

година XXV • број 96 • октомври 2017

VOX medici



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

Victoza® — вашата сила за промена кај дијабетес тип 2

За вистински пациенти како Миа несоодветно контролирани со метформин, Victoza® овозможува брза и долготрајна контрола.^{1*}

Почетен HbA_{1c}
8.4%

Почетен
BMI
33 kg/m²

Резултати по 52 недели на Victoza® 1.8 mg^{1†}:

-1.5%

НАМАЛУВАЊЕ НА HbA_{1c}

-3.7 kg

ДОПОЛНИТЕЛЕН
БЕНЕФИТ ВРЗ
НАМАЛУВАЊЕ НА
ТЕЖИНАТА



Victoza® — најпропишуваниот
GLP-1 рецептор агонист со
повеќе од 8 години искуство^{2,3,5}

Резултатите се видоа на 12 недели и се одржаа 52 недели.

Victoza® не е индицирана за третман на обезност. Промената во тежината беше секундарна цел во клиничките испитувања.

Референци: 1. Pratley R, Nauck M, Bailey T, et al for the 1860 LIRA-DPP-4 Study Group. One year of liraglutide treatment offers sustained and more effective glycaemic control and weight reduction compared with sitagliptin. Both in combination with metformin, in patients with type 2 diabetes: a randomised, parallel-group, open-label trial. *Int J Clin Pract.* 2011;65(4):397-407. 2. Internal calculations based on QuintilesIMS database. QuintilesIMS MIDAS January 2017. 3. Victoza® 30-ини извештај за особините на лекот. Јули 2017. 5. Victoza® е достапна на пазарот во светот од Јули 2009.

Скратено упатство за пропишување
Victoza®
Liraglutide

Пред да го пропишете лекот, Ве молиме прочитајте го Збирниот извештај со особините на лекот. **Фармацевтска форма:** Претходно наполнетото пенкило за еднакратна употреба содржи 18 mg лираглутид во 3 ml раствор. **Индикации:** Victoza® се користи за третман на возрасни лица со дијабетес тип 2 со цел да се постигне гликемиска контрола како монотерапија (при интолеранција или контраиндикација за метформин), во комбинација со: орални лекови за намалување на шеќерот и/или базален инсулин кога тие заедно со дијета и вежбање, не ја постигнуваат соодветната гликемиска контрола. **Дозирање и начин на употреба:** За да се подобри гастро-интестиналната толерибилност, почетната доза е 0.6 mg лираглутид дневно. По најмалку една седмица, дозата треба да се зголеми на 1.2 mg. Кај некои пациенти се очекува корист од зголемување на дозата од 1.2 mg на 1.8 mg и врз основа на клиничкиот одговор, по најмалку една седмица дозата може да се зголеми на 1.8 mg за понатамошно подобрување на гликемиската контрола. Не се препорачуваат дневни дози поголеми од 1.8 mg. Victoza® се употребува еднаш дневно, независно од оброк, се аплицира сукувано и не смеа да се дава интравенски или интравенозно. Victoza® може да се додаде на постоечката терапија со метформин или на комбинираната терапија со метформин и тиазолидиндион. Тековните дози на метформин и тиазолидиндион може да останат непроменети. Victoza® може да се додаде на постоечката терапија со сулфонилуреа или на комбинираната терапија со метформин и сулфонилуреа или на базален инсулин. Како Victoza® е додадена на терапијата со сулфонилуреа или базален инсулин, треба да се има предвид потребата од намалување на дозата на сулфонилуреа со цел да се намали ризикот од појава на хипогликемија. Само-контрола на гликемијата не е потребна за прилагодување на дозата на Victoza®. Сепак, кога се започнува третман со Victoza® во комбинација со сулфонилуреа или базален инсулин, само-контрола на гликемијата може да биде неопходна за прилагодување на дозата на сулфонилуреа или на базален инсулин. Посебна група на пациенти: Не е потребно прилагодување на дозата согласно годините, кај возрасни пациенти (> 65 години). Терапевтското искуство кај пациенти < 25 години е ограничено. Не е потребно прилагодување на дозата кај пациенти со лесно или умерено ренално оштетување (креатинин клиренс 60 - 90 ml/min и 30-59 ml/min соодветно). Victoza® не се препорачува за употреба кај пациенти со тешко ренално оштетување, вклучувајќи и пациенти со ренално заболување во краен стадиум. Нема препорака за особено подесување на дозата кај пациенти со лесно до умерено хепатално нарушување. Употребата на Victoza® не е препорачлива кај пациенти со тешка форма на хепатално нарушување. Безбедноста и ефикасноста на Victoza® кај деца и адолесценти под 18 годишна возраст не беше утврдена поради немање доволно податоци. **Контраиндикации:** Хиперсензитивност на активната супстанција или на која било состојка. **Предупредувања и претпазливост при употреба:** Victoza® не треба да се употребува кај пациенти со дијабетес тип 1 или за третман на дијабетична кетоацидоза. Victoza® не е замена за инсулин. Заради ограничено искуство Victoza® не се препорачува кај пациенти со опсолително цревно заболување и дијабетична гастропареза. Има ограничени

искуства кај пациенти со комбинирани срцева слабост (NYHA класа II-III). Употребата на GLP-1 рецептор агонисти се поврзува со ризик од акутен панкреатитис. Пациентите треба да бидат информирани за карактеристичните симптоми на акутен панкреатитис: постојана оштра болка во абдомен. Доколку постои сомневање за панкреатитис треба да се прекине терапијата. Ако дијагнозата на акутен панкреатитис е потврдена, терапијата со Victoza® не треба повторно да се започне. Потребна е посебна претпазливост кај пациенти со историја на панкреатитис. При клиничките испитувања беа пријавени несакани дејства во тироидната вклучувајќи зголемен крвен калцитонин, гуша и тироидна неоплазма воглавно кај пациенти со претходно тироидно заболување. Пациентите кои примат Victoza® треба да бидат советувани за потенцијалниот ризик од дехидратација поврзана со гастро-интестинални несакани дејства и да преземат мерки на претпазливост за да избегнат губиток на течности. **Бременост и лактација:** Victoza® не треба да се употребува за време на бременост, кај пациентки кои планираат да забременат или кои дојат. **Несакани дејства:** Најчесто пријавувани несакани реакции за време на клиничките студии беа гастро-интестинални пореметувања: гадење и дијареа беа многу вообичаени, додека повраќање, констипација, болки во стомакот и диспепсија беа вообичаени. На почетокот на терапијата со Victoza®, овие гастро-интестинални несакани реакции можат да се појавуваат почесто. Овие реакции обично се намалуваат по неколку дена или седмици при континуиран третман. Вообичаени беа и главоболка и назофарингитис. Понатаму, хипогликемијата беше вообичаена и многу вообичаена при комбинација на Victoza® со сулфонилуреа. Тешка хипогликемија примарно е забележана при комбинација со сулфонилуреа. Пациентите што користат Victoza® и сулфонилуреа може да имаат зголемен ризик од хипогликемија. Ризикот може да се намали со намалување на дозата на сулфонилуреа. Ризикот од хипогликемија е мал при комбинирана употреба со базален инсулин и лираглутид. Неколку случаи (помалку од 0.2%) на акутен панкреатитис беа пријавени во текот на долготрајните клинички испитувања со Victoza®. Панкреатитис беше исто така пријавен и пост-маркетиншки. Беа пријавени и случаи на алергија и дехидратација (понекогаш со намалена бубрежна функција). **Предозирање:** Од достапните информации од клиничките студии и употребата на пазарот беше пријавено предозирање и до 40 пати (72 mg) над препорачаната доза. Генерално, пациентите пријавуваа тешка науза, повраќање и дијареа. Ниеден од пациентите не пријави тешка хипогликемија. Сите пациенти закрепнаа без компликации. Лекот може да се издава само со лекарски рецепт. **Број и датум на решението за ставење на лекот во промет:** 15-9215-09 од 19.02.2010. Victoza® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска. Последната одобренa верзија на Збирниот извештај за особините за лекот е достапна на линкот: <https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugregister/detailview/55747>

Производител: Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark. Носител на одобрение: Ново Нордиск Фарма доел, бул.Октомвриска револуција 18, Скопје.

Пријава на несакани дејства од лекот може да се поднесе кај носителот на одобрението или во Агенцијата за лекови и медицински средства на Македонија.



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
ул. Никола Кљусев бр.11, Скопје, Македонија
тел: +389 2 2400 202 факс: +389 2 2400 203
www.novonordisk.com

D-278/03-07/2017

Овој материјал е наменет само за здравствени работници

VICTOZA®
liraglutide

на позитивна листа
БЕЗ ДОПЛАТА

ИЗБРИШИ ГИ!

Избриши ги
бактериите.

 **FUROCEF®**

cefuroxime axetil

филм-обложени таблети од 250 mg

филм-обложени таблети од 500 mg

Дозирање: *Возрасни и деца (≥40 kg):* акутен тонзилитис и фарингитис и акутен бактериски синуситис: 250 mg два пати на ден; акутно воспаление на средното уво: 500 mg два пати на ден; акутна егзацербација на хроничен бронхитис: 500 mg два пати на ден; циститис, пиелонефритис, полесни инфекции на кожата и мекото ткиво: 250 mg два пати на ден. Вообичаеното траење на терапијата е седум дена (може да варира од пет до десет дена). *Лажмска болест:* 500 mg два пати на ден во траење од 14 дена (онсег од 10 до 21 ден). Таблетите Фууроцеф® од 250 mg и од 500 mg не се погодни за терапија кај деца со телесна тежина до 40 kg. *Деца (≥40 kg):* акутен тонзилитис и фарингитис и акутен бактериски синуситис: 10 mg/kg два пати на ден, но не повеќе од 125 mg два пати на ден; деца на возраст од две години или постари со акутно воспаление на средното уво, или каде што е соодветно, со потешки инфекции, циститис и полесни инфекции на кожата и мекото ткиво: 15 mg/kg два пати на ден, но не повеќе од 250 mg два пати на ден; пиелонефритис: 15 mg/kg два пати на ден, но не повеќе од 250 mg два пати на ден во траење од 10 до 14 дена; лажмска болест: 15 mg/kg два пати на ден, но не повеќе од 250 mg два пати на ден во траење од 14 дена (10 до 21 ден). **Начин на употреба:** Таблетите Фууроцеф® треба да се земаат по оброк и не треба да се кршат. Екскреција на цефуроксим се одвива преку бубрежите. Кај пациенти со значително нарушена бубрежна функција, се препорачува намалување на дозата на цефуроксим. Цефуроксим се отстранува ефективно по пат на дијализа. Нема достапни податоци за пациенти со хепатално нарушување. **Контраиндикации:** Хиперсензитивност на активната супстанција или на некој од ексципиентите, преосетливост на цефалоспориински антибиотици, историја на сериозна хиперсензитивност на било кој друг вид на бета-лактамски антибиотици. **Мерки на претпазливост и посебни предупредувања:** Потребно е посебно внимание кај пациенти кои доживеале алергиска реакција на пеницилин или на други бета-лактамски антибиотици. Во случај на тешки хиперсензитивни реакции, терапијата со цефуроксим

мора веднаш да се прекине и да се започне со соодветни итни мерки. Jätsch-Henckelmer-ова реакција била забележана при третман на Лажмска болест со цефуроксим аксетил. На пациентите треба да им се објасни дека ова е вообичаена и обично минлива последица на антибиотската терапија за Лажмска болест. Како и со другите антибиотици, употребата на цефуроксим аксетил може да резултира со прекумерен раст на кандиди. **Интеракции:** Употребата на лекови кои ја намалуваат гастричната киселост може да резултира со намалување на биодоступноста на цефуроксим аксетил во споредба со онаа на гладно и тие имаат тенденција да го анулираат дејството на зголемена апсорпција по консумирање на храна. Цефуроксим аксетил може да влијае на цревната флора, што доведува до пониска реалсорпција на естрогенот и намалена ефикасност на комбинирани перорални контрацептиви. Истовремена употреба на перорални антикоагуланти може да доведе до зголемување на INR. **Бременост и лактација:** Заради ограничен број податоци, лекот Фууроцеф треба да им се препишува на бремени жени само доколку користа го надминуваат ризикот. Цефуроксим може да се користи за време на доенењето само по претходна проценка на корист/ризик од страна на лекар. **Несакани дејства:** Најчести несакани дејства се прекумерен раст на кандиди, еозинофилија, главоболка, артралгија, гастроинтестинални нарушувања и привремен пораст на нивоата на хепатални ензими. **Начин на издавање:** на лекарски рецепт. **Пакување:** 10 филм-обложени таблети од 250 mg и 500 mg.

Референци:

1. Kika: Company presentation [internet]. Kika, d. d., Novo mesto; 2015 [cited 2015 Jul 24]. Available from: <http://www.kika.biz/en>. 2. SmPC Фууроцеф. 3. Singh H, Arora E, Thangaraju P, et al. Antimicrobial Resistance: New Patterns, Emerging Concepts and Prevention. J Rational Pharmacother Res 2013; 1 (2):95-99.



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.

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 8 | На 28 септември во МАНУ
Свечено одбележани 25 години од основањето на Лекарската комора | 28 | Превентива
Најчесто поставувани прашања и можни одговори за и околу вакцинацијата |
| 10 | “Св. Наум Охридски” за д-р Дамир Тепшиќ од Самоков | 32 | Наука
„Нобел“ за научниците кои го изолираа генот на биолошкиот часовник |
| 14 | Јубилеј
Проф.д-р Алексеј Дума: Нема задоволни пациенти без задоволни доктори | 38 | Практика
Неопходна е стратегија за заштита на лица со психички заболувања |
| 16 | На иницијатива на ЛКМ
Потпишана Декларација „Стоп на насилство во здравството“ | 41 | Хрватска
Болниците „принудно“ го кршат Законот за работа |
| 18 | Актуелно
Комплетен “ремонт” на Законот за здравствена заштита | 42 | Современа медицина
Новите терапевтски цели и опции се неопходност во третманот на МС |
| 20 | Истражување
Концептот на специјализациите падна кај специјалистите | 46 | Спорт
Награди за “Тениските легенди на Балканското медицинско тениско друштво” |
| 24 | Регулатива
Право на универзитетите е студиските програми сами да ги дефинираат | 48 | Доајени
Александар АНДРЕЕВСКИ, професор и академик, основоположник на македонската современа оториноларингологија |
| 27 | Ex tempore
Политиката како судбина | | |

Прилог: Стручни и научни трудови

00495 | **Г. Тодоровска, Љ. Симјановска,
К. Тодоровска, О. Кокочева - Ивановска,
Е. Жабокова-Билбилова**

Значењето на оралното здравје
во периодот на млечна дентисија

Промени

Во изминашвие 25 години, Лекарската комора на Македонија, која денеска е одбележана со сребрениот јубилеј, сакал иако некој да ја признае или не, се етаблира во системот и им одолеа на предизвиците. Новото раководство на оваа наша докторска професионална асоцијација е подготвено да продолжи по истражениот пат од основоположниците на Комората кон напредниот напредок во исполнување на нејзините цели и задачи, како и реализацијата на пренесените јавни овластувања. Се разбира, со максимална одговорност и посветеност, не само во работата на Комората, туку и во креирањето современ здравствен систем.



**Д-р Оливер
АЛЕКСОВСКИ,**

претседател на Комисија
за информативно -
пропагандна и
издавачка дејност

Останува да видиме дали и колку ќе помогнат актуелните „дејлања“ на Законот за здравствена заштита во подобрување на системот и обезбедување доследно и совесно, што во секое општество им припаѓа на докторите. Факт е дека во моментот се работи на измените, а до крајот на годината, се надеваме, ќе ги имаме конзистентните на новата законска рамка, каква што е потребна за еден подобар и поефикасен здравствен систем. Пред се, имајќи во предвид дека постоејќиот „устав на здравството“, каков што е во моментот, е проблематичен и неприменлив и за правниците, а да не зборуваме, за нас, лекарите.

Токму затоа, во иднината период, несомнено, ќе треба да ги артикулираме нашите софлувања, мислења, гледишта... Без иако промените нема да бидат какви што посакуваме и какви што се потребни за да имаме мотивирани доктори, специјализанти, здравствени работници, задоволни пациенти, здравствен систем што функционира... Во медицина, како гласило на Лекарската комора на Македонија настојува да биде во тек со прегледите, идеите и промените, со сите оние новини во работењето на Комората, како и во здравствениот систем, со кои сме и ние непосредно засегнати. Тоа можеме со сигурност да го вешиме.

Во иако насока, се и очекувањата од промените, кои би требало да ги донесе Законот за доктори, за кој со години и толку многу говориме, и кој, во најмала рака, сме го „заслужиле“ како носители на една толку специфична и одговорна професија во секое општество. Веруваме дека и иако, конечно, ќе се реализира, секако, со предлаѓање издржан законски проект, во кој ќе биде источитувана суштината, а не само формата на докторската дејност. Направените промени во Законот за медицински студии и континуирано стручно усовршување на докторите, со кои, меѓу другото, е вработено и правото на универзитетите сами да ги дефинираат студиските програми, ги поддржуваат нашите очекувања. Значаен исчекор е и иако што обуците, стручните усовршувања и едукациите на докторите ќе се прават во согласност со потребите на јавните здравствени установи и тие ќе ги покриваат потребите за нив.

Но, да не изумиме, реформите во здравствениот сектор, по правило, се комплексни, долги, макурирни... Поинаку кажано, промените нема да бидат ниту лесни, ниту едноставни, ни пак брзи... Сепак, најважно е што секојдневно сведочиме за промени, што се во тек. И што сме дел од нив, промени на здравствениот систем, промени, кои на крајот би сагледаа резултатот со нешто што ќе биде подобро и за давателите и за корисниците на здравствени услуги.

Со почит,

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:

lkm@lkm.org.mk
voxmedici@lkm.org.mk

ЗА ИЗДАВАЧОТ

Доц. д-р Калина Гривчева – Старделова

ИЗДАВАЧКИ СОВЕТ

д-р Калина Гривчева – Старделова
д-р Илбер Бесими
д-р Игор Дабески
д-р Иљир Шурлани
д-р Никола Граматниковски
д-р Мевлудин Куч,
д-р Илберт Адеми,
д-р Мухамед Асани,
д-р Душко Темелков,
д-р Тодор Кичуков,
д-р Алберт Леши,
д-р Гордана Божиновска - Беака,
д-р Арѓент Муча
д-р Дениел Поповски

КОМИСИЈА ЗА ИНФОРМАТИВНО - ПРОПАГАНДНА И ИЗДАВАЧКА ДЕЈНОСТ

ПРЕТСЕДАТЕЛ

д-р Оливер Алексовски

ЗАМЕНИК ПРЕТСЕДАТЕЛ

д-р Ирфан Ахмети

ЧЛЕНОВИ

д-р Александар Димовски
д-р Атила Реџеџи
д-р Владимир Аврамовски

УРЕДНИК

Ристе Недановски

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Владимир Бачваровски

ЛЕКТОР

Живко Мартиновски

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ
ISSN 1409-8865
www.lkm.org.mk



ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Македонија



РЕШЕНИЕ ОД ДОВЕРБА



РЕСПИРАТОРЕН
ФЛУОРОКИНОЛОН

MOXIRAL

moxifloxacin

филм-обложени таблети од 400 mg



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјето пред сè

www.alkaloid.com.mk



Свечено одбележани 25 години од основањето на Лекарската комора



“Верувам дека Комората веќе се наметнува како партнер во општеството и во креирањето на здравствените политики, стана почитувана и компетентна професионална асоцијација со јавни овластувања.

Наша обврска е во годините пред нас, заедно со Македонското лекарско друштво и сите други докторски здруженија, да продолжиме да се грижиме за квалитетот на континуираната медицинска едукација и како струкова асоцијација да го зајакнеме единството на докторите и, секако, да придонесеме за враќање на нашиот дигнитет и подобрување на статусот.

Во оваа насока, денес, заедно со Министерството за здравство, со Стоматолошката и Фармацевската комора, како и со Здружението на медицинските сестри, техничари и акушерки на Република



Македонија ја потпишавме Декларацијата “Стоп на насилство врз здравствените работници”, како резултат на декларацијата, неодамна потпишана во Љубљана од страна на лекарските комори на 17 земји од Централна и Источна Европа, членки на ЗЕВА”, истакна претседателката на Лекарската комора на Македонија, доц. д-р Калина Гривчева – Старделова на Свечениот собир со кој на 28 септември ова година, во МАНУ, во Скопје се одбележаа 25 години од основањето на оваа професионална асоцијација.

Во присуство на голем број гости, меѓу кои академици, ректори, декани на медицинските факултети, претставници на Министерството за здравство, на Стоматолошката и Фармацевтската комора, на Македонското лекарско друштво, на Фондот за здравствено осигурување, на комори од ЗЕВА - асоцијацијата, претставници на дипломатскиот кор, меѓународни организации и асоцијации, на фармацевтските куќи и доктори, претседателката Гривчева – Старделова истакна дека верува дека ќе се успее да се создадат услови и да се мотивираат младите доктори да останат и да работат во својата татковина.



Награди за најдобрите студенти на медицинските факултети

По повод јубилејот, 25 години од основањето, Лекарската комора додели посебна награда за најдобрите студенти на медицинските факултети во земјава. Вредносен ваучер со кој се покриваат трошоците за полагање на стручниот испит добија:

Невенка Ридова од Медицински факултет при УКИМ – Скопје, **Резеарта Елези** од Факултетот за медицински науки на Државниот универзитет во Тетово и **Надица Стојкова**, Факултет за медицински науки при Универзитетот “Гоце Делчев” - Штип.





Наша обврска е во годините пред нас, заедно со Македонското лекарско друштво и сите други докторски здруженија, да продолжиме да се грижиме за квалитетот на континуираната медицинска едукација и како струкова асоцијација да го зајакнеме единството на докторите и, секако да придонесеме за враќање на нашиот дигнитет и подобрување на статусот, истакна претседателката на ЛКМ, доц. д-р Калина Гривчева – Старделова

Потенцирајќи го значењето на овој јубилеј, таа им се заблагодари на поранешните претседатели на Лекарската комора за нивниот придонес за јакнење на улогата и функцијата на Комората.

Во името на Министерството за здравство присутните ги поздравил заменик – министерот за здравство, д-р Гоце Чакаровски, кој се осврнал на актуелните состојби и проблеми во здравствениот сектор и неопходноста конечно да почне да се менуваат работите, односно од зборови да се тргне во дела за подобро и поефикасно здравство, како за оние кои ги даваат услугите, така и за пациентите.

На свечениот собор се обрати и претседателот на Бугарската лекарска асоцијација, д-р Венцислав Грозев, кој ги пренесе поздравите од неговите колеги од оваа оседна земја и им посака успешна и плодна работа на Лекарската комора и на докторите во Македонија.

Во рамките на свеченоста беше доделено и највисокото признание на Лекарската комора на Македонија - Плакетата “Св. Наум Охридски”, како наградата за најдобар објавен стручен и научен труд во „Vox medicus“ во 2016 година.

“Св. Наум Охридски” за

Добитник на највисокото признание на Лекарската комора на Македонија, Плакетата “Св. Наум Охридски” за 2016 година е д-р Дамир Тепши, матичен доктор од Самоков, Македонски Брод. Предлогот за доделување на Плакетата “Св. Наум Охридски” на д-р Тепши дојде од неговите колеги, односно од Општинскиот одбор на ЛКМ – Македонски брод. Според членовите на Комисијата за награди на Лекарската комора на Македонија, д-р Тепши со својата работа, досегашните активности на професионален план, коректноста кон колегите, професионалниот однос и довербата што ја има кај пациентите, секогаш придржувајќи се на медицинската етика и Кодексот на медицинска деонтологија, секако, го заслужи ова признание.

Награда “Св. Наум Охридски” е признание кое се доделува за особени постигнувања во областа на здравството.

Д-р Дами Тепши, дипломира во Софија, Р. Бугарија, а по нострификацијата на дипломата на Медицинскиот факултет при Универзитетот “Св. Кирил и Методиј” – Скопје, како верен следбеник





д-р Дамир Тепшиќ од Самоков

на Хипократовата заклетва им се посветува на пациентите и уште со првото вработување е во првата линија на системот – примарното здравство. И тоа во специфично рурално подрачје, дел од системот кој, се соочува со сериозни пробелми во функционирањето, но и во финансирањето.

Како доктор од општа практика, својата професионална кариера ја гради во Здравствен дом - Македонски Брод, поточно во Здравствена станица - Самоков која опфаќа 24 населени места во планински тешко пристапен терен, особено во зимските услови, кога непроодноста на патиштата налага потреба од импровизирани носилки и носење на пациент на раце. Покрива територија со пречник од околу 80 километри, 24 часа во текот на денот, согласно потребите на населението, односно на сите оние на кои им е потребна лекарска помош.

Годинешешниот добитник на Плакетата “Св. Наум Охридски”, несомнено, има со што да се гордее во неговата биографија. Тој со својата, по многу нешта, специфична работа и досегашни активности на професионален план, коректноста кон колегите, професионалниот однос и довербата кај пациентите, секогаш придржувајќи се на медицинската етика и Кодексот на медицинска деонтологија, несомнено е доктор кој заслужил вакво признание. Д-р Тепшиќ е матичен лекар, но во исто време и доктор од брза помош, домашна посета, а не му се туѓи ниту породувањата па и некои специјалистички дејности кои се карактеристични за технички и кадровски екипирани болнички установи. Во услови кога се нема друг избор или можност, едноставно тој и неговата медицински сестра, често во импровизирани услови, се тимот кој мора да најде решение за секоја ситуација, сеедно дали станува збор за новороденче или пациент во поодминати години. Дотолку повеќе што во подрачјето што го покрива нема ниту стоматолог, а и најблиската аптека е на пристопна оддалеченост.

Заблагодарувајќи се на наградата “Св. Наум Охридски”, д-р Тепшиќ истакна дека Плакетата не е само лично признание за него како доктор, туку е и силен поттик во натамошната работа.



За долгогодишната успешна соработка, Лекарската комора им додели плакети на Стоматолошката комора на Македонија, на Фармацевтската комора на Македонија, на Македонското лекарско друштво и на “Алкалоид АД” - Скопје, компанија која во изминативе неколку децении е проверен и потврден партнер на македонското здравство.

Во рамките на свеченоста, а по повод 25 години од основањето на Лекарската комора на Македонија, благодарници добија и Медицинскиот факултет при УКИМ – Скопје,

Факултетот за медицински науки на Државниот универзитет во Тетово и Факултетот за медицински науки при Универзитетот “Гоце Делчев” - Штип. Благодарници им беа доделени и на повеќе фармацевтски куќи кои ја поддржаа организацијата на свечениот собир по повод сребрениот јубилеј на Лекарската комора, како и на поединци од Стучната служба на Комората за долгогодишната посветеност и ефикасност во работата.

Vox medici

Наградата за најдобар труд рамноправно ја делат два труда

Наградата за најдобар објавен стручен и научен труд во списанието „Vox medici“ во текот на 2016 година рамноправно ја делат трудовите “Климатски промени, феноменот на тоplotни бранови и здравјето на работниците” од Јованка Караџинска - Бислимовска, Јордан Минов, Драган Мијакоски, Сашо Столески и Маргарита Спасеновска (Институт за медицина на труд на Р.Македонија, СЗО Колаборативен центар - Скопје и СЗО Канцеларија – Скопје) и “Тромбофилија кај патолошка бременост” од д-р Јани Ангеловски од Институтот за трансфузиона медицина - Скопје.

Уредувачкиот одбор на „Vox medici“ одлуката ја донесе на седницата одржана на 25 мај 2017 година, а изборот е направен меѓу публикуваните стручни и научни трудови во текот на минатата година во Прилогот за стручни и научни трудови. Според оцените на Уредувачкиот одбор, повеќето од објавените трудови се издвојуваат со својата актуелност, содржина, квалитет и приод кон определена тема, област, заболување или медицинско прашање.



Трудот “Климатски промени, феноменот на тоplotни бранови и здравјето на работниците”, како што беше потенцирано, е релевантен и актуелен, а авторите се компетентни имиња од Институтот за медицина на трудот на Република Македонија кои како цел на трудот, според сите критериуми, определиле актуелен пробелм и феномен кој, на некој начин, навелгува во сите сфери на општественото живеење.

Со својата актуелност, сметаат членовите на Уредувачкиот одбор, се издвојува и трудот “Тромбофилија кај патолошка бременост”. Станува збор за актуелна тема од областа на трансфузионата медицина која се преклопува и надополнува со гинекологијата и акушерството и други медицински гранки.

Наградата за најдобар објавен труд во Vox medici не е воведена само како признание за вредноста на некој стручен и научен труд како квалитетна и издржана студија чии наоди и заклучоци можат да имаат примена во здравствениот систем и приодот кон пациентите и нивното лекување, туку и заради мотивирање на докторите да пишуваат и да се занимаваат со научно-истражувачка работа.





02-16-MF-03-NO/03-16/02-18

КОМПЛЕТНО РЕШЕНИЕ ПРОТИВ НАСТИНКА И ГРИП

СТОП ГРИП СТОП НАСТИНКА СТОП ГРИП СТОП НАСТИНКА

Maxflu® содржи активни состојки кои ги ублажуваат симптомите на настинка и грип. Делува брзо и се зема едноставно. Maxflu® за кратко време ја намалува температурата, ги намалува болките и го намалува чувството на затнат нос. Содржи витамин Ц.

Пред употреба внимателно да се прочита упатството. За индикациите, ризикот од употреба и несаканите дејства на лекот, консултирајте се со Вашиот лекар или фармацевт.

Maxflu®

10 шумливи таблети
со вкус на лимон



PLIVA

Членка на групацијата Teva

ПЛИВА ДООЕЛ СКОПЈЕ, Никола Паралунов бб, Скопје, тел/факс 3062 702

ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НИЗ ПРИЗМАТА НА ПРВИОТ ПРЕТСЕДАТЕЛ,
ПРОФ.Д-Р АЛЕКСЕЈ ДУМА

Нема задоволни пациенти без задоволни доктори

Поминаа веќе 25 години, како еден миг, од првите идеи за формирањето на Лекарската комора на Македонија. Како вчера се секавам на првите средби со колегите околу идеите за поттикнување на квалитетот на професионалното дејствување на докторите, заштитата на нивниот професионален интегритет и достоинство, градењето на критериуми за соодветно наградување на докторската работа и обезбедување на достоинствен живот и вистински статус, што им припаѓа во општеството. Времињата тогаш беа оптоварени, раните почетоци на формирање на демократската држава, расчистувањето со монизмот, длабоко навлезен во порите на секојдневното живеење, па, дури и во духовното егзистирање на поединците. Чинам, тоа беше основната тешкотија во градењето на демократските норми, и дефинирањето на критериуми за вистински професионализам. Мислам, најтешко беше „кршењата“ да ги почнеме од самите себе.

Првите разговори за рамките за целосната слика на Комората како нова асоцијација почнаа во Македонското лекарско друштво, благодарјќи на широчината и големиот интелектуален и демократски потенцијал на тогашниот претседател на Македонското лекарско друштво, проф. Јован Тофоски. Неговите идеи беа круцијални во создавањето на физиономијата и изградбата на Комората на доктори по примерот на професионалното здружување на колегите во развиениот демократски свет. Оној кон кој тежеевме. Многу брзо, во креирањето на мозаикот се приклучија д-р Коста Секуловски, д-р Кудјан Масис, д-р Ратко Наумовски, д-р Мирко Спировски, д-р Катица Зафировска, д-р Милчо Пановски, д-р Трајко Трајков, д-р Горѓи Ставриќ, како и повеќе други колеги. Некои од нив во оваа прилика можеби и ќе ги испуштам, но ги молам за разбирање, тоа не е тенденциозно, изминаа безмалку две и пол децении. Од посебна помош беше г-ѓа Олга Огњановска која со својот ангажман и искуство ни помогна сето она што ние го имавме како идеја и размислување, да го преточи во издржан и тешко соборлив правен документ. А токму тоа ни помогна во реализација на идејата за Комора, наспроти опонентите за нејзиното формирање кои се уште живееја во минатото.

По конституирањето на Комората на 5 јуни 1992 година во салата на тогашната Воена болница и формирањето на нејзините органи и тела, чинам како да се зголемија притисоците за маргинализирање на Комората и за заживувањето на идеите за коморското работење. Отпорите, на моменти, беа жестоки. Имаше и финансиски и различни други блокади во континуитет. Во првите години, Комората функционираше, пред се, благодарение на разбирањето и поддршката на тогашниот директор на ООЗТ Институт, проф. д-р Стојмир Петров. Неретко дејноста на Комората ја финансиравме и од лични средства. Домот на Комората беше во „темната комора“ на Институтот на судска



медицина и криминалистика -, Скопје, во просторија од само шест квадрати.

Идејата за Комората беше цврста на стабилна основа во еснафот. Бевме убедени дека сме на вистинскиот пат и дека треба да помине време за да се скрши конфроизмот и да биде сфатена специфичноста, значењето и тежината на професијата доктор. Тоа беше првата институција на новата самостојна држава која се обиде да ги внесе новите демократски процеси на професионално дејствување, штитејќи ги професионалните интереси на докторите, а преку нив и интересите на пациентите кои секогаш, па и во коморското делување, се во прв план.

Посебно сликовито се секавам на идејата, односно на конципирањето на системот на воведување на лиценца за работа, систем на акредитација, на формите за континуирана медицинска едукација на докторите, како еден од критериумите за исполнување на обврските кон пациентите согласно најновите сознанија во областа на медицината. Факт е дека и за овој процес имаше отпор, дури и од некои колеги, меѓу кои имаше и наставници. Можеби тоа е и разбирливо ако се има предвид

Заложбите за подигање на достоинството и социјалниот статус на докторите продолжува и натаму затоа што, ценам, дека докторите се уште не го имаат она место што го заслужуваат и што им припаѓа

дека тогаш за првпат на овие простори се спомна зборот лиценца. Стана уште потешко кога почна да се дискутира за содржината и значењето на тој поим. Сепак, докторите како луѓе кои се професионално “деформирани” за навремено и правилно носење на одлуки, пред се во својата работа која тоа го налага за да можат брзо и ефикасно да донесат правилна дијагноза и да дадат соодветна терапија, и во оваа прилика ја покажаа својата рационалност, интелигенција, едуцираност и знаења. Ја покажаа својата определба за независно професионално работење и континуирана професионална надградба согласно сите одредби со Хипократовата заклетва.

Така првата лиценца во вистинската смисла на нејзиното значење беше воведена од страна на ЛКМ. По подолго време, концептот на лиценцирање почна да се воведува и во другите области, како вистинска формула за докажано и проверено минимално владеење со професионални стандарди.

Законската регулатива од првите 10 години од институционализирањето на Комората не ја обврзуваше законодавната и извршната власт да ја консултираат Комората како професионалната асоцијација при носењето на одлуки, креирањето на законските решенија, стратегии во здравството. И покрај тенденциите Комората да се држи на дистанца, како асоцијација успеавме да се наметнеме. Во тоа многу ни помогнаа медиумите кои ја разбраа суштината и прифатија идејата за Комора и коморско работење. Тука беа Крашница - Чучкова, Кајмаковска, Атанасовска, Василевска, Камберова, Недановски, Манчевска, Точи, Белазелковска, Јовановска и цела плејада други новинари. На тој начин успеавме во јавноста да ги презентираме ставовите на Комората за тековните настани од областа на здравството. На ваков начин се создаде континуиран притисок врз структурите во законодавната и извршната власт, со постојани бранувања, дебати и изнесување на спротивставени мислења. Тоа беше и единствениот инструмент кој во тоа време ни беше на располагање за да почнат да не повикуваат и да не вклучуваат при носењето на одлуките: Комисија за здравство на Собранието на Р.Македонија, Министерство за здравство, Фонд за здравствено осигурување, Светска банка ...

Во контекст на овие настани, среќна околност беше што во тој период министри за здравство беа доктори кои не се плашеа од својата професија и го разбираа местото, улогата и значењето на Комората и нејзиното делување. Посебно, голема улога во инкорпорирањето на Комората во суштинските активности за и околу здравството, секако, беа, министрите д-р Перко Колевски, д-р Јован Тофоски, д-р Драган Даниловски, д-р Стојан Богданов, д-р Петар Милошевски, директорите на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, особено разбирање и соработка имавме во мандатот на д-р Никола Пановски и Георги Тренковски....

Овластувањето за спроведување на системот на лиценцирање и акредитација на докторите ни беше дадено со законските измени во 2004 година, а во 2005 година, токму на Денот на Комората, 5 Јуни, тогашниот министер за здравство, Владо Димов, ни го врати документот. Првите лиценци беа свечено

доделени во декември истата година. Во 2013 година Комората доби јавно овластување за вонреден и редовен стручен надзор над стручната работа на здравствените работници и здравствените установи.

Како и да е „лавината“ наречена Комора почна да се тркала и да ја добива својата физиономија, место и улога во општеството. Со повремени падови и подеми ... Онака, како што е логично и нормално во развојот на една нова институција. Притоа успевајќи, помалку или повеќе успешно, да се штити од матната сфера на партиски притисоци и обиди за нејзина партиска злоупотреба и некои тесни интереси.... Заложбите за подигање на достоинството и социјалниот статус на докторите продолжува и натаму затоа што, ценам, дека докторите се уште не го имаат она место што го заслужуваат и што им припаѓа. Останува отворено прашањето за моделот на праведно наградување на докторите за постигнатите резултати во професионалната работа, односно нивното вреднување.

Во првата деценија од постоењето на Комората се обидувавме проблемот да го отвориме со актуелизирање на идејата за дополнителна работа, како „рецепт“ за разгорување на потребата од наградување според постигнатите резултати. Секако, притоа, сметавме дека таа треба да се дозволи во јавните здравствени установи како единствени гаранти на уставната одредница дека здравството мора да биде достапно подеднакво за сите граѓани. Идејата зрееше, растеше и се надградуваше со можностите за континуирано подобрување на квалитетот и стандардите на работење во јавниот сектор. Такви беа привичните размислувања и почетоците. За жал, оваа идеја доби некои други текови, кои беа поинакви од рецептот за наградување на квалитетните и успешните доктори.

Во секоја професија, па и во здравството постојат професионалци, но и поединци жедни за власт и привилегии кои се подготвени користејќи ја наклонетоста на оние кои одлучуваат, да се обидат да направат некој исечок кои од аспект на струка и наука можеби не им припаѓа. Низ медиумите последниве месеци актуелни се информациите за случувањата во Собранието на Р.Македонија, кога се случи ерозија на демократијата и слободата. Дали меѓу оние што придонесоа за ваквиот досега невиден инцидент во храмот на демократијата имало и доктори ќе треба да покаже истрагата. Ако се докаже дека овие информации се точна, тогаш веќе имаме прашања и дилеми, за и околу можните повреди од некогашна она што е устав на докторската дејност - Хипократовата заклетва.

На крај, резимирајќи ги залагањата на сите професионални докторски асоцијации во светот, сосема е јасно видливо основното мото, докторското професионално ангажирање секогаш и безусловно е во интерес и благодетот на пациентите и населението. Успешноста во остварувањето и надградувањето на добрата докторска практика е патот кон подобрата и по успешна здравствена заштита на населението во која е втемелена и Комората како професионална докторска асоцијација. Докторите и здравствените работници како и сите други професионалци мора да бидат наградени толку колку што се добри, вешти, стручни и компетентни. Со единствена цел да сакаат и да настојуваат да бидат уште подобри, соработувајќи повеќе, а крајниот резултат секако е исклучиво во интерес на оние на кои нивната помош им е неопходна.

Не треба да изумиме дека НЕ МОЖЕ ДА ИМА ЗАДОВОЛНИ ПАЦИЕНТИ АКО НЕМА ЗАДОВОЛНИ ДОКТОРИ ...

НА ИНИЦИЈАТИВА НА ЛКМ

Потпишана Декларација „Стоп на насилство во здравството“

На 28 септември 2017 година во Лекарската комора на Македонија се потпиша Декларација - Стоп на насилство врз докторите на медицина, стоматологија, фармацевтите, медицинските сестри, техничари, акушерки и другите здравствени работници. Декларацијата ја потпишаа претседателите на Лекарската комора на Македонија, доц. д-р Калина Гривчева - Старделова, претседателот на Стоматолошката комора, проф. д-р Владимир Поповски, претставникот на Фармацевтската комора м-р Ерол Али, министерот за здравство, д-р Арбен Таравари, и претседателката на Здружението на медицински сестри, техничари и акушерки на Република Македонија, Велка Лукиќ.

На потпишувањето на Декларацијата присуствуваше и државниот секретар во Министерството за здравство, д-р Владимир Милошев, како и заменикот на претседателот на Лекарската комората, д-р Иљбер Бесими.

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



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

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

Заложбата е за јасна и транспарентна работа која нема никаква толеранција за насилство насочено против лицата кои даваат здравствени услуги, а тоа, според потписниците на Декларацијата, мора да се воведо на сите нивоа во секторот на здравствена заштита и јавно да се поддржува.

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

Vox medic



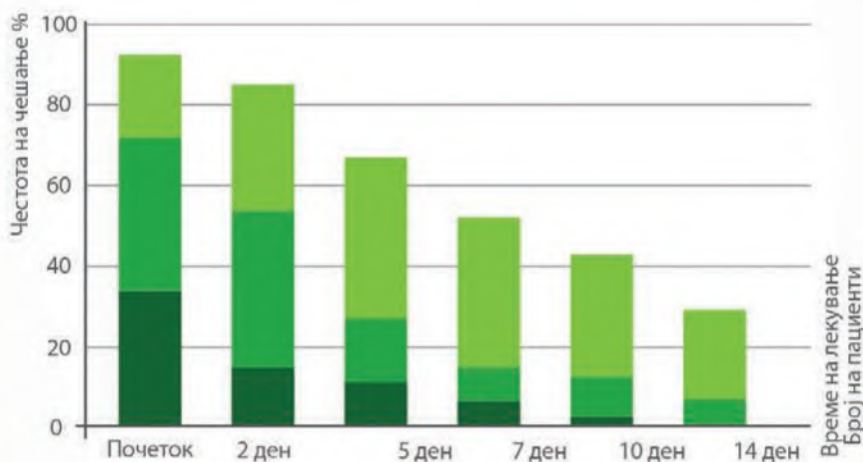
TRAVADERM

ISOCONAZOLE NITRATE / DIFLUOROCORTONE VALERATE

БРЗО РЕШЕНИЕ ЗА ЧЕШАЊЕ

Топикален **имидазол** за лекување на површински **габични инфекции** на кожата. Делува на дерматофити, квасни и слични габички.

Кај пациентите кои се жалат на силно чешање, печење и црвенило, комбинираната терапија овозможува побрзо заздравување. Со додавање на **кортикостероид** се продолжува времето на делување на антимикотикот. Имаме брзо подобрување на **инфламаторните симптоми** поврзани со габични инфекции и побрзо заздравување.



Легенда на графичките референци

■ Слабо ■ Средно ■ Силно



Брзо

Вистинско

Решение

Комплетен “ремонт” на Законот за здравствена заштита

ДО КРАЈОТ НА ГОДИНАВА



Законот за здравствена заштита е ставен на комплетен “ремонт”, а до крајот на годинава треба да бидат исцртани контурите на новата правна рамка на која интензивно се работи веќе неколку месеци, поточно од јули оваа година. Активностите за почнување на процесот за подготовка на нов закон за здравствена заштита стартуваа како резултат на потребите за “пеглање” на Законот по ветувањата на министерот, д-р Арбен Таравари за укинување на одредбата за двајца директори во 41 јавна здравствена установа и за плаќањето по учинок. Дискусиите по однос на овие прашања, практично го отворија проблемот и состојбата со (можноста за) примената на Законот за здравствена заштита во целина.

Од страна на експертски тим е констатирано дека од донесувањето на Законот во 2012 година, тој е менуван и дополнуван дури 13 пати. Како резултат на честите промени текстот е неконзистентен, во некои одредби и контрадикторен, преобеман (изразено во страници - 304 страници), неприменлив.... За проблематичноста и преобемноста на актуелниот

Закон, секако говори, на пример и фактот дека одделни членови се со 22 и повеќе ставови, кои токму заради обемноста се тешко употребливи, преоптоварен со детали, а оние кои го “креирале”, Законот го збогатиле со материја која, според сите правни норми и стандарди, би требало да биде предмет на уредување со подзаконски и други акти.

Честите вакви промени, пак, во практиката доведоа до неспроведување на измените и дополнувањата од страна на здравствените установи. Тоа беше реалност и покрај укажувањата кои им беа доставувани и со кои беа потсетувани на обврските кои произлегуваат од Законот од страна на Министерството за здравство. Според упатените, во сила, се и законски одредби кои никогаш не се спроведени во практиката, кои останаа само како законска обврска на хартија (на пр. договорните казни за директорите, склучувањето на менаџерските договори и др.)

Со цел да се обезбеди транспарентност, во процесот на подготовка на новиот текст на законот се вклучени сите заинтересирани страни: коморите, Македонското лекарско

ПРЕДЛОЗИТЕ ТРЕБА ДА СОДРЖАТ:

- конкретни решенија кои работната група ќе ги разгледува како можност за нивно нормирање како законски решенија, кои најдобро е да се достават во форма на нацрт-текст на самите одредби кои ќе бидат предмет на разгледување;
- куси образложенија за оправданоста за нивното предлагање, кои треба да содржат аргументација на која се засноваат очекувањата за постигнување на практичните ефекти од решенијата што се предлагаат.

ПРЕДЛОЗИТЕ ТРЕБА ДА СЕ ОФОРМУВААТ НА СЛЕДНАТА ОСНОВА:

- искуствата стекнати во досегашната примена на одделни решенија на Законот за здравствената заштита;
- потребата за подобрување на постојните решенија;
- неопходноста за надминување на одредени празнини забележани во практиката на примена на досегашниот Закон;
- потребата за воведување нови законски решенија.

друштво, професионалните здруженија, Здружението на доктори Албанци, ЗПРЛМ, синдикатите, асоцијациите на другите здравствени работници и соработници... Во целиот процес се инкорпорираат и здруженијата на пациентите, Агенцијата за лекови, Агенцијата за квалитет, медицинските факултети, различни други асоцијации, поединци...

Според информациите до кои дојдовме, во моментот се разговара, односно Министерството за здравство нема дефинирана позиција за и околу законските решенија. Поинаку кажано, Министерството за здравство покажува отвореност за сите можности, опции и предлози по сите прашања.

Истовремено, ваквата стратегија ќе даде комплетна и реална слика на состојбите во здравството, скен на системот, неговата структура, кадровската екипираност, старосната структура на кадарот, актуелниот и очекуваниот дефицит, пред се, во кадар, географска распределност, покриеноста на

територијата, достапноста на примарното здравство до населението, на аптеките...

Со цел активно вклучување во анализата и утврдувањето на можните законски решенија, од сите заинтересирани субјекти е побарано да дадат и конкретни предлози кои можат да се имплементираат како предлог за изменување и дополнување на Законот за здравствена заштита. Предлозите треба да се однесуваат на постојниот Закон за здравствената заштита, односно на неговите одредби.

Се разбира, притоа е неопходно да се приложи и соодветна аргументација. Целокупната активност се одвива и низ непосредни средби и контакти со заинтересираните субјекти. Сите предлози, иницијативи и согледувања се анализираат во секторите на Министерството за здравство кои врз направената проценка ќе одлучат дали и како ќе ги инкорпорираат во законските решенија кои би требало да бидат дадени во некоја поконкретна форма до крајот на годинава.

Vox medic

ОДБЕЛЕЖАН СВЕТСКИОТ ДЕН ЗА ПОДИГНУВАЊЕ НА СВЕСНОСТА ЗА РАСТОТ

“Кога зборуваме за Висината, зборуваме за Здравјето”

“Кога зборуваме за висината, зборуваме за здравјето. Децата се еднакви и имаат поеднакво право на лекување, затоа што времето за растење е кратко, а цел живот ќе мора да живеат со резултатите”. Ова се слоганите со кои Здружението на родители на деца со ендокринолошки заболувања на Македонија - “Раст” по четврти пат го одбележа 20 Септември - Светскиот ден за подигнување на свесноста за растот. Во духот на Интернационалната коалиција на организации за поддршка на пациенти со ендокрини заболувања (ИКОСЕП), како што истакна претседателот на оваа асоцијација, Александар Петровски, настанот беше посветен на оние дечиња кои имаат проблем со растот, а кои се уште не се дијагностицирани.

“Генерално, на растот не му се придава потребното значење поради тоа што се идентификува само со сантиметрите висина, што е многу далеку од медицинските факти кои го потврдуваат токму спротивното: висината зборува индиректно за здравјето и може да ни помогне навреме да детектираме заболувања и состојби кои можат да бидат многу успешно лекувани. Факт е дека голем процент од децата се дијагностицираат многу доцна, кога времето за да им се помогне и да се постигнат максимални резултати е премногу кратко. Ова е глобален проблем со кој се соочуваат не само децата во Р. Македонија, туку и децата насекаде во светот”, истакнува Петровски.

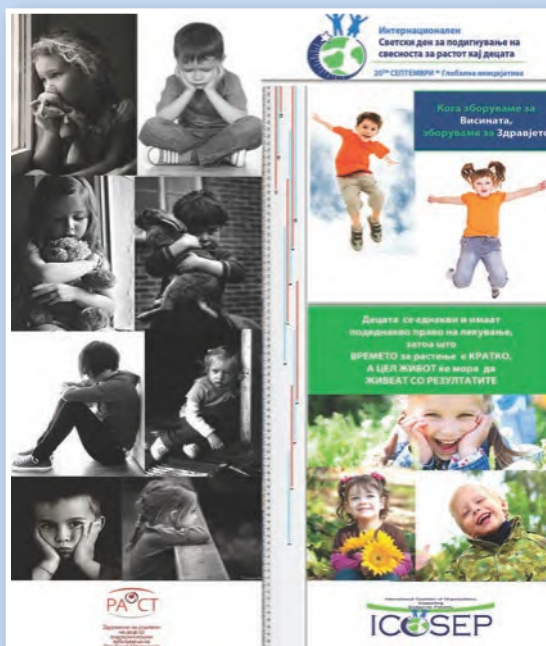
Според него, токму затоа редовното мерење на висината треба да се применува најмалку на секои 6 месеци. Добиените вредности мора да бидат внесени во кривата за раст и да се направи проценка дали има отстапување во однос на она што е очекувано за возраста и полот на детето. Многу важен параметар е вредноста 5 (пет). Имено,

децата кои во периодот од втората година до периодот пред пубертет не растат по најмалку 5 саниметри годишно, и оние кои отстапуваат од перцентилите за возраста и полот, мора да бидат пратени кај супспецијалист - ендокринолог за натамошна проценка.

Поради тоа здруженијата се обидуваат да стават посебен акцент и да ја доближат темата за растот до целата популација, родителите, здравствените работници... Одлуката 20 Септември да се прогласи за Интернационален ден за подигнување на свесноста за растот е донесена во 2014 година на Годишното собрание на ИКОСЕП во Цирих, а Александар Петровски веќе втор мандат е преседател на оваа меѓународна организација.

Истовремено, како што вели тој, влијанието на квалитетот на животот не треба да се занемари. Тоа е големо и многу значајно затоа што се рефлектира на сите сфери на живеење и општеството во целина: децата се соочуваат со лоша емоционална состојба, низок степен на самодоверба, полоши резултати во едукативниот процес и, секако, многу комплексни нарушувања како возрасни личности кои генерираат трошоци за системот.

“Апелираме сите заеднички да посветиме внимание на растот. Здравствените работници следењето на растот да го стават на сопствената секојдневна агенда, а родителите и старателите да бидат соодветно информирани. Еден од приоритетите во здравството треба да биде воспоставување на систем кој ќе овозможи навремено лекување врз рамноправна основа за децата да израснат во продуктивни граѓани на нашата земја. Сите заедно треба да се грижиме за здравјето на нашите деца, поради тоа што така се грижиме за нашите поколенија и придонесуваме за нашата иднина”, вели Петровски.



КОНЦЕПТОТ НА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИИТЕ

Актуелниот модел донесе едукативна програма со дискутабилен квалитет, неприменлива стручна литература, трошоци за меѓународни сертификати за англиски јазик и ги донесе детално дефинираните интермедиерен и специјалистички испит со речиси невозможни рокови и критериуми за положување, а предвиденото видеоснимање и емитување во живо на интернет беше врвот на небулозите.

Најитен проблем кој треба да се реши се платите за приватните специјализанти и укинување на лихварските договори на државните специјализанти, односно нивна промена во однос на години и финансии на 1:1.



„Би спомнал дека најголем дел од здравствените работници што ќе се запишат на специјализација на овој оглас, стручно ќе се усовршуваат согласно новиот систем на специјализации воведен со измените на Законот за здравствена заштита од почетокот на оваа година, кој се темели првенствено на германскиот модел, како и на искуства од Соединетите Американски Држави, Франција и други странски држави.” Вака поранешниот министер за здравство, Никола Тодоров, го најави воведувањето на новиот модел за специјализирање на прес-конференција во јуни 2015 година.

Новиот закон за здравствена заштита за приватните специјализанти донесе обврзно работно време од 8 часа дневно и редовни 24 часовни дежурства без да бидат ниту денар платени. За државните специјализанти донесе меници и „лихварски договори” т.е. обврска по завршувањето на специјализацијата да работат во одредена здравствена установа и до 15 години и ако од која било причина се раскине договорот да платат и до 120.000 евра казна. Донесе дискриминација во однос на мајчинство и болест. Донесе едукативна програма со дискутабилен квалитет, неприменлива стручна литература, трошоци за меѓународни сертификати за англиски јазик и ги донесе детално дефинираните интермедиерен и специјалистички испит со речиси невозможни рокови и критериуми за положување, а предвиденото видеоснимање и емитување во живо на интернет беше врвот на небулозите.

Реакции и протест на лекарите специјализанти

Во тој период започна да делува и неформалната Група на специјализанти и идни специјализанти, подоцна и формално регистрирана како Здружение на лекари специјализанти

(ЗЛС). Во октомври 2015 год. поднесовме петиција потпишана од 350 специјализанти и млади лекари до министерот за здравство, Владата, Комисијата за здравство и до сите пратеници во Собранието на Р.Македонија. Резултатот беше уште поголем притисок и убедувања за оправданоста на моделот и ново дополнување на Законот за здравствена заштита каде што се воведоа кофинансираните специјализации кои по ништо значајно не се разликуваа од државните специјализации. Министерството и Владата тогаш го бетонираа ставот дека овој модел треба да опстане како ваков по секоја цена. Во февруари 2016 година повеќе од 200 специјализанти излегоа на протест да кажат НЕ за се што предвидовме во законот дека ќе придонесе за егзодус на младите лекари.

Барањата и натаму исти

ЗЛС смета дека овој модел на специјализирање, колку и да е добар за САД или земјите во ЕУ, за нас е неприменлив и треба целосно да се ревидира. Потребна е итна промена на Законот за здравствена заштита и регулирање на најголемиот дел од работите на ниво на правилници или веќе постојните закони. Сегашниот Закон во делот за специјализациите е преобремен, предетален и има премногу преклопувања со други закони. На пример, боледувањата и мајчинството веќе се регулирани во Законот за работни односи, додека пак процесот на едукација, стручната литература и моделите за спроведување на проверка на знаењето треба да бидат регулирани на ниво на нов Правилник за специјализации кој ќе бидат реален и применлив во нашиот здравствен систем, а не само препишан од туѓ модел.

Сепак, најитен проблем кој треба да се реши се пла-

ПАДНА КАЈ СПЕЦИЈАЛИЗАНТИТЕ

тите за приватните специјализанти и укинување на лихварските договори на државните специјализанти, односно нивна промена во однос на години и фанансии на 1:1. Специјализантите се лекари со лиценца за работа кои за време на специјализирањето работат и треба да ни следува плата за одработеното. Специјализантите прегледуваат пациенти, асистираат на операции во хируршките сали, дежураат во ургентните центри, работат во смени, работат на повик. Приватните специјализанти имаат семејства за прехранување и наместо да зависат од кредити и од родителите, треба да се реши нивниот основен егзистенцијален проблем за да може да се посветат на специјализацијата. Државните специјализанти често се жртви на мобинг, им се кратат надоместоци кои законски им следуваат, дежурствата често не им се платени, а поради недостаток на кадар многу често магичните установи им ја прекинуваат специјализацијата и ги повлекуваат и на повеќе месеци да работат во здравствените установи каде што примарно се вработени.

Дали моделот според европските земји е применлив ?

ЗЛС спроведе анонимна анкета меѓу специјализантите за да направи објективна процена колку навистина се применува законот и дали новиот модел на специјализирање функционира и придонел за подобра едукација во изминативе две години.

Анкетата беше спроведена за период од пет дена во јули 2017 год, електронски со користење на платформата SurveyMonkey. Анкетата ја пополнија 277 специјализанти или без малку една третина од вкупниот број активни специјализанти, од кои 94% од УКИМ и 6 % од УГД-Штип. Од вкупниот број анкетирани, 41% се на државна, 41% на приватна и 18% на кофинансирана специјализација

Анкетата беше спроведена за период од пет дена во јули 2017 год, електронски со користење на платформата SurveyMonkey. Анкетата ја пополнија 277 специјализанти или речиси една третина од вкупниот број активни специјализанти, од кои 94% од УКИМ и 6 % од УГД-Штип. Од вкупниот број анкетирани, 41% се на државна, 41% на приватна и 18% на кофинансирана специјализација. Во натамошниот текст ќе презентираме поголем дел од добиените резултати.

Специјализантите се главно незадоволни од квалитетот на едукацијата, поплаки за неајурни ментори и едукатори

Менторот и едукаторот имаат клучна улога во едукацијата на специјализантот. Иако менторот по закон треба да остварува средба со специјализантот најмалку еднаш неделно, дури 1/3 од специјализантите пријавуваат дека воопшто го немаат сретнато својот ментор. Повеќе од половина специјализанти одговориле дека не успеале да совладаат ниту 50% од предвидените вештини и методи назначени во Планот и програмата за специјализација. Повеќе од половина на специјализанти пријавуваат дека во нивната специјализантска книшка се внесени неистинити податоци.

Колку сте задоволни од квалитетот на едукацијата?

Задоволен сум	9 %
Делумно задоволен	51%
Воопшто не сум задоволен	40 %

Колку често остварувате формални средби со менторот?

Најмалку еднаш неделно	15 %
Најмалку еднаш месечно	14 %
Неколку пати годишно	37 %
Воопшто не сум имал/а формална работна средба	34 %

Здружението на лекари специјализанти – ЗЛС, како продолжение на неформалната Група специјализанти и идни специјализанти, е стручна организација на лекарите специјализанти формирана со цел заедничко делување за остварување и заштита на своите колективни интереси, права и цели. Нашата мисија и визија е задоволен лекар специјализант, кој е необременет со егзистенцијални проблеми, ги ужива сите работнички права и ги има сите услови и можности за да го вложи и искористи максимумот од својот потенцијал за време на специјализирањето. Специјализант кој е директно инволвиран во сите сегменти на работата при укажувањето на здравствена помош на пациентите, целосно посветен на пациентите и нивните семејства, со поставување на емпатијата и етичките норми во преден план. Конечно, специјализант кој ќе биде на ниво на специјализантите од другите ЕУ држави и кој нема потреба да размислува за миграција.



Колку вашиот ментор се грижи за да ги совладате предвидените вештини, интервенции и постапки наведени во Планот и програмата за конкретната специјализација?

Целосно е посветен	15%
Делумно е посветен	43%
Воопшто не е посветен	42%

Колкав процент од предвидените знаења, вештини и методи кои се назначени во Планот и програмата за специјализација за досега поминатите турнуси реално сте ги совладале?

>75%	7%
50-75%	31%
<50%	62%

Колку сте задоволни од едукаторите во однос на посветеноста на Вашата едукација?

Задоволен	14%
Делумно задоволен	49%
Воопшто не сум задоволен	37%

Дали се случило во специјализантската книшка/дневник менторот или едукаторот да Ви наведат неточни податоци (на пример заведување методи, интервенции и постапки како успешно совладани, а реално не Ви било овозможено да ги изведете)?

Да	55%
Не	45%

Колку често работите под надзор и инструкции на едукаторот за време на турнусите?

Постојано	16%
Повремено	57%
Само опсервирам и не добивам работни задолженија	27%

Колку сте задоволни од квалитетот и содржината на теоретските предавања?

Задоволен сум	4%
Делумно задоволен	48%
Воопшто не сум задоволен	48%

Дали ви е овозможено и дали воопшто досега сте биле вклучени во било каква научно истражувачка работа за време на специјализацијата од страна на менторот или едукаторите?

Да	23%
Не	76%

Непозната и недостапна стручна литература, “про-форме” практична обука, делумно изучување странски јазици

Законски задолжителната стручна литература според Шангајската листа им е позната само на 12% од специјализантите, додека 57% од нив не знаат која им е задолжителна литература за конкретната специјалност, а за 31% од анкетираниите стручната литература е позната, но не и достапна. Анкетата покажа дека пред полагањето на колоквиумите на специјализантите (речиси 95%) не им била на располагање База на прашања изготвена од Национална комисија за изготвување на бази на прашања.

На речиси половина (48%) од анкетираниите специјализанти не им било овозможено стекнување на практични вештини на фантомите и опремата во медицинскиот симулациски центар, и само 15% од анкетираниите пријавуваат дека во текот на првата година успешно извршиле барем три животозагрозувачки или хируршки состојби на симулатор како што е предвидено во законот.

Речиси половина од анкетираниите специјализанти воопшто не се задоволни од квалитетот на предавањата по англиски јазик, а иако законски е предвидено изучување на втор странски јазик, тоа воопшто не е овозможено.

Невозможни работни услови, приватни специјализанти во борба за егзистенција, мобинг на државните специјализанти

Колку часа просечно РЕАЛНО поминувате дневно на клиниката каде што се одвива турнусот (без дежурства)?

<5 часа	14%
5-6 часа	37%
8 часа	33%
>8 часа	16%

Доколку поминувате помалку од 8 часа дневно на турнус, која е причината за тоа? (повеќе можни одговори)?

Незаинтересираност на менторот и едукаторите	31%
Морам да работам и на друго работно место за да заработам плата	39%
Не добивам ангажмани поврзани со специјализацијата	51%
Клиниката не води евиденција за присуство	19%
Друго, наведи во коментар	17%

*Коментари – најголемиот дел од дополнителните коментари се однесуваат на забелешката дека не можат да ја исполнат законската обврска да поминуваат 8 часа дневно на турнус од едноставна причина што самата клиника има работно време од 6 или 7 часа дневно. Но, има и дополнителни коментари каде што специјализантите се жалат на несоодветни услови за работа или нивно неангажирање во секојдневната работа на клиниката: „Нема основни услови, тоалет, простор за одмор, храна, соблекувална.“ „Едноставно не сакаат да знаат дека постоиме, туку не бркаат“.

КОМЕНТАРИ

Специјализантите законски се обврзани да поминуваат на турнус 8 часа дневно и 24 -часовни неплатени дежурства еднаш неделно, во спротивно следат санкции и казни. Но, приближно половина од специјализантите (46%) по дежурството не добиваат законски загарантиран слободен ден и следниот ден продолжуваат да работат со полно работно време.

Повеќе од половина од специјализантите пријавуваат дека клиниката нема обезбедено шкафиња и соби за одмор. Треба да се исткне дека на прашањето колку често државните/кофинансирани специјализанти покрај редовните дежурства на турнусите, ДОПОЛНИТЕЛНО дежураат во матичните ЈЗУ, дури 25% одговориле дека дополнително дежураат 1-3 пати во месецот, а исто толку (25%) дежураат повеќе од 4 пати. Поинаку кажано, некои од специјализантите имаат и дури и до 8 дежурства месечно. Од друга страна, дури на една четвртина од државните/кофинансирани специјализанти во некој момент им била прекината специјализацијата во текот на повеќе недели за да работат во редовно работно време во матичната ЈЗУ.

Од приватните специјализанти пак 39 пријавуваат дека по завршување на турнусот работат дополнително во ПЗУ, просечно 6- 8 часа дневно. Од податоците, логично следува прашањето – кој и колку долго може да го издржи ова темпо?

Дали по дежурство имате 24 - часовен одмор?

Да	56%
Не	44%

Колку често ДОПОЛНИТЕЛНО дежурате во матичната ЈЗУ (за државни/кофинансирани специјализации)?

Не дежурам во матичната ЈЗУ	50%
1-3 пати месечно	25%
4 или повеќе пати во месецот	25%

Колку често матичната ЈЗУ ве повлекува од турнусите за да извршувате работни обврски во редовно работно време (за државни/кофинансирани специјализации)?

Најмалку еднаш неделно	8%
Најмалку еднаш месечно	12%
Континуирано и по неколку недели (поради дефицит на кадар или за време на годишните одмори)	25%
Не ме повлекува	55%

За време на дежурството дали вашата работа е под надзор од едукаторот и колку реално специјалистот/едукаторот Ви се достапни за консултација?

Постојано	27%
Повремено	38%

Samo se potsetiv kako mi bese dodeka specijalizirav vo Sk. Fala bogu, veke izvesno vreme sum nadvor od hororot narecen "Specijalizacija na makedonski nacin". Apsoluten fakt e deka nikogas ne bev doktor dodeka bev tamu. Diploma za završen medicinski fakultet i nikakva ponatamosna perspektiva kako i stagnacija kakva sto nudi makedonskiot sistem, ne ne pravi doktori. Znaenieto kako i znacenieto da mu pomognes na nekogo, ja pravi razlikata. A patot do toa e dolg i ni najmalku lesen. Ama bi go odel uste milion pati.

1,Менторот ме испрати во мојот роден град таму да сум си вежбала 2 години хирургија((и ако во редовната програма ми стои 8месеци). 2.Едукаторите делумно сум задоволна затоа кога ќе отидам на турнус не се одредени кој треба да ми е едукатор па не важи баш правилниот рам до рамо со специјалист секогаш од причина што менторот не ги известил официјално,или едукаторот се брза да заврши побрзо или едукаторот го нема,или проценил дека за мојата специјализација тоа не е неопходно,и ако е наведено во програмата.(РТГ турнус) 3,Од симулацискиот центар се уште не е готов новиот центар со новите фантоми,на старите покажуваа ,се трудеа Пофалба до хирургија ГОБ 8 ми септември се трудеа и најмногу излегоа во преспет

Сметам дека би требало да се подобрат условите на специјализантите во клиничките установи, во смисол добивање на соба за специјализанти, соодветно место каде што би можел специјализантот да одмори за време на дежурството. Во однос на материјалите за едукација и условите за обавување на практични вештини во однос на КАРИЛ немам никаква замерка бидејќи ни е доволно да работиме, стекнуваме искуства и учиме нови работи. Сметам дека на приватните специјализанти треба да им се платат дежурствата. Од едукацијата на КАРИЛ сум презадоволна.

Da nema privatni specijalizacii. Nikade vo svet ne postoji sekoj da specijalizira ako plati.

Maticnite ustanovi ne plakaat patni troshkovi nitu odvoen zivot za onie koi im poseduva. Prisilno pod ucena teraat da se potpisheme deka sami se odkazuvame

Na nasata klinika voopsto nemame mentor. Nikoj ne se trudi da te educira. Poveke sme daktilografi otkolku sto sme doktori. Sekoj se snaoga kako sto znae za da nauci nesto. Nikakva organiziranost.

Da se plakaat dezustvata na klinika i za privatni i za drzavni specijalizanti i taka80% od rabotata ja vrsime nie.Da se подобри vrskata mentor edukator specijalizant.

Potrebno e platena specijalizacija i polaganje samo na specijalisticki ispit so soodvetno podgotveni prasnja i moznost da specijalizantot bira ooja vestina da ja izuci

Треба да се направат измени во делот на менторство и стекнување на вештини, бидејќи на ОРЛ клиника немаме ментори, односно не знаеме кој ни е ментор. Така да тој дел кај нас не функционира, секој специјализант оставен самиот да се снајде. Затоа мислам тој дел мора да претрпи повеќе измени. Поздрав

Воопшто, речиси цело време сме оставени сами на себе 35%

Дали за време на турнусот клиниката Ви има обезбедено просторија за одмор и шкафиња за сместување на личните работи?

Да	23%
Не	53%
Има шкафиња, нема соби за специјализанти	24%

д-р Елена Цветиновска и д-р Миралем Јукиќ

Здружение на лекари специјализанти (ЗЛС)
<https://www.facebook.com/ZLSpecijalizanti/>

ИЗМЕНИ НА ЗАКОНОТ ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ СТУДИИ И КОНТИНУИРАНОТО СТРУЧНО УСОВРШУВАЊЕ

Право на универзитетите е студиските програми сами да ги дефинираат

Во собраниска постапка направени се измени на Законот за медицинските студии и континуираното стручно усовршување на докторите на медицина, со кои се сменија одредбите со кои се уредуваат медицинските студии на докторите на медицина, студиските програми за образование и стекнување на квалификации за вршење на дејност на доктори на медицина и полагањето на стручниот испит за докторите на медицина.

Имено, со Законот за медицинските студии и континуирано стручно усовршување на докторите на медицина („Службен весник на Република Македонија“ бр. 16/2013, 39/2014, 144/2014 и 150/2015) се уредени условите и постапката за стекнувањето на квалификации за вршење на професијата доктор на медицина на територијата на Р. Македонија,

Се укинува обврската на докторите за задолжителни обуки во странство, а обуките, стручните усовршувања и доедукациите на докторите ќе се прават согласно потребите на јавните здравствени установи и тие ќе ги покриваат трошоците за нив

Се укинување и обврската за полагање на првиот дел од стручен испит по завршувањето на втората година студии, како и онаа за задолжително ангажирање на странски професори, користење на стручна литература од странски универзитети, за познавање на два странски јазици

студиските програми за образование и стекнување на квалификации за вршење на дејност на доктори на медицина, полагањето на стручниот испит за докторите на медицина, континуираното стручно усовршување на докторите на медицина, следењето на новите сознанија во медицината, унапредувањето на знаењето и практичните вештини на докторите на медицина.

До донесувањето на овој закон материјата која се однесува на медицинските студии, односно високото образование од областа на медицината беше уредена со Законот за високото образование („Службен весник на Република Македонија“ бр. 35/08, 103/08, 26/09, 83/09, 99/09, 115/10, 17/11, 51/11, 123/12, 15/13, 24/13) со кој се уредуваат автономијата на универзитетот и академската слобода, условите и постапката за

основање и престанок на високообразовните установи, системот за обезбедување и оценување на квалитетот на високото образование, основите за организација, управување, развој и финансирање на високообразовната дејност. Прашањата поврзани со пробната работа, стручните испити, специјализациите и супспецијализациите и континуираното стручно усовршување на докторите на медицина до донесувањето на измените на Законот за медицинските студии и континуираното стручно усовршување на докторите на медицина е уредуваше со Законот за здравствена заштита („Службен весник на Република Македонија“, бр. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013).

Со донесувањето на овој Закон се наруши принципот на академската автономија на високообразовните установи, односно на академската слобода која согласно со член 12 од Законот за високото образование, покрај другото, ја опфаќа



и слободата на избор на студиските програми и содржината на одделните предмети, како и подготвување на учебници и други учебни помагала и слобода на студирањето, утврдувањето на правилата на студирање, облиците и видовете на наставно-образовните дејности и на проверката на знаењата на студентите. Всушност, високото образование за сите профили е уредено со Законот за високото образование. Право на универзитетите е студиските програми сами да ги предлагаат, а Одборот за акредитација да ги акредитира или не. Оваа материја е уредена со прописите од областа на високото образование, а во однос на стручниот испит со прописите од областа на здравствената заштита.

Од овие причини, со направените измени во Законот за медицинските студии и континуирано стручно усовршување на докторите на медицина, односно материјата поврзана со медицинските студии, се остава и натаму да биде предмет на уредување на Законот за високото образование, а пробната

Проф. д-р Владислав Бидиков

(1930-2017)

работа и полагањето на стручниот испит за докторите на медицина се предвидува да се врши согласно прописите за здравствена заштита.

Истовремено се направени и други измени поврзани со континуираното стручно усовршување на докторите на медицина, а планирањето на континуираното стручно усовршување се дефинира како обврска на јавните здравствени установи во зависност од дејноста што ја вршат и нивните потреби, а не со утврдување на бројот на обуките (најмалку 1.000 обуки годишно) со закон. Видео снимање на медицинските интервенции се предвидува само за потребите за образовни цели и унапредување на вештините и знаењата на докторите на медицина, специјалистите и супспецијалистите. Со оглед дека се работи за закон со кој се уредува континуираното стручно усовршување на докторите на медицина избришани се одредбите за средно медицинскиот кадар од овој закон.

Со новите законски решенија се укинува и обврската за полагање на првиот дел од стручен испит по завршувањето на втората година студии, онаа за задолжително ангажирање на странски професори и за користење на стручна литература од странски универзитети, како и задолжителното владеење на два странски јазици.

Со член 14 (преодна одредба) се уредува како ќе продолжи студирањето на студентите кои ги започнале студиите по Законот за медицинските студии и континуирано стручно усовршување на докторите на медицина („Службен весник на Република Македонија“ бр. 16/13, 39/14, 144/14 и 150/15).

При што, студентите кои ги започнале студиите по општа медицина потребни за вршење на професијата доктор на медицина во академската 2013/2014 година ќе ги завршат студиите согласно студиските програми акредитирани согласно Законот за медицинските студии и континуирано стручно усовршување на докторите на медицина („Сл. весник на Р. Македонија“ бр. 16/13, 39/14, 144/14 и 150/15) и ќе го довршат полагањето на стручниот испит согласно прописите од областа на здравствената заштита, а студентите кои ги започнале студиите по општа медицина потребни за вршење на професијата доктор на медицина во академските 2014/2015 година, 2015/2016 година и 2016/2017 година ќе ги завршат студиите согласно со Законот за медицинските студии и континуирано стручно усовршување на докторите на медицина („Службен весник на Република Македонија“ бр. 16/13, 39/14, 144/14 и 150/15) и студиските програми акредитирани согласно овој закон и стручниот испит ќе го полагаат согласно прописите од областа на здравствената заштита.

(Б.А.)

Проф. д-р Владислав Бидиков е роден на 7.8.1930 година во Кратово, Р Македонија, каде што го завршил основното образование. Гимназија завршил во Тетово со одличен успех за што бил и награден од тогашното Министерство за просвета.

Медицински факултет завршил во Скопје со просечен успех 8,85. Се вработи во Здравствениот дом во Пробиштип како лекар и управник на домот. Во март 1964 година преминува на Интерната клиника во Скопје каде што ја започна и специјализацијата по интерна медицина.

Во 1967 година го положи специјалистичкиот испит со одличен успех и се стекна со звањето лекар-специјалист интернист. Работата ја продолжи на Одделот за гастроентерохепатологија како лекар специјалист-гастроентеролог, а потоа како шеф на оддел и како директор на Клиниката.

Својата потесна специјалност проф. д-р Владислав Бидиков ја надополнуваше во повеќе југословенски и европски центри кај еминентни стручњаци (1974 – Љубљана; 1976 – Париз). Се насочува кон дигестивната ендоскопија, особено на проблемот на дуодено-гастричниот рефлукс и неговите реперкусии врз гастричната мукоза. Во Париз се фокусира на проблемот на дуоденалната дијагностика и ендоскопската ретроградна холангио-панкреатографија. Како стипендист на француската влада, во 1979 година повторно беше упатен на доусовршување во Париз (Bichat-Beaujon, St. Antonie, St. George) и тоа во областа на ERCP, ултрасонографијата, како и поставување на ендопротези, со ендоскопска апликација што по враќањето ги воведува на Клиниката.

Професор Бидиков беше активен учесник на повеќе конгреси и други стручни состаноци и научни симпозиуми во земјата и странство: Парма, Грац, Париз, Хамбург, Будимпешта, Софија, Мадрид, Москва, Москва, Тбилиси, Атина, Анкара, Истанбул, Стокхолм, Лисабон, Рим, Сао Паоло, Базел...

На Медицинскиот факултет во Скопје во звањето асистент по предметот интерна медицина беше избран во 1973 година, за доцент во 1979 година, за вонреден професор 1984 година, а во редовен професор беше промовиран во 1990 година.

До изборот во звањето вонреден професор има публикувано сам или со други автори 156 трудови, а по изборот уште 62 труда. Проф.д-р Владислав Бидиков беше познат и признат гастроентеролог, а како признание на неговата работа во оваа област Здружението на гастроентеролозите на Југославија му додели звање гастроентеролог-интернист.

Уште како лекар на специјализација беше активно вклучен во изведувањето на практичната настава по интерна медицина, учествуваше во постдипломската настава, беше рецензент и ментор на магистерски трудови и докторати. Активно учествуваше во изведувањето на курсеви по дигестивна ендоскопија за лекари интернисти, како и во организација на повеќе конгреси, научни состаноци и симпозиуми од југословенски карактер.

Беше член на СКОЈ од средношколскиот период, а на СКЈ од 1959 година. Имаше повеќе одговорни функции во СК, како и во Социјалистичкиот сојуз и Сојузот на синдикатите на Македонија. Носител беше и на повеќе функции на Клиниката, Факултетот и Универзитетот.

Во Сојузот на здружението на лекарите на СРМ имаше повеќе должности: генерален секретар на МЛД, претседател на Судот на честа на МЛД, претседател на ГЕ секција, потпретседател на здружението на гастроентеролозите на Југославија, претседател на Секцијата по дигестивна ендоскопија на Југославија и др. Беше член на издавачкиот совет на „Македонски медицински преглед“ и член на Издавачкиот совет на списанието „Pharmasa“. Беше претседател на Собранието на Заедницата на здравствените организации на Македонија.

Проф.д-р Владислав Бидиков за продекан на Медицинскиот факултет беше избран во 1984 година.

Беше носител на повеќе дипломи и признанија, плакети и одликувања.

Медицинскиот факултет засекогаш ќе му остане благодарен на проф.д-р Владислав Бидиков за се што твореше и се што направи преку својата самопрегорна работа и посветеност на факултетот, на студентите, специјализантите, магистрите и докторантите.

МРОНЏ (MRONJ – Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw) БРОНЏ (BRONJ – Bisphosphonate-Related Osteonecrosis of the Jaw)

Остеонекрозата на виличните коски предизвикана од бисфосфонати, како посебен клинички ентитет е призната дури во 2003 година. Она што започнало како спорадичен наод кај пациенти со малигни заболувања, лекувани со бисфосфонати, денес претставува речис секојдневен случај во максилофацијалната хирургија.

Скорешна публикација на Американската асоцијација за орална и максилофацијална хирургија, од 2014 г., сугерира дека и други медикаменти може да се доведат во врска со остеонекроза на виличните коски, па затоа се воведува и терминот МРОНЏ (Medication-related osteonecrosis of the jaw). Од нив, најчесто употребувани се антиресорпивното моноклонално антитело Denosumab и антиангиогените агенсии како Bevacizumab и Sunitinib.

Како ризик - фактори за појава на вакви компликации при терапијата со бисфосфонати, обично се наведуваат типот на бисфосфонатот (препаратите кои содржат азот се од највисок ризик), патот на администрација (интравенските препарати носат многу поголем ризик од пероралните), инвазивните стоматолошки процедури (екстракции на заби, дентоалвеоларна хирургија, егзостози, протетски иритации, пародонтитис) значително го зголемуваат ризикот од вакви компликации, а изнесува околу 80% од сите случаи на Бронџ, во споредба со околу 20% од случаите на таканаречен „спонтан БРОНЏ“.

Широката употреба на овие препарати и во неонколошки цели, првенствено во третманот на постменопаузална остеопороза, доведува до тоа значителен дел од популацијата да е под ризик за вакви состојби. Истите се особено непријатни за пациентите, доведуваат до скапи, болни и долготрајни лекувања, а во најтешките случаи и до серија на сложени реконструктивни интервенции за орална рахабилитација, воспоставување на континуитет на виличните коски и подобрување на квалитетот на живот.

Бисфосфонатите претставуваат група на фармаколошки агенсии, најпрво синтетизирани во 1880 г., а потоа развивани во текот на следните 40 години во дијагностиката и лекувањето на нарушувањата и аномалиите во метаболизмот на калциумот. Првата терапевтска примена е публикувана во Lancet во 1969 г., во успешниот третман на 16-месечно бебе со прогресивен миозитис осификанс. Денес, бисфосфонатите се во широка употреба во онкологијата, хематологијата, ортопедијата и други специјалности.

Асс. д-р Александар Илиев

Универзитетска клиника за
максилофацијална хирургија-Скопје



Сл. 1 (горе) Сегментен дефект на долната вилица предизвикан од бисфосфонатна остеонекроза, решен со слободен коскен трансплантат

Сл. 2 (лево) Експониран коскен секвестар десно во пределот на долната вилица

Сл. 3 (долу) Ортопантомографски наод од пациентот на сл. 2 каде се гледа формирањето на секвестар





**Проф. д-р
Нинослав ИВАНОВСКИ**

Политиката како судбина

Ете, се случи и тоа. Новите директори на здравствените институции во Републиката си ги заземаат своите позиции. Полека се сместуваат во новите кабинети. Навистина со предзнакот в.д. но тоа не им пречи ништо. И покрај изјавите на министерот Таравари дека успешните и натаму ќе го продолжат директорувањето, тоа сепак не се случи. За експресно кратко време колку што следов, не остана ниеден од старите. И тоа смената требаше да биде околу некој датум во август кога започнува изборен период. Како новите партиски чеда да имаат некој рок на употреба, па тој тогаш изминува, а потоа тие се неупотребливи. Не знам точно што го натера воглавно принципиелниот Арбен да го смени своето мислење. Мојам само да претпоставам колкави биле притисоците од партиите на владејачкото мнозинство за да се направи ваков потег. Од друга страна, објаснувањата зошто се отстапи од претходната најава дека овојпат навистина ќе се почитува стручноста, професионализмот и угледот на колегите кандидати за директорската фотелја, се контрадикторни и несериозни. Демек, има и стручност, ама има и политика. Отприлика 50% според политика, а 50% по стручност. Или така некако. Убаво е овде да се сетам на моите драги професори во Париз, Анри Крес и Бернард Шарпантје. Кај првиот учев, а кај вториот работев. Откако се поставени во некое време никој никогаш не ги мрдна од нивните позиции. Целиот работен век. Тоа беа вистински шефови, патрони како веќе ги нарекуваат таму. Тоа е и вистинската политика на назначување. Единствено успехот на институцијата во светски размери е критериум. Никако приземна политика.

Но, тука сме и претставата може да започне. Се повторил и сега истите сцени

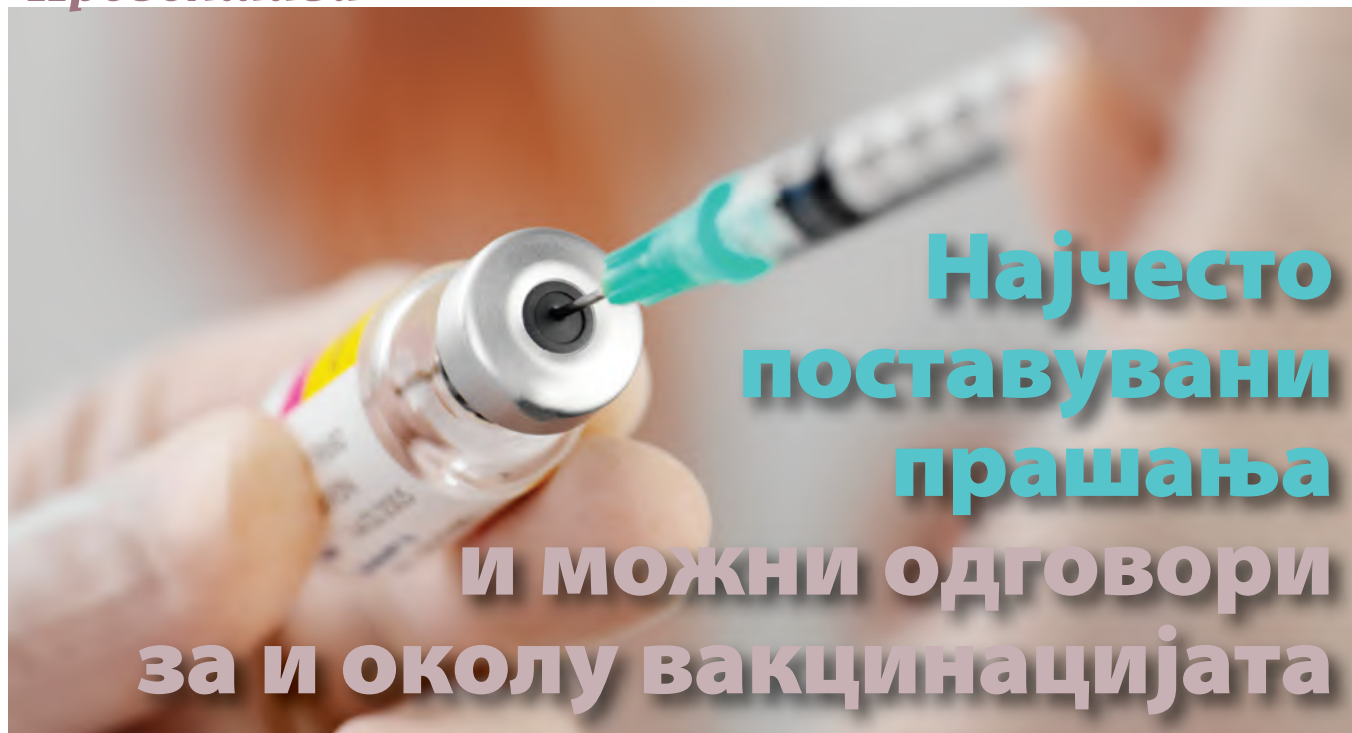
што сме ги преживувале кога се менувала власта во нашето плурално општество. Некакви маргиналици и недефинирани типови кои никој не ги есапел за некаков изграден и сериозен стручен кадар, едно утро ќе осамнат на стручните колегиуми, ќе извадат едно пусулче на кое е потпишан министерот и едноставно ќе речат: „Дечки, од денес јас сум ви директор“. Како ова се повторува секоја изборна година, тоа веќе не претставува никаква сензационална вест. Ќе се погледнат постарите колеги професори, ќе превртат со очите и толку. Одиме понатаму. Така заслужените партиски активисти ги наградува матичната партија. Ќе распути времето за лепачите на плакати, дистрибутерите на кафе по куките на гласачите, разнесувачите на сендвичи, носачите на транспаренти, учесниците во уличните манифестации од најразличен карактер, оние од паркираните стотици автобуси на „Партизанска“ што се задолжени по секоја трета реченица на лидерот да извикуваат „Така е!!!“. Време е целиот тој партиски плебс да биде награден соодветно на својата улога. Така некој ќе стаса и до директор на значајна здравствена установа, се според заслугите. Но, не завршува тука приказната. Откако ќе помине првичното неснаоѓање, тие брзо ќе ја сфатат својата позиција. Ќе одберат свој тим на спроведување на партиската хигиена (никако чистка!). Најчесто се тоа неколку разбеснети крволочни кучиња од Орвеловата „Животинска фарма“ кои ќе се растрчаат наоколу за да ги таргетираат оние колеги кои припаѓале на стариот режим, да ги испразнат собите и кабинетите, да присвојат нешто што не им припаѓало никогаш, да ја дезинфицираат и стерилизираат секоја пора од „гласотиите“ на поранешниот систем и уредно цврсто сето тоа да го пломбираат со сигурносни брави. Потоа ќе следи цел арсенал од ситни бедни реваншизми кои ќе кулминираат во вистински канибализам. Нема простување. Жестоко, по директива. Голи Оток!

Сето ова не би било толку трагично доколку се случува само овојпат. Но, тоа ние го гледаме добри две децении, колку што памети авторот. Клишето е наполно исто. Принципот ист, сето останато се нијанси, како што вели панонскиот морнар Балашевиќ. Мораме да признаеме и овојпат дека политиката и политичарите не победија, не ггазија како чергиче за чевли пред домовите. Ништо не остана од нашето лекарско достоинство, од угледот

на нашата професија, од тоа дека сме браќа и сестри по светиот занает, дека сме посебна структура без која ниедно општество не може да опстои. Продавајќи се евтино, стануваме монета за поткусурување. Со нас се тргува, лицитира, уценува, стануваме употреблива вредност која има своја пазарна цена. Исполнуваме секакви агенди, освен нашите, докторските, медицинските. Не користат за отворање врати во Собранието, не има и во прочуениот Прес-центар, јадеме котек до смрт, водиме жалови дискусии по разни политички трибини за теми непристојно далечни и туѓи за нас, гледаме како жестоко, погрубо и побрутално да го повредиме колелата од спротивниот табор. Ништо од величественото достоинство на нашата професија, драги мои. Некои лоши момчиња и се настрвили како диви сверови, никој ништо не им може. Но приказната е далеку од својот крај. Ако се ставени во позиција да бираат меѓу партијата и медицината, тие ќе ја изберат првата. На легалните начини за протест од името на нашата професија кои се секогаш можни тие ќе одговорат со контрапротест, контраштрајк, контрапленум. Тоа е нивната света партиска должност за која се гине.

Толку е нашата приказна, почитувани колеги професори и сите други кои имате свој интегритет и достоинство. Сите вие кои оформивте клиници, изградивте генерации студенти, магистранти и докторанти, воведовте светски принципи на лекување. Многу се изнагледавме и многу преживевме. И се уште сме живи. Чукнете во дрво, ако ви е во близина. Три пати. Судбината е таа, тешко ќе менува. При секои нови избори се надеваме дека нешто ќе се промени. „Нема да се промени во следните 50 години“, ми вели мојот колега од сегашната опозиција. Сигурно знае повеќе од мене. Дотогаш, драги мои професори, и натаму ќе им реферирате на новите партиски директори кога прават визита на вашите болни патем стегавјќи ги вилиците и глумевјќи строгост. Ќе се насмеете скришно на некоја нестручна глупост и толку. Ќе ја зачувате својата горчина само за вас, ќе се вратите на својата работа која никогаш всушност не сте ја напуштиле и ќе чекате да поминат оние 50 години, кои, сосема извесно, нема да ги доживеете.

Изнесените ставови и мислења се лични ставови и мислења на авторот и ЛКМ не стои зад нив



Најчесто поставувани прашања

и можни одговори за и околу вакцинацијата

Судирот на антивакционалното лоби со класичната медицина и медицината базирана на докази и натаму е актуелен и на овие простори. Неспорно е дека со воведување на вакцинацијата како мерка за заштита на населението од заразни болести се постигнати најдобрите резултати во историјата на медицината. Искоренети се бројни заразни заболувања. Таа е најмоќното оружје на медицината во борбата против заразните болести и најголемата јавно-здравствена мерка и придобивка во медицината. Вакцинирањето ги заштитува не само вакцинираните деца, туку и сите други членови на заедницата, со што се зголемува колективниот имунитет, се намалува можната појава на болеста и се спречува ширењето на болеста. Цела плејада лекари секојдневно ги аргументираат бенефитите на вакцините, ги потенцираат научните сознанија и информации, меѓутоа, факт е дека и другата страна не само што не мирува, туку е и се погласна. Во секој случај тоа е секогаш актуелна тема и актуелно прашање. Причините за ваквата поделба во јавноста, според упатените, може да се подели во две групи:

Лошата едукација - непознавањето на основните принципи на вакцинацијата и вакцините, нивните корисни ефекти, потенцирање на некави измислени нуспојави, заблудите дека најголемиот број болести се веќе искоренети и дека детето само треба да се стекне со отпорност против бактерии и вируси...

“Теориите на заговор” според кои вакцините се голем бизнис на фармацевтските куќи и на “белата мафија” создадени само за обезбедување на што поголем профит и тоа врз здравјето на децата.

Токму од тие причини издвоен е “пакет” на најчесто поста-

вувани прашања со предложени одговори што може да се користат за олеснување на разговорите со пациенти и родители или да се внесат во информативни материјали што може да им се дадат на тие лица. Тие се извлечени и прилагодени од информативни материјали и брошури изготвени од Националниот завод за имунизација на Ирска, Детската болница на Филаделфија, САД (www.chop.edu) и Институтот за јавно здравје Велингтон-Даферин-Гелф, Канада. Подготовката за објавување на одговорите на прашањата кои

родителите најчесто ги поставуваат за и околу вакцинацијата и во Р.Македонија е реализирана во соработка со Секторот за превентивна здравствена заштита на Министерството за здравство и Канцеларијата на СЗО во Р. Македонија.

Со оглед на тоа што некои деца може да примат до 25 вакцини до двегодишната возраст и дури до пет вакцини при една посета на доктор, многу родители се прашуваат дали е безбедно на децата да им се даваат толку многу вакцини.

● Како функционираат вакцините?

Вакцините содржат или многу ослабена форма на вирусот или бактеријата што ја предизвикува болеста или мали делови од нив. Кога телото ќе ја открие состојката во вакцината, имунолошкиот систем ги создава антителата што се потребни за борба против инфекцијата и елиминирање на вирусот или бактеријата што ја предизвикува болеста.

Ако лицето подоцна дојде во контакт со вирусот или бактеријата, имунолошкиот систем ќе ги препознае и ќе го заштити лицето со создавање на потребните антитела пред да се развие болеста.

Прашањата и одговорите се извлечени и прилагодени од информативни материјали и брошури изготвени од Националниот завод за имунизација на Ирска, Детската болница на Филаделфија, САД и Институтот за јавно здравје Велингтон-Даферин-Гелф, Канада

- **Дали децата прерано примаат премногу вакцини?**

Не. Новороденчињата често се справуваат со многу предизвици за нивниот имунолошки систем истовремено. Во мајчината матка нема бактерии и вируси, така што новороденчињата веднаш се соочуваат со бројни различни предизвици за имунолошкиот систем. Од моментот на раѓањето, илјадници различни бактерии се населуваат на површината на цревата. Со брзо создавање имунолошка реакција на тие бактерии, бебињата спречуваат тие да навлезат во крвотокот и да предизвикаат сериозни болести. Впрочем, бебињата можат да реагираат на милиони различни вируси и бактерии, бидејќи имаат милијарди имунолошки клетки во своите тела. Затоа, вакцините што се даваат во првите две години од животот се само капка во океанот од она со што имунолошкиот систем на детето секојдневно се справува успешно.

Пред вакцинацијата: дали треба да го вакцинирам детето денес?

- **Што ако детето е болно?**

Постојат многу малку медицински причини за одложување на имунизацијата. Бебињата и децата што имаат мала кашлица или настинка и оние што примаат антибиотици може да се имунизираат безбедно и ефективно. Меѓутоа, ако детето има висока температура, имунизацијата треба да се одложи додека да оздрави. Ако родителите се загрижени за тоа дали детето може да се вакцинира, најдобро е да се посветуваат со доктор пред да ја одложат имунизацијата.

- **Што ако детето е родено предвремено, имало мала тежина при раѓањето или жолтица?**

Предвремено родените бебиња начелно треба да се вакцинираат вообичаено. Важно е да се заштитат предвремено родените бебиња, бидејќи тие се поподложни на одредени инфекции. Ако детето имало многу мала тежина при раѓањето, треба да се посветувате со педијатарот за нивните потреби од имунизација. Бебињата што имале жолтица по раѓањето и оние што се дојат треба да се имунизираат вообичаено.

- **Што ако детето има сериозно заболување?**

Многу е важно да се имунизираат децата со сериозни заболувања, бидејќи тие често се изложени на поголем ризик од компликации предизвикани од инфекции. Децата со стабилни невролошки заболувања, како церебрална парализа или Даунов синдром, треба да се имунизираат вообичаено.

Меѓутоа, треба да се внимава ако болеста на детето или третманот може да го ослабне неговиот имунитет. Треба внимателно да се размисли за имунизација на деца со канцер или имунодефицит и на деца што примаат лекови, коишто може да им го намалат капацитетот за борба против инфекции. Се препорачува советување со педијатарот што го води детето.

Кај децата што примиле трансфузија на крв или крвни производи треба да се одложи вакцинацијата за ММР.

- **Што ако детето има астма, егзем или ринитис?**

Децата со астма, егзем, ринитис и алергии треба да се вакцинираат, дури и ако имаат силна алергија на јајца (на при-

мер уртикарија, црвени точки што чешаат), отекување на устата или грлото, отежнато дишење, свирење во градите, низок крвен притисок и шок).

Децата што примаат стероиди преку инхалатор или крем со ниска доза на стероиди треба да се имунизираат вообичаено. Ако имате сомнежи, посветувајте се со докторот што ја дава вакцинацијата.

- **Дали детето може да ја прими вакцината ММР и други вакцини ако е алергично на јајца?**

Вакцината ММР може да се дава на деца со алергија на јајца. Само деца што добиваат алергиски шок во контакт со јајца треба да ја избегнуваат вакцината ММР. Тоа што детето не сака јајца или има дијареа или стомачни болки по јадењето јајца не е причина да се избегнува вакцината и не треба да преземате посебни мерки на претпазливост. Се препорачува консултација со докторот што ја дава вакцината.

Вакцината за грип не треба да се дава на лица со силна алергија на јајца.



- **Што ако дете има епилепсија или имало конвулзии (напади)?**

Тие деца сепак треба да се имунизираат, ако состојбата им е стабилна. Некои деца добиваат напади од висока температура или треска. Ако имаат висока температура (над 39.5°C) по вакцинацијата, дадете им парацетамол или ибупрофен. Децата со семејна историја на напади или епилепсија треба да се имунизираат вообичаено.

- **Што ако детето неодамна имало или наскоро треба да има операција?**

Не ја одложувајте имунизацијата ако вашето дете неодамна имало или наскоро треба да има операција. Операцијата не е причина за одложување на имунизацијата, ниту пак неодамнешната имунизација е причина за одложување на операција.

- **Што ако детето веќе имало болест што може да се спречи со вакцинација?**

Сепак треба да се вакцинира детето за тие болести, дури и ако тоа веќе ги прележало. Важно е да се биде заштитен од сите болести што ги покрива вакцината, дури и ако детето претходно имало некоја од тие болести. Тоа е многу важно,

бидејќи децата под две години не добиваат доволно природен имунитет по инфекција предизвикана од *Haemophilus influenzae*, менингококна или пневмококна инфекција.

● Дали детето може да се вакцинира додека е во близок контакт со бремена жена?

Да. Нема пречки да се врши рутинска имунизација на дете што е во близок контакт со бремена жена. Всушност, имунизацијата на детето ќе ја заштити мајката од контакт со болести како рубеола.

● Дали на некои деца им се потребни дополнителни вакцини?

Да. Децата на коишто им е отстранета слезината и децата што имаат цистична фиброза, имунодефицит, хронична болест на срцето, белите дробови, црниот дроб или бубрежите, српесто-клеточни заболувања или болести како дијабетес се поподложни на некои инфекции. Ако детето има хронична болест се препорачува консултација со неговиот доктор околу тоа дали треба да се вакцинира од болести како грип или хепатитис А.

Ако патуваат во странство, проверете дали детето треба да прими посебни вакцини.

Одложување на вакцинацијата

● Дали е во ред да се одложи вакцинацијата?

Не постојат докази дека има каква било корист од одложувањето на вакцинирањето. Истражување од 2010 г. покажа дека децата што подоцна ги примиле вакцините на седумгодишна до десетгодишна возраст немале подобри резултати на бихевиорални и когнитивни тестови од децата што ги примиле вакцините на време. Одложувањето на вакцините го продолжува периодот во којшто децата се изложени на ризик од болести што се спречуваат со вакцините. Некои од тие болести, како малите сипаници, пертусис (голема кашлица) и *Streptococcus pneumoniae* (што предизвикува инфекции на крвотокот, пневмонија и менингитис) се многу чести и може да имаат сериозно влијание врз малите деца. Иако распоредот за вакцинација можеби се чини обемен, тој се заснова на најдобрите достапни научни информации.

Разделувањето, одложувањето или недавањето вакцини предизвикува загриженост, бидејќи децата се подложни на болести подолг временски период. Одлуката кога детето треба да прими одредена вакцина се заснова на рамнотежа меѓу тоа кога детето е во најголем ризик од заразување со болеста и кога вакцината ќе создаде најдобра имунолошка реакција.

Најпосле, промената на распоредот за вакцинација бара дополнителни посети на лекар. Истражувањата за мерење на кортизолот, хормон што се поврзува со стресот, покажуваат дека децата не доживуваат повеќе стрес кога примаат две инјекции отколку кога примаат една. Затоа, поголемиот број посети за по една инјекција ќе значи повеќе стресни ситуации за детето. Покрај тоа, постои поголема можност од грешки при давањето на вакцината, потребно е повеќе време и патување, што може да значи и поголеми трошоци.

Аутизам

Некои родители на деца со аутизам се загрижени дека вакцините се причината. Нивната загриженост е фокусирана на вакцината за мали сипаници, рубеола и заразни заушки (ММР) и на тиомерсал, конзерванс што содржи жива што порано беше содржан во неколку вакцини.

● Дали вакцината ММР предизвикува аутизам?

Не. Во 1998 г. британскиот истражувач Ендрју Вејкфилд го покренал прашањето дека вакцината ММР може да предизвика аутизам. Во медицинското списание “Лансет” тој објави приказни за осум деца што развиле аутизам и дигестивни проблеми кратко по примањето на вакцината ММР. За да утврдат дали сомневањата на Вејкфилд се точни, други истражувачи спроведоа низа студии во коишто беа споредени стотици илјади деца што ја примиле вакцината ММР со стотици илјади кои никогаш не ја примиле вакцината. Тие открија дека ризикот од аутизам е ист во двете групи. Вакцината ММР не предизвикува аутизам. Покрај тоа, веројатноста децата со аутизам да имаат дигестивни проблеми не била поголема отколку кај другите деца.

● Дали тиомерсал предизвикува аутизам?

Не. Повеќе студии покажале дека тиомерсал во вакцините не предизвикува аутизам. Тиомерсал е конзерванс што содржи жива и што се користел во вакцините за спречување на нивна контаминација. Во 1999 г. професионалните здруженија побараа тиомерсал да биде отстранет од вакцините како мерка на претпазливост. За жал, ненадејното отстранување на тиомерсал од речиси сите, освен од некои повеќедозни препарати на вакцината за инфлуенца, исплаши некои родители. Клиничарите исто така беа збунети од препораката. По отстранувањето на тиомерсал се спроведени студии за да се утврди дали тој предизвикува аутизам. Стотици илјади деца што примиле вакцини со тиомерсал беа споредени со стотици илјади деца што ги примиле истите вакцини без тиомерсал. Резултатите се јасни: ризикот од аутизам е ист во двете групи.

Состав на вакцините

Некои родители се загрижени за некои состојки на вакцините, особено за алуминиумот, живата, желатинот и антибиотиците. Меѓутоа, родителите може да бидат уверени дека тие состојки се присутни во вакцините во многу мали количества и се неопходни.

● Зошто некои вакцини содржат жива?

Живата се содржи во некои повеќедозни препарати на вакцина за инфлуенца како конзерванс. Конзервансите спречуваат контаминација со бактерии. На почетокот на 20 век повеќето вакцини се пакуваа во садови што содржеа повеќе дози. Докторите и сестрите земаа една доза и ја враќаа вакцината во ладилник. За жал, бактерии ненамерно влегуваа во садовите и предизвикуваа апсцеси на местото на инјектирање или инфекции во крвотокот, што понекогаш беа и фатални. Конзервансите, што за прв пат се воведоа во 30 – тите години од 20 век, го решија проблемот.

Најчесто користениот конзерванс беше тиомерсал, соединение што содржи жива. Со зголемувањето на бројот на вакцини, деца примаа се повеќе тиомерсал. Кон крајот на 90 – тите години на 20 век, Американската академија за педијатрија и Службата за јавно здравје побараа живата да се отстрани од вакцините, за да може „безбедните вакцини да бидат побезбедни“. Не постоеа докази дека тиомерсал предизвикува последици, но сакаа да бидат пре-

тпазливи. За жал, нивната претпазливост ги загрижи родителите, коишто се запрашаа дали живата во вакцините предизвикува знаци на труење со жива или аутизам. За да одговорат на тие сомнежи, научниците спроведоа повеќе студии, а сите тие покажаа дека тиомерсал, во дозите што се содржат во вакцините не предизвикува последици.

Покрај тоа, со оглед на тоа што живата е елемент што постои во природата во земјината кора, воздухот, почвата и водата, сите ние сме изложени на него. Всушност, доенчињата што се хранат исклучиво со доење, внесуваат повеќе од два пати повеќе жива од количеството содржано во вакцините.

● Зошто некои вакцини содржат антибиотици?

Многу вакцини содржат траги од антибиотици или стабилизатори. Антибиотиците се користат во производството на вакцини за да се спречи ненамерно контаминирање со бактерии или габи. Траги од антибиотици се присутни во некои вакцини. Меѓутоа, антибиотиците што се содржат во вакцините (неомицин, стрептомицин или полимиксин Б) обично не се даваат на деца. Според тоа, децата со алергиски реакции на антибиотици, како пеницилин, амиксацилин, сулфа или цефалоспорици, сепак можат да примаат вакцини.

● Зошто некои вакцини содржат алуминиум?

Алуминиумот се користи во вакцините како помошна состојка. Помошните состојки ја зајакнуваат имунолошката реакција, со што се овозможува користење помали количества активна супстанција, а во некои случаи и помалку дози. Помошните состојки - поточно алуминиумови соли - за првпат беа искористени во Соединетите Американски Држави во 30-тите години од 20 век. Некои луѓе се прашуваат дали алуминиумот во вакцините е штетен. Фактите не уверуваат дека не е.

Прво, алуминиумот е присутен во животната средина; воздухот што го дишаме, водата што ја пиеме и храната што ја јадеме содржат алуминиум. Второ, количеството на алуминиум во вакцините е мало. На пример, во првите шест месеци од животот бебињата примаат околу 4 милиграма алуминиум ако ги примат сите препорачани вакцини. Меѓутоа, во истиот тој период тие ќе внесат околу 10 милиграми алуминиум ако се дојат, 40 ако се хранети со обична формула за доенчиња и дури до 120 милиграми ако се хранети со формула за доенчиња на база на соја.

● Зошто некои вакцини содржат желатин?

Желатинот се користи во некои вакцини како стабилизатор. Стабилизаторите се додаваат на вакцините за да спречат деградација на активните состојки при производството, превозот и чувањето. Желатинот, којшто се произведува од кожата и копитата на свињи, загрижува бидејќи некои луѓе (околу 1 од 2 милиони) може да имаат силна алергиска реакција на него.

Исто така, со оглед на тоа што некои религиозни групи, како Евреите, муслиманите и адвентистите од седмиот ден, следат правила за исхрана според кои производите од свињи се забранети, некои родители се загрижени за вакцините што содржат желатин. Меѓутоа, сите верски заедници ја имаат одобрено употребата на вакцините што содржат желатин од страна на своите следбеници поради неколку причини: прво,



вакцините се вбригуваат, не се внесуваат орално (освен вакцина за ротавирусот, што не содржи желатин), второ, желатинот во вакцините е во многу прочистен и хидролизиран (разложен со вода) така што неговото количество е многу помало од она што е присутно во природата. Најпосле, водачите од овие верски заедници веруваат дека користа од примањето вакцини го надминува по важност придржувањето до верските правила за исхраната.

● Зошто некои вакцини содржат формалдехид?

Формалдехидот се користи при производството на некои вакцини за инактивирање вируси (како вирусите што предизвикуваат полио и хепатитис А) или бактериски токсини (како токсини од дифтерија и тетанус). Иако формалдехидот се раствора при процесот на производство, мали количества остануваат. Со оглед на тоа што формалдехидот се поврзува со зачувувањето мртви тела, неговото присуство во вакцините навидум е несоодветно. Меѓутоа, важно е да се знае дека формалдехидот е и продукт на синтезата на протеини и на ДНК, така што вообичаено е присутен во крвотокот. Количеството формалдехид присутно во крвта е десет пати поголемо од количеството во која било вакцина.

● Дали некои вакцини се прават со клетки од фетуси?

Клетките од фетуси се користат во производството на некои вакцини: рубеола, мали сипаници, хепатит А и беснило. Фетусни клетки што се користеле за развивање на вирусите биле изолирани од два елективни абортуси извршени во Шведска и во Англија на почетокот на 60-тите години од 20 век.

Некои родители се прашуваат зошто научниците воопшто би користеле клетки од фетуси. Постојат повеќе причини за тоа. Прво, на вирусите, за разлика од бактериите, им требаат клетки за да се развијат. Второ, вирусите што го напаѓаат човекот често подобро растат во човекови клетки отколку во животински. Трето, клетките од фетус се различни

од другите видови клетки поради тоа што се речиси бесмртни, што значи дека можат да се размножат многу, многу пати пред да умрат. Другите клетки се размножуваат само ограничен број пати пред да умрат.

● Дали состојките во вакцините може да предизвикаат алергиски реакции?

Покрај желатинот, други состојки во вакцините, како протеини од јајца и антибиотици, може да предизвикаат алергиска реакција. Со оглед на тоа што вакцините за инфлуенца и жолта треска растат во јајца, конечниот производ содржи доволно протеини од јајца за да предизвика алергиска реакција, иако ретко, кај лицата што се алергични на јајца.

Антибиотиците, како неомицин, стрептомицин, полимиксин Б, хлортетрациклин и амфотерицин Б, се користат за спречување контаминација со бактерии при производството на некои вакцини. Лицата што се алергични на кој било од овие антибиотици што се користат при производство на вакцини треба да се посоветуваат со одговорниот лекар или медицински техничар пред вакцинацијата.

„Нобел“ за научниците кои го изолираа генот на биолошкиот часовник

Добитници на Нобеловата награда за физиологија и медицина годинава се Jeffrey C. Hall, Michael Rosbach и Michael W. Young за „нивното откритие на молекуларните механизми кои го контролираат циркадијалниот ритам“, соопшти во почетокот на октомври Томас Перлман, секретар на Нобеловиот совет на Каролинска институтот во Стокхолм.

Ротацијата на земјата околу својата оска предизвикува менување на денот и ноќта, а на тоа е прилагоден целокупни-

користејќи вински мушички како моделен организам, изолираше ген наречен период. Станува збор за ген кој го контролира нормалниот дневен биолошки ритам на различни клетки. Тие покажаа како тој ген го кодира протеинот кој се акумулира во клетките во текот на ноќта, а потоа се разградува во текот на денот.

Во исто време, Michael Young открил, повторно на вински мушички, ген наречен „вонвременски“ кој произведува друг протеин кој се сврзува со проте-

нарушувањето на внатрешниот биолошки часовник влијае на нас, најдобро се гледа во текот на патувањата кога се менуваат по неколку временски зони, па страдаме од „jet laga“.

Нарушувањата на 24 часовниот ритам се забележува и во периодот на менување од зимско на летно сметање на времето и обратно. Истражувањата покажуваат дека едно од три лица на Запад страда од нарушувања поврзани со ритамот.

Тројцата годинешни лауреати се од САД: Jeffrey C. Hall (72) е професор во Меин, на универзитетот Брандеис предава и Michael Rosbach (73), а Michael W. Young (68) е од универзитетот Рокфелер, Њу Јорк. Наградата ќе им биде врачена на 10 декември во Стокхолм.



от жив свет на планетата. Веќе подолго време се знае дека живите суштества, вклучително и луѓето, имаат внатрешен, биолошки часовник. Тоа е забележано уште во 1729 година од францускиот научник Jean-Jacques d'Ortous de Mairan кој забележал дека мимозата ги отвора и затвора своите листови во дневно-ноќниот ритам дури и кога е во целосна темнина. Зошто тоа е така останало непознаница се моментот кога Jeffrey Hall и Michael Rosbach,

иниот период и му помага да влезе во јадрото на клетката. Тој подоцна открил и ген наречен „двојно време“ кој го регулира биолошкиот часовник, така што клетките работат 24 часа, односно во текот на целиот ден.

Идентификуваниот код на винските мушички, внатрешниот биолошки часовник, делува по исти принципи и кај луѓето и го регулира нашето однесување, спиење, телесната температура, нивото на хормоните и ритамот. Како

СЗО Се откриваат

Потенцијално смртоносните бактерии побрзо ќе развијат резистентност на антибиотици отколку што фармацевтските куќи се во состојба да развијат нови соеви на антибиотици, предупреди Светската здравствена организација (СЗО) во извештајот за развитокот на нови антибиотици, пренесува Си-Ен-Ен кон средината на септември.

Според најновиот извештај, во фаза на испитување во моментот се околу 50 антибиотици и 11 биолошки соединенија. Меѓута, тврди СЗО, тие бројки не се доволни за да се заштитат луѓето од „приоритетните патогени“ – 12 фамилии бактерии отпорни на антибиотици кои претставуваат најголема закана за здравјето на луѓето.

Меѓу приоритетните патогени е и туберкулозата отпорна на антибиотици која, според статистиката, годишно убива околу 250.000 луѓе на сите страни на светот, како и бактериите кои

Вакцина против дејството на хероинот ?

Вакцина која го блокира ефектот на еуфорија кој го предизвикува хероинот. На ваков проект работат истражувачите од Институтот „Скрипс“ од Калифорнија, САД. Нивното откритие е единствената вакцина против опијати кое ја минало фазата на предклиничко тестирање. Научниците се надеваат дека вакцината ќе се покаже успешна во тестирањето на резус макаки мајмуни и дека потоа ќе влезе во фаза на тестирање на луѓе.

Вакцината функционира така што имунолошкиот систем на организмот го изложува на елемент од хероинската молекула, кој потоа го придвижува одбранбениот механизам, кој почнува да продуцира антитела против опијати, и што е најважно, против нивните психоактивни ефекти.

Таквите антитела ги неутрализираат молекулите на хероинот, ги блокираат на патот кон мозочните центри каде предизвикуваат ефект на еуфорија. Со блокадата на тој ефект се губи и мотивираноста за посегание по дрога, што според стручњациите, ќе ги спречи лекуваните зависници повторно да поsegнат по дрогата.

Во текот на тестирањето на резус макаки мајмуните им се дадени три дози вакцина со кои успешно ги неутрализирале ефектот од различни дози хероин. Вакцината се покажала како ефективна и до осум месеци по нејзиното аплицирање, но најефикасна е во текот на првите 30 дена.

Истражувачите се оптимисти и веруваат дека нивната вакцина ќе се покаже безбедна и за употреба кај луѓе.

Прим. д-р Лилјана Кртева
(1947-2016)

Неодамна измина една година од смртта на нашата драга колешка, пријателка и долгогодишна соработничка д-р Лилјана Кртева. Времето што изминува не ги бледнее спомените на една ретка личност, одличен лекар, во целост посветена на секој свој пациент, несебична во пренесување на своите знаења на помладите генерации.

Д-р Лилјана Кртева е родена во Скопје 1947 год. Основно училиште, како и гимназија, има завршено во Скопје како одличен ученик. На Медицинскиот факултет во Скопје дипломира како еден од најдобрите студенти во својата генерација. Уште како студент е фасцинирана од инфектологијата, посебно од инфекциите на централниот нервен систем. По дипломирањето, се вработи на Клиниката за инфективни болести и фебрилни состојби, каде што работи континуирано до нејзиното пензионирање во 2012 г. Нејзините интересирања почнуваат со инфекциите на централниот нервен систем, а продолжуваат со ангажирање околу цревните инфекции, кога доминира големата епидемија на цревен тифус на почетокот на осумдесетите години. Особено интересирање покажуваше и во решавањето на нејасните фебрилни состојби кои се предизвик, но и бараат познавање од многу гранки на медицината.

Последните години од работниот век ги посвети на проблемот на хуманата бруцелоза со сите дијагностички и терапевтски проблеми, како и многубројните клинички манифестации на болеста. Работниот век го помина и како долгогодишен асистент на Медицинскиот факултет во Скопје, при-мариус и раководител на Одделот за цревни инфекции и зоонози.

Своите знаења ги има проширено и преку стручните престои на Клиниките за заразни болести во Загреб и Лион, како и преку активното учество на многубројни конгреси и стручни состаноци. За нас, нејзините колеги, пријатели и соработници, споменот на неа е спомен на топла и посветена личност, неуморна во својата работа.

Прим. д-р Љубица Илиева

многу малку нови антибиотици

предизвикуваат смртоносни инфекции во болниците.

Од сите лекови кои се во фаза на развој, само 33 се наменети за сузбивање на приоритетните патогени, а од нив, само осум претставуваат иновација во лекувањето. Другите 25 лекови се модификации на постоечки антибиотици. Тие 25, во најдобар случај, ќе служат како времено решение затоа што се очекува дека бактериите многу бргу ќе се прилагодат и на нив.

Лекувањето на туберкулозата налага комбинација на барем три антибиотици, се потенцира во извештајот на СЗО, меѓутоа само седум нови лекови против туберкулоза се во фаза на клинички испитување. Наскоро, со сета сериозност, ќе се отвори прашањето за лекување на оваа инфекција.

СЗО е загрижена и за малкуте орални антибиотици кои се во фаза

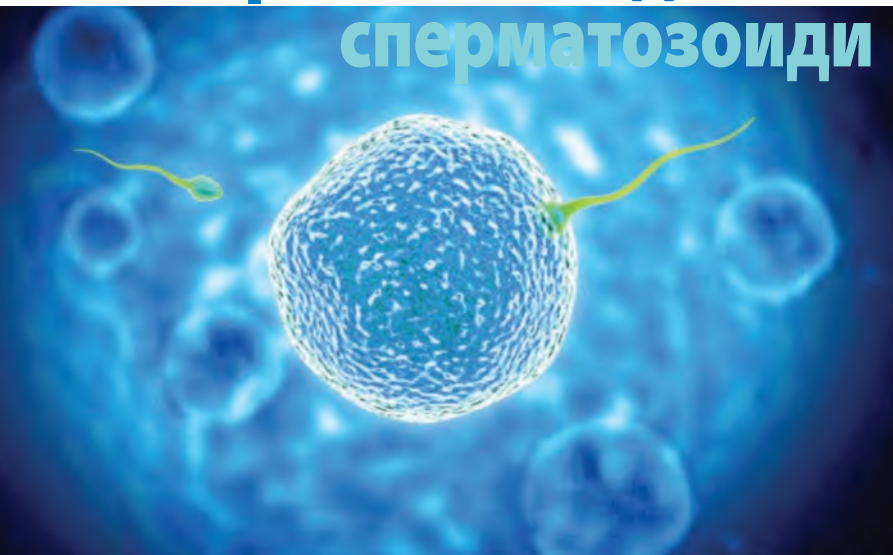
на развој, а кои се неопходни во борбата со природните патогени во државите со ниски и средни извори на приходи.

Новите лекови нема да бидат доволни за да се справат со заканата од резистентноста на антибиотици, заклучува СЗО, а епидемиолозите укажуваат дека “многу процедури и третмани во медицината зависат од нашата способност да се справиме со инфекциите кои се јавуваат во текот на терапијата”. Според нив, неспорно е дека бројот на лекови кои се во фаза на развој не е доволен. За да се одобри за употреба еден лек, мора да ги мине трите пречки - првата, втората и третата фаза од клиничкото испитување. Од формулите кои ќе влезат во таквата процедура, како што велат експертите, само 14 отсто има шанси да завршат како нови лекови за хумана употреба.

ВО ПОСЛЕДНИТЕ 50 ГОДИНИ

Алармантен пад во концентрацијата на

сперматозоиди



Бројот на сперматозоиди во ејакулатот кај мажите од Европа, Северна Америка, Нов Зеланд и Австралија се препловил во последните 40 години. Најновите наоди откриваат дека во периодот меѓу 1973 и 2011 година концентрацијата на сперматозоиди се намалувала на годишно ниво во просек за 1, 4 отсто, односно вкупниот пад е околу 52 проценти.

Според д-р Хагај Левин од Еврејскиот институт во Ерусалим, Израел, епидемиолог, резултатите се шокантни.

Тој цени дека медицинските третмани може да помогнат во ублажувањето на проблемот, но речиси ништо не е сторено проблемот од корен да се решава.

Д-р Левин предупредува дека ниската концентрација на сперматозоиди би можела да биде индикатор за се полошото здравје на машкиот дел од популацијата.

Стручњациите сметаат дека виновници за ваквата состојба најверојатно се лошата исхрана, стресот, употребата на различни хемикалии во прехранбената индустрија, начинот на живот..., Ова е типичен циновски проблем кој со години останал незабележан и запоставен“, вели Левин.

Истражувањето е објавено во списанието “Human Reproduction Update”, а е реализирано од страна на меѓународен тим на истражувачи, кои обединија 185 студии спроведени од 1973 до 2011 година во кои беа вклучени 43.000 мажи.

Податоците се презентирани во две групи. Од една страна, се т.н. западни култури - Северна Америка, Европа, Австралија и Нов Зеланд. Во втората група се мажите од другите делови на светот. Ваквата поделба е направена затоа што имало многу повеќе податоци за првата група, а тоа, според истражувачите, е причината поради која засега неможат да даваат прецизни податоци и да извлечат заклучок за мажите од втората група, односно од другите делови на светот.

Плацебо ефектот, сепак, е делотворен

Плацебо лековите се делотворни и даваат ефект. Ова го покажува истражувањето реализирано од страна на научниците од Харвард, САД и на нивните колеги од Германскиот универзитет во Базел. Тие на група пациенти со благи форми на изгореници им препишале креми, но само на дел од нив им кажале дека крематата е плацебо. Откако ја употребиле крематата, пациентите од двете групи изјавиле дека чувствуваат подобрување од неа. Тоа го кажале и покрај тоа што во крематата што ја користеле немало никаква лековита состојка. Истражувањето е спроведено на група од 160 пациенти со поблаги форми на изгореници на возраст од 18 до 65 години.

Доброволците кои биле вклучени во истражувањето потоа биле поделени во три групи: првата биле контролирана и не им бил наменет никаков облик на лекување, на втората и било речено дека ќе добие крема која ќе биде делотворна на изгореницата и дека кожата ќе им биде малку “затегната”, а на третата и е откриено - во крематата нема никаква лековита супстанција.

Научниците се обиделе на лицата од третата група во целост да им го објаснат значењето на плацебо ефектот, при што им рекле дека такви плацебо препарати често се

употребуваат за да ги ублажат симптомите на болка, астма, па дури и на депресија. Откако на сите пациенти изгорениците им се третирани со крематата, од нив се очекувало да одговорат какво е нејзиното дејство.

Пациентите од сите три групи одговориле дека крематата делувала смирувачки и им ги ублажила симптомите.

Порано спроведените истражувања на мозокот со магнетна резонанца покажале дека плацебо ефект се содава и кога станува збор за болка, иако, всушност, “се е во главата”. Кај лицата кои веруваат дека лажното лекување ќе им ја намали болката е евидентирана намалена активност во деловите на мозокот кои се поврзани со чувството на болка, утврдиле истражувачите од Принстон. Плацебото може да биде толку силно, што научниците во своите истражувања мора задолжително да вклучуваат и групи кои добиваат плацебо за да бидат сигурни дека новиот лек делува.

Околу 30 отсто од пациентите по земањето на плацебо таблета или плацебо инјекција се чувствуваат подобро. Поинаку кажано, и покрај тоа што ефектот е од психолошка природа, тој е многу вистински, истакнуваат научниците.



Микотрит clotrimazole

Посветени на женското здравје

Микотрит
1% крем

Микотрит 3
вагинален крем 2%

Микотрит 1
вагиторија 500 mg

Микотрит 3
вагитории 200 mg

Индикации

- ▶ Дерматомикози предизвикани од дерматофити, квасни габи, мувли и други видови габи, pityriasis versicolor, eritrasma.
- ▶ Кандиден вулвитис, кандиден баланитис, вагинитис предизвикан од Candida, Trichomonas и суперинфекции со бактерии чувствителни на клотримазол.

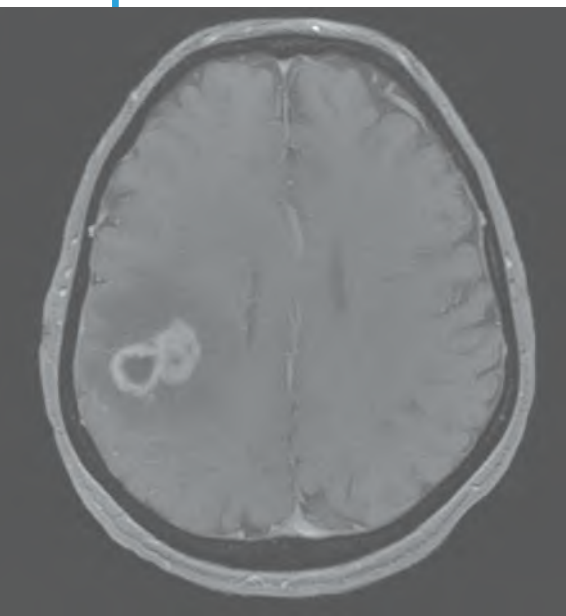
БИОНИКА
ФАРМАЦЕУТИКАЛС

Пред употреба внимателно да се прочита упатството! За индикациите, ризикот од употребата и несаканите дејства на лекот консултирајте се со Вашиот лекар или фармацевт.

КЕТОГЕНА ДИЕТА:

Го изгладнува канцерот или ги намалува шансите за преживување – МЗД преглед

Приказ на случај. В.Ш. е 68 - годишен пензионер имал чести горнореспираторни инфекции и добро контролирана хипертензија, но од пред 6 недели се јавила малаксаност, главоболка, избувливост, слабост на левите екстремитети и дисартрија заради што бил упатен кај невролог кој потврдил левострана хемипареза, а со НМР на мозокот е видена лезија десно, фронтотопариетално и наод за едем (слика 1). Бил предложен хируршки зафат и направена е радикална субтотална ресекција на лезијата. Дадена е терапија за профилакса на конвулзии. Патохистолошкиот наод идентифицирал glioblastoma multiforme (ГБМ), најагресивна форма на мозочен канцер. Спроведена е и хемо/радиотерапија и по рехабилитација од три месеци се подобрила хемипарезата, но во следните 1-2 месеци тегобите почнале да се враќаат. Бидејќи уште кога била болна сестра му, која починала од канцер на белите дробови, читал многу на интернет за кетогената диета (КГД) за третман особено на мозочен канцер, ги прашува неврологот и радиоонкологот дали тие би му ја препорачале оваа диета. Кој од подолу изнесените ставови би бил најблизок до вашиот одговор?



Слика 1: Преоперативен наод од НМР на мозокот

1 Дури и да нема јасни докази за ефикасност и иако е познато дека е тешка за спроведување, КГД не дава посериозни несакани ефекти. Треба се да се проба кај овие болни.

2 Нема докази за тоа дека е оправдана примена на КГД кај луѓе. Лицата коишто минуваат низ антиканцерски третман имаат поголема корист од нутрициска поддршка со балансирана исхрана и дополнителни калории.

Одговор: Нема докази за тоа дека е оправдана примената на КГД кај луѓе. Лицата коишто минуваат низ антиканцерски третман имаат поголема корист од нутрициска поддршка, балансирана исхрана и дополнителни калории.

Многу луѓе со канцер се самолекуваат со диети и третмани за коишто нема научни докази за корист. Меѓу нив е и т.н. кетогена диета (КГД) – опишувана како „масна“, „алтернативна“ и „опасна“. За КГД има докази за ефикасност во превенција на конвулзии кај деца со епилепсија рефракторна на вообичаена-

та терапија. Овој ефект се уште е нејасен, но тој е во основа на претпоставката дека КГД може да има терапевска примена и кај други невролошки болести, вклучувајќи го канцерот на мозокот.

КГД е исхрана со високо внесување на маснотии и малку протеини и јаглородни хидрати - 80% енергија добиена од маснотии и по 10% од протеини и од јаглородни хидрати. Во поново време се јавуваат нови форми со однос – на пример 3:1, или МСТ (medium chain triglycerides) и со тоа се подобрува нејзината одржливост, бидејќи речиси е невозможно да се применува КГД подолго време. Кај КГД вишокот на масти којшто не се користи за добивање на енергија не се складира, туку во вид на кетони (затоа се нарекува кетогена) се исфрлаат со урината и на тој начин се исфрла и вишокот на калории, што заедно со нејзиниот анорексичен и апетит-супримирачки ефект, доведува до намалување на телесната тежина.

Во основа на препораките за примена на оваа диета кај канцер е мислењето дека на канцерските клетки им е потребна глюкоза за да се одржат, а намалувајќи го внесувањето на јаглородни хидрати тие буквално се изгладнуваат до смрт. Оваа хипотеза се базира на опсервацијата Otto Warburg дека туморски клетки во култура имаат тенденција да консумираат повеќе шеќер од нормалните клетки, но не ја користат енергијата од нејзиното согорување во митохондриите, туку ја претвораат во лактат. Тој претпоставил дека канцерските клетки имаат дефект во митохондриите, но, денес знаеме дека тие имаат функционални митохондрии и на нив се потпираат за енергија во некои ситуации. Освен тоа, не сите канцери го демонстрираат овој ефект.

Претклинички студии (докази од анимални модели). Во некои анимални студии е покажана ефикасност на КГД, но таа секогаш е применувана заедно со радио - и/или хемотерапија. Abdelwahab et al., 2012 со КГД и радиотерапија постигнале ерадикација на канцерски мозочни клетки кај 9 од 11 глувци во споредба со 0 од 11 на стандардна диета. Систематичниот преглед на 6 објавени и на 10 клинички студии во тек покажал слаб квалитет на доказите затоа што КГД била применувана заедно со антиканцерски третман и поволниот ефект не можел да се препише само на диетата. Еден преглед покажал дека во 72% анимални студии имало некакви докази за антиканцерски ефект. Овие студии најчесто се изведувани на глодачи и наодите за ефикасност може да се резултат на избраниот модел, бидејќи постојат метаболички разлики коишто му дозволуваат на мозокот на стаорец да користи кетони како извор на енергија, наспроти на малигните мозочни клетки кај глувците.

Клинички студии. Публицирани се малку квалитетни клинички студии за ефикасност на КГД, најчесто се прикази на случаи (хиерархиски многу ниско МЗД ниво) и КГД е применувана во комбинација на хемо/радиотерапија, антиангиогени лекови и/или хируршки зафат. Во една рана студија на случаи, кај две девојчиња со иноперабилен астроцитом била применета МСТ КГД во текот на 1 година со што глюкозата во крвта се намалила, а кетоните се покачиле за 20-30 пати. Едната паци-

ентка имала значајно клиничко подобрување и ја продолжила диетата уште 1 година без прогресија на болеста, а другата пациентка не преживеала 12 месеци и не се спомнува многу во приказот. Во студијата ERGO, пак, е применета КГД без рестрикција на калории и бевализуман. Гликозата во крвта не се намалила, а болните имале 50% подолго време на преживување без прогресија на болеста што корелирало со уринарните кетони и постигањето на стабилна кетоза.

Многу цитиран е приказот на случај на 65-годишна жена со glioblastoma multiforme (ГБМ) дијагностициран патохистолошки по инкомплетна хируршка резекција на туморот, третирана со темозоломид, радиотерапија и КГД со рестрикција на калории - 600 kcal/ден, со што се намалила гликозата во крвта на 3.3 ммол/Л. Била најдена и генска мутација во туморот која давала зголемена сензитивност кон темозоломид. По 8 недели немало видлив тумор на НМР, заради што се зголемило внесувањето на калории. Поборниците на КГД ова го толкуваат како синергистички ефект на КГД и калориската рестрикција во намалувањето на гликозата во крвта и порастот на кетоните и со тоа антитуморскиот ефект, занемарувајќи го факторот дека по хируршката ресекција останал релативно мал тумор силно осетлив на стандардната терапија. По овој приказ, се наметнала и етичката дилема за оправданоста на рестрикцијата на калории кај пациентите со канцер (Rieger et al., 2014). Интервенција како кај овој единствен случај со којашто е успеано да се постигне ниво на гликоза во крвта од 3.3 ммол/Л е неизводлива за долгорочен менаџмент. Една германска група го испитувала ефектот на КГД кај 16 болни со разни типови напреднат канцер кај коишто биле исцрпени сите терапевтски опции. КГД не дала сериозни несакани ефекти, но испитаниците сметале дека е тешко спроведлива, особено во контекст на семејниот живот. Единствен со докази поткрепен заклучок од оваа студија е дека помалку од 50% болни можат да се придружуваат од КГД и дека таа, генерално, не дава значајни несакани ефекти.

И сите други публикувани студии се далеку од квалитетот на рандомизирана клиничка студија. Во една ретроспективна студија на 53 пациенти со ГБМ, само 6 следеле КГД во текот на стандардниот третман. Заклучокот бил дека диетата е безбедна, без сугестии за ефикасност. Во систематичен преглед од оваа година е потврдено дека диетата е безбедна и во 2 студии се сугерирало дека има антинеопластичен ефект, но крајниот заклучок е дека, сепак, доказите се ограничени и дека квалитетни студии треба да дадат одговор на уште многу прашања.

Конфузијата околу ефикасноста на КГД кај канцер се зголемува со фактот дека и научници од реномирани институции се нејзини жестоки адвокати како што е Dr. Thomas Seyfried, професор по биологија во Бостонскиот универзитет, кој оди до таму што смета дека КГД може да ја замени хемо/радиотерапијата. Но, се' што стои како доказ зад неговите ставови се опишаните прикази на случаи. Но, има и случаи кога се реагира на непоткрепените залагања за примена на КГД кај болни со канцер. Неодамна во Ирска, нивното тело за контрола на стандардите за рекламирање, заедно со Ирскиот институт за нутриција и диететика и Ирското здржение за канцер, поднело жалба против веб-страницата којашто нудела совети засновани на ставовите на нутриционистката и автор Patricia Daly во врска со КГД за болни со канцер – онлајн курсеви со цена од околу €420 месечно. Исто така, австралиската блогерка Belle Gibson се соочува со судска постапка поради „неразумно однесување по промоција на книгата во која зборува за нејзиното самоизлекување од мултипли канцери само со правилна исхрана“, за која од издавачката куќа Penguin добила A\$ 264.000 и заработила повеќе од A\$ 420.000 од нејзина продажба, пред да се открие дека никогаш немала канцер, а дека не е точно дека дала A\$ 300.000 за добротворни цели.

Јасно е дека се уште нема доволно научни докази за да се прифати КГД како третман за канцер, било сама или во комбинација со конвенционалната терапија. Многу студии покажуваат дека голем број пациенти со канцер се потхранети и онколозите се согласуваат дека рестрикцијата на калориското внесување може да биде опасно и негативно да се одрази на преживувањето. Пациентите со канцер важно е да ја одржат нормалната тежина и лицата коишто минуваат низ антиканцерски третман имаат поголема корист од дополнителни калории и нутрициска поддршка што треба да им помогне во закрепнување на телото. Единствената научнозаснована препорака којашто може да им се даде во врска со исхраната е едноставна: разновидна балансирана исхрана и физичка активност.

Литература

1. Abdelwahab, M et al. (2012). The Ketogenic Diet Is an Effective Adjuvant to Radiation Therapy for the Treatment of Malignant Glioma. PLoS ONE, 7(5), p.e36197.
2. Champ, C et al.. (2014). Targeting metabolism with a ketogenic diet during the treatment of glioblastoma multiforme. J Neurooncol, 117(1), pp.125-131.
3. De Feyter et al.. (2016). A ketogenic diet increases transport and oxidation of ketone bodies in RG2 and 9L gliomas without affecting tumor growth. Neuro-Oncology, 18(8), pp.1079-1087.
4. Klement R. et al. (2016). Anti-Tumor Effects of Ketogenic Diets in Mice: A Meta-Analysis. PLOS ONE, 11(5), p.e0155050.
5. Martin K et al. (2016). Ketogenic diet and other dietary treatments for epilepsy. Cochrane Database Syst Rev. Feb 9;2:CD001903
6. Nebeling, L et al. (1995). Effects of a ketogenic diet on tumor metabolism and nutritional status in pediatric oncology patients: two case reports. Journal of the American College of Nutrition, 14(2), pp.202-208.
7. Paoli, A. et al. (2015). Ketosis, ketogenic diet and food intake control: a complex relationship. Frontiers in Psychology, 6.
8. Rieger, J et al. (2014). ERGO: A pilot study of ketogenic diet in recurrent glioblastoma. Int J Oncol.
9. Schwartz, K et al. (2015). Treatment of glioma patients with ketogenic diets: report of two cases treated with an IRB-approved energy-restricted ketogenic diet protocol and review of the literature. Cancer Metab, 3(1).
10. Stafford, P et al. (2010). The ketogenic diet reverses gene expression patterns and reduces reactive oxygen species levels when used as an adjuvant therapy for glioma. Nutrition & Metabolism, 7(1), p.74.
11. Stupp R et al. Radiotherapy plus concomitant and adjuvant temozolomide for glioblastoma. NEJM 2005; 352: 987-96.
12. Winters SF et al. (2017). Role of ketogenic metabolic therapy in malignant glioma: A systematic review. Critical Reviews in Oncology/Hematology: 112, p. 41.
13. Woolf, E. and Scheek, A. (2014). The ketogenic diet for the treatment of malignant glioma. J. Lipid Res., 56(1), pp.5-10.
14. Zhou, W et al.. (2007). The calorically restricted ketogenic diet, an effective alternative therapy for malignant brain cancer. Nutrition and Metabolism, 4(2007), p.5.
15. Zuccoli, G et al. (2010). Metabolic management of glioblastoma multiforme using standard therapy together with a restricted ketogenic diet: Case Report. Nutrition & Metabolism, 7(1), p.33.

ОД ДРУГИОТ АГОЛ НА СИСТЕМОТ

НЕОПХОДНА Е СТРАТЕГИЈА ЗА ЗАШТИТА НА ЛИЦА СО ПСИХИЧКИ ЗАБОЛУВАЊА

Проблемите со кои се соочуваат лицата со ментални растројства, како и нивната немоќ да ги остваруваат своите права, стравот од стигматизација на нивните семејства и општествената рамнодушност да се подобри состојбата на оваа група на болни луѓе, повеќе од потребно води до усвојување на стратегија што ќе овозможи нов пристап кон оваа маргинализирана група

Психичката благосостојба е основна компонента во дефиницијата на СЗО за здравје. Менталното здравје овозможува луѓето да ги реализираат своите потенцијали, да се справат со секојдневните стресови во животот, да работат продуктивно и активно да придонесуваат за своето семејство и општество. Според СЗО, психичките заболувања се водечка причина за работна неспособност и болести кои учествуваат со најголем дел во вкупните здравствени трошоци.

Секојдневните проблеми со кои се соочуваат лицата со ментални растројства, како и нивната немоќ да ги остваруваат своите права, стравот од стигматизација на нивните семејства и општествената неангажираност (рамнодушност) да се подобри состојбата на оваа група на болни луѓе, повеќе од потребно води до усвојување на стратегија што ќе овозможи нов пристап кон оваа маргинализирана група

Секако, при изготвување на стратегијата мора да се следи медицината базирана на докази и искуствата од други земји со акцент на искуствата на земјите од нашиот регион.

Стратегијата треба да интегрира повеќе постојни насоки и проекти од Министерството за здравство, што треба да доведе до зголемување на квалитетот на услугите, поефикасно искористување на ресурсите и да биде сообразена со реалноста во Р. Македонија.

Согледувајќи ја менталната состојба во Македонија можеме да ги издвоиме следниве проблеми што го отежнуваат современиот пристап во лекувањето на болните со психички заболувања.

- Недоволен број на центри за ментално здравје.

- Минимални буџети за третман на психичките болни.

- Воведување на партиципација за болните во дневните центри.

- Многу мала достапност до посовремена терапија.

- Непридржување кон препишаната терапија.

- Високи стапки на релапси.

Одбивање на третман заради страв од стигматизација.

Во моментаов во Македонија имаме три специјализирани психијатриски болници, Клиника за психијатрија, неколку центри за ментално здравје и психијатриски одделенија во болниците. Во ваквата организациона поставеност недостасува:

1. Ефикасен систем на комуникација помеѓу болниците (размена на искуства, трансфер на знаења, искуства и пациенти, побрза тријажа на пациентите и лекување на најтешките случаи на едно место)

2. Поголема ефикасност во искористување на здравствените ресурси и оптимизирање на транспортните и другите трошоци.

3. Достапност до современа терапија која ги минимизира релапсите и ги намалува рехоспитализациите (кај млади пациенти до 35 години навременото воведување во современ третман овозможува пристоен социјален и општествен живот и намалување на трошоците за болничко лекување и стигмата на семејството. Современата депо терапија што се аплицира еднаш месечно и еднаш на три месеци, со драстично мален број на релапси овозможува реална приспособеност на болните кон секојдневните животни обврски и максимална дискреција за пациентите).

4. Зголемен обем на научната дејност во специјализираните болници, можности за супспецијализации и континуирана обука на персоналот.

5. Зголемена контрола и грижа при препишувањето на лекови и намалување на злоупотребата на лековите.

6. Воведување на таканаречена домашна клиника- патронажна служба и Е- потсетник (СМС и телефонски потсетник на хронични болни).

7. Соработка со здруженијата на пациентите на луѓе со ментални растројства.

По отпуштањето од болница потребно е воведување на систем за следење на пациентите заради зголемување на грижата за нив. Грижата за пациентите по отпуштање од болница би била поделена на два дела:

1. Домашен сервис- домашна клиника
- домашна посета,
- бесплатна телефонска линија 24/7 за совети на болните.

2. Дневен центар за ментално здравје
- лекарски преглед,
- сервис за апликација за лекови,
- центар за едукација и ресоцијализација.

Пациентите би биле во можност да одберат каков сервис им е најпотребен по излегувањето од болница. Во текот на болничкиот третман на пациентите и на нивните семејства ќе им бидат образложени двете опции. Преку овие модели за грижа за пациентите тие ќе добиваат:

посети, телефонски јавувања, едукативни брошури и совети (мотивациони за подобрување на секојдневието), потсетувачки повици и СМС пораки, консултации меѓу семејството, персоналот што се грижи за пациентот и докторот што ја препишал терапијата. Сестрите ќе бидат обучени за работа со лица со ментални растројства, посетите ќе бидат мотивирачки и охрабрувачки.

При изработката на стратегијата би требало да се тргне од следниве принципи:

1. Здравје за сите – без разлика на возраст, пол, социоекономски статус,

Проф. д-р Нина Симова

(1936-2017)

раса, етничка или социјална ориентација.

2. Медицина базирана на докази – најдобрите научни докази и практики во светот прилагодени на локалните услови.

3. Пристап по животна доба (деца, адолесценти, возрасни и пензионери).

4. Мултисекторен пристап – здравствена и социјална сужба, образование, биро за вработување, министерство за земјоделство.

5. Заштита и планирање – вклучување на луѓето со ментални растројства во планирање на идни проекти како и нивна правна заштита.

Пациентот со психички проблеми пристапува директно во дневниот центар преку закажување преку матичен лекар или директно со телефонско јавување со цел да се намали стравот од стигма.

Психијатарот прави проценка и по протокол одлучува дали пациентот треба да се транспортира во централна болница (во неговиот регион) или ќе го лекува во дневниот центар. Доколку пациентот е хоспитализиран во психијатриска болница по отпуштање од истата следењето на неговата состојба продолжува преку еден од двата модели на мониторирање на пациентите.

Состојбата со одреден број на пациенти во трите специјализирани психијатриски болници во Македонија е загрижувачка. Оставени и заборавени од семејствата ваквите пациенти овие болници ги претвораат во социјални установи за сместување на стари и изнемоштени лица од најзагрозените социјални категории. Младите пациенти (околу 500 нови пациенти годишно) за кои не е достапна современа терапија и кои имаат чести релапси на болеста и долги епизоди на болничко сместување се сместуваат во овие болници.

Заради тоа современата терапија што им овозможува на пациентите да бидат дома со своите семејства и да не бидат товар ни за семејствата ни за државата е од исклучителна важност за хуманиот третман на болните со ментални растројства.

СЕРЕНИТА - Социјален клуб за психосоцијална рехабилитација на лица со ментални растројства

Проф. д-р Нина Симова е родена на 5.9.1936 година во Белград. Основно и средно образование завршила во Скопје. Се запишува на Природно - математичкиот факултет во Скопје, на Отсекот за физика и со успех ја завршува првата година, но особениот темперамент, големата љубов кон медицината и желбата за поголеми предизвици беа поттик да ја смени одлуката за идната професија и да се запише на Медицинскиот факултет. Студиите ги започнала во 1956 година, а ги завршила во март 1962 година со среден успех 9,8. Уште во текот на студиите како натпросечно квалитетен и надежен студент беше забележана од страна на академик професор д-р Исак Таџер и поради тоа ангажирана како демонстратор за предметот патолошка физиологија. На Институтот за патолошка физиологија покрај демонстраторската работа таа започнала да работи и студентски трудови, за кои беше и наградувана. Поради високиот просек, дополнителниот ангажман како демонстратор и изработените студентски научни трудови, е прогласена за најдобар студент во својата генерација.

Во 1962 година веднаш по завршувањето на студиите се вработила како лекар на Институтот за патофизиологија.

Во 1964 година беше избрана за асистент по предметот патолошка физиологија. За доцент во 1979 година, за вонреден професор во 1984 година, а за редовен професор во 1990 година. Од 1994-1996 и од 1998-2001, до заминувањето во пензија, беше раководител на Катедрата по патолошка физиологија. Во периодот од 1996-1998 ја водеше Катедрата по нуклеарна медицина.

Во текот на својата професионална кариера оствари студиски престој во Норвешка, Холандија и Велика Британија, каде што работеше во областа на хемостазата, односно коагулацијата. Во 1975 година помина еден месец на Институтот за медицинска радиологија во Обнинск, Русија.

Во својата плодна и богата наставна дејност проф. д-р Нина Симова учествуваше во теоретската и практичната настава на студентите по медицина, стоматологија и фармација. Нејзините многу содржајни и издржани теоретски и практични часови биле со развиен осет на критично и аналитично изнесување на комплексните и сложени патофизиолошки механизми на болестите и патолошките состојби. Автор е на книгата „Тестови од патофизиологија со одговори и коментари“, напишана заедно со проф. д-р Никола Серафимов. Како коавтор, проф. д-р Нина Симова напиша значајни поглавја од општата и специјалната патофизиологија во бројните учебници. Полето на особен интерес го покажа во патофизиологијата на хемостазата, особено на проблемот на дисеминирана интраваскуларна коагулација, а во нуклеарната медицина на воведувањето на бројни нови дијагностички техники.

Како коавтор со други соработници или во самостојни трудови ги има опишано меѓу првите во Југословенската периодика нарушувањата на хемостатскиот систем при хеморагичната треска, како и првите случаи на семејната хипоконвертинемия и тромбастенијата на Glanzman.

Следејќи ги програмите на Институтот таа покажала интерес за тироидната патофизиологија и истражувачки проекти. Ги применуваше радиоактивните изотопи во експерименталната работа, што особено доаѓа до израз при нејзината работа на докторската дисертација “Фибрин деградациони продукти во хеморагичниот синдром на акутната радијациона болест”. Таа е еден од основачите и долгогодишен претседател на Здружението по нуклеарна медицина на Македонија, а беше претседател на Организациониот одбор на Првиот македонски конгрес по нуклеарна медицина во 1998 година.

Покрај совладувањето на некои методи што се од интерес за здравствената рутинска работа на Институтот во нуклеарно медицинската пракса, посебна активност пројави во работата на тироидната единица, што се гледа од бројните публикации со клиничко лабораториски, но и клиничко - истражувачки карактер. Во соработка со другите соработници ги забележа првите случаи на тироидни ензимопатии, особено малигните и аутоимунни тироидни заболувања, со осврт и на новите дијагностички тестови, како и базичните имунолошки и молекуларни откритија. Заедно со проф. д-р Никола Серафимов ја објави првата “Тироидологија” на македонски јазик, за која во 2000 година ја добија престижната награда “Гоце Делчев”.

Остана неуморна и во своите пензионерски денови. Своето огромно познавање на современите медицински достигнувања, како и извонредниот англиски јазик, го исползува во реализацијата на едно импресивно дело - преводот на Атлас и текстови за клиничка медицина од британски автори, објавен во 2010 година. Проф. д-р Нина Симова беше општествено активна уште од студентските денови. Медицинскиот факултет засекогаш ќе и остане благодарен за нејзината самопрегорна работа и посветеност.

Министерството за здравство со големи планови за 2018 година

Идната година во Србија би требало да бидат пуштени во работа шест најсовремени линеарни акцелератори, апарати за зрачење, така што веќе нема да има листи на чекање за радиотерапија, најави за српските медиуми министерот за здравство, Златибор Лончар. Работите за нивно поставување во Кладово, Ниш, Крагуевац и во Белград се веќе во тек и се очекува новите апарати за зрачење да бидат ставени во функција на почетокот од идната година.

Министерот, за октомври оваа година, најавува завршување и на тендерот за набавка на најсовремена верзија на сајбер нож за третман на тумори на градниот кош, абдоменот и 'рбетот. Тој се надева дека сите потребни активности ќе бидат завршени до идната пролет, по што на корисниците на здравствено осигурување ќе им биде овозможено современо лекување без дополнително плаќање.

Сајбер ножот чини шест милиони евра, вклучувајќи ја опремата, придружните објекти и обука на кадарот, додека акцелераторите и дополнителната опрема чинат околу 18 милиони долари. При купувањето на новата опрема, за министерот е важно само едно правило – цената мора да биде најниско можна во тој момент во Европа.

Министерот Лончар нагласува дека за здравството е многу важно да се знае за секој динар каде оди и за што се троши. Заради тоа, неодамна во Србија е формирана Комисија за борба против корупција, на чело со Весна Димитриевиќ. Лончар истакнува дека тоа е она што е ветоно – борба за нулта толеранција во здравството, бидејќи Комисијата има задача да истражи каков било сомнеж или неправилност во работењето. Според неговото објаснување, Комисијата ќе испитува дали се регуларни листите на чекање, дали некој барал мито за побрзо да дојде на ред за операција или пак дали некој набавувал поскапа опрема. [ver/Getty Images/Thinkstock](https://www.gettyimages.com)

До крајот на годината министерот најавува вработување на над 1.000 здравствени работници, како и покачување на платите, за што следуваат разговори со ММФ. Тој вели дека ќе биде пресметано колку пари има и ќе биде одредено колку може да се зголемат платите, без да прецизира колку проценти би можело да изнесува зголемувањето.

Освен тоа, министерот потенцира и дека константно се работи на воведување на иновативни лекови на позитивната листа на лекови, како и дека и во идниот период ќе продолжи инсистирањето на превентивни прегледи односно задолжителен скрининг на рак на дојка, на грло на матка, на дебело црево, на бели дробови, како и дијабетес тип 2 и депресија.

На Министерството за здравство конечно му успеа „Торлак“ да најде стратешки пратнер и да остане српски бренд со перспектива за освојување на нови пазари за српските вакцини.



Лекарите заминуваат -

Здравствениот систем во Црна Гора, што според некои анализи е рангиран меѓу најлошите во Европа, во последните години се соочува со досега најголемиот предизвик - се поголем број лекари си одат од јавното здравство. Искуските доктори се повеќе се определуваат за приватниот сектор или од време на време одат на крузери, додека младите со диплома, работа главно бараат во странство.

Според податоците од Синдикатот на доктори на медицина, јавните здравствени установи последните неколку години ги напуштиле повеќе од 60 доктори. Од 1912 година, досега, најмногу лекари заминале од клиничкиот центар во Црна Гора - 40 вкупно. Од болницата во Никшиќ, пак, заминале четворица лекари, додека по инцидентот со инфекции на бебињата во општата болница во Бјело Поље, од некогашните 30, во оваа здравствена установа, останале само половината специјалисти.

“Кога би функционирала Лекарската комора ќе имавме увид, не само за бројот на лекари, кои се иселиле од земјата, туку би ги дознале и нивните мотиви за тоа, степенот на образование, вештините кои ги владеат и уште многу други важни информации, кои би ни биле од полза во обидите да ги задржиме”, вели претседателот на Лекарската комора, Александар Мугоша. Според него, во моментот кога ќе ги нема административните пречки за вработување на црногорските лекари во во развините западноевропски земји, ќе се

Болниците „принудно“ го кршат Законот за работа

Лекарите и медицинските техничари месечно работат многу повеќе од дозозените прекувремени часови, поради што им се закануваат казни

Поради недостиг од медицински кадар, а во услови кога се должни да обезбедат здравствена заштита во секој момент, речиси сите лекари во Хрватска работат прекувремено. Истовремено, ако работат премногу, согласно Законот за работа, можат да бидат казнети, пишуваат хрватските медиуми.

Работата на медицинскиот кадар ангажиран во операционите сали често го надминува траењето на работното време. Законот за работа дозволува над 180 часови на годишно ниво, но неретко се случува месечно да се достигнат до осумдесет, па дури и до стотина часови прекувремено. Според Законот за работа, тоа е противзаконско, поради што некои лекари се казнуваат.

Во вакви услови, сите државни болници кршат некој член од Колективниот договор, наведуваат од Хрватското здруже-

ние на болнички лекари, додавајќи дека лекарите работат повеќе од 16 прекувремени часови месечно, а исто така работат во противзаконски смени од 24-часовни дежурства.

Директорите на клиничките болници секој месец добиваат долги листи со попис од вработени кои имаат најмногу прекувремени работни часови. Како карактеристичен пример се наведуваат некои хирурзи од трауматологија, кои имаат и над 300 часови прекувремено. Образложението е дека се работи за јули, кога освен дежурствата, лекарите кои се на работа ги покриваат и одморите и боледувањата на отсутните. Или, генерално, го покриваат недостигот од лекари со кој Хрватска се бори години наназад.

Министерот за здравство, Милан Кујунџиќ, кој и покрај тоа што е на чело на Министерството за здравство, и натаму оперира итни случаи на Клиничката болница „Дубрава“, вели дека нема никаква смисла некој да се казнува поради тоа што работел. Министерот смета дека треба да направат одредени измени во Законот за работа и во Законот за здравствена заштита, а хрватските медиуми пренесуваат дека во Министерството веќе се работи на тоа.

Здравството на апарати

соочиме со многу сериозен проблем, односно ќе останеме без голем број, главно, млади лекари.

Министерството за здравство на Црна Гора, во обид да ја смири состојбата, во текот на летото за еден од медумите соопшти дека не може да се говори за масовно заминување на докторите, потенцирајќи дека повеќе од 400 лекари се на специјализација и дека од следната година почнуваат да се враќаат во системот. Синикатот, пак, предупредува дека е прашање колку од нив ќе се вратат во Црна Гора и во јавното здравство. Тие предупредуваат дека, според нивните податоци, барем едена третина од овие млади специјализанти, тоа го немаат во своите планови.

Од Лекарската комора укажуваат дека на младите доктори кои ќе дојдат од специјализација им е потребен дополнителен период за професионално да стасат, да го стекнат потребното искуство и да можат да бидат во состојба да ги вршат најодговорните работи и да ги лекуваат најтешките пациенти.

„Во Црна Гора, дотогаш веројатно, ќе продолжи трендот на ангажирање непроверени лекари од опкружувањето, кои за својата работа во Црна Гора ќе бидат повеќекратно подобро платени од нивните црногорски колеги и, што е најважно, ќе работат со многу помала одговорност“, потенцира Мугоша.

ЦРНА ГОРА



Познато е дека црногорските најдобри хирурзи имаат плата од околу илјада евра, а белградски хирург, кој бил ангажиран од клиничкиот центар на Црна Гора имал хонорар од околу 180.000 евра, годишно

МУЛТИПЛА СКЛЕРОЗА КАКО МЕДИЦИНСКИ ПРЕДИЗВИК

Новите терапевтски цели и опции се неопходност во третманот на МС

МС е водечка причина за нетрауматска инвалидност кај млади лица, а моментално во Македонија живеат околу 1.200 до 1.300 лица со оваа дијагноза, но нивниот број од година в година е во пораст



Дијагностички и терапевтски предизвици, новите потенцијални терапевтски цели, улогата на Б клетката во патофизиологијата на мултипла склероза и нови потенцијални терапевтски опции за пациентите со оваа дијагноза. Ова беа темите на едукативниот регионален состанок што се одржа на 28 септември во Скопје, а на кој учествуваа еминентни стручњаци од земјава и странство, како и лекари и здравствени работници од институциите во Р. Македонија и регионот во кои се третираат пациентите со ова заболување. МС е од групата на демиелинизирачки болести и претставува имунолошки посредувана инфламаторна и дегенеративна болест на централниот нервен систем, која е карактеризирана со инфламација, демиелинизација и примарна или секундарна аксонска дегенерација.

Според д-р Игор Кузмановски, специјалист - невролог, од Универзитетска клиника за неврологија во Скопје, МС е водечка причина за нетрауматска инвалидност кај млади лица. Најчесто се дијагностицира кај лица на возраст од 20 до 40 години и е двојно почеста кај жени наспроти мажи. Тој истакна дека повеќе од 2,3 милиони или едно од 3.000 лица во светот живеат со мултипла склероза, а преваленцата е најголема во земјите кои се најдалеку од екваторот. Македонија се наоѓа во зона на среден ризик и секоја година се дијагностицираат околу 60-80 нови лица со МС. Моментално во Македонија живеат околу 1.200 до 1.300 лица со оваа дијагноза, но нивниот број од година во година е во пораст.

“Третманските цели за МС се променети и денес евидентна е потребата за одредување на нивото на активност на

болеста како нова терапевтска цел преку воведување на NEDA, NEPAD во редовната клиничка практика”, истакна проф. д-р Јелена Друловиќ од Клиниката за неврологија во Белград, Србија. Во оваа насока и гледиштето на проф. д-р Енра Мехмедика Сулиќ од Универзитетскиот клинички центар во Сараево според која мултипла склерозата “се карактеризира со зголемена пермеабилност на крвно-мозочната бариера, кое овозможува инфилтрирање на имунолошките клетки како макрофаги, Т и Б клетки во централниот нервен систем. Последните научни истражувања потврдија дека Б и Т клетките, како и интеракциите помеѓу нив, играат клучна улога и таргетирањето на CD20+ Б клетки претставува нов потенцијален пристап во третман на мултипла склероза”.

“Клиничките студии со хуманизираното моноклонално анти-CD20 антитело, ocrelizumab кај двете форми на МС покажаа значајно намалување на бројот на релапси, успорување на прогресијата на болеста и добар безбедносен профил.” изјави сци. д-р Роберт Кухељ од Hoffmann-La Roche Базел, Шварцарија во своето едукативно излагање. „За дел од пациентите со МС, ocrelizumab ќе биде од голема корист во намалување на товарот кој го носи мултипла склероза“, истакна тој. Според најавите овој лек треба да биде регистриран во текот на наредната година и во Р. Македонија.

Мултиплата склероза обично се смета за една болест, но текот и симптомите варираат: слабост во рацете или нозете; сензорни нарушувања како вкочанетост, пецкање и болка; проблеми со рамнотежа и недостиг на координација; замор; депресија; когнитивни нарушувања и проблеми со видот вклучувајќи заматен вид или диплопија.

„Врз основа на клиничките критериуми, фреквенцијата на релапси, прогресијата на болеста и инвалидноста се разликуваат неколку форми. Најчестата е релапсната-ремитентна (кај околу 85% од пациентите) која се карактеризира со релапси и прогресија на инвалидноста. Обично по околу десетина години, релапсната-ремитентна форма преминува во секундарно прогресивна со или без појава на релапси. Околу 10-15% од сите пациенти имаат примарно прогресивна мултипла склероза која се отсликува со континуирана прогресија на болеста од самиот почеток“, вели доц. д-р Тереза Габелиќ, специјалист - невролог од Универзитетската болница во Загреб.

“Докторите ја знаат болеста, а фармацевтските компании го знаат лекот, но никој не го знае подобро влијанието на болеста врз секојдневниот живот од самиот пациент. Затоа е од непроценлива важност да бидеме вклучени во одлуките за терапевтските опции и нега за пациентите” изјави г.Борче Стојков, член на Националниот сојуз на Македонија “Мобилност”, кој истакна дека организациите на пациентите можат да направат вистински промени единствено во соработка и партнерство со што поголем број чинители во здравството.

Третманот на мултипла склероза во Македонија генерално се одвива на Универзитетска клиника за неврологија со лекови кои ја модифицираат болеста (англиски DMT - Disease modifying therapy). Одобрени се и се користат неколку различни групи на лекови, со различна ефикасност и безбедност, различен начин на администрација и механизам на дејство. „Моменталните третмански цели се намалување (контрола) на активноста на болеста преку превенција на релапсите, превенција на акумулација на инвалидност, намалување на интензитет на симптоми и оптимизација на квалитетот на живот. Но, и покрај напредокот и воведувањето на современа терапија на нашата клиника, сè уште постојат незадоволени медицински потреби за пациентите со мултипла склероза, особено за оние со активна болеста и брза прогресија“, објаснува прим. д-р Татјана Бошкова - Петковска. Според неа, голем број пациенти се уште имаат активна болест и релапси и покрај активниот третман со лекови, неопходен е баланс меѓу ефикасноста и безбедноста на лековите поради можна појава на несакани реакции поврзани со лекот, а, како што рече таа, останувањето на терапија подолг временски период (колку што е потребно) некогаш претставува голем предизвик за пациентите.

Vox medici

НА УНИВЕРЗИТЕТОТ СУН ЈАТСЕН“, КИНА

Прва ДНК операција на ембриони

За да се елиминираат некои заболувања направена е првата хемиска операција на човечки ембрион. Истражувачко-научениот тим на Универзитетот од „Сун Јатсен“, Кина применил техника на базно уредување на ДНК за да ја коригираат грешката во неколкуте милијарди “знаци” на човечкиот генетски код. Според изјавата на кинеските истражувачи за Би- Би-Си, на тој начин тие ги измениле лабораториски одгледаните ембриони за да ја елиминираат бета-таласемијата, специфично заболување на крвните садови.

Со ваквата метода, како што тврдат научниците, во иднина би можело да се третираат наследните болести. Со базното уредување, всушност, се менуваат основните материјални делови на ДНК, односно на нејзините четири бази: аденин, цитозин, гуанин и тимин, кои се означуваат со нивните почетни букви како А, Ц, Г и Т. Во комбинациите на овие четири нуклеобазы се запишани сите инструкции за развој и функционирање на човечкото тело.

Бета-таласемијата е потенцијално животено-загрозувачко заболување предизвикано од промените во една од нуклеобазите на генетскиот код, попозната како генетска мутација.

Кинескиот истражувачки тим го преуредил генетскиот код и направил мутација. Пред зафатот тие ја скенирале ДНК, ја детектирале грешката и го корегирале Г во А. Еден од истражувачите во изјавата за Би – Би –Си објасни дека ова е првпат да се демонстрира можност за излекување на генетски болести кај човеков ембрион со помош на уредување. Студијата отвора целосно нови начини за лекување на пациентите и за спречување, односно елиминирање на вродена таласемија или некоја друга наследна болест.

Уредувањето на нуклеобазата е напредна форма на генетско уредување кое е познато како „Crispr“ и со него веќе е направена мала револуција во науката. Со генетското уредување се разбира структурата на ДНК, а во моментот кога телото ќе се обиде да го елиминира “дефектот”, практично декатирвира дел од инструкциите, познати како ген. Во тој момент, се создава можност да се уфрли новата генетска инструкција.



ТАНЦУВАЊЕТО МОЖЕ ДА ГО ПОПРАВИ СТАРЕЕЊЕТО НА МОЗОЧНОТО ТКИВО

Физичката активност има спротивен ефект од стареењето, особено во хипокампалниот дел на мозокот. Хипокампусот го контролира памтењето, учењето како и рамнотежата. Нова студија ги споредува ефектите врз стареењето на два типа вежбање, танцување и физички тренинг, кај постари волонтери во период од 18 месеци, и докажува дека и двата вида вежбања имаат позитивен ефект кон стареењето на мозочното ткиво, но само танцувањето доведува до значителна разлика во однесувањето. Оваа разлика најверојатно се должи на дополнителниот предизвик на учења на танцовачки рутини.

Во оваа германска студија од Магдебург, постари доброволци, на средна возраст од 68 години, биле поделени во две групи и посетувале 18-месечен курс еднаш неделно по танцување или, пак, физички тренинг. Двата вида физичко вежбање се разликувале во начинот на стимулација при вежбањето: традиционалната програма на физичка подготвеност (како на пр. нордиско одевење или возење велосипед) вклучува репетитивни активности, додека групата со танцување морала да учи нов танец секоја недела (на пр. цез, класичен танец, латиноамерикански танци и сл.). Танцовачките чекори, движењата на рацете, формациите, брзината и ритмот биле менувани секоја втора недела за да се одржува постојаниот процес на учење. Од учесниците се барало да ја меморизираат танцовачката рутина без да бидат потсетувани од инструкторот. Иако и двете групи имале зголемување на волуменот на хипокампусот, танцовачката група имала значително подобро координирација.

Frontiers in Human Neuroscience, 2017; 11 DOI: 10.3389/fnhum.2017.00305.

СРЦЕВИТЕ ХОРМОНИ ШТИТАТ ОД ДЕБЕЛИНА И ИНСУЛИНСКА РЕЗИСТЕНЦИЈА

Зголемена активност на натриуретичниот пептид (НП) во масното ткиво штити од дебелина и инсулинска резистенција. Зголемување на НП активност може да има голема улога во борбата против метаболичниот синдром.

Со години се знае дека НП го контроли-

ра крвниот притисок и промовира конверзија на енергија потребна за стортирање на “лошата” бела маснотија и горење на “добрата” кафеава маснотија. Наодите од оваа најнова студија укажуваат на дополнителни својства на НП во регулирањето на метаболизмот и зголемувањето на отпорноста од сериозните ефекти на висококалоричната исхрана.

Создаден во срцето, атријалниот и Б-типот натриуретичните пептиди се хормони што првично се мислело дека ги регулираат солите и водата во контролата на крвниот притисок. Овие пептиди ги трансмитираат своите сигнали преку натриуретичен пептид рецептор А (NPRA), додека натриуретичниот пептид рецептор С (NPRC) го отстранува НП од крвната циркулација.

Иако оваа студија е направена на генетско модифицирани глувци, со отстранети NPRC рецептори, резултатите имаат директна практична примена за многу пациенти со метаболен синдром. Имено, иако елиминирањето на NPRC рецепторите во мускулното ткиво не дава заштита од висококалорична диета, елиминирањето на овој рецептор ја подобрува сензитивноста кон инсулинот, превенира дебелина и го зголемува внесот на шеќер во метаболизмот кој го зголемува кафеавото масно ткиво. Исто така, елиминирањето на овој рецептор придонесува за помала инфламација во ткивата. Ова истражување е во согласност со наодите кај слаби луѓе кои имаат покачена концентрација на НП во нивната крв.

Science Signaling, 2017; 10 (489): eaam6870 DOI: 10.1126/scisignal.aam6870

МАЈКИТЕ СО ПРЕЕКЛАМПСИЈА МОЖЕ ДА ИМААТ ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМИ ВО ПОДОЦНЕЖНИОТ ЖИВОТ

Неодамнешна студија укажува дека состојбата којашто го загрозува животот на некои бременни жени и нивните фетуси, може да продолжи да го загрозува животот на мајките и во нивниот подоцнежн живот. Оваа студија од Мауо клиниката, исто така, потврдува дека жените со историја на прееклампсија имаат зголемена инциденца на атеросклероза и по повеќе децении од нивната последна бременост.

Прееклампсија, состојба при којашто бремените жени имаат покачен крвен притисок, обично се манифестира во 20-тата недела од бременоста и може да се појави одеднаш, или, пак, да се развие

пополека. Компликациите ги опфаќаат и мајките и фетусот и се појавуваат кај 2-7% од сите бремености. Резултатите на оваа студија укажуваат дека компликациите не еклампсијата траат и по раѓањето на бебето. Овие резултати може да се применат и во раната интервенција за превенција на кардиоваскуларни заболувања кај овие жени.

Mayo Clinic Proceedings, August 2017 DOI: 10.1016/j.mayocp.2017.05.030.

МИЛИОНИ НОВИ ГЕНЕТСКИ ВАРИАЦИИ КАЈ 1.000 ЖИТЕЛИ НА ШВЕДСКА

Со цел да се направи детална мапа на генетските варијации присутни во популацијата на Шведска, над 33 милиони генетски варијации се нотирали од кои 10 милиони се нови генетски варијации. Во овој голем проект, DNA секвенцирање е користено да се документира целокупниот геном на 1.000 жители кои живееле во различни делови на земјата. Целта на проектот е да се евидентираат генетските варијанти и да се пронајде потенцијалната порвзаност помеѓу овие генетски варијации и различни заболувања, како и да се утврди нивната застапеност во здравата популација. Најголем број на овие нови генетски модификации се со ниска фреквенција и бараат дополнителни испитувања за да се потврди нивната порвзаност со низа генетски заболувања.

European Journal of Human Genetics, 2017; DOI: 10.1038/ejhg.2017.130

ПАНКРЕАСОТ ГО ИМА КЛУЧОТ ЗА ЛЕКУВАЊЕ НА МОЗОЧНИ ЗАБОЛУВАЊА?

Мозочните функции се засноваат на функционирањето на неуралната мрежа составена од неурити обврени со миелин. Демиелинизацијата е присутна кај неколку заболувања, како на пр. мултипла склероза, и резултира со низа невролошки испати. Студија на Универзитетот во Осака презентира наоди дека fibroblast growth factor (FGF) 21 промовира ремиелинизација кај лабораториски глувци и може да биде клучен молекул во лекувањето на демиелинизирачки невролошки заболувања.

При нормалниот развој, прекурсорот на олигодендритичните клетки (ПОК) се диференцира во олигодендроцити кои се неопходни за миелинизација на неуритите. Иако, ПОК пролиферира околу местото на демиелинизација, самиот молекуларен процес не е доволно јасен. Со нару-

шувањето на васкуларната бариера и структурата на миелин преку впрскување на Lysophosphatidylcholine (LPC) кај лабораториски глумци, научниците ги испитале циркулирачките фактори што ја промовираат ПОК пролиферацијата и го имаат идентифицирано FGF21 како можен кандидат.

FGF21 е секретирани од панкреасот. Глумците третирани со LPC имале повишено ниво на FGF21 околу демиелинизирани лезии и тие предизвикале ремиелинизација на невротичните процеси. Ова не било случај со мутантните глумци кои немале FGF21. Останатите глумци кои имале директна администрација на FGF21 во пределот на демиелинизацијата предизвикана од страна на LPC инјекција, исто така покажале знаци на ремиелинизација и подобрување на нивната невролошка функција. Овие резултати говорат за терапевтискиот потенцијал на FGF21 во лекувањето на демиелинизирани невролошки заболувања.

Journal of Clinical Investigation, 2017; DOI: 10.1172/JCI94337

ВИДЕО ИГРИТЕ СЕ КОРИСНИ ЗА ОПЕРАТОРИТЕ НА БЕЗПИЛОТНИ ЛЕТАЛА?

Интересна студија од Универзитетот во Ливерпул ја потврдува корисноста на видео игрите (ИВИ) за оператори на безпилотни летала. Автоматизацијата на авионскиот превоз претрпе големи промени во изминатите 40 години, безпилотните летала (БПЛ) сè повеќе се применувани во авијацијата, има дефицит на квалификувани БПЛ пилоти. Оваа студија е базирана на вкупно 60 учесници кои биле поделени во 3 групи на оператори: ИВИ, приватни пилоти и професионални пилоти. Сите учествувале во симулиран цивилен товарен лет за да се оцени нивното ниво на точност, прецизност и процена. Сите учесници морале да направат 21 одлуки, кои имале 3 степен на ризичност.

Како што опасноста се зголемувала, нивото на одлучност, точност и корелацијата помеѓу точноста на одлуката и нивото на сигурноста на одлуката се намалувале. Исто така, опасноста на одлуката влијаела врз сигурноста со која учесниците се определувале како да интервенираат или, пак, да се потпрат на автоматизација, со тоа што сигурноста на одлуката се намалувала кога операторот се определил да интервенира. Од трите групи, професионалните пилоти и ИВИ имале најголема самоверба при донесу-

вање на одлуки за интервенција, а ИВИ покажале најголем степен на одлучност кога носеле одлуки при опасни ситуации. Ова укажува дека ИВИ имаат голем потенцијал да бидат добар “извор” на оператори на безпилотни летала.

Cogent Psychology, 2017; 4 (1) DOI: 10.1080/23311908.2017.1327628

ЗОШТО ПАЦИЕНТИТЕ СО ХЕРПЕС ЧУВСТВУВААТ БОЛКА?

Варичелата е типична детска болест. Во најголем борј на случаи, оваа болест е бенигна, а симптомите исчезнуваат за 10-тина дена. Но, нејзиниот причинител, Varicella zoster virus, останува во организмот засекогаш и вирусот може да биде реактивиран години подоцна, предизвикувајќи сосема друго заболување - herpes zoster.

Еден од најнепријатните симптоми на herpes zoster е неуралгија или константна, инетзивна болка која претежно ги зафаќа нервите околу градниот кош или пак вратот, тригеминалниот нерв на лицето или пак долниот предел на грбот. Болката може да биде проследена со парестезии, чувство на горење или пак ладно, отсуство на чувства и сл.. Не ретко е придружена и со болна кожна иритација и осип.

Имунолошките механизми кои се предизвикани од реактивираниот причинител и го менуваат начинот на кој сензорните неврони оперираат и резултираат со херпетична невралгија се предмет на истражување на научниците од Универзитетот во Сан Паоло, Бразил. Разбирањето на овој механизам може да го открие и начинот на кој може да се лекува акутната болка и таа да се превенира да не прогресира во хронична болка, таканаречената постхерпетична невралгија.

Лекувањето на херпетичната невралгија засега е базирано на примена на анти-инфламаторни кортикостероиди кои ги елиминираат симптомите. Со оглед дека кортикостероидите се исто и имunosупресанти, нивната примена има и додатни последици, како што е оштетувањето на контролата на инфекцијата. Применувајќи животински модел, научниците имаат направено генетски модифициран лабораторски глумец. Резултатите на ова истражување укажуваат дека терапиите што ја блокираат активноста на еден инфламаторен медијатор наречен TNF (tumor necrosis factor) може да бидат полезни во лекувањето на болката кај оваа група на болни. TNF е цитокин што се врзува за TNF ресептор тип 1 протеин (TNFR1) на мембраната на сателитските клетки, глијалните клетки што продуцираат калиум за околните неврони.

TNFR1 активацијата од страна на цитокининот ја редуцира количината на Kir4.1, протеин што делува како канал за калиумовите јони да бидат внесени во сателитските клетки. Кога невронот е деполаризиран, калиумот патува од интрацелуларниот кон екстрацелуларниот медиум и, со цел да се одржи хемискиот баланс, вишокот на калиум мора да влезе во сателитските клетки преку Kir4.1 каналите. Со оглед дека овој процес кај болните со herpes zoster е проследен со зголемување на калиумот околу невроните, тие стануваат почувствителни на кој било вид стимул. Затоа и се појавува спонтан болка. Ова говори дека болката настанува и без присуство на дразба, и е резултат на нарушените клеточни карактеристики.

The Journal of Neuroscience, 2017; 37 (27): 6408 DOI: 10.1523/JNEUROSCI.12233-16.2017

ХОЛЕСТЕРОЛНИТЕ КРИСТАЛИ СЕ СИГУРЕН ПРИДРУЖЕН ЗНАК НА СРЦЕВ УДАР

Студија на 240 пациенти од ургентна медицина укажува на улогата којашто холестеролот во кристализирана состојба ја има за време на срцевиот удар. Овие резултати се базирани на анализа на материјалот добиен при опструкција на коронарните артерии кај болни кои штотуку имале срцев удар - 89% од нив имале зголемена количина на кристализирани структури, кои се наречени холестеролни кристали. Овие кристали потекнуваат од плаките што се формираат во срцето и обично се составени од маснотии и калциум, што ја претставуваат базата на атеросклерозата. Непосредно по срцев удар во плаките се депонираат и кристали на холестеролот, а тие придонесуваат за срцевите крвни садови да се оштетат и да го блокираат крвниот проток, што доведува до срцев инфаркт или, пак, мозочен удар. Овие резултати говорат за неопходноста за намалување на крвниот холестерол или преку здрава диета, вежби или, пак, примена на статините во лекувањето на хиперхолестеролемијата, со цел да се превенира формирањето на холестеролните кристали.

American Journal of Cardiology, August 2017 DOI: 10.1016/j.amjcard.2017.07.075

Изборот го направи

д-р Елизабета Б. Мукаетова-Ладинска

30. БАЛКАНСКО ПРВЕНСТВО ЗА ДОКТОРИ ВО ТЕНИС, АЛБЕНА, БУГАРИЈА (3 - 9. 9. 2017 Г.)

Награди за "Тениските легенди на Балканското медицинско тениско друштво"



Македонскиот тим по свеченото отворање на првенството

На јубилејното 30-то Балканско првенство за доктори во тенис по дваесет и петти пат учествуваше и тимот од Македонија, составен од 6 доктори, една докторка и 8 придружни членови, од кои тројца играа во категорија на мешани двојки, односно во единствената категорија во која членовите на докторските семејства имаат право да се натпреваруваат. По повод двата јубилеја, 30. првенство и дваесет и петтото учество по ред на Македонија, се потсетивме на Пловдив 1993 година, кога бевме примени како петта членка во Балканското медицинско тениско друштво. Од тогаш до денес, уште пет пати балканското првенство се одржа во Бугарија, Пловдив 1997, Сончев Брег 2002 и 2007, Дуни 2012 и сега Албена 2017 година. Турнирот се одржа во ексклузивниот хотелски резорт, на самиот брег од Црното Море во познатиот Албена тениски клуб, на

Се забележува недостаток на ентузијазам кај помладите доктори да ја преземат иницијативата и да ја продолжат оваа благородна мисија, а ваквиот проблем е особено изразен во нашиот тим

Следното, 31. Балканско првенство за доктори во тенис ќе се одржи во Македонија, во опција се Охрид и Скопје

10 земјани терени. Учествуваа 48 играчи и придружни лица од Турција, најмалку 50 од земјата домаќин и околу 25 од Романија. За жал, втор пат по ред, откажа тимот на Грција, поради внатрешни проблеми во нивната тениска асоцијација, односно поради тоа што никој не се јавува да го наследи досегашниот претседател, д-р Димитрис Канцавелос, кој се ближи до 80 годишна возраст, а минатата година си поднесе оставка.

Инаку, се забележува недостаток на ентузијазам кај помладите доктори да ја преземат иницијативата и да ја продолжат оваа благородна мисија. Особено тој проблем е изразен во нашиот тим, каде што со години на Балканските првенства кои се организираат во странство, недостасуваат помлади доктори. Како пример, во Опен категорија, каде што играат доктори помлади од 40 години, имаше само 7 пријавени (ниту еден од Македонија), а во категорија за над 60 години учествуваа 21 играч (тројца од Македонија).

Во ваква силна конкуренција, малата екипа од Македонија, традиционално повторно се прослави само во категоријата мешани двојки, каде што партнерите се од различни земји. Така, првото место му припадна на д-р

Добитниците на наградата „Тениски легенди“: од лево на десно д-р Емануел Јорданов, д-р Дору Филипеску, д-р Никола Пановски, д-р Јоана Шервазе, д-р Атанас Михов и д-р Кориј Гурбу



Миодраг Милутиновиќ, со партнерка од Бугарија, а второто место го освои Горјан Милановски, студент по медицина, син на д-р Љупчо Милановски. Неговата партнерка беше докторка од Турција. Инаку, тешки победи во три сета, во првото коло во поединечна конкуренција остварија д-р Љупчо Милановски и д-р Мирослав Гроздановски, и двајцата во категорија 50+. Другите загубија во првото коло.

Севкупен победник, или освојувач на Националниот куп во Албена, со многу тесна разлика, го освои тимот на Бугарија, пред бранителот на титулата Турција.

Традиционално, по повод јубилејот, на свечената церемонија на доделување на наградите, беа поделени и шест награди, таканаречени „Тениски легенди на Балканското медицинско тениско друштво“, на ентузијастички кои во последните три децении се вложија во одржување на оваа традиција, а истовремено и постигнаа забележителни резултати во натпреварите. Еден од добитниците беше и авторот на овој текст. Две од шесте награди беа доделени постхумно на д-р Нанчо Табаков од Бугарија и на д-р Шербан Маринеску од Романија.

Првенството беше одлично организирано, во ексклузивен хотел со одлична услуга, со прекрасна околина, со мноштво тениски терени. Времето беше топло и пријатно.

Следното, 31. Балаканско првенство за доктори во тенис ќе се одржи во Македонија, во опција се Охрид и Скопје. Големото мнозинство на нашите балкански пријатели сака првенството да биде во Охрид, по можност во последната недела од август. Ќе направиме се да ги исполниме нивните очекувања и по петти пат да бидеме успешни домаќини. Првото првенство во нашата земја се одржа 1998 година во Скопје, второто 2003 година, првата половина во Скопје, а втората во Охрид, третото 2008 година во Охрид и последното 2013 година во Скопје.

Проф.д-р Никола Пановски

ЛЕКАРСКИ “ЗАПОВЕДИ”:

Чекалницата е за чекање, а не за дружење



Една интерна шега, наменета за паузата за кафе на лекарите и сестрите во ординацијата на „новопечениот“ доктор Давор Хорват од Славонски Брод, најде на голем одек на социјалните мрежи откако тој ја постави на својот профил на Facebook. Инспириран од барањата и однесувањето на пациентите, тој се обидел да состави правила за однесување во лекарска ординација во една интересна, шеговита форма, која не би била навредлива, но би била доволно јасна за да се сфати дека постои одреден професионален однос меѓу пациентите и лекарот, што треба да се почитува. Хорват вели дека повеќето пациенти се пристojни и културни, но дека секогаш има и такви кои имаат специфичен начин на однесување.

И покрај позитивните коментари на Facebook, докторот вели дека нема намера лекарските заповеди да ги обеси на вратата од ординацијата. Тој смета дека никој не би требало да се налути поради долунаведените заповеди, како што ниту тој би се налутил ако некој од пациентите напише десет заповеди за лекарите.

- Во оваа амбуланта ЈАС сум доктор, а ВИЕ сте пациенти ... ако не ви се допаѓа тоа, најдете друга каде што важи спротивното.
- Амбуланта не е продавница, оти ако е, тогаш компјутерот би бил каса, јас би бил трговец, а апаратот за мерење притисок полица за презервативи.
- Кога веќе влегувате преку ред напоменувајќи дека „Јас сум само за...“, тогаш тоа не вклучува и мерење на притисок, рецепти за бабата, осип што трае шест месеци, но еве сега не се гледа, итн.
- Ако велите „...дека сте дојдени да си измерите притисок“, тогаш измерете си го сами, што има мене да ми додевате со тоа?
- Чекалницата не е место за дружење, тука за чекање ... тоа може да се заклучи од називот... .
- Сумаamed не е препарат на база на мед.
- Ако сосетката Маре ви препорачала таблети за реума, веднаш нека ви препише и рецепт
- Ако после чукањето на вратата, од ординацијата слушнете „Само малку...“, тоа не значи дека треба потивко да чукате, туку дека треба да причекате.
- Ако сте постари од 90 години, а имате мал проблем со крцкање на колелото, тоа е нормално... всушност, тоа не е нормално, бидејќи веќе се треба да ви крцка!
- Кога по завршувањето на работното време, во ординацијата веќе нема никој, не се нервирајте... почекајте, некој сигурно ќе дојде.

ЗА ДОАЈЕНИТЕ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ

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

Медицинскиот факултет во Скопје, основан во 1947 г., одигра клучна улога во развојот на македонската медицина и образование на медицинските професионалци, подобрување на локалната здравствена состојба на населението и целокупниот ниво на развој на здравствениот систем и обезбедување на здравствената 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 стручни наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиници и катедри во новоформираните Медицински факултети во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговиот развој.

Медицинскиот факултет во Скопје, Македонската лекарска друштво и Лекарската комора на Македонија им должат неизмерна благодарност на првите лекари-наставници од Македонија и на оние кои дошле во Скопје од други републики во тогашната ФНР Југославија, посебно 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 придонесувале и за севкупниот културен и општествено-економски развој и во градењето на новата македонска национална историја.

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



Александар АНДРЕЕВСКИ,

Професор и академик,
основоположник на македонската
современа оториноларингологија

*Ако можев да видам подалеку,
тоа е сѐ повеќе на рамениците на
жизаните - сер Исак Њутн*

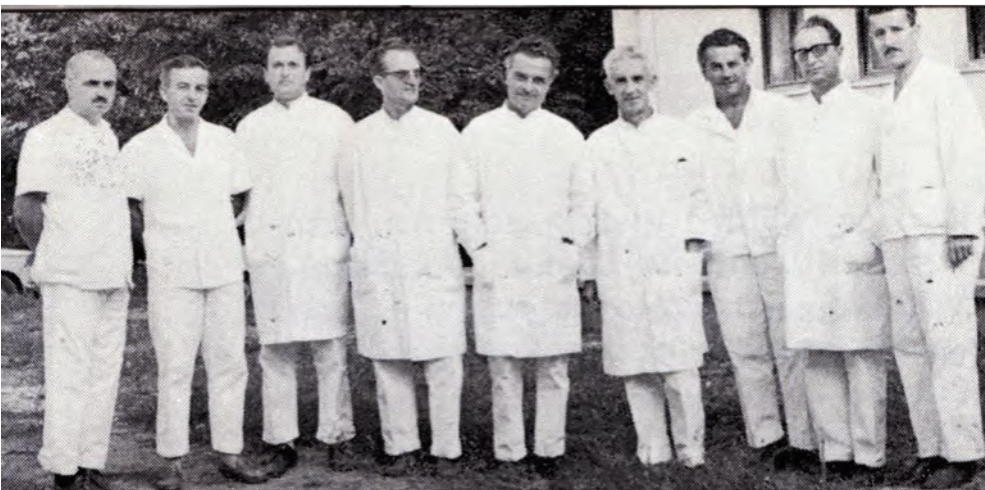
Д-р Александар Андреевски е роден на 9.2.1922 г. во с. Кожле, Скопско, во учителско семејство како прво од три деца (Александар, Благоја и Наташа), од мајка Трајанка и татко Димитар Андреевски. Основно образование завршил во Скопје, а средно започнал во Арангеловац (каде татко му бил преместен во учителска служба) и продолжил во Белград. Матурирал во 1941 г. во Скопје. Во истата година започнал студии на Медицинскиот факултет (МФ) во Софија, во првите две години, а по војната продолжил и дипломирал на МФ-Загреб, 1948 г. Во 1949 г. започнал специјализација по ОРЛ во Загреб, а специјалистичкиот ипит го положил во април 1953 г. Во Скопје. Во почетокот на 1957 г. бил избран за доцент, а потоа назначен за директор на Клиниката за уво, нос и грло при МФ-Скопје, која функција ја извршувал 30 години. Во 1961 г. бил избран во вонр. професор, а во 1967 г. во ред. професор. Бил продекан (1960-63) и декан на МФ-Скопје (1965-69). Тој бил првиот директор на Универзитетскиот центар за медицински науки – УЦМН (1978-80) и ректор на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје (1982-84). Во 1979 г. бил избран за дописен член, а во 1986 г. за редовен член на МАНУ. Бил потпретседател на МАНУ во два мандати (1992-99). Бил основач на современата оториноларингологија во Македонија.

Во студентските денови се запознал со својата идна животна сопатничка, Милка Ристеска од Прилеп, која исто така студирала медицина во Загреб, а потоа специјализирала медицинска биохемија и била шеф на централната Лабораторија за клиничка биохемија при МФ-Скопје. Во бракот се родила нивната ќерка Татјана, која завршила медицина и специјализирала торакална и васкуларна хирургија, сега ред. професор на МФ-Скопје во пензија.

Академик проф. д-р Александар Андреевски почина во Скопје на 28.10.2005 г., во 83-та година од животот.

Општествено-политичка дејност

Во текот на средното образование Александар Андреевски се вклучил во редовите на напредната средношколска младина и станал член на СКОЈ во 1939 г., а од 1941 г., додека студирал медицина во Софија, активно работел и го поддржувал напредното народно-ослободително движење. Во 1944 г. стапил во редовите на НОАВМ и во истиот месец бил примен за член на КПЈ. Од тогаш, како студент и подоцна како лекар, извршувал разни одговорни партиски функции – санитетски референт во бригада, пом. политички комесар на Воената болница во Скопје, од март до октомври 1945 г. кога бил демобилизиран во резервен поручник на ЈНА, а подоцна бил секретар на основна организација на СК и член на Болничкиот комитет на СК на МФ-Скопје.



Лекарите специјалисти на Клиниката за уво, нос и грло при МФ-Скопје, септ. 1970 г. Од лево: Стево Чапароски, Борис Мицевски, Јаникие Марковиќ, Отон Главаш, Александар Андреевски, Александар Хаџи Бошков, Бранко Стојанов, Пенчо Шукаров и Петко Георгиевски (недостига Ристо Петровски, кој бил на усовршување во Холандија)

Лекар хуманист, наставник и едукатор

Студиите по медицина ги започнал на МФ во Софија, до ноември 1943 г., кога го прекинал студирањето поради воените настани. По ослободувањето студиите ги продолжил и дипломирал на МФ-Загреб, во јули 1948 г. Едногодишниот приправнички стаж го завршил во Државната болница во Скопје и, во декември 1949 г. започнал специјализација на Клиниката за уво, нос и грло во Загреб, кај акад. проф. Бранимир Гушиќ. По две години, во октомври 1951 г., се вратил и продолжил со специјализацијата во Скопје на барање на тогашниот шеф на Клиниката за ОРЛ, проф. д-р Петар Здравев. Специјалистичкиот испит го положил со одличен успех на МФ-Скопје, во април 1953 г., и веднаш потоа бил избран за асистент на Катедрата за ОРЛ. Во декември 1953 г., како стипендист на Владата на НРМ, бил упатен во Париз на едногодишно усовршување во областа на канцерологијата на ларинксот, кај познатите ОРЛ-онколози проф. Леру (Robert Leroux) и проф. Обен (Aubin). Притоа завршил и интернационални курсеви

по аудиовестибулогија и трахеобронхоезофагологија, кај професорите Џексон (Jackson) и Сулас (Soulas).

Во 1956 г. хабилитирал на МФ-Скопје на тема „Прилог кон терапијата на повредите на фронтотомоидалната регија“. Во февруари бил избран во доцент, а во мај 1957 г. изборот бил потврден, и веднаш потоа бил именуван за директор на Клиниката за ОРЛ при МФ-Скопје. Во 1961 г. бил избран, а во 1966 г. реизбран, во вонр. професор. Во 1967 г. бил избран во ред. професор.

Проф. А. Андреевски направил повеќе други професионални посети со повеќемесечни престои во реномирани ОРЛ клиници во Париз, Лондон, Москва, Ленинград, Прага, Варшава, Берлин, Хамбург, Хановер, Фрајбург, Хајделберг, Бордо, Лион и во други центри, со посебен акцент на продлабочено усовршување во областа на реконструктивна функционална хирургија кај пациенти со рак на ларинксот и хипофаринксот, бронхоезофагологијата,

Претседателот на Здружението на ОРЛ на СФРЈ, проф. А. Андреевски, го отвора 8. Конгрес на оториноларингологите на Југославија, Охрид, 1968 г.

микрохирургијата на средното уво (тимпанопластика, стапедопластика), пластичната хирургија во ОРЛ (хирургија на лицевиот нерв, ринопластика, хирургија на вратот и пластични зафати во оваа регија) и во аудиовестибулогијата.

Проф. А. Андреевски дал голем придонес за развојот и афирмацијата на Клиниката за ОРЛ и унапредување на нејзината стручна и научна дејност со воведување на најсовремена дијагностика и оперативна терапија со микроларингоскопска и репараторна хируршка техника, со хирургија на големите садови на вратот и третман на краниocereбралните повреди и ендокранијалните компликации. Тој бил вљубеник во ОРЛ, а особено во ларингологијата, и неговата вештина и потези со скалпелот ја чувале и враќале формата, функцијата и животот. Проф. А. Андреевски прв во Југославија ја вовеле и разработи реконструктивната функционална хирургија на малигните тумори на ларинксот и во 1978 г. ја доби највисоката национална награда за наука „11 Октомври“.

Проф. А. Андреевски ја осовременил наставата по предметот ОРЛ за студенти и лекари на специјализација, со подготовка на концизни и јасни предавања и прикажување на пациенти, дијапозитиви и филмови. На Клиниката за ОРЛ, до 2005 г., спе-



цијализирале повеќе од 140 лекари од Р. Македонија и од други републики и покраини во Југославија, како и од други земји. Како гостин-професор одржувал повеќе предавања за студенти, лекари и наставници, и организирал повеќе постдипломски курсеви и семинари од областа на ОРЛ на МФ-Скопје и на други факултети (Белград, Загреб, Љубљана, Ниш, Дубровник, Париз, Лондон, Тирана, Солун и др.) и бил ментор за изработка на голем број магистерски трудови и докторски дисертации во Р. Македонија и пошироко. Кон соработниците се однесувал срдечно и внимателно, а кон пациентите имал посебна почит, со голем и незаменлив елан за работа и почитување на редот и дисциплината. Бил врвен лекар и хуманист кој бдеел над пациентите спремен да им помогне во секое време. Студентите, лекарите на специјализација и помладите колеги секогаш ги учел дека целокупното знаење и титули не се доволни ако недостига хуманиот однос кон човекот и пациентот, дека треба за пациентот да направат сè што науката може, а медицината дозволува.

За дописен член на МАНУ проф. А. Андреевски бил избран на 14.5.1979 г., а за редовен на 24.06.1986 г., во Одделението за медицина и биологија при МАНУ.

Иницијатор, организатор и општественик

Проф. А. Андреевски припаѓа на генерацијата основоположници на научните и образовните институции во Р. Македонија, кој со голем ентузијазам, креативност и деноноќна работа се вклучил и вградил во создавањето и развојот на Клиниката за ОРЛ, на МФ и на Универзитетот во Скопје, како и на модерното здравство во Р. Македонија.

Клиниката за уво, нос и грло во Скопје била основана во 1947 г. со трансформирање на Одделението за болести на уво, нос и грло во Земската (Државна) болница. Клиниката била сместена во



Во операциона сала на Клиниката за ОРЛ, 1970 г. Од лево: А. Андреевски, Б. Мицевски, П. Георгиевски и С. Чапароски

ограничени и несоодветни услови во приземјето на источното крило на старата болничка зграда, со околу 35 болнички кревети за машко и женско одделение, едноставна операциона сала која служела и за ендоскопија, со скромна опрема. Во 1957 г. клиниката за уво, нос и грло се преселила во клиничкиот блок во многу подобри просторни услови, со 80 болнички кревети, три оперативни сали, ендоскопија и лабораторија, и доби дополнителен простор за ОРЛ поликлиника во новата зграда на поликлиники при МФ-Скопје. Неколку години подоцна, во 1961 г., бил формиран Аудиолошкиот центар во рамките на Клиниката, сместен во адаптиран простор во подрумот под Клиниката за интерна медицина. Првиот директор на Клиниката за ОРЛ бил проф. Петар Здравев (1947-57), а во 1957 г. за директор на

Клиниката за ОРЛ бил назначен доц. д-р Александар Андреевски, кој дал значаен придонес за нејзиниот натамошен развој и афирмација и надвор од границите на Р. Македонија.

Покрај стручно-научната и наставна работа, проф. А. Андреевски извршувал успешно и повеќе раководни и стручно-општествени активности на кои доаѓале до израз неговите високи организациони способности. Бил член на Советот на Факултетот од 1958-63 г. Во периодот од 1957-87 г. бил директор на Клиниката за ОРЛ при МФ-Скопје. Бил продекан (1961-63) и во два мандата декан (1965-69) на МФ-Скопје, а бил и ректор на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје (1982-84). Бил секретар на Одделението за биолошки и медицински науки во МАНУ, а во два мандати бил потпретседател на МАНУ (1992-99). Повеќе

пати бил член на одборите за доделување на наградите за наука „11 Октомври“ и „АВНОЈ“.

Бил прв директор на УЦМН во Скопје (1978-80). Во тој период иницирал и започнала изградбата на неколку модерни клиници во Клиничкиот центар: хирургија, педијатрија, инфективни болести, кардиологија, радиологија и др.

Активно учествувал во работата на МЛД и повеќе од 20 години бил претседател на ОРЛ секцијата при МЛД. Бил член на повеќе странски научни и стручни здруженија, и тоа член на Претседателството и на УО, и претседател на Здружението на ОРЛ на СФРЈ (1964-68). Бил организатор на 8-от Конгрес за ОРЛ во Охрид (1968) и на 14-от Меѓународен конгрес на ото-неуро-офталмо-неврохирурзите на Југославија, Италија и Грција, одржан во Охрид (1984). Учествовал со реферати на Светскиот ОРЛ конгрес во Париз (1961), во Монтекатини, Италија (1962), и на Светскиот аудиолошки конгрес во Лајден, Холандија (1962). Учествовал и на повеќе ОРЛ интересекциски состаноци и конгреси – грчко-југословенски, југословенско-италијанско-австриски, но и на конгреси за максиларно-фацијална и пластична хирургија, конгреси на радиолозите и канцеролозите, како и на конгресите на лекарите организирани од МЛД.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Проф. А. Андреевски со својата работа и дело ја следел современата медицинска мисла во изградбата на македонската оториноларинголошка школа и обликувањето на темелите на наставно-научната работа и развојот на струката. Тоа биле чекори во наставната, здравствената и научната дејност кои ги следеле највисоките стандарди и достигнувања на современата медицина во областа на ОРЛ.

Раководел со 13 научно-истражувачки проекти, финансирани од МАНУ и од Републичката СИЗ за научни дејности, во областа на

ларингеалната онкологија и реконструктивната хирургија на ракот на ларинксот, вродената и професионалната глувост, поврзаност на бучавата и слухот, ототоксичното дејство на некои лекови, Беловата парализа на лицевиот нерв и сл.

Проф. А. Андреевски објавил над 280 научни и стручни трудови и соопштенија во домашни и странски списанија и зборници на трудови со кои учествувал на бројни научни состаноци во земјата и во странство (Франција, Германија, Италија, Англија, САД, Аргентина, Холандија, Унгарија, Грција, Бугарија, СССР и др.) прикажувајќи ги достигнувањата на Клиниката за ОРЛ. Учествовал со реферати и на бројни домашни ОРЛ конгреси, и тоа: Блед (1951), Риека (1952), Сараево (1955), Порторож (1957), Риека (1958) и др.).

Автор е на првиот учебник „Оториноларингологија“, печатен на МФ-Скопје во 1975 г.

Проф. А. Андреевски бил назначен во 1960 г. за главен и одговорен уредник на списанието „Годишен зборник“ во издание на МФ-Скопје, а од 1961-68 бил член на редакцискиот одбор на ММП. Бил еден од уредниците на списанието *Symposia otorhino-laringologica Yugoslavica* во Загреб и уредник на списанието на

МАНУ Прилози. Бил член на Меѓуакадемскиот одбор за туморите на главата и вратот како и на Одборот за траумаологија во вонредни околности. Учествовал со реферати на научни собири на медицинските одделенија на академиите на науките и уметностите во поранешната СФРЈ (Струга 1979, Белград 1980 и 1986, Брдо кај Крањ 1981) и на симпозиуми во организација на САНУ (1980), МАНУ (1982) и ЈАЗУ (1984).

Спомени, признанија и награди

Во колективната меморија во нашата средина проф. А. Андреевски се памети како личност со немирен дух и творечки импулси, организатор со жив темперамент и интерес за истражување и за општествените текови и промени во земјата. Тој бил единство на талентот на врвен лекар и наставник, научник и општественик, голем мечтател при создавањето и обликувањето на современата македонска оториноларингологија и медицинска мисла.

Акад. проф. А. Андреевски создал модерна ОРЛ клиника со висок углед во земјата и во странство, посебно со реконструктивната функционална хирургија на малигните тумори на ларинксот. Тој е доајен и основопо-



Александар Андреевски, прв од десно, со професори од други републики во СФРЈ, во Работното претседателство на 8. Конгрес на оториноларинголозите на Југославија, Охрид, 1968 г.

ложник на модерната ОРЛ во Р.Македонија, со трајни придонеси во стручната и научна работа и воведувањето нови методи на лекување. Се вградил во развојот на МФ-Скопје и на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ и со својот богат животен опус, со научни дострели кои ги надминуваат рамките на македонската наука, се вбројува меѓу видните и најуспешни стручни и научни медицински дејци кај нас.

Со свечен собир посветен на научното творештво на акад. А. Андреевски, кој се одржа во МАНУ на 15.11.2002 г., беше одбележена 80-годишнината од животот и 55 години негова научно-наставна дејност. Со повеќе излагања и стручни реферати, беше дадено заслужено признание на неговото активно присуство во научниот живот и здравствената и педагошка практика во Р. Македонија.

За својата целокупна активност тој е носител на голем број дипломи, повелби, плакети и други признанија, а меѓу нив посебно се издвојуваат: Медал и Орден за храброст, Орден за заслуги за народ од III ред, Орден за заслуги за народ со сребрени зраци и Орден на трудот со црвено знаме,

Повелбата „Д-р Трифун Пановски“ од МЛД (1985) и др. Добитник е на наградата за животното дело „11 Октомври“, во 1978 г.

Проф. д-р Дончо Донев

ЛИТЕРАТУРА

1. Главаш О, уредник. Клиника за уво, нос и грло 1950-1970. МФ-Скопје, 1970:56.
2. Давчева-Чакар М. Катедра за оториноларингологија – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Годишнина Медицински факултет во Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, Скопје, 2017: 101-4.
3. Donev D, Polenakovic M. Doctors and lecturers from Macedonia elected for the first time at the Faculty of Medicine in Skopje in the period 1955-1960. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2013; 34 (3): 121-44. Available at: <http://manu.edu.mk/prilozi/01dd.pdf>
4. Јанкуловски Н, Димитријевски М, Алабаковска С, Јованова-Вијачева Л, Нелоски Г, уредници. Декани на Медицинскиот факултет-Скопје 1947-2012. МФ-Скопје, 2015: 173.
5. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, и др. Развој на институциите во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.
6. Ристовски Б, главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел I. Македонска академија на науките и уметностите. Скопје, 2009: 61-2.
7. Таџер И, Поленаковиќ М, Филиповски Г, уредници. Прилози од Свечен собир: Александар Андреевски – 80 години од животот и 55 години научно-наставна дејност. Скопје, МАНУ, 2003: 94.
8. Томовски К, уредник. Споменица посветена на Александар Андреевски 1922-2005. Скопје, МАНУ 2006: 57.
9. Тофоски Ј, уредник. 60 години Македонско лекарско друштво 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.
10. Каев В. Академик Александар Андреевски – исклучителен стручњак, педагог и автор. Vox Medici 2006; 13(49): 64-5.
11. Чакмаков А. Милетиќ Д, Миовски Д, рецензенти. Реферат за избор на редовен професор по предметот оториноларингологија (Александар Андреевски) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 105; јуни 1967: 27-34.



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 34, октомври 2017 година

ЗНАЧЕЊЕТО НА ОРАЛНОТО ЗДРАВЈЕ ВО ПЕРИОДОТ НА МЛЕЧНА ДЕНТИЦИЈА

Г. Тодоровска, Лб. Симјановска,
К. Тодоровска, О. Кокочева - Ивановска,
Е. Жабокова - Билбилова

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 нивојот на знаење за целиот процес од подготвка до објавување на манускрипти. Овој процес подразбира и рецензија на поднесените трудови.

Рецензија или евалуација од колеги-експерти е процес на подложување на труд, истражување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да најраваат нејтрална рецензија. Одлучуваат дали манускриптиот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува едиторот на сисанието врз основа на мислењето на еден или повеќе рецензенти. Овој процес треба да ги охрабри и поттикне авторите да се придржуваат на професионалните стандарди на нивната дисциплина и да сретат дисеминација на релевантни наоди, неопходни за вердења, нејтрални и интерпретации и лични видови. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се жлага со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудите кои иледираат на оригиналност треба да се придржуваат на припадностите на добрата клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научно истражување и за стекнување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (негативна) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажаните прописи и на нив жлагаат како на можност да го унапредат своето знаење и да ја зголемят веројатноста за објавување на своите трудови, други се обесхрабруваат и се плашат дури и да се обидат да истражат труд за објавување, а притоа, се огорчени, лути, навредени.

Се разбира, секој има право да не се согласи со мислењето на рецензентот или на едиторот, и доколку успее да го образложи и да го поткрепи својот став со релевантни докази, ќе придонесе за подобрување на квалитетот на рецензирањето. Иако рецензирањето има многу недостатоци (најчесто се споменува бавноста), сепак, на нешто треба да се жлага како на чувар на профилот на едно сисание, унаредувач на квалитетот и учесник за стандардите за публикување на стручно-научни трудови.

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 97 од декември 2017 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 ноември 2017 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 2017 година.

Значењето на оралното здравје во периодот на млечна дентиција

Гордана Тодоровска¹, Љуба Симјановска²,
Катерина Тодоровска², Олга Кокочева - Ивановска²,
Евка Жабокова-Билбилова²

Здравствен дом Скопје,¹
Стоматолошки факултет Скопје²

Dentes decidui, примарна дентиција или препознатливи како млечни заби, се првиот сет на заби кај децата. Вкупно на број се 20 поделени во групи: централни инцизиви, латерални инцизиви, канини, први и втори молари.

Млечните заби претставуваат основа за правилен раст и развој на лицето и двете вилицы кај децата. Здрави и правилно поставени млечни заби се украс на лицето и одраз на здравјето на секое дете.

Во исто време се природни чувари на просторот за трајните заби и овозможуваат да продолжи растот и развојот во лицевата регија и да се одржат функциите на орофацијалниот склоп. А тоа подразбира добро здравје и правилен физички и психички развој на детето.

РАЗВОЈ НА МЛЕЧНИ ЗАБИ

Развој на млечните заби почнува во шестата недела од бременоста на мајката, кога плодот се уште е во ембрионална фаза. Развојот на забите е континуиран процес кој се состои од неколку развојни периоди:

Период на раст или период кога се одвиваат едноподруго неколку процеси: иницијација, пролиферација, хистодиференцијација, морфодиференцијација и апозиција. Во овој период кој започнува во четвртата недела од бременоста на мајката од забната гредичка се формираат забни пупки кои се развиваат во забни клици. Продолжува со создавање на органскиот матрикс на забните ткива: емајл, дентин и пулпа. Во овој период се одредува обликот и големината на забите.

Период на апозиција или минерализација која се одвива околу 4-от месец интра утерино. Во овој период во органскиот матрикс на забните ткива се инкорпорираат минерали и се одвива негова минерализација. Според понови сознанија, овој период може да биде од 4 до 6 месеци интраутерино.

Ерупција-никнење на заб и појава во усна празнина во шести месец по раѓање на детето или во периодот на доенче.

Атриција-абразија поради учество на млечните заби во функција на цваќање.

Ресорпција на коренчињата и замена со трајни заби која почнува во четвртата година од животот на детето, а веќе во шестгодишна возраст изникнува првиот траен долен инцизив (првиот траен долен молар).

Периодите на растот и развојот на забите додека детето е во мајчината утроба се условени од хигиено-диететскиот режим на трудницата⁽⁵⁾. Тоа значи дека сите патолошки состојби, заболувања и неадекватна исхрана на трудницата можат да влијат на формирањето и минерализацијата на забните ткива. Така што при никнење на забите во усната празнина се манифестираат како аномалии на забите.

ЕРУПЦИЈА И ФУНКЦИИ НА МЛЕЧНИТЕ ЗАБИ

Ерупцијата на млечните заби во усната празнина започнува најчесто во шестиот месец, со појава на долните централни инцизиви, а потоа еруптираат горните. Од 8-12 месеци никнуваат латералните инцизиви. Следуваат првите молари од 12-16 месеци. Потоа канини од 16-20 месеци. И вторите молари од 20-30 месеци.⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Млечните заби остануваат во усната празнина се до нивната комплетна замена со трајните заби т.е. до дванаесеттата година. Некогаш се случува да нема клица на траен заб кој нормално треба да го замени млечниот заб и тој може да остане во устата долги години и да ја извршува истата функција како и забот кој би бил негов заменик.



Слика 1. Млечни заби во горната вилица



Слика 2. Млечни заби во долната вилица

Од ерупција во усната празнина до ресорпција и замена со трајни заби, млечните заби во устата имаат своја улога.

Правилно поставени и здрави заби делуваат на естетиката на лицето. И тогаш имаме насмеано и среќно дете. Кога има здрави заби детето има повеќе самоверба. Ако има кариозни заби во фронталната регија кои лошо изгледаат, детето ќе избегнува да се насмевнува. Тоа се одразува на психата на детето.

За правилен говор се потребни здрави млечни заби. Ако некој заб е кариозен или предвреме екстрахиран посебно во фронталната регија, детето не може некои зборови добро да ги изговара и може да биде изложено на потсмев од неговите другарчиња. Со тоа детето добива комплекс, се повлекува во себе и станува помалку комуникативно.

Цвакањето на храната може добро да се врши само со здрави заби. Млечните инцизиви и канини ја откинуваат и раскинуваат храната, додека моларите ја дробат и мелат.

Усната празнина е почеток на дигестивниот тракт и е одговорна за исхраната, бидејќи ја подготвува храната за натамошните процеси на перисталтиката. Само здрави заби можат добро да ја изцвакаат храната. Правилниот начин на исхрана и цвакањето како квалитативно така и квантитативно влијаат на правилниот развој на орофацијалниот систем.

Периодот кога се појавуваат млечните заби е период кога бебето од мајчина исхрана (досење) треба да се адаптира на нормална исхрана и треба да научи да се храни, а актот на ципање мора да го замени со акт на цвакање.

Малите деца кои имаат кариозни млечни заби не можат добро да се хранат. Поради болката која се појавува не ги довршуваат оброците, така што не се доволно нахранети. Поради лошото цвакање на храната страда дигестивниот тракт. Детето е недохрането, нервозно и плачливо. Родителите се вознемирени.

Млечните заби се природни чувари на просторот за трајните заби (Кога има нелекуван кариес или предвременно губење на млечен заб се губи просторот за трајните заби и има можност за создавање на ортодонска аномалија) Во формирање на правилната оклузија кај сталната дентиција улогата на вториот млечен молар е од непосредна важност.⁽¹⁷⁾

Пулпата кај млечните заби кога коренот е во ресорпција обилува со мезенхимални матични клетки кои можат да се користат во третман на разни болести. Матичните клетки

првпат се откриени кај екстрахиран млечни заби на Американскиот институт за дентални и краниофацијални истражувања во 2003 год.⁽¹⁹⁾

ХИГИЕНО-ДИЕТЕТСКИОТ РЕЖИМ КАЈ ДЕЦАТА И КАРИЕС НА МЛЕЧНИТЕ ЗАБИ

Хигиено-диететскиот режим и навиките имаат свој удел во здравјето на млечните заби. Редовна и правилна хигиена е еден од најбитните фактори за одржување на здравјето во усната празнина. Секојдневно и правилно четкање на забите со четка и паста, доволно долго 2-3 мин, најмалку два пати на ден според FDI (Светска здравствена организација)^{(5) (14)}. Ние стоматолозите препорачуваме уште едно миење и во текот на денот по оброк кој содржи шеќери.

Исто така, многу е важен начинот на исхрана. Здравјето на забите зависи од составот на храната и времето на консумација на оброците. Храната треба да биде избалансирана и распоредена во три редовни оброци и два меѓуоброка.

Храната која во својот состав содржи шеќери, течна или кашаста, честите дневни и ноќни оброци, лоши навики (детето спие со шише со цуцла, или долготрајно го држи во уста преку ден) имаат голем удел во настанување на кариес. Особено во текот на ноќта послабо се лачи плунка и со тоа е оневозможено самочистење на усната празнина, што претставува погодна средина за развој на бактериите и условува исто така настанување на кариес. Се согласуваат Burt, B.A и B. E. Gustaffson во своето истражување.

Неправилна исхрана, богата со јаглехидрати, нередовна хигиена и лоши навики се фактори кои имаат влијание во настанување на кариозната лезија.^{(7) (8) (13) (20) (21) (22)}



Слика 3. Кариес на горни млечни инцизиви



Слика 4. Напредната форма на циркуларен кариес на горни млечни инцизиви

НАСТАНУВАЊЕ НА КАРИЕС

Шеќерите во денталниот плак се распаѓаат до киселини кои под дејство на бактериите ја нагризуваат површината на емајлот и настанува негова деминерализација.^{(5) (15) (22)}

Периодите на деминерализација и реминерализација на емајлот се сменуваат. Ако периодот на деминерализација на емајлот трае повеќе време, Ph во денталниот плак паѓа под 5 (во директна зависност од хигиената и исхраната), тогаш деминерализацијата продолжува со создавање на кавитети-заболување наречено **кариес**.^{(7) (8) (9)}

Кариесот кај децата се јавува и кај млечната и трајната дентиција. Уште од најмала возраст дури и кај бебињата кои се уште цицаат може да се појави кариес на млечните запчениња, познат како кариес од исхрана со шише (baby bottle caries) или кариес на рано детство. Најчесто ги зафаќа забите во фронталната регија. Почнува како деминерализација на емајлот на лабијалните површини на инцизивите во гингивалниот дел. Продолжува со формирање на мали кавитети и ако не се преземат мерки кариесот се шири циркуларно (во круг) во гингивалниот дел на забот (во предел на вратот на забот) и оттаму го добил името циркуларен кариес.^{(5) (7) (13) (24)}



Слика 5. Дете што спие по оброк со шише со цуцла

Кариес на млечните заби може да се појави и кај поголемите деца. Најчесто ги зафаќа млечните молари, но може да ги зафати и забите во фронтот. Кај моларите најчесто е локализиран во фисури, или дистална страна на прв млечен молар и мезијална страна на втор млечен молар. Може да ги зафати и останатите страни на млечните молари. Кај инцизивите и канините локализиран е мезијално, дистално или во foramen caecum.

Ако детето има кариозни заби, трепанирани заби, радикаси, т.е болни заби, цваќањето на храната нема да биде потполно, а поради болка детето ќе биде вознемирено и плачливо. Ќе избегнува цврста храна која има улога на чистач на забите, ќе ја користи само едната страна од вилицата, па може да дојде до диспропорција на активност на мускулатурата. Таа страна, исто така, ќе биде помалку чистена и детето ќе има дополнителни тешкотии поради акумулираните забни насла-

ги кои предизвикуваат воспаление на гингива, кариес на соседните заби и болки.^{(4) (24)}

Кај нелекуваните кариозни млечни заби или нивна предвремена екстракција се стеснува просторот за трајните заби и се појавуваат ортодонски аномалии, потенцираат: Марковиќ и соработници и Раиќ и сораб.

Лекувањето на кариозните лезии е во зависност од фазата на напредување на кариесот.

Кај почетните облици доволно е да се отстранат лошите навики, одржување на ригорозна орална хигиена и препарати на база на флуориди по препорака на стоматолог. На овој начин, во некои случаи може да настане реминерализација на веќе деминерализираниот емајл.



Слика 6. Санирани млечни молари

Промената на лоши навики е најтешка и за родителите и за децата, бидејќи претставува одреден ангажман и упорност на родителот.

Кај напреднати облици на кариес потребна е интервенција на стоматолог и санација на млечното забало и лекување на компликациите. Секако не смее да се занемари фактот дека млечните заби треба да се санираат, иако многу пати родителите не се многу согласни со нашите препораки за санација на млечните заби кај нивните деца, бидејќи сметаат дека овие заби се привремени и се заменуваат со трајните заби.⁽¹⁸⁾

ПОДАТОЦИ, СОЗНАНИЈА И ПРЕПОРАКИ

Во овој ревијален труд, според наши сознанија и референци од други автори, сакаме да го потенцираме значењето на здрави млечни заби кај децата, етиолошките фактори за појава на кариес, (со посебен осврт на циркуларниот кариес кој претставува голем проблем во најраното детство и за детето и за родителот, а секако и за нас стоматолозите). Исто така сакаме да ги потенцираме превентивните мерки со кои може да се зачува здравјето на млечните заби и редуцира појавата на кариес на млечните заби како причина за нарушување на оралното здравје во детската возраст.^{(11) (12) (18)}

При пишување на овој труд користевме податоци добиени од епидемиолошки и лонгитудинални студии каде што состојбата на млечните заби кај децата е следена низ повеќе



Слика бр.7 Едукација во градинка за правилна орална хигиена

години, како и податоци од нашата секојдневна работа со децата-пациенти: систематските прегледи на забите кај деца од 6-14 годишна возраст, едукативни предавања на децата извршени на 5, 6 и 9 годишна возраст и разговорите со нивните родители во текот на систематските и контролните прегледи и дадените совети!

На систематските прегледи кај децата направени во нашата амбуланта констатиравме дека одреден број деца имаат санирани млечни заби, но поголем број деца имаат запустено млечно забало, со многу кариозни млечни молари, па дури и инцизиви и канини. Исто така, и деца со компликации од нелекуван циркуларен кариес.

Од разговорот со родителите дознавме дека голем број од децата немаат редовни и правилни оброци, односно оброците им се составени од храна која во својот состав е многу богата со јагленородни хидрати.

B. A. Burt, S. A. Eklund, K. J. Morgan et all констатираат дека зголеменоото внесување на шеќери во текот на денот, особено честите меѓуоброци, се фактор на ризик за појава на

апроксимален кариес кај децата.

Мал број од нашите пациенти - деца одржуваа редовна орална хигиена. Факт е дека млечните заби кај децата страдаат од кариес. Имаше и деца кои воопшто не посетиле стоматолог, а веќе покрај млечните имаа еруптирани трајни заби веќе со кариес. Кај некои беа присутни нови трајни заби, а млечните не беа екстрахирани т.е. се уште беа присутни во усната празнина.

Во Бугарија, според истражувањата на Liliya Doichinova и соработниците, направени кај одредена група од 100 ученици на возраст од 6-12 години, констатирале дека лошата орална хигиена, недостатокот на родителска контрола и соодветното здравствено знаење, заедно со често консумирање на кариогена храна, покрај социјалните демографски карактеристики, се фактори на ризик за развојот на кариесот кај испитаните ученици.

Во училиштата и градинките организираме предавања со цел запознавање на децата за важноста на оралното здравје и како тоа да се одржува. Предавањата беа организирани за деца на петгодишна возраст, кои одеа во градинка и децата на шест и деветгодишна возраст, кои одеа во училиште.

Децата ги едуциравме со важноста на здравјето на забите во однос на општото здравје на човечкиот организам. Потоа, како треба правилно да се хранат и која храна да ја избегнуваат, како да одржуваат редовна и правилна хигиена на забалото, зошто е важна редовна посета на стоматолог и колку пати годишно треба тој да се посети.

Родителите кои дојдоа на систематските прегледи со своите деца беа запознаени зошто е важно здравјето на млечните заби и дека грижата за нив почнува уште од самото никнење на забите, дека е потребно кариозните млечни заби да се санираат навреме, дека се важни редовните посети за да можат стоматолозите да водат сметка за правилниот развој и одржување на здравјето на забите и на устата, како и навреме да ги откријат патолошките состојби во оралната празнина.

Кај децата кај кои имавме заедничка соработка со родителите и разбирање од нивна страна за сите препораки кои им беа давани во однос на здравјето на млечните заби, добивме одлични резултати. На контролните прегледи многу мал беше бројот на деца кои по спроведената терапија беа доведени во ситуација поради кариозно деструирани заби да имаат потреба од екстракција на забите. Голем број од родителите ја разбраа едукацијата за здраво млечно забало и се потрудија да ги санираат млечните заби кај нивните деца.

Petersen PE et al сметаат дека училиштата и предучилишните установи се најидеални за промовирање на превентивните активности за оралното здравје кај децата. Во соработка со наставниците и родителите, децата можат да добијат адекватни знаења за важноста на оралното здравје, правилна исхрана и редовна и правилна хигиена на усната празнина и забите и на тој начин да се превенираат заболувањата во оралната празнина. Направена е програма за превентивни активности на стоматолозите која се спроведува во училиштата во Копенхаген.

Имаше родители со кои не можевме да најдеме заеднички јазик за соработка. Изговорот од страна на родителите

најчесто се сведувахе на тоа дека тие запчиња и така ќе бидат сменети. На контролните прегледи се потврди грешката од страна на родителите за нивната немарност. Како последица на несанираните кариозни млечни заби и неадекватна орална хигиена, покрај млечните молари, кариес имаше и на првите трајни молари. Имаше случаи кога требаше дури и штотуку изникнати први трајни молари да бидат естрахирани, бидејќи кај нив се јавиле компликации од типот на апсеси, периапикални процеси и фрактури на кариозно-деструирани заби. Тие пациенти беа упатени на интервенција кај орален хирург.

Секако дека стоматологот е тој кој треба да ја даде иницијативата, сугестијата и насоката за зачувување на здраво забало, но родителите се тие кои треба да помогнат во создавање на добри навики кај децата. Тука станува збор за многу мала возраст на деца, кои имаат потреба од помош од родителот.⁽¹⁸⁾

Во Р.Македонија од 2008 се спроведува "Националната стратегија за превенција на орални заболувања кај деца од 0-14 години". Во неа се ангажирани превентивни тимови кои се состојат од стоматолог (специјалист по детска и превентивна стоматологија) и сестра кои ги спроведуваат превентивните мерки кај децата од предучилишна и училишна возраст во соработка со наставниците и родителите.⁽¹⁴⁾

ПРЕВЕНЦИЈА ЗА ЗДРАВИ МЛЕЧНИ ЗАБИ

Здравјето на млечните заби кај децата е непобитен фактор за добро здравје на организмот. Затоа е многу битно да се зачуваат здрави. Видовме дека децата од мали се изложени на многу фактори кои придонесуваат да се појави кариес на нивните запчиња.

Исто така, ги согледавме компликациите од нелекуван кариес и проблемите што произлегуваат од несанаџијата и адекватната терапија, за што битен фактор се и родителите поради нивната слаба соработка со стоматологот.

Грижата на родителите за правилна исхрана и редовна хигиена на млечните заби кај нивното дете заедно со неопходните посети од стоматолог се дел од секојдневниот живот. Ако тоа се занемари, тогаш родителите и нивните деца се изложени на постојани проблеми кои ги носи со себе кариесот на млечните заби. Покрај психолошки и социјалниот момент, тука е присутен и економскиот момент: честото излегување од работа од страна на родителот сносат и економски издатоци, како и издатоците за санација на млечното забало.⁽²³⁾

Според тоа, основно е уште во раното детство децата и нивните родители да ја разберат вредноста на здравјето во усната празнина и да научат како тоа здравје да го одржат цел живот.

Сите превентивни активности од стоматолозите треба да бидат насочени во соработка и информирање на родителите за да можат да се преземат мерки уште од најмала возраст кај децата за превенција на заболувањата на млечните заби со посебен осврт на режимот на исхрана, правилна хигиена, отстранување на лошите навики и рана санација на кариесот.⁽¹⁸⁾

Во овој труд го сублимиравме (изложивме) нашето лично искуство од спроведените превентивни мерки и едукативните програми, паралелно со искуствата на многу други наши колеги-педодонти, преку податоците добиени од литературата од нивните објавени трудови и сознанија.

Врз основа на нашите лични залагања во спроведување на севкупните превентивни мерки што ги преземавме за унапредување на оралното здравје кај децата уште од најраната возраст, како и евидентните резултати што ги добивме во оваа насока, се надеваме дека ќе придонесат во збогатувања на знаењата од оваа област. Наедно, би сакале да ја зголемиме и мотивацијата и да го иницираме поттикот за уште поголемо ангажирање во унапредување на превентивата во детската возраст, како од страна на сите нас стоматолозите, педодонтите, така и многу пошироко, медиумите и пошироката јавност.



Слика 8 . Реставрирани млечни заби во горниот фронт

ЛИТЕРАТУРА:

1. Anatomy of Primary Teeth Lecture Overview Primary Dentition
www.columbia.edu/itc/hs/dental/d7710/client.../anatomy_primary_slides_printout.pdf - on line
2. B. A. Burt, S. A. Eklund, K. J. Morgan et al., "The effects of sugars intake and frequency of ingestion on dental caries increment in a three-year longitudinal study," Journal of Dental Research, vol. 67, no. 11, pp. 1422-1429, 1988.
3. B. E. Gustafsson, C. E. Quensel, L. S. Lanke, et al., "The Vipeholm dental caries study; the effect of different levels of carbohydrate intake on caries activity in 436 individuals observed for five years," Acta Odontologica Scandinavica, vol. 11, no. 3-4, pp. 232-264, 1954.
4. Clinical Cases in Pediatric Dentistry Amr M. Moursi (Editor), Marcio A. da Fonseca (Assistant Editor), Amy L. Truesdale (Associate Editor) ISBN: 380 pages June 2012,
5. Dechja i preventivna stomatologija Rajic and saradnici 1985
6. Dental Anatomy Facts PART 1- Primary/Deciduous Dentition - NBDE Part 1 Boards Study on line
7. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases Paula Moynihan and Poul Erik Petersen 2 1 WHO Collaborating Centre for Nutrition and Oral Health, School of Dental Sciences, University of Newcastle upon Tyne, Newcastle upon Tyne, UK: 2 WHO Collaborating Centre for Community Oral Health Programmes and Research, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark Public Health Nutrition: 7(1A), 201-226
8. H. Kalsbeek and G. H. Verrips, "Consumption of sweet snacks and caries experience of primary school children," article in Caries Research, 28(6):477-83 · February 1994
9. Liliya Doichinova, Peter Bakardjiev, a and Milena Peneva a. Assessment of food habits in children aged 6-12 years and the risk of caries Journal Biotechnology & Biotechnological Equipment Volume 29, 2015 - Issue 1
10. Marit S. Skeie and Kristin S. Clock: Scandinavian systems monitoring the oral health in children and adolescents; an evaluation of their quality and utility in the light of modern perspectives of caries management
11. Michael J. Boykin, DMD, MS: Cariology and Prevention February 2015 the journal of the ADA
12. Nowak, Arthur J.1; Casamassimo, Paul S.2; Scott, JoAnna3; Moulton, Richard4 American Academy of Pediatric Dentistry Do Early Dental Visits Reduce Treatment and Treatment Costs for Children?
13. Paula Moynihan, Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. Public Health Nutr. 2004;
14. Prirachnik za sproveduvanje na nacionalnata strategija za prevencija na oralni zaboluvanja kaj decata od 0-14 god. vo RM podgotvile M. Carchev i dr. Skopje 2010
15. Petersen PE, Christensen LB. Oral Health Promotion: Health Promoting Schools Project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1995
16. Petersen PE. Changing oral health profiles of children in Central and Eastern Europe
17. Prevencija ortodonskih anomalija-Ljubisa Kacic 2016 Dentopedia
18. Rajko Mitrovic, Vanja Petrovic, STOMATOLOSKI RAD SA DECOM I PLAN TERAPIJE, Dentopedia 1/3 2015.
19. Ružica Kecman : Maticne celije iz mlečnih zuba Dentopedia 2015
20. Rougg-Gunn AJ, Hackett AF, Appleton DR, et al The dietary intake on added and natural sugars in 405 English adolescents. Hum. Nutr. App. 1986; 40A: 115-124.
21. Shugars and dental caries 1,2,3,4; Riva Touger-Deker and Cor van Loveren 2003 American society for clinical nutrition
22. Vulovic. M, Carevic. M, Vulovic. D, Popovic. V: Uticaj ishrane na bolesti usta i zuba. Hrana i ishrana. Vol. 33, Br. ¾:161-164, Beograd 1992)
23. Znacaj zdravstvenog vaspitanja u prevenciji oralnog zdravlja dece Igc Marija Apostolovic Mirjana, Kostadinovic Liljana, Trickovic-Janjic Olivera, Surdilovic Dusan medicinski fakultet Klinika za stomatologiju-preventivna i decja stomatologija-Nis; medicinski pregled 2008
24. Zorica Andelić, Vanja Petrović KARIJES RANOG DETINJSTVA, Dentopedia 1/7 2015



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

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

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

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

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

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

Едиторите може да бараат авторите да го оправдаат авторството.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

НАПОМЕНА

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

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

КОЖУВЧАНКА

НАЈДОБАР КВАЛИТЕТ
СО НАЈДОБРА ЦЕНА
на Македонскиот пазар!



#ДаМуВерувашНаДедо

Duster®

dutasteride

меки капсули
30x0,5mg



**СО ПОЛНА
БРЗИНА**

Bazetham®
tamsulosin



PLIVA

Членка на групацијата Teva

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



Напомена: Збирен извештај за особините на лековите Duster® и Bazetham® е достапен на барање. Број и датум на одобрение за ставање на лековите во промет: 11-3672/4 од 15.09.2015 за Duster®, 15-2236/13 од 18.06.2013 за Bazetham®. Начин и место на издавање: се издаваат на лекарски рецепт, во аптека. САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ. Носител на одобрение: ПЛИВА доел Скопје, Никола Парагунов 66, Скопје. Тел. 02/3062702. 05-17-URO-02-NO/18-17/05-19