна употреба, бидејќи најмалку девет од десет студии за марихуаната спроведени досега ги испитувале ризиците од нејзината примена, без да се земат во предвид можните медицински бенефити. Оттука не се изненадувачки студиите коишто предупредуваат на опасностите од марихуаната за мозокот на адолесцентите или за психолошката состојба на долготрајните корисници. Поради тоа, она што им е потребно на застапниците на марихуаната се повеќеслојни долгорочни студии коишто би демонстрирале бројни бенефити и минимални ризици од употребата на марихуаната. Неколку неодамна објавени студии сугерираат дека марихуаната би можела да биде корисна при третман на Алцхајмер, дијабетес тип 2, па дури можеби и кај агресивните глиоми (вид на рак на мозокот). Во една од можеби најзначајните неодамнешни студии, објавена во *Scientific Reports*, се наведува дека канабисот е 114 пати помалку смртоносен од алкохолот ако се споредува односот на токсичната доза.

Друга клучна пречка за медицинска употреба на марихуаната е фактот што федералните власти се уште ја третираат марихуаната како дрога од редот на оние кои немаат медицински вредности и кои се недозволен или нелегални. Ваквиот став не е променет цели 46 години. За да може марихуаната да биде медицински легализирана на федерално ниво, треба да се измени Законот за контролирани супстанции и марихуаната да влезе меѓу дрогите со законски признаени медицински бенефити и кои се строго регулирани поради високот потенцијал за злоупотреба. Но, и покрај најавата од страна на Управата за борба против дрога, дека ќе има измени до крајот на јуни годинава, тоа не се случи. Изостанувањето на најавените измени предизвика длабоко разочарување кај научниците кои велат дека истражувањата убедливо индицираат дека марихуаната не е толку опасна дрога. Сепак, новата политика со паѓањето на монополот за одгледување на марихуана за истражувачки цели се смета за добар ден за науката.

ДОКАЖАНИ ЕФЕКТИ ОД THC

Тетрахидроканабинол или THC е најпознатата состојка во канабисот, онаа која има наркотичко, опојно дејство и која ги предизвикува најголемите контроверзии кога е во прашање медицинската употреба на марихуаната. Сепак, досегашните истражувања ги имаат докажано следните медицински бенефити коишто се должат единствено на THC:

Намалување на болка. Истражувачки студии покажуваат дека THC активира патеки во централниот нервен систем кои ги блокираат сигналите на болка што се испраќаат кон мозокот. Канабисот се покажува како особено ефективен против невропатска болка.

Посттравматско стресно растројство. THC се поврзува со привремени нарушувања на меморијата, што може да има терапевтско дејство кај оние кои се борат да заборават болни сеќавања. Последните студии покажуваат дека давање орални дози на THC може да предизвика намалување на различни симптоми како што се флешбекови, вознемиреност и ноќни мори.

Мачнина и повраќање. THC е достапен во вид на таблета против мачнина и повраќање за пациенти болни од рак кои поминуваат низ хемотерапија уште од 1980-тите години.

Стимуланс за апетит. THC се смета за моќен стимуланс и за здрави и за болни. Таблетите *marinol* и *cesamet* се препишуваат за болни од рак и сида, а *marinol* се смета дека може да помогне кај анорексија.

Астма. THC може да го подобри дишењето, покажуваат истражувања уште од 1970-тите.

Глауком. Одамна е позната способноста на THC за намалување на очниот притисок, но проблем е тоа што соединението не се раствора во вода, а исто така дејството е релативно краткотрајно, само 3-4 часа.

Заспивање. Заспивачкото дејство на марихуаната се должи главно на THC, а освен тоа понови студии докажуваат дека THC може да го подобри и дишењето во текот на ноќта, поради што истражувачите во моментот работат на развивање лек базиран на THC за третман на апнеа.

ХРВАТСКА: НОВ ПРАВИЛНИК ЗА УСОВРШУВАЊЕ НА ДОКТОРИТЕ

Специјализанти веќе не мора да им ја враќаат платата на болниците



Во Хрватската лекарска комора проценуваат дека вкупниот трошок за специјализација, според новите правила, не би бил поголем од околу 6.500 евра. Нема прецизни податоци колку до направените измени чинела специјализацијата, но отштетните побарувања на болниците беа астрономски

По завршувањето на специјализацијата, од средината на јули, на лекарите во Хрватска им е многу полесно да ја откажат соработката со установата која ги пратила на специјализација. Според новиот Правилник за измени и дополнувања на Правилникот за специјалистичко усовршување на докторите на медицина, кој стапи во сила на 16 јули оваа година, „бегалецот“ кој одлучува да го промени работодавецот, на болницата која го пратила на специјализација ќе мора да и ги плати само трошоците на специјализацијата, но не и отштета за четиригодишната бруто - платата.

Новиот Правилник за специјалистичко усовршување за лекарите под трошоци на специјализацијата што лекарот е должен да ги плати ако замине пред договорениот период, ги вклучува трошоците за главниот ментор, на менторот и коменторот, трошоците за здравствени установи во кои се реализирало усовршувањето, трошоците за последипломските специјалистички студии, трошоците за завршниот и за специјалистичкиот испит, трошокот за книшката за специјалистичкото усовршување на докторот на медицина и трошокот на дневникот за работа на докторот на медицина кој е на специјалистичко усовршување. Хрватската лекарска комора (ХЛК) проце-

нува дека вкупните трошоци за специјализација, според новите правила, нема да го надминат износот од 50.000 куни (малку над 6.500 евра). Ова е неколку пати пониска цена од онаа што претходно мораше да ја плати лекарот - специјалист ако се одлучи за предвремен трансфер во друга установа.

Во ХЛК немаат прецизни податоци за тоа колку досега чинеше некоја специјализација, но отштетните барања на болниците, велат тие, се движи од околу 200.000 до пет милиони куни. Од лекарот, велат во Комората, се правеа обиди да се наплати отштета за договорениот временски период кој не ретко беше и повеќекратно подолг од времетраењето на специјализацијата. Еден од таквите примери, што се појавија во медиумите, беше и случај на гинеколог од Нашице, од кого здравствениот дом со кого бил потпишан договорот за специјализација, бара-

СЛОВЕНИЈА

Крвава драма во болница во Изола

Во болница во словенечкиот град Изола, на 22 август, годинава се случила крвава драма во која страдаа три лица - доктор, полицаец и напаѓачот.

Инцидентот почнал околу 15 часот кога вооружено лице во години влегло во болницата и отворило оган. Тој го убил полицаецот, а еден лекар - урологот Луис Гилермо Мартинез Бустаманте (36), и друг полицаец се тешко ранети. Лекарот починал во текот на ноќта, а повредениот полицаец е префрлен во болница во Љубљана каде што итно бил опериран. Напаѓачот Дарко Грегориќ (70) го убила полицијата. Напаѓачот, според сведоците, имал спикер на луѓе кои имал намера да ги убие.

Сведоците велат дека лекарот најпрво бил застрелан во градите. Докторот паднал на земја, но потоа убиецот му стрелал во грбот. Според словенечките медиуми, напаѓачот бил од едно село во близина на Копер, а на полицијата ѝ бил познат по двоен грабеж на пошта.

Четирикратно дејство

- » Секретолитично
- » Муколитично
- » Бронхоспазмолитично
- » Антиинфламаторно

Проспан е еден од производите со кои брзо се влијае врз симптомот кашлица. Тоа е германски природен лек со долгогодишна традиција. Создаден во 1950 година за лекување на кашлица и бронхит, овој продукт и до денешен ден им помага во лекување како на малите, така и на големите.

Проспан делува на 4 начини: го втечнува густот секрет, го потпомага искашлувањето, ја смирува кашлицата и делува противвоспалително. Тој е еден од најдетално проучените лекови од својата група и со најголем број испитувања за безбедност и ефикасност. Клиничките податоци опфаќаат 55000 деца, од кои 7180 на возраст од 0-1 година.

Кај нив ефикасноста и безбедноста се оценети како многу добри односно одлични и токму тоа го прави нај препорачуван и нај претпочитан од страна на

лекарите, фармацевтите и родителите во преку 108 држави од светот.

Проспан може да се применува во случаи на акутни и хронични заболувања. Комбинацијата на 4 дејства го потпомага и олеснува втечнувањето на густот секрет, делува бронхоспазмолитично и значително ги ублажува нападите на кашлица. Најновите податоци укажуваат и присуство на нагласено противвоспалително дејство.

Веќе 13 години производот е присутен на македонскиот пазар, а комбинацијата на квалитет, ефикасност и безбедност го прават лек на избор во борбата со кашлицата.

PROSPAN®



Ефикасна терапија на кашлица и бронхит за целото семејство



ше надомест на штета од речиси пет милиони куни, бидејќи не ги одработил договорените 10 години. Некои овие спорови ги решаваа во судска постапка, некои со отплата на долгот и на рок од 30 години, а некои болници, кои сакале да ги вработат докторите, одлучиле да ја платат отштетата за специјализацијата.

Во Лекарската комора, која го иницираше овие измени на Правилникот, со гордост истакнуваат дека успеале да им стават крај на крајно неповолните, „ропски“ договори за специјализација.

- Овие промени се резултат на нашата неколкумесечна работа и посветеност. Конечно е решен еден горлив проблем на нашите членови, кои досега беа во еден вид на ропска положба поради договорите за специјалистичко усовршување на кои беа обврзани да ги склучуваат за да почнат стручно да се усовршуваат. Овие промени ги следат насоките за специјалистичко усовршување на нашите колеги во Европската Унија – вели претседателот на ХЛК, д-р Трпимир Голужа.

До 16 август сите болници се должни да им понудат на специјализантите склучување на нови, изменети, договори. Лекарите - специјалисти мора самите да поднесат барање за измена на постојните договори, а здравствените установи се должни да им понудат изменет договор во рок од 30 дена од денот на поднесувањето на барањето.

Драстичното финансиско растоварување на лекарите при раскинувањето на договорите за специјализација ќе им го олесни заминавањето на специјалистите во странски болници. Во ХЛК тврдат дека тоа нема да биде проблем, бидејќи голем број млади лекари, како што велат, заминаваат од Хрватска веднаш по дипломирањето, односно и пред да влезат во хрватскиот здравствен систем.

- Токму „ропските“ договори кои мораа да ги потпишуваат за стручно да се усовршуваат, како што велат лекарите, се една од најважните причини за заминавањето во странство. Тие договори беа крајно неповолни, неправедни и обесхрабрувачки за младите лекари, па оваа промена не ја сметаме за олеснување за заминавање од Хрватска, туку за мерка со која ќе ги задржи во Хрватска, велат во Комората.

Принудата, уцените и заканите се покажаа како, да речеме, неуспешни методи на задржување на лекарите во системот, а наместо тоа, Владата треба да им обезбеди даночни олеснувања и ослободување од бруто - платата, станбено згрижување, комунални олеснувања, стручно доусовршување и подобри работни услови.

“Нови лист”

СРБИЈА

Наскоро бесплатна вакцина против пневмокока

Од 1 јануари 2017 година во задолжителната програма за имунизација во Србија за прв пат се воведува вакцината против пневмокока. Оваа вакцина е додадена на листата на задолжителни вакцини со новиот Закон за заштита на населението од заразни болести на 24 февруари оваа година. Се чека да се објави новиот Правилник и да се стартува со вакцинација на сите деца.

Од што штити таа и зошто е значајна, за српските медиуми објаснуваше д-р Џафер Аслани, педијатар во еден од здравствените домови во Белград.

“Пневмококната болест е водечки причинител на сериозни заболувања кај децата кои се предизвикани од бактеријата пневмокока. Од последиците на тие болести секоја година во светот умираат половина на милион деца помали од шест години”, предупредува д-р Аслани.

Пневмококната бактерија лесно се шири. Се пренесува со кашлање, кивање и допирање на заразени предмети. Во организмот се внесува преку устата или носот. Најчесто предизвикува воспаление на средното уво, на синусите или бронхитис, а е опасна затоа што е причинител и на животни загрозувачки болести, какви што се воспалението на белите дробови, менингитисот и сепсата.

“Пневмонијата предизвикана од пневмокока е најчест причинител за смрт во светот кај деца помали од пет години. Поголема зачестеност на ова заболување се евидентира кај лица помлади од две и постари од 65 години, како и кај оние кои страдаат од некакви хронични состојби или имунитетот им е слаб”, објаснува тој. Според д-р Аслани, помалку опасни не се ни менингитисот и воспалението на мозочната обвивка кои често кај децата ги предизвикуваат овие бактерии.

Во лекувањето на пневмококните инфекции вообичаено се користат антибиотска терапија, но поради растечката резистентност на бактериите на антибиотиките, се препорачува превенција со вакцинација. Досега вакцината бесплатно во Србија ја добиваа деца на возраст од два месеца до навршени пет години кај кои пневмококната предизвикала потешка клиничка слика, посебно децата без слезина, со некои видови анемија, хронични кардиоваскуларни и белодробни болести, дијабетес, болести на црниот дроб и бубрезите, со малигни заболувања и со ослабен имунитет. Тоа се правело со полисахаридна вакцина (Pneumo23), пациентот добивал една доза, а по 3 до пет години бил ревакциниран со што се обезбедува заштита од 80 до 95 отсто.

Другата т.н. конјугувана вакцина (Prevenar ili Synflorix), која на децата им се дава од навршени два месеца живот, родителите си ја купувале.

Со Законот за заштита на населението од заразни болести е прописана задолжителна вакцинација за сите деца против ТБЦ, дифтерија, тетанус, голема кашлица, детска парализа, мали сипаници, рубеола, заушки, вирусен хепатитис Б, заболувањата предизвикани од хемофилус инфлуенца од типот Б и заболувањата предизвикани од стрептококот на пневмонијата.

Во земјите на ЕУ процентот на вакцинираните деца е поголем од 96 отсто, а во Србија е околу 89 отсто.

РАЗГОВОР: ПРИМ. Д-Р АЛЕКСАНДАР КАНДИКЈАН, НЕВРОПСИХИЈАТАР

Пинг - понгот го крепи телото и е мелем за душата

Вие сте еден од основоположниците, а до пред неколку месеци бевте и претседател на Секцијата за пинг - понг во рамките на Спортскиот клуб на Лекарската комора. Се повлекувате од пинг-понгот или само функцијата им ја отстапувате на помладите, а вие останувате да се натпреварувате?

Со пинг-понгот останувам да другарувам и во натамошниот период. Со мнозинство гласови за нов претседател на Секцијата за пинг - понг во Лекарската комора на Македонија на 10 април во Винаца е избран д-р Душко Домазетоски, потпретседателското место и е доверено на асс. д-р Елизабета Мирчевска, а членови на претседателскиот одбор се д-р Владо Јованов, д-р Игор Теодосиев и д-р Зоран Михајловски. Како долгогодишен претседател и основоположник на пинг - понг секцијата, заедно со членовите на претседателскиот одбор д-р Зоран Михајловски, д-р Коле Неделковски, д-р Зоран Стојановски и д-р Мирослав Стојановски, срдечно го поздравивме изборот на новиот претседател и новиот претседателски одбор и им посакавме успешна работа. Имајќи предвид дека новоизбраниот претседател е еден од најактивните членови на Секцијата за пинг - понг, верувам дека заедно со претседателскиот одбор со истото темпо ќе продолжат со активностите на оваа спортска секција.

Како е формирана пинг-понгарската секција при Спортскиот клуб на Лекарската комора?

Секцијата за пинг - понг на Лекарската комора е формирана на 6 март 2006 година. Претходно, д-р Миодраг Милутиновиќ не информира за формирањето на Спортскиот клуб при Лекарската комора и за спортските асоцијации кои веќе функционираа, како и за начинот на работење и финансирање за спортските активности. Како поклоници на пинг - понгот, со некои колеги претходно ние веќе организиравме пинг - понг турнири на ниво на Здравствен дом на Скопје, а потоа тоа се про-



шири на градот. Турнирите ги организиравме по повод Денот на здравјето, 7 Април... По формирањето на Спортскиот клуб на Лекарската комора, ценивме дека и оваа секција треба да делува во рамките на Комората. Во иницијативниот одбор за формирање на оваа секција беа и д-р М. Куч, д-р З. Стојановски, д-р К. Неделковски и д-р М. Спасовски, а на конститутивната седница присуствуваа и д-р М. Милутиновиќ и г. Ј. Џочков. Оваа секција ја водев од 2006 година и во изминативе десетина години организиравме 11 турнири на кои учествуваа повеќе од 250 доктори, пред се, од земјава. Целта ни беше да го промовираме овој спорт меѓу докторите, да спортуваме, но и да се дружиме...

Мора да истакнам дека во организацијата на овие турнири бевме вклучени сите. Јас бев директен организатор на четири турнири (2006, 2007, 2008 и 2009 година) во Скопје,

Со пинг - понгот другарувам од дете, кога во далечната 1967 или 1968 година од татко ми за роденден добив пинг - понг маса

Пинг-понгарската секција ја формираме во 2006 година со цел да го промовираме овој спорт меѓу докторите, да спортуваме, но и да се дружиме. Досега организираните 11 турнири на кои учествуваа повеќе од 250 доктори покажуваат дека овој рекреативен спорт станува се популарен и меѓу докторите

два беа во организација на д-р Д. Домазетоски во Скопје, натпреварите во Прилеп беа во организација на д-р П.Каревски, д-р В. Шопов беше организатор во Штип, д-р Л. Максимовска во Крива Паланка, д-р Љ. Милановски во Пробиштип и д-р В. Јованов во Винаца.... Сите овие турнири минаа во спортска и исклучително колегијална и пријателска атмосфера, а воспоставените контакти и пријателства постојано се продлабочуваат и прошируваат. Непобитно е дека на турнирите досега е најуспешен д-р П. Каревски, ортопед од Прилеп.

Како пинг - понгот стана дел од вашиот живот?

Со пинг - понгот другарувам од дете. Во далечната 1967 или 1968 година од татко ми за роденден добив на подарок пинг - понг маса. Таа стана центар околу кој го организиравме слободното време. Заедно со брат ми и братучед ми со часови го удиравме целулидното топче, уживавме во дружењето и го јакневме спортскиот дух. Во летниот период таа маса за пинг - понг ја имаше централната позиција во дворот, а зимска алтернатива ни беше гаражата. Така почнавме. Сите станавме добри пинг- понгари. Играњето пинг -понг ни стана вистинска пасија.

Пинг - понгот е еден од најпопуларните спортови во светот, но кај нас се уште не е доволно афирмиран, иако има бројни показатели за неговите благодати и како рекреативен спорт?

Во прв ред, би истакнал, дека пинг - понгот е комплексен спорт кој ги развива сите

најважни моторички способности и координациски вештини, го зајакнува организмот, превентивно влијае на неговата отпорност, а влијае и на психичкото растоварување. Тоа е спорт кој не бара големи вложувања, а оние кои сакаат да го практикуваат не мора да имаат висок степен на физичка predisпозиција како за некои други спортови. Токму од тие причини е прикладен спорт за сите генерации, односно пинг - понг може да играат припадници на обата пола и тоа од седум па до 107 години, а може да го играат и лицата со посебни потреби.

Како спорт без физички контакт, пинг понгот е практично спорт без некој посериозен ризик од повреди. Некои го нарекуваат и „брз шах“. Менталната подготвеност предизвикана од тактичките предизвици е посебно корисна и за постарите лица. Тоа е спорт со кој може да се рекреирате во текот на целата година, а тоа е еден од ретките спортови за кои физичките карактеристики, годините и полот не се битни натпреварувачки фактори. Со рекреативното играње пинг-понг ќе почувствувате подобрување на здравствената состојба релативно брзо. Овие аспекти го направија пинг - понгот еден од најпопуларните спортови во светот. Со оглед на карактерот на докторската професија, пинг -понгот и како рекреативна спортска активност е вистински рецепт за одржување на организмот во добра психо-физичка форма и е „вентил“ за ослободување од стресот и напнатоста од секојдневната работа.



ЗА ПРВИТЕ ДОАЈЕНИ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ



Харалампие МАНЧЕВ,

доцент и основоположник
на македонската педијатрија

Педијатријата е една од најхуманите и најблажородни гранки на медицината во брзијата за здравјето на децата како најдобри инвестиции во иднината на општеството

Д-р Харалампие Манчев е роден на 3.2.1898 г. во Кочани како четврто од пет деца (Тодор, Тодосие, Диванис, Харалампие и Зора) во трговско семејство, од мајка Параскева и татко Захарије Манчеви. Основно образование завршил во родниот град, а гимназија во Скопје во 1919 г. Бил запишан и следел настава по еден семестар на Филозофскиот и на Правниот факултет во Белград, а потоа започнал медицински студии во Прага. Продолжил и дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Белград, во 1928 г. Специјализирал педијатрија во Белград и во Софија.

Во 1931 г. стапил во брак со Павлина Настева од Штип, која подоцна работела како наставничка во Скопје. Нивната посвоена ќерка во 1943 г., Љубица Матева, дипломирала романска филологија и, покрај новинарство, работела во библиотеката на МАНУ до пензионирањето. Нејзиниот посвоен син Харалампие (Хари) Манчев-помладиот сега работи во Детскиот ликовен центар во Кинотеката на РМ (Библиотека „Другарче“) во Скопје. Љубица, заедно со синот Хари, неговата сопруга Рада и

нивната ќерка Ана, живеат во семејната кука на Манчеви, во нас. Тафталице 2 во Скопје. Малата Ана, на возраст од 7 години, многу се гордее со својот прадедо и има желба да студира медицина.

Д-р Х. Манчев бил избран за доцент во 1947 г., како еден од првите 19 наставници на новоформиранитот МФ-Скопје. Основач е и прв директор на Клиниката за детски болести и шеф на Катедрата по педијатрија од 1947-57 г. Извршувал повеќе стручно-општествени функции. Во пензија заминал во 1963 г.

Доц. д-р Харалампие Манчев почина во Скопје, на 14.1.1974 г. во 76-та година од животот.

Лекар хуманист,
наставник и едукатор

По дипломирањето на МФ-Белград, на 2 јуни 1928 г., неколку години работел како лекар од општа медицина во Кочани, а потоа во Детскиот диспансер при Хигиенскиот институт во Скопје. Основна специјализација по педијатрија завршил во Белград, во 1939 г., а потоа и диференцирана во Софија во 1942 г. за респираторна и дигестивна патологија со паразитози кај децата. Во 1941 г. бил именуван за шеф на Одделението за детски болести во Земската (Државна) болница во Скопје.

При формирањето на МФ-Скопје бил избран за доцент и прв директор на Клиниката за детски болести. Во 1949 г. остварил едногодишен престој и усовершување во Цирих, кај прочуениот проф. Мишел Дебре и бил посветен на

УРЕДУВА: Проф. д-р Дончо ДОНЕВ
e-mail: dmdonev@gmail.com

Медицинскиот факултет во Скопје, основан во 1947 г., одигра клучна улога во развојот на македонската медицина и образованието на медицинските професионалци, подобрување на локалната здравствена состојба на населението и целокупниот ниво на развој на здравствениот систем и обезбедување на здравствена заштита на населението во Р. Македонија. Придонесот на првите лекари-наставници во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје, во периодот 1947-1960 г. и потоа, беше од суштинско и неопходно значење.

Во рубриката „За првите доајени на Медицинскиот факултет во Скопје“, „Vox medicus“ ја продолжува традицијата за расветлување на историската улога и придонес на лекарите и други стипендијанци-наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиники и катедри во новоформиранитот Медицински факултет во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговитот развој.

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

„Vox medicus“ ги повикува сите автори кои поседуваат лична документација и/или имаат интерес и наклоност кон истражување на расположливи архивски и други материјали, јубилејни публикации и стручно-научна литература, слики и документи за верификација на историските факти и случувања, да дадат придонес во оваа секција/рубрика со нивни зароди расветлување на денешната историја на медицината и оддавање должна почит и признание на првите наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.

истражување на дијагнозата и третманот на кала-азар и искоренувањето на маларијата во Македонија.

Здравствената дејност на Клиниката била насочена кон решавање на мошне тешката и широка патологија кај децата и намалување на високата смртност на доенчињата, која надминувала 100 %. Посебно голем проблем биле заразните болести и во рамките на Клиниката за интерни болести, во 1947 г., било отворено Одделение за заразни болести, во кое работел и Х. Манчев заедно со неколку други лекари, и тоа: Ристо Трифунув Брезјанин, Димитар Арсов, Александар Игњатовски и Глигор Муратовски.

Наставата по предметот педијатрија доц. Х. Манчев започнал да ја изведува во 1950 г., со учество и на д-р Милош Јаковлевиќ и асистентите д-р Аврам Садикарио и д-р Душан Теодосиевски. Во 1957 г. на чело на Катедрата бил поставен доц. д-р Христо Дума.

Доц. Х. Манчев бил врвен стручњак и голем практичар и хуманист, со голема посветеност кон малите пациенти во Клиниката, но и во дополнителната приватна практика, работејќи до доцна во ноќта без да ги наплатува своите услуги од сиромашните родители. Уште повеќе, неговата сопруга и ќерка за болните деца често пати подготвувале топли пијалаци и храна.

Иницијатор, организатор и општественик

Д-р Х. Манчев е еден од основачите на МФ-Скопје, основоположник на Клиниката за детски болести, основана во 1947 г. со трансформирање на Одделението за детски болести во Земската болница. Клиниката имала 60 болнички кревети сместени во скромни услови, распределени во две одделенија: за доенче и за поголемо дете. Прв директор на Клиниката бил доц. д-р Х. Манчев, во периодот од 1947-57 г. Тој бил искусен педијатар, самопрегорен, систематичен и трпелив во работата со пациентите. Доц. Х. Манчев, заедно со своите соработници, го пренесувал гласот за младата клиника и надвор од границите



Семејството Манчеви во дворот на семејната кука, од лево: сопругата Павлина, д-р Харалампие, ќерката Љубица и нејзиниот син Хари, 1967 г.

на Македонија. Под негово раководство Клиниката ги постигнала своите први успеси на југословенски план, особено во дијагностицирањето и третманот на некои заразни (ТБЦ менингитис, ентероколитис) и паразитарни заболувања кај децата (Кала-азар, маларија) и во третирањето на синдромот на потхранетост.

Во 1957 г. Клиниката се преселила во нова зграда со повеќе од 100 болнички кревети, распределени во три диференцирани одделенија (за доенчиња, за деца на возраст од 2-3 г. и на предучилишни и училишни деца). Раководители на одделенијата биле ас. д-р Христо Дума, кој бил назначен за директор на Клиниката за педијатрија, доц. д-р Аврам Садикарио и ас. д-р Душко Теодосиевски.

Д-р Х. Манчев е еден од основачите и член на Управниот одбор на Македонското лекарско друштво (МЛД) од 1945-48 и 1951-52 г. Во 1946 г. иницирал формирање на Здружение на педијатрите на Македонија и бил избран за прв претседател од 1946-48 г. Потоа бил именуван за, четврти по ред, претседател на МЛД, од 1952-55 г. Како и претходните тројца претседатели на МЛД (Борис Спиров, Горѓи Гаврилски и Стерјо Боздов), и

доц. Х. Манчев имал иста судбина и под сомнителни околности бил отстранет од МФ-Скопје.

Трагичниот настан во Клиниката за детски болести во 1956 г.

Научната дејност на доц. Х. Манчев ненадејно била прекината со катастрофата од зараза на Клиниката за детски болести во ноември 1956 г. кога децата заболени од ТБЦ менингитис биле лекувани со интралумбално внесување стрептомицин. Растворот бил инфициран со бактерија клебсиела и тоа резултирало со фатални компликации и смрт на 23 деца само за неколку дена. Доц. Х. Манчев, со судска пресуда, бил суспендиран и разрешен како морално одговорен за смртта на децата во Клиниката и му била одземена доцентурата во 1957 г. На тој начин е запрена една исклучително богата научна, наставна и професионална кариера, на еден од првите доајени на медицината во Р. Македонија.

Судското досие со две обвиненија, две научни студии и два стручни комисииски извештаи за причините на несреќата е оптоварено со контрадикторност по повеќегодишната истрага – дали смртта на децата настапила поради нестручно ракување на персоналот со рас-

творот со стрептомицин или пак интра-хоспиталната инфекција се појавила спонтано како што тоа се случува и денес дури и во развиените земји во светот. Според кажувањата на потомците, доц. Х. Манчев, како директор на Клиниката за детски болести, во тоа време кога се случила несреќата, неколку недели бил надвор од Скопје, во обиколка на педијатриски служби во Гевгелија, Кочани и други градови, за помош и лекување на децата од тие краеве. Кога започнала епидемијата на Клиниката доц. Х. Манчев ниту бил известен, ниту повикан за да дојде брзо и да дејствува за разрешување на проблемот и намалување на последиците. Наместо него биле повикани тројца професори од Белград (К. Тодоровиќ, М. Милошевиќ и М. Ѓуришиќ) за да помогнат на загрозените деца и да извршат истрага. Без докази за вина, епилогот на судскиот процес бил 6-месечна условна осуда на доц. Х. Манчев, со суспензија од работното место и одземање на звањето доцент. Продолжил да работи во Специјалната детска болница за ТБЦ сместена во близина на Градскиот парк во Скопје, на која директор бил прим. д-р Клементие Милошевиќ. По земјотресот во 1963 г. болницата била преместена во с. Рако-тинци и од неа подоцна произлезе Детската болница во нас. Козле сместена во нова барака како подарок од владите на Норвешка и на Шведска.

Подоцна, доц. Х. Манчев говорел пред сопругата и ќерката, без да чувствува каква било вина во себе, дека нешто чудно се случува околу него, дека сите напредувале, а само тој не бил избран во повисоко наставно звање цели 10 години, дека го сметале за поддржувач на Бугарија и се проблематизирало неговото потекло од Кочани и на сопругата од штипско Ново Село. Клиниката за детски болести е меѓу ретките клиници на МФ-Скопје што не го носи името на својот основоположник.

Научно-истражувачка, публицистичка и уредувачка дејност

Д-р Харалампие Манчев навлегол во науката со голема упорност, креативност и студиозност и со дарба за прециз-

но опсервирање на пациентите и клиничката патологија. Според зборовите на акад. Исак Тацер, веројатно тој е најголем клинички научник во Р. Македонија. Неговото дело како педијатар и научник е признато и опишано од неговите соработници и студенти во зборниците на МФ-Скопје, објавени по повод 30 и 50 г. од формирањето на Факултетот. Научно-истражувачката работа ја започнал со проучување на паразитозите и имунодефицитните состојби (имунолошки колапс - анергија) кај децата кои се провоцирани со комбинирана епидемија на morbili-pertussis, по прележана инфекција и малнутриција, со имунобиолошка слабост и бројни секундарни инфекции, со брзо распаѓање на ткивата на лицето причинето од неагресивни активирани бактерии во устата и лицето (феномен на гангренозен стоматитис со распаѓање на меките структури и коските на лицето - НОМА), тешки компликации на белите дробови и висока смртност. Најважен негов придонес е студијата за клиничко и лабораториско откривање на Кала-азар (лајшманиоза) кај децата, паразитарна болест со висока смртност, вообичаено присутна во тропски и суптропски области. Д-р Манчев вовел нивно лекување со препарат на антимонон, со кој се постигнувало добро излекување. Вовел пунктирање на депо-органите

(слезина, црн дроб, коскена срцевина) за наоѓање паразити и „полни форми“ крвни клетки, биохемиски и цитолошки техники за детектирање на Кала-азар и маларија, а тоа подоцна овозможило да се откријат повеќе ендемски зони на лајшманиозата во Југославија. Утврдил и посебни облици на кала-азар и на маларија и сугерирал на д-р Димитар Арсов (подоцна член на МАНУ) испитување на возрасните на Кала-азар, пред тоа погрешно сметани за парамаларични спленомегалии. Така бил откриен Кала-азар и кај возрасните, а првите случаи биле опишани во „Македонски медицински преглед“ (ММП). Истражувањата и публикациите на доц. Х. Манчев и неговите соработници за кала-азар биле познати пошироко во Југославија, допирајќи до научните кругови на средна Европа.

Доц. Х. Манчев, со свое боење на крвни препарати/размаски и со користење примитивен микроскоп, прв ја уочил хемоглобинопатијата во Р. Македонија и ја открил и опишал таласемијата (Кулеова анемија) во овој регион како ендемска наследна мошне тешка крвна слабост, која во потешка форма е фатална. Подоцна хемоглобинопатиите биле изучувани на пациенти од Клиниката за детски болести, со посебни методи, од акад. Георги Ефремов.



Од свечениот собир по повод 110 години од раѓањето на Харалампие Манчев, МАНУ, 17.12.2008 г.

Доц. Х. Манчев е еден од основоположниците (заедно со Д. Миовски, Д. Арсов, Н. Мицев и др.) и прв главен и одговорен уредник на списанието ММП, од 1946-48 г., па како еден од тројцата главни уредници на ММП (заедно со Б. Спиров и Д. Миовски) од 1949-50 г. и еден од уредниците од 1952-53 г. Бил претседател на МЛД од 1952-55 г.

По трагичниот настан во Клиниката во 1956 г. доц. Х. Манчев бил „потресен и скршен, со згасната волја за наука“ и до неговата смрт во 1974 г. повеќе не се занимавал со истражувања.

Спомени, награди и признанија

Доц. Харалампие Манчев ќе остане во колективната меморија како посебно хуман лекар, посветен наставник и научник кој оставил силен печат врз развојот на науката и медицината во Р. Македонија. Бил сестрана личност – homo universalis и во ретките часови на слободно време свирел на виолина, пишуval поезија и се занимавал со сликарство оставајќи збирка на цртежи, според акад. Г. Старделов, со антологиска вредност.

Клиниката за детски болести ја напуштил во 1957 г. откако дал голем придонес за нејзиниот развој и афирмација. Поради тоа вработените во Клиниката, при неговиот погреб во 1974 г., се организирале и со доброволно прибирање средства за достоинствена почит и последен поздрав до починатиот основоположник на Клиниката и на македонската педијатрија. Едно од одделенијата во Детската болница во Козле, во кое работел од 1957-63 г., го носи неговото име.

Здружението на педијатрите при МЛД во 2005 г., на д-р Харалампие Манчев му додели благодарница за успешната повеќегодишна соработка и посебен придонес во исполнувањето на целите и заложбите на Здружението. ММП во 1998 г. и Vox Medici во 2008 г., со пригодни написи и голем пиетет, а потоа МАНУ заедно со МФ, МЛД, ЛКМ и Клиниката за детски болести со свечен собир, кој се одржа во МАНУ на 17.12.2008 г., ја одбележаа 100- и 110-годишнината од раѓањето на Харалампие

Манчев и, со повеќе излагања и стручни реферати, дадоа заслужено признание на неговата знаменита личност и дело како прв клинички научен медицински истражувач во Р. Македонија.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Donev D, Polenakovic M. Contributions of the doctors from Macedonia to the establishment and initial development of the Faculty of Medicine in Skopje, R. Macedonia. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2012;33(2): 239-77. Available at: http://www.manu.edu.mk/prilozi/2012_2/20d.pdf
2. Библиотека во МАНУ. Видео снимка од Научниот собир по повод 110-годишнината од раѓањето на Харалампие Манчев, МАНУ, 17.12.2008. [CD-ROM]. МАНУ, Скопје, 2016.
3. Жантева-Наумоска М, Димитријевски М, Георгиевска-Исмаил Љ, и др. Медицински факултет во Скопје 1947-2007 (Документи). МФ, УКИМ- Скопје, 1997: 201.
4. Здружение на педијатрите на Македонија. 60 Годишнина од постоењето на Здружението на педијатрите на Македонија. Скопје, 2005: 105.
5. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, Чапароски Р, Главаш Е. Развој на институциите во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-1987. Медицински факултет, Скопје, 1987: 183-345.
6. Редакција на ММП. Историја на медицината во Македонија – Харалампие Манчев. ММП 1997; 51(3-4): 143-4
7. Ристовски Б, Главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел II. МАНУ-Скопје, 2009: 913-4.
8. Тофоски Ј, уредник. 60 Годишнина Македонско лекарско друштво 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.
9. Џочков Ј. Доцент д-р Харалампие Манчев – Чудно прекината една сјајна кариера. Vox Medici 2008; 17(60): 20-4.



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 30, септември 2016 година

**СОСТОЈБА НА ИСХРАНЕТОСТА НА УЧИЛИШНИ ДЕЦА
НА ТЕРИТОРИЈА НА ЈЗУ ЦЕНТАР ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ -ВЕЛЕС
ВО ПЕРИОДОТ 2010-2016 ГОДИНА**

Снежана В.ПЕТРОВА

РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

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

Рецензија или евалуација од колеги-експерти е процес на подложување на труд, испитување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да направат нејспирасна рецензија. Одлучајќи дали манускриптот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува единствена 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, неопткреени тврдења, неоприфатливи интерпретации и лични видувања. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудотот кој иледираат на оригиналност треба да се придржуваат на приносавките на добра клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научно испитување и за сиекување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (негативна) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажаниот проусити и на нив гледаат како на можност да го унапредат своето знаење и да ја зголемат веројатноста за објавување на своите трудови, други се обесхрабруваат и се илашат дури и да се обидат да испраќаат труд за објавување, а притоа, се озорчени, лути, навредени.

Се разбира, секој има право да не се согласи со мислењето на рецензентот или на единствениот, 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 недоситости (најчесто се споменува бавноста), сепак, на него треба да се гледа како на чувар на профилот на едно сисание, унапредувач на квалитетот и училец за стандардите за публикување на научно-научни трудови.

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 93 од декември 2016 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 ноември 2016 година. Дополнителни информации може да добиете секој работен ден на телефоните: (02) 3 239 060 и (02) 3 124 066 локал 106

Награда за најдобар објавен стручен труд во „Vox medici“

Извршниот одбор на ЛКМ донесе одлука со која се воведува Награда за најдобар објавен стручен труд во „Vox medici“. Наградата изнесува 12.000 денари, а оценувањето и изборот на најдобриот труд ќе го прават рецензентите и Уредувачкиот одбор на „Vox medici“. Можност да учествуваат во изборот ќе имаат трудовите кои ќе почнат да се објавуваат во „Vox medici“ од 2016 година.

Состојба на исхранетоста на училишни деца на територија на ЈЗУ Центар за јавно здравје - Велес во периодот 2010-2016 година

Снежана В.Петрова

ЈЗУ Центар за јавно здравје - Велес

АПСТРАКТ

Цел на трудот: Преку антропометриски испитувања да се направи процена на растот и нутритивниот статус на училишните деца за детекција на можни здравствени ризици и состојба на здебеленост кај оваа популациона група. **Методи:** Беа направени мерења на висината и тежината на 316 деца на возраст од 7 до 7,9 години во 2010 година и на 583 деца на истата возраст во 2016 година. Мерењата беа направени во исти училишта во петте подрачни единици на Центарот за јавно здравје - Велес, согласно Националната годишна програма за јавно здравје, а на иницијатива на Регионалната канцеларија за Европа на СЗО за следење на дебелината кај децата. За процена на растот и нутритивниот статус беа користени Референците за раст на СЗО. **Резултати:** Забележан е низок процент на деца со хронична неисхранетост која води до заостанување во растот во двата круга на мерење (1,6% и 1,1 % во 2010 и 2016 соодветно). Акутна неисхранетост има кај 1,0% во 2010 година и 1,1% од измерените деца во 2016 година. Преваленцијата на деца со зголемена телесна тежина и дебелина (17,9%) е зголемена во 2016 година во однос на 2010 (зголемена телесна тежина: 37,3 % и 36,1% соодветно; дебелина: 17,9 % и 17,7% соодветно). Бројот на екстремно дебели деца од 7,0% во 2010 се намалува на 6,2% од измерените деца во 2016 година. **Заклучок:** Мал број на деца се со акутно или хронично заостанување во растот. Повеќе од една третина од децата се со зголемена телесна тежина, односно се дебели со тренд на зголемување во периодот 2010-2016. Потребни се понатамошни истражувања за да се процени трендот за подолг временски период.

Клучни зборови: антропометриски мерења, индекси и индикатори, нутритивен статус

ВОВЕД

Исхраната е најважен и најдинамичен еколошки феномен од кој зависат сите фази на растот и развојот на човекот. Затоа треба постојано да се следи и проценува како таа се рефлектира на здравствениот статус, морбидитетот и морталитетот.

Превенцијата и контролата на дебелина во детството се дел од превенцијата на морбидитетот во детската возраст и во подоцнежниот живот. Иако е јасно дека не сите дебели деца стануваат дебели возрасни, сепак дебелината во детството го зголемува ризикот од перзистенција на истата во натамошниот живот. Дебелината кај децата води кон физиолошка дисфункција, промени во гликоза толеранс тест, хипертензија, ортопедски проблеми, респираторна диспнеа, нарушувања во пубертетот, нарушена самодоверба и слично.

Ако потхранетоста беше сериозна грижа во минатото, зголемената телесна тежина и дебелината се еден од основните јавно-здравствени проблеми на денешнината.

Зголемената телесна тежина и дебелината кај децата и адолесцентите се сериозен јавно-здравствен проблем и во Европскиот регион на Светската здравствена организација (СЗО)¹. На тој проблем посебно е обрнато внимание на Европската министерска конференција за справување со дебелината, организирана од СЗО во 2006 година²(2). Врз база на граничните вредности препорачани од Меѓународната работна група за дебелина (МРГД)³, проценето е дека околу 20% од децата и адолесцентите во Европскиот регион на СЗО имаат зголемена телесна тежина, вклучувајќи и дебелина.

Во рамките на Иницијативата за следење на дебелината кај децата (ИСДД) на Регионалната канцеларија за Европа на СЗО, во Република Македонија се направени три круга на собирање на податоци. Во првиот круг беа опфатени ученици од второ одделение на возраст од 7,0 до 7,9 години во учебната 2009/2010 година. Вториот круг ги опфати учениците од прво одделение во учебната 2012/2013 година на

возрст од 6,0 до 6,9 години. Третиот круг беше реализиран во учебната 2015/2016 година за ученици од второ одделение на возраст од 7,0 до 7,9 години.

Овој труд има за цел, преку споредба на нутритивниот статус на ученици на возраст од 7,0 до 7,9 години, да ги прикаже резултатите од првиот и третиот круг на регионот на Центарот за јавно здравје - Велес споредено со резултатите на ниво на Република Македонија.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ

Популација

Во двата круга на земање податоци, во учебната 2009/2010 и 2015/2016 година, беше одбрана популациона група на деца од второ одделение на возраст од 7,0 до 7,9 години од основните училишта на територија на Центарот за јавно здравје - Велес. Вкупниот број на измерени деца изнесуваше 316 во првиот и 583 во вториот круг.

Единици за земање примероци и процедури за земање податоци

Беше избран репрезентативен примерок на 12 училишта, мерењата беа направени во истите училишта во двата круга. Училиштата беа примарни единици за земање примероци, секундарни единици беа оделенијата во кои учеа учениците, а терцијарни единици беа самите ученици. Следните варијабли беа земени преку формуларот на испитувачот: датум на раѓање, пол, одделение, датум на мерење, облека која детето ја носи за време на мерењето, код на училиштето, телесна тежина и телесна висина. Формуларот за локацијата на училиштето, бројот на деца во одделението и бројот на измерени деца беше пополнет од страна на директорот или од класниот раководител.

Антропометриски мерења

Тимовите кои учествуваа во антропометриските мерења користеа иста опрема за мерење, телесната тежина беше мерена со вага SECA 881U со точност од 0,1 кг, а висината беше мерена со висинометар SECA 217 со точност од 0,1 см.

Објаснување на анализата на податоците

Возраста на децата беше пресметана со формулата: (датум на мерење - датум на раѓање) / 365,25. Референците за раст на училишни деца на СЗО од 2007 година беа користени за да се пресметаат z-скоровите на индексите висина - за -возраст (В/В), тежина - за -возраст (Т/В) и индекс на телесна маса - за -возраст (БМИ/В), како и за интерпретација на антропометриските индикатори^{5,6}. Умерено заостанување во раст е дефинирано со процент на деца кај кои вредноста на В/В е под -2 и над -3 z-скорови на стандардна девијација (СД), а сериозно заостанување

ако е под -3 z-скорови. Умерено помала телесна тежина и сериозно помала телесна тежина за возраста се дефинирани како процент на деца кај кои вредноста на Т/В е под -2 и над -3 z-скорови, односно под -3 z-скорови соодветно. Умерена и тешка форма на неисхранетост е дефинирана како процент на деца кај кои вредноста на БМИ/В е под -2 и над -3 z-скорови, односно под -3 z-скорови соодветно. Зголемена телесна тежина е дефинирана како процент на деца со БМИ/В над +1 z-скорови, а дебелина со над +2 z-скорови. Според дефинициите на СЗО, процената на преваленцијата на деца со умерено заостанување во растот ги вклучува и оние со сериозно заостанување, процената на преваленцијата на деца со умерено помала телесна тежина за возраста ги вклучува и оние со сериозно помала тежина, а процената на преваленцијата на умерено неисхранети деца ги вклучува и оние со тешка форма на неисхранетост. Процената на преваленција на деца со зголемена телесна тежина ги вклучува и оние деца кои се дебел⁴. Процената беше направена со WHO AntroPlus софтверот.

РЕЗУЛТАТИ

Направени се антропометриски испитувања за процена на нутритивниот статус на ученици од второ одделение на територија на Центарот во сите подрачни единици: Велес, Свети Николе, Кавадарци, Неготино и Гевгелија. Измерени се вкупно 316 ученици во 2010 година, од кои 173 машки и 143 женски деца, а во 2016 година се измерени вкупно 583 ученици, од кои 268 машки и 314 женски деца.

Од споредбите на антропометриските индекси Т/В и В/В прикажани во табелите 1 и 2 се гледа дека овие индекси идицираат многу мала процентуална застапеност на деца кои се со умерено помала телесна тежина (1,0%-0,9%) или со умерено заостанување во растот (1,6%-0,9%).

Табела 1. Споредба на индексот тежина-за-возраст, сите деца

	% < -3SD*	95% I D	% < -2SD	95% I D
2010	0,0	0-0,2	1,0	0-2,2
2016	0,2	0-0,6	0,9	0-1,7

*% < -2СД вклучува и % < -3СД

Табела 2. Споредба на индексот висина-за-возраст, сите деца

	% < -3SD*	95% I D	% < -2SD	95% I D
2010	0,0	0-0,2	1,6	0-3,1
2016	0,2	0-0,6	0,9	0-1,7

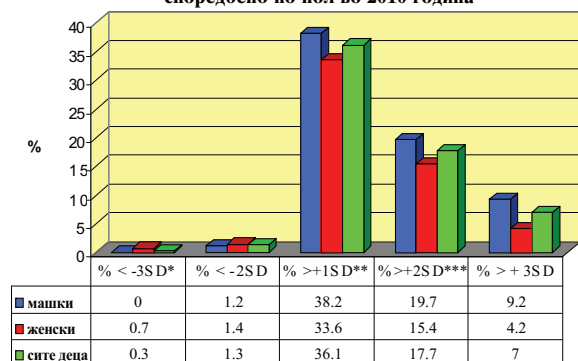
*% < -2СД вклучува и % < -3СД

Индексот БМИ/В покажува дека бројот на деца со зголемена телесна тежина и дебел⁴ деца е зголемен во 2016 година во однос на 2010 година (зголемена телесна тежина:

37,3% и 36,1% и дебелина: 17,9% и 17,7% соодветно). Бројот на екстремно дебели деца од 7,0% во 2010 се намалува на 6,2% од измерените деца во 2016 година.

Графикон 1

Споредба на индексот телесна маса - за-возраст (БМИ/В), за сите деца и споредено по пол во 2010 година



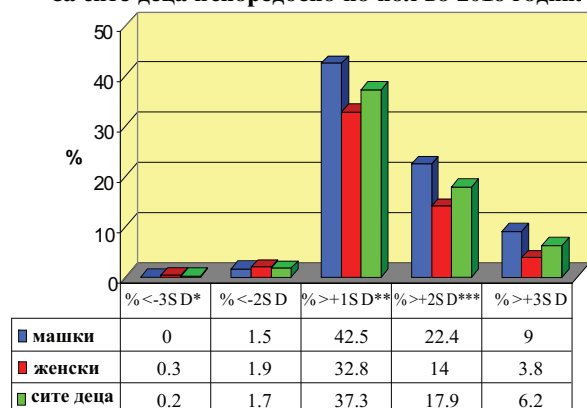
*%<-2СД вклучува и % <- 3СД
 **%> + 1СД вклучува и % >+ 2СД
 *** %> + 2СД вклучува и % >+ 3СД

Споредбата по пол, којашто е направена во двата круга на земање на податоци, за индексот БМИ/В е прикажана во графиконите 1 и 2.

Спредбите по пол прикажуваат состојба во периодите на споредба (2010-2016) во која е поголем бројот на машки деца со зголемена телесна тежина (38,2%-42,5%) во однос на женските деца (33,6%-32,8%), а особено е евидентно поголемото присуство на екстремно дебели машки деца (9,2%-9,0%), во однос на женските деца (4,2%-3,8%) измерени во двата круга.

Графикон 2

Споредба на индексот телесна маса - за-возраст (БМИ/В), за сите деца и споредено по пол во 2016 година



*%<-2СД вклучува и % <- 3СД
 **%> + 1СД вклучува и % >+ 2СД
 *** %> + 2СД вклучува и % >+ 3СД

ДИСКУСИЈА

Разликата меѓу вредностите добиени во двата круга на собирање податоци во 2010 и 2016 година покажуваат зголемена преваленција на зголемена телесна тежина и дебелина во последниот круг.

Бројот на деца со зголемена телесна тежина и дебелина во регионот на ЦЈЗ - Велес го прати трендот на зголемување на бројот на деца со зголемена телесна тежина и дебели деца од вкупно испитаните училишни деца во Република Македонија во периодот 2010 и 2016 година. Поголем е и бројот на екстремно дебели деца (7,0% во 2010 година и 6,2 % во 2016 година) во однос на вкупно испитаните училишни деца во Република Македонија во периодот 2010 и 2016 година.^{11,12}

Тоа може да се потврди и со објавените резултати од ИСДД, во која се објавени и резултатите за зголемена телесна тежина и дебелина во земјите кои учествувале во иницијативата пред РМ да се вклучи во истата.¹⁰ Процентот на деца со зголемена телесна тежина (и дебелина) кај машки/ женски деца во некои од земјите изнесува: 49,0/42,5 (26,6/17,3) во Италија, 32,5/28,0 (15,6/9,8) во Словенија, 28,2/27,7 (12,6/12,0) во Бугарија.

Јасно е назначен поголемиот број на машки деца со зголемена телесна тежина и дебелина, во споредба со женските, како на регионот на ЦЈЗ - Велес, така и на цела територија на РМ.

Процентот на екстремно дебели деца во испитуваниот период 2010-2016 година кај машки/женски деца на регионот на ЦЈЗ - Велес изнесува: 9,2-9,0/4,2-3,8, додека на цела територија на РМ изнесува 8,1-7,9/3,2-3,7.

Постои многу мала преваленција на хронично заостанување во растот кај децата на територијата на ЦЈЗ - Велес, исто како и на ниво на цела територија на РМ^{11,12}. Овие наоди се потврдуваат и со наодите на две студии спроведени кај училишни деца во Полска⁸, а другата во Русија⁹.

ЗАКЛУЧОК

Мала е преваленцијата на неисхранети деца, како и на оние кои имаат недоволен раст заради хроничен нутритивен дефицит, во регионот на ЦЈЗ - Велес. Повеќе од една третина од децата се со зголемена телесна тежина, односно се дебели со тренд за шест години да се зголемува, иако има лесно намалување на екстремно дебели деца.

Се поголемата преваленција на состојба на здебеленост во детската возраст и нејзините последици како јавно-здравствен проблем ја наметнува потребата од истражувања на нутритивните и антропометриските показатели за рана детекција на здравствен ризик на оваа популационa група.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, editors. The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. Достапно на: http://www.euro.who.int/-data/assets/pdf_file/0006/96459/E90143.pdf. (пристапено август 2016)
2. Walson S. WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity. 15-17 November 2006, Istanbul, Turkey. Conference Report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007. Достапно на: http://www.euro.who.int/-data/assets/pdf_file/006/96459/E90143.pdf. (пристапено август 2016)
3. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320; 1240-1243.
4. WHO Expert Committee on Physical Status. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series, No. 854. Geneva: World Health Organization, 1995. Достапно на: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf (пристапено август 2016).
5. de Onis M, Onyango AW, Borghi E, Siyam A, Nishida C, Siekmann J. Development of WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bull World Health Organ 2007; 85: 660-667.
6. Blessner M, Siyam A, Borghi E, Oniango A, de Onis M. WHO AnthroPlus for Personal Computers Manual: Software for Assessing Growth of the World's Children and Adolescents. Geneva: World Health Organization; 2009. Достапно на: http://www.who.int/growthref/tools/who_-anthroplus_manual.pdf (пристапено август 2016).
7. Spiroski I. Nutrition and nutritional status of some population groups in the Republic of Macedonia. In: Health and Health protection of the population of the Republic of Macedonia. Skopje: Institute of Public Health of the Republic of Macedonia; 2013.
8. Kulaga Z, Litwin M, Tkaczyk M, et al. The height-weight-, and BMI-for-age of Polish school-children and adolescents relative to international and local growth references. BMC Public Health 2010; 10: 109.
9. Khasnutdinova SL, Grjibovski AM. Prevalence of stunting, underweight, overweight and obesity in adolescents in Velsk district, north-west Russia: a cross-sectional study using both international and Russian growth references. Public Health 2010; 124: 392-397.
10. Wijnhoven TMA, van Raaij JMA, Spinelli A et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children. Pediatr Obes 2012; 8(2): 79-97.
11. Spiroski I, Gjorgjev D. Trends of growth and nutritional status among primary school children in Macedonia. Proceedings of the 2nd International Conference on Nutrition and Growth. January 30th – February 1st 2014; Barcelona, Spain.
12. Spiroski I. Nutrition and nutritional status of some population groups in the Republic of Macedonia. In: Health and Health protection of the population of the Republic of Macedonia. Skopje: Institute of Public Health of the Republic of Macedonia; 2016 (in print)



ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Македонија

lkm.org.mk

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА 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 (е) извор/и на поддр-

шка во форма на грантови, опрема, лекови...

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

Едиторите може да бараат авторите да го оправдаат авторството.

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

Под апстрактот идентификувајте ги и напишете ги клучните зборови: 3-5 збора или кратки фрази кои ќе помогнат во индексирањето на трудот и

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

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

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

Материјал (се однесува на материјал врз кој се врши истражувањето: луѓе, животни, крв, мочка... картони на болни...) и методи: Изнесете ја општата дескрипција на методите. Опишете го јасно изборот на вашите опсервациони или експериментални субјекти (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 целите на студијата и избегнете неквалифицирани искази, тврдења и заклучоци кои не се потполно поткрепени со вашите податоци. Избегнувајте да давате приоритет на работите што не се завршени. Изнесете нова хипотеза само кога е јасно дека може да гарантирате дека може да биде означена

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

Референци: Референците се внесуваат во текстот со арапски број ставен во 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 апстракт, „непублицирани податоци“ и „лични комуникации“. Може да се користат референци, трудови прифатени, но сè уште не публикувани - напишете го списанието и додадете „во печат“.

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

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

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

КНИГИ И ДРУГИ МОНОГРАФИИ

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

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

белата. 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 означат насоката на фотографијата (горе, долу).

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

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

НАПОМЕНА

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

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

ИЗВОРСКА ЛАСЕРСКО ОЗНАЧУВАЊЕ



ЗА ПРВ
ПАТ ВО
МАКЕДОНИЈА!

ЕКО



Извор Васов Град - Кожуф

www.izvorska.mk

Rinoco[®] 50µg

fluticasone propionate
спреј за нос



ПЛИВИН

интраназален

кортикостероид

во терапија на

алергиски

ринит!



PLIVA  allergy

ПРЕПОРАЧАНО ДОЗИРАЊЕ

ВОЗРАСНИ И ДЕЦА НАД 12 ГОДИНИ	ДЕЦА ОД 4 ДО 11 ГОДИНИ
1 x 2 прснувања во секоја ноздра (вкупно 200 µg)	1 x 1 прснување во секоја ноздра (вкупно 100 µg)

Препорака: по можност лекот да се примени наутро

Флутиказон пропионат е слабо растворлив во вода и поради тоа неговата директна апсорпција во носот и апсорпцијата на проголтаната доза е занемарлива. После интраназална примена, максималните концентрации на флутиказон пропионат во плазмата не се мерливи. Во споредба со плацебо, интраназалната примена кај деца не доведува до статистички значајни разлики во брзината на раст.

Напомена: Збиен извештај за особините на лекот е достапен на барање. **Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет:** Rinoco спреј за нос 50 mcg/доза, 120 дози, 15-10371/09 од 20.04.2010. **Начин и место на издавање:** се издава на лекарски рецепт, во аптека. САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ. **Носител на одобрение:** Плива довел Скопје, Никола Парапунов бб, Скопје. Тел. 02/3062702. 09-15-RIN-05-NO/27-15/09-17

