



година XXVI • број 99 • јуни 2018

# VOX medici



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА







**Victoza® — Единствениот  
GLP-1 RA кој докажано  
превенира кардиоваскуларни  
настани<sup>1,2</sup>**

**НОВО!**



Докажана превенција  
на кардиоваскуларни  
настани<sup>1,2</sup>



Ненадминати  
намалувања на HbA<sub>1c</sub><sup>3-9</sup>



Ненадминати  
намалувања на  
телесната тежина<sup>3-9</sup>

**Постигнете ги придобивките што им се потребни  
на вашите пациенти со # 1 пропишваната GLP-1 RA терапија<sup>2,10</sup>**

GLP-1 RA - Glucagon Like Peptid 1 Receptor Agonist

Скратено упатство за пропишување  
Victoza® (liraglutide)

Пред да го пропишете лекот, Ве молиме прочитајте го Збирниот извештај со особените на лекот. **Фармацевтска форма:** Претходно наполнетото пенкало за еднократна употреба содржи 18 mg лираглутид во 3 ml раствор. **Индикации:** Victoza® се пропишува за третман на возрасни лица со недоволно контролиран дијабетес мелитус тип 2; како дополнување на диета и вежбање. Victoza® се пропишува како монотерапија (кога метформин се пропишува за третман на дијабетес. Дозирање и начин на употреба: За да се подобри гастроинтестиналната толеранбилност, 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 гликемската контрола. 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. Кога Victoza® е додадена на терапијата со сулфонилуреа или инсулин, треба да се земе предвид потребата од намалување на дозата на сулфонилуреа или инсулин со цел да се намали ризикот од појава на хипогликемија. Само-контрола на гликемија не е потребна за прилагодување на дозата на Victoza®. Кај возрасни пациенти (> 65 години) не е потребно прилагодување на дозата согласно годините. Не е потребно прилагодување на дозата кај пациенти со лесно, умерено или тешко ренално оштетување. Не постојат терапевтски искуства кај пациенти со ренални заболувања во краен стадиум и поради тоа Victoza® не се препорачува за употреба кај овие пациенти. Употребата на Victoza® не е препорачлива кај пациенти со тешка форма на хепатално нарушување. Victoza® се дава еднаш дневно во кое било време, независно од оброците и може да се инјектира поткожно во пределот на абдоменот, надколеницата или надлактицата. Victoza® не треба да се администрира интравенски или интрамускулно. **Контраиндикации:** Пречувствителност на активната супстанција или на некоја од помошните супстанции. **Посебни предупредувања и мерки на особена претпазливост при употреба:** Лираглутид не треба да се употребува кај пациенти со дијабетес мелитус тип 1 или за третман на дијабетична кетоацидоза. Лираглутид не е замена за инсулин. Не постојат терапевтски искуства кај пациенти со конгестивно срцево заболување класа IV според Њујоршкото здружение за срце-New York Heart Association (NYHA) и од таа причина лираглутид не се препорачува за примена кај овие пациенти. Постои лимитирано искуство кај пациенти со карактеристичните симптоми на акутен панкреатитис. Пречувствителност на лираглутид се поврзува со транзитори гастроинтестинални несакани реакции, вклучувајќи гадење, повраќање и дијареа. Акутен панкреатитис е забележан при употребата на GLP-1 рецептор агонисти. Пациентите треба да бидат информирани за карактеристичните симптоми на акутен панкреатитис. Пречувствителност на панкреатитис, треба да се прекине земањето лираглутид, доколку се потврди акутен панкреатитис, не смее да се почнува повторно со лираглутид. Несакани дејства врз тироидната жлезда, како што е гушавост беа пријавени за време на клиничките студии и тоа воглавно кај пациенти кај кои претходно постоело заболување на тироидната жлезда. Поради тоа, кај овие пациенти лираглутид треба да се применува претпазливо. Пациентите кои примаат лираглутид во комбинација со сулфонилуреа или инсулин можат да имаат зголемен ризик од хипогликемија. Пациентите кои примаат лираглутид треба да бидат советувани за потенцијалниот ризик од дехидратација поврзана со гастроинтестинални несакани дејства и да преземат мерки на претпазливост за да избегнат губиток на течности. **Бременост:** Лираглутид не треба да се употребува за време на бременост и наместо тоа се препорачува употреба на инсулин. Доколку пациентката сака да забремени, или доколку забремени, треба да го прекине третманот со Victoza®. **Доене:** Victoza® не треба да се употребува за време на доене. **Несакани дејства:** Најчесто пријавувани несакани реакции за време на клиничките студии беа гастроинтестинални пореметувања: гадење и дијареа беа многу вообичаени, додека повраќање, констипација, болки во stomакот и диспепсија беа вообичаени. На почетокот на терапијата, овие гастроинтестинални 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 лираглутид со сулфонилуреа. Тешка хипогликемија примарно е забележана при комбинација со сулфонилуреа. Панкреатитис беше исто така пријавен и пост-маркетиншки. Беа пријавени и случаи на алергија и дехидратација (понекогаш со намалена бубрежна функција). **Предозирање:** Од клиничките студии и употребата на пазарот, биле пријавени предозирања до 40 пати над препорачаната доза на одржување (72 mg). Генерално, пациентите пријавиле сериозно гадење, повраќање и дијареа. Ниту еден од пациентите не пријавиле предозирање со Victoza®. Сите пациенти се опоравиле без компликации. Лекот може да се издава само со лекарски рецепт. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 15-9215/09 од 19.02.2010. Victoza® е трговска марка во сопственост на Novo Nordisk A/S, Данска. Производител: Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark.

**Референци:** 1. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, et al; the LEADER Steering Committee on behalf of the LEADER Trial Investigators. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375(4):311-322. 2. Victoza® Збирен извештај со особените на лекот <https://mekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/detailview/55747> 3. 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. 4. Nauck M, Rizzo M, Johnson A, Bosch-Traber H, Madsen J, Cariou B. Once-daily liraglutide versus lixisenatide as add-on to metformin in type 2 diabetes: a 26-week randomised controlled clinical trial. *Diabetes Care.* 2016;39(9):1501-1509. 5. Buse JB, Nauck M, Forst T, et al. Exenatide once weekly versus liraglutide once daily in patients with type 2 diabetes (DURATION-6): a randomised, open-label study. *Lancet.* 2013;381(9861):117-124. 6. Pratley RE, Nauck MA, Barnett AH, et al. Once-weekly albiglutide versus once-daily liraglutide in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on oral drugs (HARMONY 7): a randomised, open-label, multicenter, non-inferiority phase 3 study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2(4):289-297. 7. Buse JB, Rosenstock J, Sesti G, et al; for the LEAD-6 Study Group. Liraglutide once a day versus exenatide twice a day for type 2 diabetes: a 26-week randomised, parallel-group, multinational, open-label trial (LEAD-6). *Lancet.* 2009;374(9683):39-47. 8. Dungan KM, Provedano ST, Forst T, et al. Once-weekly dulaglutide versus once-daily liraglutide in metformin-treated patients with type 2 diabetes (AWARD-6): a randomised, open-label, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet.* 2014;384(9951):1349-1357. 9. Pratley RE, Nauck M, Bailey T, et al; for the 1860-LIRA-DPP-4 Study Group. Liraglutide versus sitagliptin for patients with type 2 diabetes who did not have adequate glycaemic control with metformin: a 26-week, randomised, parallel-group, open-label trial. *Lancet.* 2010;375(9724):1447-1456. 10. Internal calculations based on IMS MIDAS database, April 2017.



Ново Нордиск е регистрирана марка на Ново Нордиск A/S  
Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ  
ул. Никола Кљусев бр 11, Скопје, Македонија  
тел: +389 2 2400 202; факс: +389 2 2400 203  
[www.novonordisk.com](http://www.novonordisk.com) D-293/02-03/2018

Овој материјал е наменет само за здравствени работници

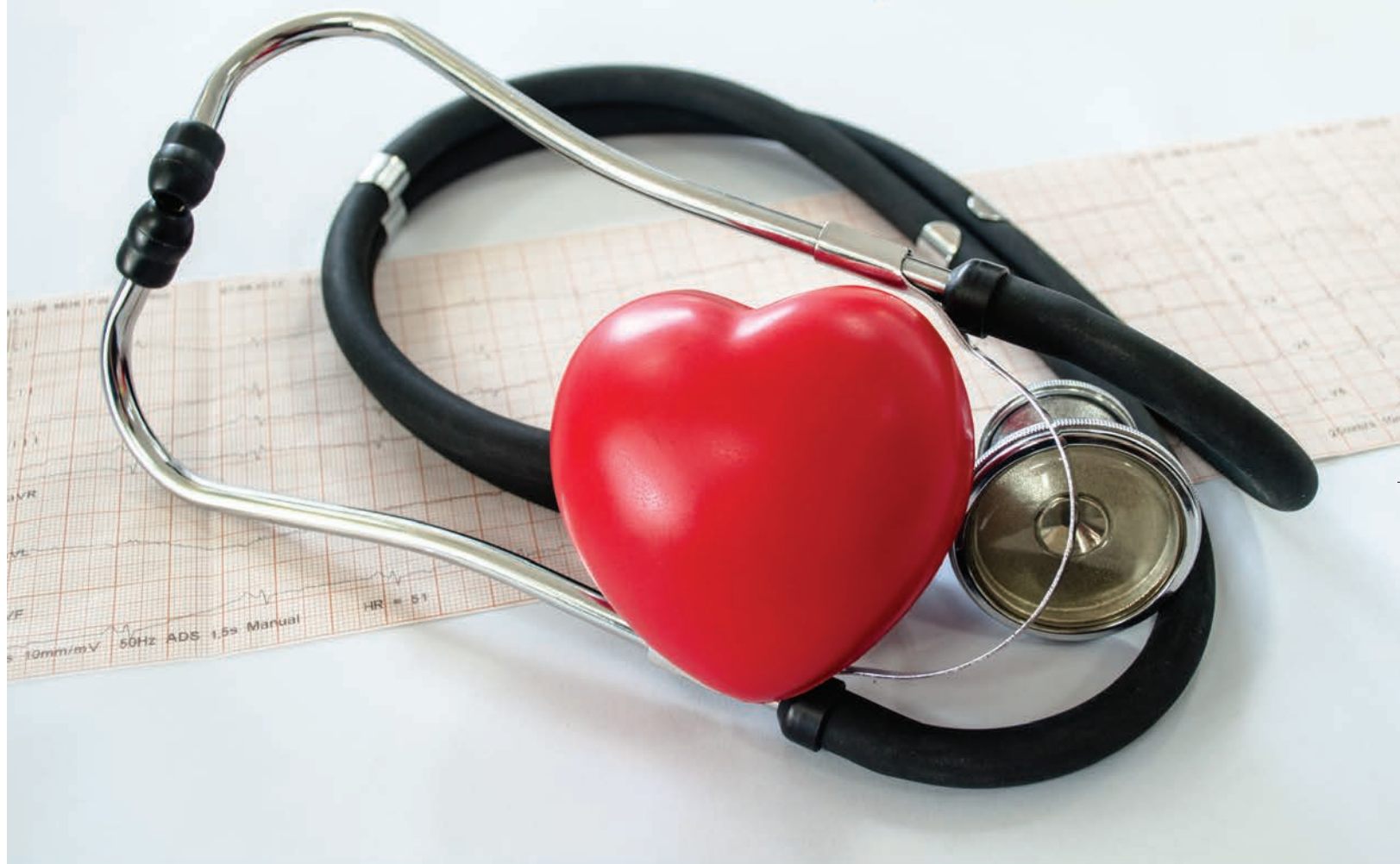
**VICTOZA®**  
liraglutide injection







# ТРЕТОГЕНЕРАЦИСКИ ВИСОКОСЕЛЕКТИВЕН $\beta$ -БЛОКАТОР



# Massido

**nebivolol**  
таблети од 5 mg

  
АЛКАЛОИД  
СКОПЈЕ  
Здравје е прег сè  
[www.alkaloid.com.mk](http://www.alkaloid.com.mk)



## Содржина

- |    |   |    |   |
|----|---|----|---|
| 7  | <b>Активности на ЛКМ</b><br>Јавно - приватно партнерство со приватните болници за едукација и нови методи?                                | 32 | <b>Признанија</b><br>Наградени трудовите на д-р Муча и на д-р Мухареми  |
| 8  | Враќање на патронажната психијатриска служба  | 33 | “Гоце Делчев” за проф. д-р Дончо Донеv  |
| 9  | Средба со докторите кои заминуваат во пензија   | 40 | <b>Искуства</b><br>Нема причини жената да го памти породувањето по болки                                      |
| 12 | <b>Регулатива</b><br>Измени во Првилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од здравственото осигурување    | 44 | <b>Спорт</b><br>Триесет години пријателство низ тенисот: Јанина 1988 - Охрид 2018                             |
| 16 | <b>Разговор: Драган Шахпаски, “Сорсикс”</b><br>Со надградба на “Мој термин” значително ќе се олесни пристапот и ќе се подобри здравството | 46 | <b>Дојени</b><br>Јован ПАНОВСКИ,<br>професор и основоположник на Градската болница за хирургија во Скопје     |
| 20 | <b>Регионална соработка</b><br>Коморите мора да имаат значајна улога во креирањето на здравствените политики                              | 50 | Димитрие ЈУЗБАШИЌ,<br>Професор и основоположник на Клиниката за хирургија при Медицинскиот факултет во Скопје |
| 22 | <b>Истражување</b><br>Реформи речиси и да немаше или тие не вродија со плод   |    |   |
| 28 | <b>Ex tempore</b><br>Гинекологија прво читање   |    |   |

## Прилог: Стручни и научни трудови

00515 | **Д. Ѓорѓиевски, М. Колемишевска, Ѓ. Станоевски**  
 УЛОГАТА НА СЕМЕЈНИОТ ЛЕКАР ВО РАНО ПРЕПОЗНАВАЊЕ НА ДЕМЕНЦИЈА

00518 | **В. Амбаркова**  
 Корелацијата помеѓу кеп/кеп индексот на 6-годишните деца и концентрацијата на флуорот во водата за пиење од југоисточниот регион





## Упати

Дали со новиот концепт на уџаџа ќе се воведат повеќе ред во здравствениот? Сигурно она што се навештава со новиот Правилник за содржината и начинот на осигурување на правата и обврските од задолжителното осигурување, на повидок е дека ќе се “инсталираат” џаџеки со кои ќе се олабават неопходните приџисок на докторите и хаосот, џред се, во болничката здравствена заштита и во џерцијарното здравство. Како ќе се сроведат зацртаните новини и какви ќе бидат ефектите од нив, осигнува да видиме. Секако, доколку во меѓувреме не измислиме некој нов “рецепт” за “нашите” со кој ќе џи џрескокнеме џравилата за кои џоштоа, џак, дојлнително ќе бараме решение.

Новиот концепт е осмислен. “Класичниот” уџаџ за здравствени услуги на џовисоко ниво, односно џ.н. редовен специјалистички / суспецијалистички уџаџ во закажан џермин -осигнува во сила.

Иџниот специјалистички/суспецијалистички уџаџ во случај на живоџноза-џрозувачка, односно иџна состојба, џреба да се реализира во рок од 24 ч.

Новина, секако, е џ.н. уџаџ без закажан џермин кој ќе “следва” заради издавање на џрејорак за “боледување, корисење на хронична џераџија, издавање на орџоџедски џомаџала за џреџлед /аџлицирање на џераџијата во рок од 24/48/72 часа, за осигурување на џраво на БПО или осигурување на друџи џрава за кои е џоџребно мислење од специјалист/суспецијалист/конзилиум на лекари, кој џреба да се реализира во рок од седум дена”.

Инаку, со оредбите на Правилникот се оџределува дека услугите од специјалистичко - консулџаџивната заштита може да се корисат со уџаџ од избраниот лекар или од лекар - специјалист; додека во болничка здравствена заштита, џо џравило, со болнички уџаџ издаден од лекарот специјалист/суспецијалист. Во иџни случаи осигуреното лице може да користи здравствени услуги во болничката здравствена заштита со уџаџ од избраниот лекар само во следните случаи: на дијагностичирани хронични заболувања; џо џроцена на избраниот лекар за иџносот на здравствената состојба, со соодветно образложение за џоа и со џроцена за најмоџниот џек на џреџманот (што избраниот лекар соодветно џо документира во медицинското досие на осигуреното лице); коџа уџаџувањето џо врши избраниот лекар за дейската џоџулација и избран џнеколоџ; на закажан конџролен џреџлед, а избраниот лекар и во оџределени случаи за здравствени услуги кои исклучиво се вршат на универзитетските клиници – Скопје.

Како и да е, џримената на овие џравила во најџодем дел ќе зависи од џоа колку ние самите ќе џи џочистуваме.

Со џочит,



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



## 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 Аргент Муча  
д-р Дениел Поповски

### КОМИСИЈА ЗА ИНФОРМАТИВНО -ПРОПАГАНДНА И ИЗДАВАЧКА ДЕЈНОСТ

#### ПРЕТСЕДАТЕЛ

д-р Оливер Алексовски

#### ЗАМЕНИК ПРЕТСЕДАТЕЛ

д-р Ирфан Ахмети

#### ЧЛЕНОВИ

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

#### УРЕДНИК

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



НА 18 ЈУНИ 2018 ГОДИНА ВО НАРОДНИОТ ТЕАТАР – БИТОЛА

## Одбележан Денот на Лекарската комора на Македонија

Лекарската комора отсекогаш била принципиелна, кооперативна и отворена за соработка и во таа насока ќе го продолжи своето дејствување - транспарентно, сериозно и одговорно во интерес на сите чинители на здравствениот систем

“Лекарската комора на Македонија останува отворена за идеи, мислења, предлози, за соработка. Во неа сите ние, како припадници на докторската професија, наоѓаме или треба да најдеме место каде што ќе ги артикулираме нашите заложби и барања. Се разбира, водејќи сметка и за општите интереси. Тоа не е ни лесно, ни едноставно. А ќе биеме онолку моќни и успешни колку што ќе успееме да се обединиме и договориме околу заедничките идеи и цели.

Лекарската комора отсекогаш била принципиелна, кооперативна и отворена за соработка. Во таа насока ќе го продолжиме нашето дејствување транспарентно, сериозно и одговорно”, истакна претседателката на Лекарската комора на Македонија, доц. д-р Калина Гривчева – Старделова, на Свечениот



собир со кој на 18 јуни ова година, во Народниот театар во Битола се одбележаа 26 години од основањето на оваа професионална асоцијација.

Во присуство на голем број гости, меѓу кои и пратеници во Собранието на Р. Македонија, претставници на Министерството за здравство и на Владата на Р. Македонија, на медицинските факултети, коморите и синдикатите, претседателката Гривчева – Старделова истакна дека како професионална асоцијација Комората беше и

ќе биде посветена на реформите во сите сегменти на здравството и ќе продолжи да ги артикулира потребите и барањата на докторите низ соработка со институциите на системот.

“Ми претставува големо задоволство што Лекарската комора на Македонија го препозна проблемот и ги поддржа младите колеги кои се на специјализација во барањето на решение на нивниот незавиден статус. Како професионална асоцијација на доктори го поздравуваме понуденото решение од стра-





## Јубилеи

на на Министерството за здравство, но во исто време, јасно истакнуваме дека тоа е само парцијално решение и дека специјализациите налагаат системски приод со кој ќе се надмине ова отворено прашање во здравствениот систем. Практиките на земјите на ЕУ и другите држави кон кои тежнееме, покажуваат дека коморите имаат клучна улога во сегментот на специјализациите и стручното доусовршување на докторите”, рече претседателката Гривчева – Старделова.

Свечениот собир го поздрави и првиот човек на Битола, градоначалничката Наташа Петровска, која на Комората ѝ



### Најдобрите студенти со “Д-р Димитар Ивановски”

Мината година, по повод јубилејот 25 години Лекарска комора на Македонија, за прв пат беше воведена посебна награда за најдобрите студенти на медицинските факултети во земјава. Наградата го носи името на прим. д-р Димитар Ивановски, најдобриот студент од првата генерација на Медицинскиот факултет во Скопје, кој дипломирал 1953 година. Награда која во исто време е и вредносен ваучер со кој се покриваат трошоците за полагање на стручниот испит, добија:

- **Марија Тодоровска** (просечна оценка 9.83), Медицински факултет, Универзитетот “Св. Кирил и Методиј”- Скопје;

- **Леандра Кадрну** (просечна оценка 8.51), Факултет за медицински науки, Државен универзитет во Тетово;

- **Анастасија Нацева** (просечна оценка 9.80), Факултет за медицински науки, Универзитет “Гоце Делчев” – Штип.

Наградите “Д-р Димитар Ивановски” на најдобрите студенти на медицинските факултети во земјава им ги врачи г. Владимир Ивановски, син на д-р Димитар Ивановски.



порача да продолжи да делува во интерес на докторската професија, а на членовите на оваа асоцијација им посака добро здравје и успех во натамошната работа.

“Мислам дека како доктори почнавме да ја враќаме нашата позиција во општеството и во здравствените случувања, место кое го заслужуваме и ни припаѓа како лекарска фела”, истакна заменик - претседателот на Лекарската комора, д-р Илбер Бесими, во своето обраќање. Според него, за Комората претставува предизвик да работи и да се залага за подобрување на условите за работа на секој лекар, за подобрување на нивниот социјално - економски статус, да се инсистира на нивното подобрување, да се залага за планирана и современа едукација и усовршување на колегите.

Во име на Министерството за здравство, гостите на свеченоста ги поздрави државниот секретар во Министерството, д-р Владимир Милошев, кој ја потенцира одличната







Практиките на земјите на ЕУ и другите држави кон кои тежнеме, покажуваат дека коморите имаат клучна улога во сегментот на специјализациите и стручното доусовршување на докторите

## “Св. Наум Охридски” за д-р Гафур Мемети

Носител на највисокото признание на Лекарската комора на Македонија - Плакетата “Св. Наум Охридски” за 2017 година е д-р Гафур Мемети, специјалист по општа хирургија од Општата болница “Д-р Ферид Мурад” во Гостивар. Предлогот за доделување на Плакетата на д-р Мемети го дадоа неговите колеги, односно Општинскиот одобр на ЛКМ – Гостивар.

Комисијата за награди на Лекарската комора на Македонија, на седницата што се одржа на 16 мај 2018 година, оцени дека д-р Мемети 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 на Кодексот на медицинска деонтологија, го заслужи највисокото признание.

Плакетата “Св. Наум Охридски” е признание кое се доделува за особени постигнувања во областа на здравството. Признанието на д-р Гафур Мемети му беше врачено на Свечениот собир на Лекарската комора во Битола.

Д-р Мемети е роден на 7 мај 1952 година во с. Топлище, Гостиварско. Дипломирал на Медицнскиот факултет во Приштина во некогашна Југославија во 1979 година, а специјализирал општа хирургија во Клиничкиот центар во Љубљана (1988 г.). Во периодот од 1981 година работи како лекар по општа практика во Мдицинскиот центар “Борис Канчевски” во Гостивар. Како верен следбеник на Хипократовата заклетва активен е и во Црвениот крст на Македонија од 1981 година до денес.

Д-р Мемети е активен хирург за кого колегите велат дека на повик не знае да каже – не, сеедно дали станува збор за



викенд, празник, вонредни состојби... Во неговата професионална кариера тој е и еден од основачите на Хируршкото одделение во некогашниот Медицински центар, односно сегашната Општа болница “Д-р Ферид Мурад” - Гостивар, како и на ургентната единица, една од првите во Републиката.

Годинешешниот добитник на Плакетата “Св. Наум Охридски”, несомнено, има богата докторска биографија. 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, д-р Мемети е доктор кој заслужи вакво признание. Максималната и несебична посветеност на работата и на пациентите не е пречка тој да продолжи со својата професионална доедукација. Во учебната 2003-2004 година се запишува на магистерски студии во Тирана, Р. Албанија, кои со успех ги завршува 2006-2007 година, а две години подоцна запишува докторатот на Универзитетот “Мајка Тереза” во Тирана кој со успех го одбрал во јануари 2013 година. Д-р Мемети бил наставник во Средното медицинско училиште и на Медицнскиот факултет во Тетово. Активен учесник е на многу стручно-едукативни манифестации и конгреси и автор на голем број стручни и научни трудови.

Д-р Гафур Мемети, обраќајќи им се на присутните во салата на Битолскиот театар, се заблагодари на високото признание од колегите - Плакетата “Св. Наум Охридски”.







## Јубилеи



соработка со Лекарската комора на Македонија и генерално со стручната фела како континуиран процес на комуникација и размена на идеи, во насока на реализација на зацртаните планови за унапредување на здравствената заштита и воопшто за подобрување на здравствениот систем во Република Македонија.

“Лекарската комора е дел од системот на здравствена заштита и како почитувана и компетентна професионална асоцијација со јавни овластувања е наш постојан партнер во реализацијата на реформите во сите сегменти на здравството. Заеднички работиме на повеќе значајни области, во

“За да се спречи одливот на млад медицински кадар се работи и на обезбедување подобри услови за работа и повисоки плати. Со повисоки плати, поголеми шанси за специјализација и подобрување на условите за работа, целта е да се направи атмосфера во која лекарите ќе сакаат да останат во земјава”, истакна д-р Милошев.

Во рамките на свеченоста беше доделена и Плакетата „Св. Наум Охридски“, највисокото признание на Лекарската комора на Македонија. Оваа престижна награда годинава ја доби д-р Гафур Мемети, специјалист по општа хирургија од Општата болница “Д-р Ферид Мурад” во



насока на унапредување на здравствениот систем во Република Македонија”, истакна д-р Милошев. Тој како посебно значајно го издвои изготвувањето нов Закон за здравствена заштита - во насока на изградба на подостепен, поквалитетен и долгорочно финансиски одржлив систем на здравствена заштита, кој ќе обезбеди достоинствени услови за работа на медицинскиот кадар, поголеми шанси за нивна специјализација, повисоки плати, ставање на граѓаните во центарот на здравствениот систем и зајакнато чувство и одговорност на поединецот за сопственото здравје и здравјето на другите.

Гостивар, а на предлог на неговите колеги, односно Одборот на ЛКМ – Гостивар.

По повод 26 години од основањето, Лекарската комора на Македонија им додели плакети за долгогодишна успешна соработка на Медицинскиот факултет при Универзитетот “Св. Кирил и Методиј” - Скопје, Факултетот за медицински науки, Државниот универзитет во Тетово и на Факултетот за медицински науки на Универзитетот “Тоце Делчев” во Штип.

**Vox medici**





# Pramipeksol PLIVA

pramipexole

таблети со продолжено ослободување



PLIVA  CNS

## Сигурно движење

Pramipeksol PLIVA	Прамипексол дихидрохлорид монохидрат
база	сол
30 x 0,26 mg	0,375 mg
30 x 0,52 mg	0,75 mg
30 x 1,05 mg	1,5 mg
30 x 2,1 mg	3 mg

- допамински агонист, високоселективен и специфичен за D2 рецепторите, посебен афинитет за D3 рецепторите
- лекување на знаци и симптоми на идиопатска Паркинсонова болест, како монотерапија или во комбинација со леводопа
- дозирање **еднаш на ден**

[www.pliva.com.mk](http://www.pliva.com.mk)  
[www.plivamed.net](http://www.plivamed.net)

 **PLIVA**  
Членка на групацијата Teva

**Напомена:** Збирен извештај за особините на лекот Pramipeksol Pliva е достапен на барање. Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет: 15-4148/14, 15-4149/14, 15-4150/14 и 15-4151/14 од 06.02.2015. Начин и место на издавање: се издава на лекарски рецепт, во аптека. **САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ.** Носител на одобрение: ПЛИВА доел Скопје, Никола Парапунов бб, Скопје. Тел. 02/3062702. МК/PMPL/18/0005



# ИЗМЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

### Член 1

Во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија број 18/2015, 64/2015, 96/2015, 125/2015, 191/2015 и 187/2016), по членот 23 се додава нов член 23-а кој гласи:

### Член 23-а

Доколку осигурените лица и лекарот од член 20, член 21 и член 23 на овој правилник, немаат електронска здравствена картичка, верификацијата на направениот избор на лекар/промена на лекар ја врши лекарот со дигитално потпишување со општо прифатениот електронски потпис во согласност со Законот за податоците во електронски облик и електронски потпис. Примерок од хартиениот ИЛ-1 образец потпишан од страна на избраниот лекар и осигуреното лице останува во здравствениот картон на осигуреникот.

### Член 2

Членот 55 се менува и гласи:

“ Осигуреното лице може да користи здравствени услуги во:

1. специјалистичко - консултативната здравствена заштита со упат од избраниот лекар или од лекар специјалист од иста или друга дејност;

2. болничка здравствена заштита осигуреното лице може да користи по правило со болнички упат издаден од лекарот специјалист /супспецијалист;

3 во итни случаи осигуреното лице може да користи здравствени услуги во болничката здравствена заштита со упат од избраниот лекар само во следните случаи:

- дијагностицирани хронични заболувања;

- по проценка на избраниот лекар за итност на здравствената состојба на осигуреното лице, со соодветно образложение за итноста и со проценка за натамошниот тек на третманот, што избраниот лекар соодветно го документира во медицинското досие на осигуреното лице;

- кога упатувањето го врши избраниот лекар за детската популација до 14 годишна возраст и избран лекар гинеколог;

- на закажан контролен преглед и

- избраниот лекар може да го упати осигуреното лице во определени случаи и за определени состојби за здравствени услуги кои исклучиво се вршат на Универзитетските клиници – Скопје.

Избраниот лекар и лекарот специјалист/супспецијалист го упатуваат осигуреното лице да користи здравствена заштита

во здравствени установи каде Фондот обезбедил вршење на здравствени услуги.

Упатот има важност само кога осигуреното лице има платен придонес за задолжително здравствено осигурување.

### Член 3

По членот 55 се додава нов член 55-а кој гласи:

### Член 55-а

Упатот за користење на здравствени услуги на повисоко ниво на здравствена заштита, може да биде:

1. Упат за специјалистичко - консултативна здравствена заштита:

-редовен специјалистички/субспецијалистички упат во закажан термин од листата на закажани прегледи/интервенции;

-итен специјалистички/супспецијалистички упат во случај на животназагрозувачка /итна состојба на осигуреното лице, кој треба да се реализира во рок од 24 часа;

-упат без закажан термин заради издавање на препорака за боледување, користење на хронична терапија, издавање на ортопедски помагала за преглед /аплицирање на терапијата во рок од 24/48/72 часа, за остварување на право на БПО или остварување на други права за кои е потребно мислење од специјалист/супспецијалист/конзулиум на лекари, кој треба да се реализира во рок од 7 дена;

Упат без закажан термин се издава кога не може да се закаже термин за редовен упат, во случај на постоење на оправдана медицинска индикација. Осигурениците со упат без закажан термин се прегледуваат, по завршување на прегледите на осигурениците со редовен специјалистички/супспецијалистички упат во закажан термин и

-упатот за дијагностичка лабораторија без закажан термин.

Упатот за специјалистичко - консултативна здравствена заштита важи од денот на издавањето, односно од денот на закажаниот преглед и/или дијагностичко испитување и/или интервенција до завршување на епизодата на лекување (пакет на здравствени услуги) која може да трае повеќе месеци.

2. Упат за болничка здравствена заштита:

- редовен болнички упат издава лекар специјалист/супспецијалист кој го извршил прегледот;

-упат за дневна болница издава лекар специјалист/супспецијалист за дијагностичко терапевтска интервенција за престој во болница еден или повеќе денови без пренокување;





- итен болнички упат издава лекар специјалист/супспецијалист кој го извршил прегледот и оценил дека е потребна итна хоспитализација или хируршка интервенција.“

#### Член 4

Членот 58 се менува и гласи:

Специјалистичко - консултативна здравствена заштита опфаќа специјалистички прегледи, дијагностички, терапевтски и рехабилитациони постапки според медицински индикации.

Специјалистичко-консултативната здравствена заштита осигуреното лице ја остварува во најсоодветната здравствена установа која врши такви здравствени услуги, врз основа на пропишан образец на упат од избраниот лекар/лекар специјалист/субспецијалист. Заради укажување на специјалистичко-консултативни здравствени услуги, осигуреното лице може да биде упатено во јавни и приватни здравствени установи на територијата на Република Македонија, каде Фондот обезбедил вршење на здравствени услуги.

Избраниот лекар/лекар специјалист/супспецијалист упатувањето го врши според утврдени листи на здравствени услуги од Министерството за здравство, кои може да се вршат во специјалистичко-консултативна здравствена заштита во здравствените установи.



По извршениот прв преглед на осигуреното лице, за секој нареден контролен преглед лекарот специјалист/супспецијалист издава специјалистички/супспецијалистички упат во истата здравствена установа,

која врши специјалистичко-консултативни здравствени услуги од иста дејност.

Во случаи кога лекарот специјалист/супспецијалист има потреба од одредени дополнителни дијагностички или терапевтски процедури, осигуреното лице го упатува со интерспецијалистички упат во друга здравствена установа која врши специјалистичко – консултативни здравствени услуги од иста или друга дејност.

Осигуреното лице со интерес упат за специјалистички /супспецијалистички преглед се упатува кај друг специјалист /супспецијалист во иста здравствена установа за преглед, терапевтска процедура или дијагностичко лабораторијско испитување.

Упат за специјалистичко консултативна здравствена заштита за хронични заболувања, секој месец издава лекарот спе-

цијалист/супспецијалист кој ја пружа здравствената услуга.

Извештајот издаден од лекар специјалист/супспецијалист е со важност до првиот извршен контролен преглед, но не повеќе од 12 месеци.

#### Член 5

Членот 59 се менува и гласи:

Осигуреното лице биохемиските лабораториски испитувања за потребите на примарна здравствена заштита ги користи врз основа на пропишан образец упат ЛУ1-а од страна на избраниот лекар, од дејноста општа медицина, гинекологија и општа стоматологија.

Избраниот лекар од дејноста општа медицина, издава упат ЛУ1-б за утврдување на вредностите на биохемиските лабораториски здравствени услуги: ТСХ (тиреостимулирачки хормон), ОГТТ(орален гликоза толеранс тест), HbA1C(гликозилиран хемоглобин) и PSA(тумор маркер за простата).

Избраниот гинеколог издава на осигуреното лице да издаде пропишан образец упат ЛУ1-в, за утврдување на хормонски статус и тумор маркери.

Упатот ЛУ1-б издаден од избраниот лекар од дејноста општа медицина и ЛУ1-в издаден од избраниот гинеколог содржи биохемиски лабораториски услуги наведени во став 2 и 3 на овој член. Овие биохемиски лабораториски испитувања може да ги врши само биохемиска лабораторија каде носител на дејност е лекар специјалист по медицинска биохемија.

Лекарот специјалист/супспецијалист биохемиските лабораториски испитувања за потребите на специјалистичка/субспецијалистичка здравствена заштита, ги наведува на пропишан образец упат ЛУ2. Во биохемиските лабораториски испитувања се содржани и биохемиските испитувања од упатите ЛУ1-а, ЛУ1-б и ЛУ1-в.“

Резултатите од биохемиските лабораториски испитувања се издаваат на пропишан образец ЛУ-извештај.

#### Член 6

Членот 60 се менува и гласи:

Избраниот лекар од дејноста општа медицина и гинекологија врз основа на однапред закажано испитување со наведување на видот на услугите со упат РДУ1 го упатува осигуреното лице за радиодијагностичките испитувања: нативна и контрасна радиолошка дијагностика, ехо дијагностика и мамографија.

Избраниот лекар од дејноста општа стоматологија може да упатува со упат РДУ 1 само за нативна радиолошка дијагностика.

Лекарот специјалист/субспецијалист од соодветна дејност врз основа на однапред закажано испитување со наведување на видот на услугите со упат РДУ2 го упатува осигуреното лице за радиодијагностички испитувања: КТ-компјутерска томографија, МР-магнетна резонанца, ПЕТ скен и други специфични радиодијагностички испитувања.

Во упатот РДУ2 се содржани и радиодијагностичките услуги од упатот РДУ1.

Упатите за радиодијагностички испитувања РДУ1 и РДУ2 може да бидат:



## Регулатива

-редовен упат со закажан термин од листата на закажани прегледи/интервенции,

-итен упат издаден од избраниот лекар или лекар специјалист / субспецијалист во случај на животнoзагрозувачка/итна состојба на осигуреното лице кој може да се реализира во рок од 24 часа со образложение за причини за итност.

-упат без закажан термин се издава по проценка на лекарот кога прегледот не е итен но постојат медицински индикации, заради кои прегледот треба да биде извршен во рок од 7 дена. Упатот се реализира по завршување на редовните радиодијагностички испитувања во закажан термин.

Доколку осигуреното лице се упатува како за повеќе здравствени услуги од иста дејност, се користи еден упат.

Резултатите од радиодијагностичките испитувања се издаваат на пропишан образец РДУ-извештај.“

### Член 7

Членот 61 се менува и гласи:

Во случај кога лекар од итна медицинска помош, лекар од дежурната служба, домашно лекување или рурален лекар од јавна здравствена установа, се издава извештај за здравствената состојба од непосредно извршениот преглед на соодветен образец.

Во извештајот лекарот од став 1 на овој член, ја евидентира здравствената состојба на осигуреното лице од првиот непосредно извршен преглед до неговиот прием во амбулантата на болничката здравствена установа.

Извештајот се доставува до избраниот лекар или лекарот специјалист / субспецијалист кој прв го примил и прегледал осигуреното лице во болничката здравствена установа / ургентен центар. За извршениот преглед лекарот специјалист / субспецијалист издава итен упат.

По извршениот преглед и ЕХО дијагностика избраниот лекар гинеколог на осигуреното лице издава извештај.

### Член 8

Членот 62 се менува и гласи:

Кога се издава редовен упат со закажан термин, а во здравствената установа има повеќе лекари од иста специјалност, осигуреното лице самостојно може да се определи кај кој лекар специјалист ќе користи здравствени услуги.

Доколку на осигуреното лице е издаден упат без закажан термин во здравствената установа во која има повеќе лекари од иста специјалност, здравствената установа определува кој лекар специјалист ќе ја пружи здравствена услуга.

По исклучок на став 2 на овој член, осигуреното лице може самостојно да се определи кај лекарот специјалист кој е достапен да ја пружи здравствената услуга во периодот на важноста на упатот без закажан термин. “

### Член 9

Членот 64 се менува и гласи:

Наодите од извршениот специјалистички преглед и другите испитувања со мислење за здравствената состојба на осигуреното лице и упатство за натамошното лекување се достапни на увид на лекарот кој го упатил осигуреното лице на специјалистички преглед. Во извештајот се содржани наоди-

те од дијагностичките испитувања и мислење за здравствената состојба на осигуреното лице со препорака за понатамошно лекување со соодветна терапија, времетраење на привремена спреченост за работа, потреба за користење на ортопедско помагало и др.

За извршениот преглед на осигуреното лице, избраниот лекар, односно лекарот специјалист/субспецијалист кој издал упат, има увид во специјалистичкиот/субспецијалистичкиот извештај преку Националниот систем за електронски евиденции во здравството.

### Член 10

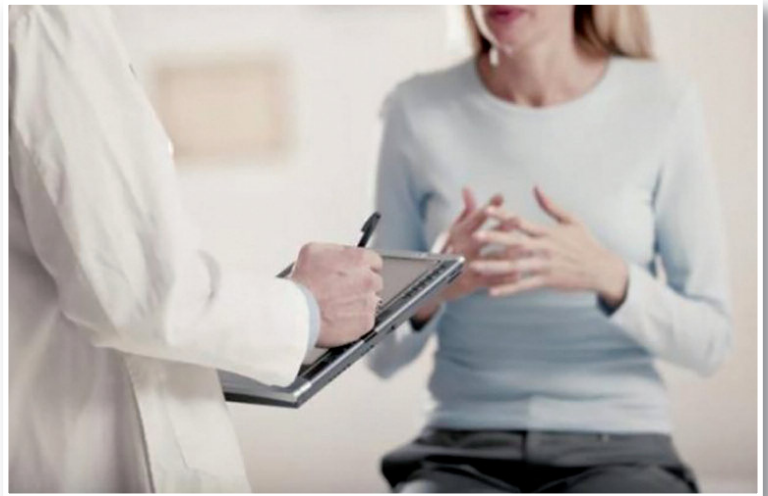
Во членот 75 по зборовите “со сместување“ се додаваат зборовите “и исхрана“.

### Член 11

Членот 76 се менува и гласи:

Болничкото лекување, по правило се остварува врз основа на упат од лекар специјалист од соодветна специјалност, на пропишан образец.

Во итни случаи осигуреното лице може да користи здравствени услуги со упат издаден од лекарот специјалист/субспецијалист во специјалистичко– консултативна и болничка здравствена заштита и тоа:



-за здравствени услуги кои се пружени на осигурено лице примено без упат како итен случај во специјалистичка/субспецијалистичка амбуланта во болничка установа, лекарот специјалист/субспецијалист издава специјалистички/субспецијалистички упат. Врз основа на издадениот специјалистички/субспецијалистички упат, извршените здравствени услуги здравствената установа ги фактурира со соодветен пакет до Фондот.

- кога при прегледот на осигуреното лице лекарот специјалист/субспецијалист постави индикација за болничко лекување, издава само болнички упат. Врз основа на издадениот болнички упат, извршените здравствени услуги, заедно со прегледот при приемот на осигуреното лице, здравствената установа ги фактурира до Фондот по ДСГ методологија, или по пакет за дневна болница.







### Член 12

По членот 76 се додават четири нови члена 76-а, 76-б, 76-в и 76-г кои гласат:

#### Члена 76-а

Доколку за време на болничко лекување на осигуреното лице во здравствената установа лекувањето не е завршено и има потреба од дополнително лекување во друга здравствена установа, се издава упат за трансфер на хоспитализирани лица на пропишан образец.

Упат за трансфер на хоспитализирани лица може да се издаде при:

- трансфер на хоспитализирано осигурено лице од клиника на клиника
- трансфер на хоспитализирано осигурено лице од една болничка здравствена установа до друга болничка здравствена установа
- трансфер на хоспитализирано осигурено лице од болничка здравствена установа на клиника

#### Член 76-б

Кога за време на болничко лекување на осигурено лице, лекарот специјалист/субспецијалист оцени дека има потреба од користење на сервисни услуги од друга здравствена установа, издава упат за сервисни услуги на пропишан образец и тоа :

1. Упат за сервисни услуги за специјалистички/супспецијалистички преглед кога осигуреното лице треба да се упати во друга јавна здравствена установа заради користење на определена специјалистичко-консултативна здравствена услуга ,

2. Упат за сервисни услуги за дијагностичко лабораториски испитување(микрибиологија, нуклеарна медицина и патолошка анатомија и др.).

3. Упат за сервисни услуги за вршење на одредена дијагностичка процедура во друга јавна здравствена установа (ЕХО кај интернист, ЕМГ, ЕЕГ, КСТ и др.)

4. Упат за сервисни услуги за биохемиски лабораториски испитувања Ју2 во друга здравствена установа.

5. Упат за сервисни услуги за радиодијагностички испитувања РДУ2 за определена радиодијагностика во друга јавна здравствена установа.

Упатот за сервисни услуги се издава и важи само додека осигуреното лице е на болничко лекување.

#### Член 76-в

Кога за време на болничкото лекување на осигуреното лице, има потреба за вршење на дополнителни испитувања во истата јавна здравствена установа, лекарот специјалист / супспецијалист издава:

1. Упат за интерни услуги за специјалистички/субспецијалистички преглед заради користење на други здравствени услуги во истата здравствена установа;

2. Упат за интерни услуги за дијагностичка лабораторија за лабораториско испитување на осигуреното лице;

3. Упат за интерни услуги за вршење на одредена дијагно-

стичка процедура (ЕХО кај интернист, ЕМГ, ЕЕГ, КСТ и др.);

4. Упат за интерни услуги за биохемиски лабораториски испитувања Ју2 и

5. Упат за интерни услуги за радиодијагностички испитувања РДУ2 за определена радиодијагностика

Кога осигуреното лице се лекува во едно одделение од болничката установа, а се оцени дека поуспешно и посоодветно може да се лекува во друго одделение на истата установа, се упатува со упат за интерни услуги за интеродделенски трансфер на пропишан образец.

Упат за интерни услуги се издава и важи само додека осигуреното лице е на болничко лекување.

#### Член 76-г

Барање за обдукција издава лекар специјалист/субспецијалист/мртвопроверител, во случај кога согласно Законот за здравствено осигурување, треба да се врши обдукција на починатото осигурено лице.

По завршена обдукција се издава обдукциски наод на пропишан образец.

#### Член 13

Во членот 77 ставот 3 се менува и гласи:

Упатот има важност само кога осигуреното лице има платен придонес за задолжително здравствено осигурување.

#### Член 14

Членот 79 се менува и гласи:

По завршеното болничко лекување, здравствена установа на осигуреното лице на денот на отпуштање од болница, издава отпусно писмо со совет и препорака за понатамошно лекување.

Во медицински извештај кој е прилог кон отпусното писмо хронолошки се наведува дијагностичко терапевтичниот третман за време на болничкото лекување.

Кога за осигуреното лице се чека хистопатолошки наод, се издава отпусно писмо со работна дијагноза, а по добиените резултати од наодот се издава отпусно писмо со конечна дијагноза.

#### Член 15

Во член 80 се брише.

#### Член 16

Во член 87 став 3 по зборовите “потребата за“, се додават зборовите “отворање или“.

#### Член 17

Овој Правилник стапува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, а ќе се објави по добивањето на согласност од министерот за здравство.

Членовите 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14 и 15 ќе се применуваат по создавање на технички услови за нивно применување, но не повеќе од 6 месеци од денот на стапување во сила на овој правилник.

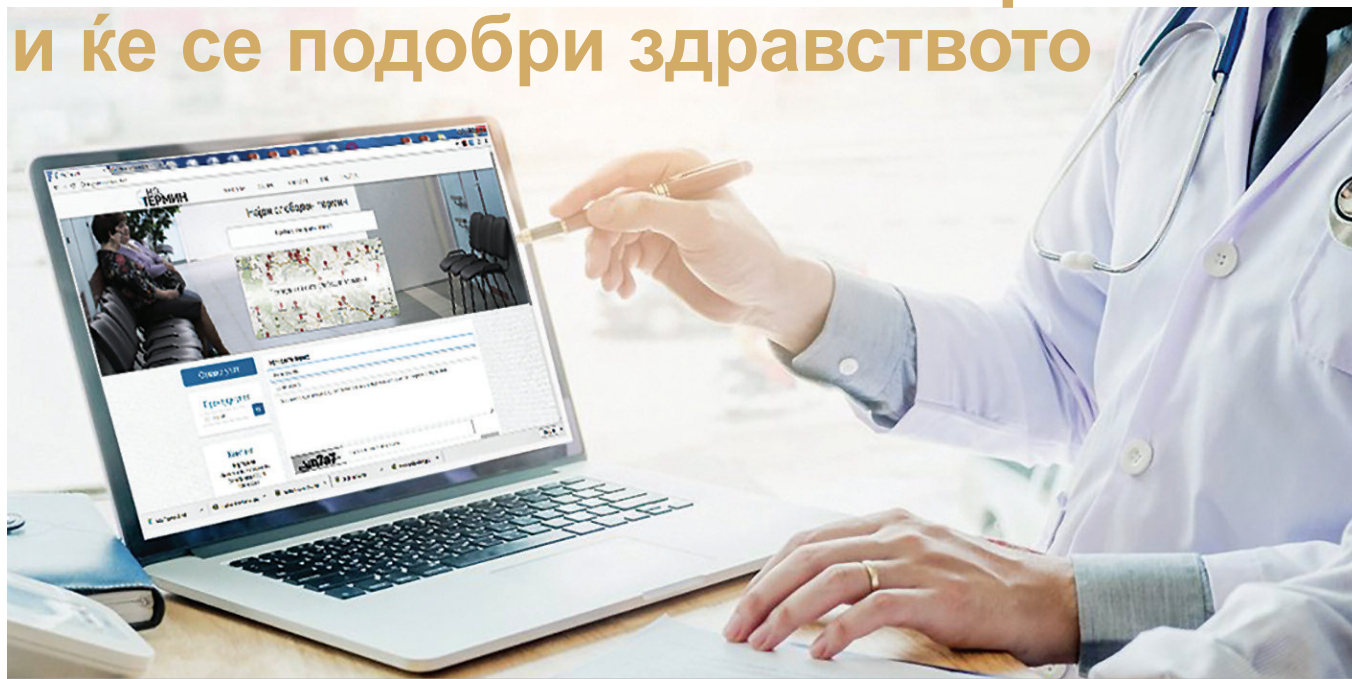




## Разговор

ДРАГАН ШАХПАСКИ, “СОРСИК” АВСТРАЛИСКО-МАКЕДОНСКА КОМПАНИЈА ФОКУСИРНАА НА Е-ЗДРАВСТВО

# Со надградба на “Мој термин” значително ќе се олесни пристапот и ќе се подобри здравството



**Проектот “Мој термин” почна кон крајот на 2012 година како модул, односно систем за управување со листите на чекање. Во изминатиов период тој неколку пати беше надградуван. Се вовеле ли ред во системот и кои се бенефитите од него?**

Системот “Мој термин” од самиот почеток до сега се работи со огромен ентузијазам од страна на луѓето кои го развиваат системот од “Сорсикс” како и одговорните за имплементација од Управата за електронско здравство (УЕЗ) и од Министерството за здравство (МЗ) кои не се штедат бесени од првиот ден до денес. Сметам дека покажавме кој е вистинскиот начин да се работат проекти од овој вид и обем, еден добар информациски систем треба да биде квалитетно изработен и да има беспрекорна имплементација, а сето ова без да биде привилегиран и многу платен.

Системот вовеле транспарентност, побрз пристап до услугите на граѓаните до јавното здравство, ги спровеле законските мерки кои претходно постоеја само на хартија и брзо ги идентификуваше и квантифицираше болните точки при планирање на ресурсите во македонското здравство. За овој успех системот беше посочен како најголема причина за скок на Македонија од 27 на 16 место во индексот European Health Consumer Index (EHCI) на почетокот на 2015 година во Брисел. Денес системот е еден од најкомплетните национални системи од овој обем во светот и го содржи електронското медицинско досие на пациентот, додека Р. Македонија се

води како земја без листи на чекање со пристап до ресурсите во здравствениот систем во реално време.

Дополнително, системот овозможува следење на пациентот од моментот кога пациентот е прегледан од матичниот лекар, низ целиот процес на упати и електронски рецепти на тој начин максимално зголемувајќи го достапот на пациентот до здравствената заштита.

**Главните заблешки се однесуваат на времетраењето на прегледи и достапноста на докторите во “Мој термин”? Која е Вашата, а која е улогата на Управата за електронско здравство?**

Секој од лекарите има законска обврска до 5 во месецот да креира календар на активности за наредниот месец, додека менаџментот (директорите) треба да направи увид и да го одобри календарот најдоцна до 10-ти во месецот. Министерството за здравство преку Управата за електронско здравство врши контрола и континуирано контактира со установите во однос на достапноста и термините кои ги имаат овозможено лекарите, односно установите. За времетраењето на прегледот одлучува лекарот при креирање на време за прием, кад што временскиот интервал на еден термин може да биде од 5 до 60 минути. Во соработка со УЕЗ, во календарот на активности е овозможено креирање на време за прием ограничен по старосни групи (на пример: прием исклучиво на деца), одредена дијагностика, термини







резервирани за пациенти кои се на стационарно лекување, до можност за креирање на термини исклучиво за одредена установа или група на лекари од установа.

Во “Сорсикс” развивме уникатни решенија кои ги поддржуваат процесите на системот и претставуваат интелектуална сопственост која ја пласираме во здравствените системи во други земји (Србија, Австралија, Ирска, Индија), изградени по моделот на системот “Мој термин”. Овие решенија ги надградуваме континуирано со нашиот тим на експерти во Електронско здравство и Управата со која имаме одлична симбиоза и исклучителна соработка. Благодарение на овие решенија, системот е доволно флексибилен и конфигурабилен за имплементација на нови правилници и правила во работењето, а кои се во дејноста на Управата, и тоа лежи во основата на нашата филозофија на работа – испорака на системи во современи технологии на вистински начин, кој овозможува континуирано подобрување на процесите во реалниот свет.

Во подготовка е нов правилник со кој првпат јасно се дефинираат упатот со термин, ургентниот упат од 24 часа и упатот без термин за 7 денови. а со Управата за електронско здравство се работи и на други надоградби на системот - имунизација и систематски прегледи за предучилишна и училишна возраст, воведување на целосна акушерска и гинеколошка историја, регистар на заразни болести ...

### **Имаше случаи кога системот не функционираше, односно паѓаше. Кои беа причините за тоа?**

Системот “Мој термин” ги чини граѓаните 2,4 денари по пациент годишно, што за систем од овој обем, кој е пионер во националните здравствени системи, подразбира многу компромиси и креативни решенија. Системот е хостиран во податочниот центар на Факултетот за информатички науки и компјутерско инженерство (ФИНКИ), за што државата не издвојува финансиски средства. Иако проблемот со недостаток на опрема е решен во последните три години, овој систем нема оперативни процедури во делот на одржување на системската инфраструктура по соодветен стандард (ITIL v3 и други) кои ќе овозможат детектирање на проблемите пред нивното јавување, а најмногу се работи за административни процедури како: валидност на сертификати и лиценци и слично. Напротив тоа, од технички аспект системот е дизајниран сам да детектира проблеми и да се оптимизира, бидејќи овие предизвици не натераа да го градиме на начин кадешто нема потреба од редовна процедура на одржување и мониторинг од човечки капацитети. Ова решение го прави системот исклучиво компатибилен и погоден за хостирање во cloud, кој е концептот на иднината кој веќе го предлагаме до надлежните институции. Системот “Мој термин” се употребува и во други земји (Србија – “Мој доктор”, Ирска – “Pinga”) каде што е веќе хостиран во cloud, нешто што е неминовно да дојде и во Македонија.

**Дали системот обезбедува податоци кои би можеле да се искористат за подобрување на здравствениот систем, како што е планирање на кадарот и специјализациите, планирање и обезбедување на терапијата на пример, со инсулинска терапија, мапа на здравствени установи и специјалисти...?**

Да, системот овозможува увид на целосниот здравствен систем со неговите капацитети и искористеност и достапни се податоците за лекари - специјалисти на национално, регионално или општинско ниво, возрастните граници на целната група. Така, според тоа, би било многу едноставно да се врши планирање за распишување и распределба на специјализациите на национално ниво. Системот, исто така, овозможува следење на препишувањето и издавањето на лекови од позитивната листа на цела територија, а со анализа на податоците може да се врши увид на искористеноста на лековите од позитивната листа и да се ажурира истата. Во системот постои цел модул за пациентите со дијабетес кои се на инсулинска терапија, се следи моменталната состојба на националниот лагер, лагерите по инсулински аптеки, препишани и подигнати количини по пациент за сите инсулини и инсулински продукти. Овозможено е автоматско планирање за количините кои треба да се достават до инсулинските аптеки во иднина, на база на потрошувачката од претходните месеци и бројот на пациенти. Врз база на податоците лесно може да се прави планирање за национална набавка на инсулин и инсулински продукти, според број на пациенти и трендот на пораст на пациенти заболени од дијабетес.

Единствен начин за точно утврдување на ефикасноста и дефицитот на ресурсите (лекари, дијагностички апарати, лекови итн.) е преку анализа на податоците од системот од страна на Министерството и институциите во здравството, но и од страна на независните тела, невладини институции, институти, универзитети и други. Имено, системот содржи модул за отворени податоци, преку кој податоците од системот во анонимизиран и агрегиран формат може да се набават од Управата за електронско здравство за анализи, научно-истражувачка дејност, планирање на капацитети, изготвување на стратегии и предлог програми, информативна, едукативна и комерцијална дејност.

Се разбира “Сорсикс” со своите напредни аналитички технологии е во состојба да му помогне (и веќе му помага) на здравствениот систем за натамошна оптимизација на процесите и постигнување на поголеми резултати со истите ресурси. Најдобар пример е дека од воведувањето на системот “Мој термин” времето на чекање е намалено за повеќе од 100%, додека во исто време бројот на термини достапни на пациентите е дуплиран.

**Зацртаниот проект за интегриран здравствен систем во 2006 година пропадна. Според некои информации, Вие сте во подготовка на електронско медицинско досие за пациентите. До каде сте со подготовките и која ќе биде користа од тоа?**

Проектот од 2006 бил неуспешен, што не е за изненадување. Бидејќи бил замислен како top-down решение кое не ги



## Разговор

зема предвид состојбите на терен, туку претпоставки кои живеат само на хартија. Многу земји од Европа се нашле во истата замка и на крај имале слично искуство како нашето, па затоа применивме еден поинаков leap пристап кон имплементацијата на “Мој термин” кој донесе брз успех во само еден циклус од три години, колку што е потребно за оформување на перцепција за состојбата во здравството од страна на просечниот граѓанин.

Системот содржи електронско медицинско досие на секој пациент, кое не е комплетно без податоците за осигурување и финансиските параметри кои се во дејноста на Фондот за здравство. Во овој период има најави за надградба на системите во интегриран здравствен систем, кој ќе го содржи комплетното медицинско досие на пациентот. Ова е добро од повеќе аспекти бидејќи ќе овозможи анализа и подобрување на системот во поглед на бирократските процедури, а ќе му овозможи на Фондот и постепено ревидирање на конзервативниот систем за финансирање на институциите, кој е подложен на политичко влијание во самиот дизајн – by design, преку постепено преоѓање кон Бизмарк систем кој е соодветен за нашата земја, а чие имплементирање досега на неколку наврати заглавува во самиот старт – најмногу поради неможноста за имплементирање на ДРГ методологијата на работа.

Ние сме комплетно подготвени да стартуваме со имплементација на интегрираниот систем и по анализата која заедно ја подготвуваат Фондот и Министерството, очекуваме набрзо, за неколку месеци, да се почне со интегрирањето на системите. Оваа интеграција ќе претставува голем чекор кон дигиталната трансформација во здравството: Cloud технологии, елиминирање на хартија, следливост на лековите, заштита на личните податоци, мобилни апликации наместо шалтери и функционална-употреблива здравствена картичка. Целта е транспарентност, подостапно и поефикасно здравство за сите, што е чекор напред кој ќе не направи повторно пионер во електронското здравство во Европа и во светот.

### Има ли можност за злоупотреба на доверливите податоци, односно колку се тие безбедни?

Системот “Мој термин” содржи повеќе од 2,2 милиони електронски медицински досиеја, што претставува најголема збирка на лични податоци со највисоко ниво на чувствителност во државата и тоа ние и другите институции - чинители го сфаќаме многу сериозно. Од друга страна, системот дневно процесира над 50 милиони трансакции, а на него секој ден работат повеќе од 10.000 корисници што е секојдневен ризик за протекување на чувствителни податоци на илјадници крајни точки.

“Сорсикс” веќе постави во работа голем број на технички решенија за заштита на податоците, а со надградба и користење на Cloud технологиите, добиваме пристап до веќе подготвени процедури и решенија за имплементирање на потребните стандарди за безбедност, а кои во традиционални податочни центри се имплементираат едно по едно. Затоа преминувањето на Cloud мора да е императив во следниот период. Ние како компанија извршуваме еднаш годишно пенетрациско тестирање (penetration test) на модули од сис-



Драган Шапаски се занимава со електронско здравство од 2011 година уште на самите почетоци на својата кариера. Тој по дипломирањето во 2009 гради академска кариера на ПМФ при УКИМ, а потоа на ФИНКИ, по што ги напушта магистерските студии во 2013 година и одлучува комплетно да се посвети на претприемајство со фокус на е-здравство. Набргу потоа станува еден од основачите на “Сорсикс”, австралиско-македонска компанија која е активна во е-здравство на сите континенти. Тој го води развојниот центар на “Сорсикс” во Скопје, кој се состои од тимови со брилијантни инженери со кои се примена на најсовремени технологии учествуваат во развој на современи решенија во еЕ-здравство.

темот кои се пласираат надвор од Македонија и континуирано бараме до институциите да извршат барем еднаш ваков вид на тест за системот “Мој термин”. Од технички аспект можноста за злоупотреба на доверливите податоци е минимална и се сведува на постоење на аномалии кои се откриваат со извршување на пенетрациски тест и други тестови, а ќе се намалат до минимум со миграција на Cloud.

Меѓутоа, најголемиот ризик лежи во човечкиот капацитет, т.е. во авторизирани корисници кои не ги користат податоците соодветно на намената за која им се дадени привилегиите. Морам да кажам дека поголеми инциденти немало досега и дека управата комплетно го оправдува своето постоење и е значително понапред во заштитата на приватните податоци во споредба со слични институции во земјите од ЕУ, што се потврдува преку патувањата и средбите со истородните институции, но државата мора да вложи повеќе средства во оваа млада институција или повеќе да користи средства кои ни се достапни преку разните ЕУ фондови.

**Министерството за здравство најавува укинување на приоритетниот упат и воведување на ургентен упат кој мора да се искористи во период од 24 часа и на упат без термин за 7 денови (наменет, пред се, за административни процедури, хронична терапија и сл....), како и некои други новини кои ќе треба да се интегрираат во системот?**





Точно така, во моментот Министерството за здравство заедно со Фондот за здравствено осигурување работат на нов правилник за обрасци и начинот на упатување. Во овој правилник првпат јасно ќе се дефинираат упатот со термин, ургентниот упат од 24 часа и упатот без термин за 7 денови. Во истиот правилник ќе бидат опишани и правилата за упатување од страна на лекарите, кои потоа ќе бидат и спроведени во електронскиот систем. Исто така, со Управата за електронско здравство се работи и на други надоградби на системот како имунизација и систематски прегледи за предучилишна и училишна возраст, воведување на целосна акушерска и гинеколошка историја, регистар на заразни болести и др. Во суштина, сите поголеми или помали промени (реформи) кои Министерството за здравство ги спроведува или пропишува во некој од правилниците, мора да бидат интегрирани во системот “Мој термин”.

Голема промена која е направена со системот е што воведоме принцип на повратна врска (feedback-loop), каде што реформите кои ги истакнав погоре како и повеќето реформи во здравството во изминатиот период се произлезени од системот и континуирано се мониторира нивниот успех и издржаност преку системот, преку мерливи параметри и бројки. Овој принцип е воден од принципот на дигитална трансформација кој го спомнав претходно, т.е. транспарентно управување преку флексибилен систем со намалување и елиминирање на бирократијата, што е единствениот начин на работа во демократските и развиени општества.

### **Пред околу две години започнавте со имплементација на сличен систем во соседна Србија. Има ли разлики?**

Во соседна Србија имплементацијата на системот започна на почетокот на 2016 година. Иако двата здравствени система потекнуваат од истиот здравствен систем на Југославија, постојат големи разлики општо во здравствените системи во Македонија и во Србија. Како најголема разлика би ја истакнал во делот на примарната здравствена заштита, која во Македонија е целосно приватизирана, додека во Србија иста уште е дел од јавниот здравствен сектор. Матичните лекари во Србија се уште се дел од здравствените домови, па во електронскиот систем е овозможено закажување на преглед кај матичен лекар и тоа со повик преку национален контакт центар, повик во установата или директно преку мобилна апликација. Во Србија, исто така, во системот се спроведени и правила на упатување, постојат четири клинички центри и упатувањето генерално е поделено на четири региони, според гравитација на пациенти до најблискиот клинички центар.

Системот во Србија по капацитет е околу 3,5 пати поголем од македонскиот (број на установи, лекари, корисници и сл.), но бројот на функционалности и модули е значително помал од “Мој термин”. Понучени од искуството со “Мој термин” и високо стручниот тим за имплементација, за рекордно време ја покривме целата територија на Р. Србија и го имплементиравме системот за неполни девет месеци што е своевиден рекорд.

Една студија што ја направивме во Србија, докажа дека во термин од 15 минути, лекарите го прегледуваат пациентот и разговараат со него, не повеќе од шест минути. По имплемен-

тација на системот времето кое го поминуваат со пациентот се зголеми за речиси душло на 11 минути, поради намаленото користење на хартија при работа и достапност на информациите на едно место (интегриран систем).

### **Добивте награда и во Лондон за 2017 година. За што Ви беше доделено ваквото признание?**

Наградата од ИТ Европа во Лондон ја добивме во конкуренција со десетина ИТ компании за најиновативно и најдобро искористено решение во сегментот за владино-институционални решенија (e-government) за платформата “Пинга” која е заедничкото бренд-име за “Мој термин” и решенијата во другите земји. Станува збор за препознавање на успехот што го постигнавме првично со “Мој термин”, а потоа и со “Мој доктор” (Р. Србија) од иновативноста на решението до брзата имплементација. Еден од директорите на “Сорсикс”, Далибор Фртуниќ, беше во Лондон да ја прими наградата и го промовираше системот пред влијателни луѓе во англискиот здравствен систем NHS.

### **Ќе се надградува ли системот и во кој правец се планира да се одвива тоа?**

Се наоѓаме во одлична атмосфера за имплементација на нови надоградби и модули кои значително ќе го олеснат пристапот до здравствена заштита на граѓаните и истовремено ќе го подобрат здравството. Ќе спомнам неколку од модулите на кои работиме во моментот: модул за следење и исход на бременост, модули за имунизација, превентива и систематски прегледи, модул за ретки болести, модул за скрининг, модул за пристап на податоците од страна на институции кои вршат контрола (ФЗО, ДСЗИ и други), модул за креирање на пресметки и наплата за извршени услуги, опфаќање на приватни установи во и надвор од мрежата, надоградба на регистри за болести од високо значење (рак, дијабетес, заразни болести и др.), модул за трансплантација и други.

Еден од нашите идни чекори е да се користат модерни методи базирани на вештачка интелигенција. Дел од нашиот Пинга - систем е модул за вештачка интелигенција крстена “Clemens”, чија цел е оптимално планирање на ресурсите (автоматско креирање на календар) со цел намалување на времето на чекање и поголема достапност на првите слободни термини. Како предлог - надоградби кои во моментот се разгледуваат се: укинување на хартиените упати и рецепти - потполно преминување на е-упат и е-рецепт, закажување на матичен лекар, резервација на лекови во аптека, следливост на лекови, преглед на достапност на лекови во сите аптеки во реално време, платформа за авторизација и контрола на личните и медицинските податоци од страна на пациентите базирана на мобилни уреди, платформа за клиничко одлучување (clinical decision support), миграција на системот во Cloud платформа, повеќе индивидуални специјалистички модули, национален мониторинг центар за сите деловни процеси во здравството (national control-room), систем за деловна интелигенција (business-intelligence) на ниво на установи (наменети за менаџментот) и други.

**Vox medici**





## Регионална соработка

### СРЕДБА НА ЛЕКАРСКИТЕ КОМОРИ ВО ПОДГОРИЦА, ЦРНА ГОРА

# Коморите мора да имаат значајна улога во креирањето на здравствените политики



Во организација на Лекарската комора на Црна Гора, на 30 и 31 март 2018 година во Подгорица се одржа Првиот заеднички работен собир на претседателите на лекарските комори од регионот и државите од подрачјето на поранешна СФРЈ. На собирот учествуваа 16 претседатели, потпретседатели и членови на управните тела на лекарските комори, а Лекарската комора на Македонија ја претставуваше д-р Илбер Бесими, заменик на претседателот на ЛКМ. Од оправдани причини изостана делегацијата на лекарската комора на Република Хрватска.

На собирот се разговараше за:

- професионалниот статус на лекарите;
- улогата на Комората во системот на здравствена заштита;
- социо-економскиот статус на лекарите;
- одливот на лекари од системот на јавното здравство.

Во рамките на темите се дискутираше за речиси сите аспекти на лекарската професија – условите за работа и можностите за спроведување на добра медицинска практика, прашањата за законите кои ја регулираат здравствената област, прашањата за лекарската автономија и одговорност, осигурувањето на лекарите, насилството врз лекарите, прашањата за нивниот социо-економски статус и причините за одливот на лекарите од јавното здравство.

Низ дискусиите на темите се дојде до заклучок дека некои од проблемите во функционирањето на јавното здравство се заеднички за сите региони држави од територијата на поранешната СФРЈ, дека сериозните проблеми во одделни држави се посилено изразени и дека е неопходна поинтензивна и поблиска соработка на лекарските комори на земјите учеснички во нивното надминување и помошта на соседите.

#### Заклучоци:

I. Кога се во прашање условите за работа и можностите за спроведување на добра медицинска практика во смисла на почитување на препораките и протоколите за лекување на

Комората мора да биде институција која ја штити професионалната автономија на лекарите од притисоци од надредените и лошите законски решенија

болестите и состојбите, како и недостигот на опрема и снабденост на здравствените установи со неопходните медицински средства. Во врска со тоа, лекарските комори мора да имаат значајна улога во креирањето на здравствената политика во сите земји во смисла на подобро планирање на едукацијата, бројот на непосредни извршители, подобар увид во состојбата на опремата што се употребува и планирањето на нејзиното обновување како би се задржал контактот со современите достигнувања во медицината, како и конкурентноста на јавното здравство во однос на приватниот сектор, кој во последниве години е во експанзија кога станува збор за регионот.

II. Кога е во прашање законската регулатива, лекарските комори на сите земји учеснички мора да имаат многу позначајна улога при креирањето на сите закони и прописи кои се однесуваат на здравствената област. Неопходно е да се намали влијанието на актуелната политика при вработувањето и именувањето на раководни луѓе на одговорни функции во здравството. Претераното навлегување на политиката во здравството има често погубни последици за состојбата на јавното здравство, создава услови за коруптивни дејства и креира лоши меѓучовечки односи.

III. Прашањата за професионална автономија на лекарите мора да биде во исклучива надлежност на коморите. Комората мора да биде институција која ја штити професионалната автономија на лекарите од притисоци од надредените и лошите законски решенија. Во таа своја работа, Комората како институција која го штити јавниот интерес, мора да соработува со синдикатите на лекарите и со професионалните здруженија.







— IV. Во својата работа лекарите мора да бидат заштитени преку различни модели на осигурување, кои се однесуваат првенствено на осигурување во работата, осигурување од медицинска грешка и одговорност. Различни се моделите на осигурување, а заеднички став е дека најприфатлив би бил скандинавскиот модел кој доминантно прашање на осигурувањето го врзува за осигурување на установата во која лекарот е вработен.

— V. Насилството врз лекарите е феномен кој до пред само дваесетина години практично не постоеше во регионот, а денес е толку изразен што кај лекарите предизвикува чувство на страв и незаштитеност на работното место. Примерите за насилство врз лекарите се бројни, присутно е во сите земји во регионот и е една од причините за одливот на лекарите од системот на јавното здравство. Заклучок е дека насилството врз лекарите недоволно се казнува и дека е неопходно коморите да се заложат лекарите да добијат статус на службени лица за времето кое го минуваат на своето работно место. На тој начин насилството врз лекарите би се третираше како напад на службено лице, што сигурно би ги демотивирало потенцијалните напаѓачи и би обезбедило поголема заштита за лекарите.

— VI. Општ впечаток на сите учесници на собирот е дека социо-економската положба на лекарите во општествата во кои живееме е лоша. Тоа не се однесува само на платите на лекарите, кои во повеќето држави се незначително повисоки од просечните примања во тие држави, туку и на нивниот углед во општеството. Се почесто се емотивно обоеени, главно неосновани медиумски напади на лекарите и нивната работа. Судските постапки се водат сензационалистички, го навредуваат достоинството на докторите на медицина и внесуваат немир и паника во лекарскиот корпус. Често не постојат минимум услови за работа кои нема да ја загрозат состојбата на здравјето на пациентот, а секако може да предизвикаат лекарска грешка.

— VII. Секако, најголем проблем претставува масовниот одлив на лекари од јавното здравство. Причините се:

- ниските плати на докторите на медицина;
- неможноста за стручно усовршување и напредување во здравствените установи во кои работат;
- преоптовареност со работа;
- честите физички и вербални напади на лекарите;
- мобинг на работното место;
- се поголемиот притисок на професионалната автономија на лекарите;
- лошо уредениот здравствен систем;
- негативен став во медиумите и јавноста кон лекарската професија.

Со оглед дека живееме во економска смисла послабо развиени држави, одливот на лекарите од јавното здравство, кој доби масовност, во иднина ќе се покаже како можно нерешлив проблем. Од тие причини мора итно да се спроведат мерки за сузбивање на овој негативен феномен.

На крајот на состанокот беше постигнат договор ваквите заеднички собири на претседателите на сите лекарски комори од регионот и земјите од подрачјето на поранешната СФРЈ да станат традиција и работниот состанок да се одржува еднаш годишно.

**Vox medici**

## ИН MEMORIAM

### Прим. д-р Димитар Димитров (1927-2018)

Примариус д-р Димитар Димитров е роден на 25.7.1927 година во Струмица, Р Македонија, каде што го завршил основното и средното образование. Непосредно по завршувањето на Втората светска војна почнува да работи како учител и наставник во беровскиот и во струмичкиот регион.

Медицински студии запишал на Медицинскиот факултет во Загреб, каде дипломирал во предвидениот рок. По дипломирањето ја започнува специјализацијата по гинекологија и акушерство на Медицинскиот факултет во Скопје под менторство на неколку реномирани професори од некогашна Југославија кој тогаш работеле на Медицинскиот факултет во Скопје. Специјалистичката кариера ја почнува како прв гинеколог во историјата на општина Кочани каде е и раководител болницата, но и пратеник на општината во Републичкото Собрание. Во тој период стапува во брак со д-р Јулијана Димитрова која подоцна е еден од основоположниците на македонската офталмологија - страбологија.

Кон средината на шеесетите година се преселува во Скопје и е еден од основачите на Специјалната болница за гинекологија и акушерство-Чаир, сегашна "Мајка Тереза". Познат е како извонреден акушер и гинеколог. Д-р Димитар Димитров заедно со проф. д-р Ѓорѓи Ставриќ се пионерите на скринингот на рак на грлото на матката во Република Македонија. Со болницата раководи подолг временски период и како директор ја етаблира во компетентна високостручна специјализирана институција.

Се пензионира во 1987 години на 60 години согласно тогашната законска регулатива иако се уште беше витален и во полна снага. Неговата посветеност на Хипократовата заклетва ја продолжува со работа во приватниот сектор. Во професионалната биографија на д-р Димитров се илјадници породувања и гинеколошки интервенции. Учесник е на голем број стручни манифестации и автор на стручни и научни трудови. Член е на повеќе комисији и одбори за здравството и од гинеколошко-акушерската област.

Македонското здравство неговите колеги, ученици и неговите пациентки засекогаш ќе му бидат благодарни на прим. д-р Димитар Димитров за се што направи преку својата самопрегорна работа и посветеност на професијата. Семејната традиција во медицината ја продолжуваат неговите два сина кои се истакнати имиња во областа на гинекологија и акушерството.





## Испиражување

ПЕРЦЕПЦИИ НА ГРАЃАНИТЕ ЗА КВАЛИТЕТОТ НА УСЛУГИТЕ ВО ОБЛАСТА НА ЗДРАВСТВОТО И СОЦИЈАЛНАТА ПОЛИТИКА

# Реформи речиси и да немаше или тие не вродија со плод

Партиципацијата од страна на испитаниците е оценета како нејпроблематична, а главните забелешки се повеќекратните плаќања за здравствените услуги – првиот пат со задолжителното здравствено осигурување, потоа преку партиципацијата, и трето, што не се случува ретко – во приватните болници за услуги што ги нема во јавното здравство, кога некој апарат е расипан или кога се принудени да чекаат со месеци



Партиципацијата, проблемите со службите за итна медицинска помош коишто не може во потполност да одговорат на потребите на населението, измени во „Мој термин“, особено во сегментот на времето предвидено за преглед, високата смртност кај новороденчињата, нови лекови на позитивната листа и нивната достапност, третманот на лицата со ретки болести... Ова се дел од наодите од истражувањето за перцепциите на граѓаните за квалитетот на услугите во областа на здравството и социјалната политика и заштита, што го спроведе Центарот за управување со промени (ЦУП) во рамки на проектот „Следење на административната правда“, финансиски поддржан од владата на Обединето Кралство преку британската амбасада во Скопје.

Теренската анкета во втората половина на 2017 година на случаен избор од 849 испитаници е со ниво на доверба од 95 проценти. Опфатени се осум статистички региони, имајќи ја предвид и распределбата на урбани и рурални средини. Со анкетата се отсликува перцепцијата на граѓаните за квалитетот на услугите на социјалните и здравствените институции на различни нивоа и за различни прашања кои беа предмет на дебата во јавноста во изминатиот период. Проектот има за цел да се утврдат ставовите и перцепцијата на граѓаните за да се придонесе за разрешување на најгорливите проблеми и изнаоѓање соодветни решенија. Извештаите беа презентирани на конференцијата „Итни потреби и приоритети за унапредување на услугите во социјалната дејност и јавното здравство – Какви промени ни се потребни и како тие да станат реалност?“, што на 5 април 2018 година се одржа во Скопје.

Со истражувањето како приоритети во здравствениот сектор се лоцирани и потребата за спречувањето на масовниот одлив на лекари, а во однос на ефикасноста на услугите на итната медицинска помош, вкупно 31,9 проценти од граѓаните ја оценуваат оваа услуга како донекаде ефикасна.

Партиципацијата, односно учеството на граѓаните во трошоците за услугите, од страна на испитаниците е оценета како нејпроблематична, а главните забелешки се повеќекратните плаќања за здравствените услуги – првиот пат со задолжителното здравствено осигурување, потоа преку партиципацијата, и третиот пат, што не се случува ретко – во приватните болници за услуги што ги нема во јавното здравство, кога некој апарат е расипан или кога се принудени да чекаат со месеци.

Проектот „Мој термин“, покрај одредени придобивки, според перцепцијата на граѓаните, манифестира и проблеми кои се оденсуваат пред се на времето за преглед кое не дозволува лекарот да му се посвети на пациентот со доволно внимание. Во исто време администрирањето се оценува како предолго. Сепак, истражувањето покажа дека граѓаните, генерално, се задоволни од услугите на докторите. Така, при прегледот преку „Мој термин“ 48,9 проценти од граѓаните се изјасниле дека лекарот бил премногу оптоварен со администрација, додека една третина од граѓаните, или 33,7 проценти, одговориле негативно на ова прашање.

Што се однесува на стручноста на лекарите од јавното здравство, мислењата на граѓаните се поделени со мала разлика. Анкетата покажува дека 42,3 проценти од граѓаните сметаат дека стручноста на лекарите во државните клиници





Истражувањето е реализирано од Центарот за управување со промени (ЦУП) во рамки на проектот „Следење на административната правда“, финансиски поддржан од владата на Обединето Кралство преку британската амбасада во Скопје

и здравствените домови се исти со приватните. Вкупно 40,8 проценти сметаат дека се полоши во споредба со приватното здравство.

Како еден од најгорливите проблеми е издвоен одливот на здравствени работници, за што најдобро говорат податоците од Лекарската комора, според кои за пет години од државата заминале 612 лекари (овој број се однесува само на оние кои побарале документ за нивниот статус). Незадоволството е од платите и од условите за работа. Дури 90 отсто од оние кои заминале немаат желба да се вратат, а загрижува и податокот дека вкупно 70 отсто од лекарите што останала во државата сакаат да го следат патот на оние кои заминаа. Поради масовниот одлив, како и поради фактот што со години немаше нови специјализации, државата мора да најде начин како да го реши недостатокот на лекари, особено во болниците во внатрешноста каде што ситуацијата е драматична. Од тие причини Министерството за здравство треба на овој проблем да му пријде стратегиски, точно да се утврди каде и каков кадар недостасува. Врз основа на ваквите анализи треба да се распишуваат нови специјализации и да се изнајде начин на специјализантите да им се плати трудот (за што министерот за здравство најави дека е во постапка).

Сериозна анализа налага и решавањето на причините за зголемена смртност на доенчиња, за што се препорачува формирање експертски тим кој ќе ги следи параметрите, ќе

Проблемите со службите за итна медицинска помош коишто не може во потполност да одговори на потребите на населението, особено во руралните подрачја, измени во „Мој термин“, пред се во сегментот на времето предвидено за преглед, високата смртност кај новороденчињата, нови лекови на позитивната листа и нивната достапност, третманот на лицата со ретки болести, заминувањето на лекарите во странство...



„Се водевме од премисата дека подобрувањето на услугите за граѓаните е еден од клучните критериуми за коишто треба да се отвори дискусија. Резултатите од истражувањето кои ги презентиравме на конференцијата „Итни потреби и приоритети за унапредување на услугите во социјалната дејност и јавното здравство“ имаат за



цел да се подигне свеста кај надлежните институции за отстранување на недостатоците и за подигање на квалитетот и на нивоата на услугите“, вели Неда Малеска-Сачмароска, извршен директор на Центарот за управување со промени.

ги испита сите фактори и ќе предложи мерки за надминување на алармантните состојби.

Извештајот укажува и на неопходноста да се смени пристап кон позитивната листа на лекови која не е ревидирнаа цела деценија со цел во неа да се вклучат современи медикаменти. Исто така, според перцепцијата на граѓаните, на лицата со ретки и малигни болести треба да им се обезбедат соодветни услови за лекување, а потребните лекови мора да им се постојано достапни бидејќи станува збор за животна загрозувачки состојби и за тешко болни лица. Буџетот наменет за овие пациенти треба да се искористува во целост, како и средствата од акцизите од алкохолот и цигарите што досега не се практикуваше.

Интересно е дека во анкетата, хигиената во јавните установи како задоволителна ја оцениле 47,8 проценти од граѓаните, додека 40,8 % одговориле негативно во однос на нивното искуство при последната посета на лекар. Јавните набавки, исто така, се проблем бидејќи најголем дел од нив се спроведуваат нетранспарентно. Кај 70 проценти од постапките за јавни набавки, јавните здравствени институции не објавиле или, пак, објавиле само дел од клучните информации за водените постапки, а со најголема вредност од оние за коишто не е објавена информација за вредноста на избраната понуда имаат постапките спроведени од Министерството за здравство.

Во извештајот се оценува дека промените „кои настанаа во последната деценија во најголем дел не се однесуваат на реформите во здравството, бидејќи реформи речиси и да немаше или тие не вродија со плод. Некои новини кои беа карактеризирани како реформски зафати не ги дадоа очекуваните резултати и не донесоа до ситуација каде, во целина гледано, ќе може да констатираме дека јавното здравство е подобро. Повеќето од мерките беа во делот за реконструкција на некои од болниците, набавка на скапа медицинска опрема, кратки обуки на лекарите во траење од една недела до еден или два месеца во некои од познатите болници во странство“.

**Vox medici**



## МАКЕДОНСКА МЕДИЦИНСКА ТЕРМИНОЛОГИЈА

Уредува: Проф. д-р Косџангина Корнеџи-Пекевска

# Дали интегрираната информатичка теорија ја објаснува свесноста?

На 12 мај 2018 во еминентно научно списание е објавена информација за објаснување на свесноста според нова, таканаречена „Интегрирана информатичка теорија“. Написот го привлече моето внимание заради фактот што на истиот проблем се потрудивме да дадеме одговор уште 2005, преку пресметување на формулата која ја нарековме „brain -gate“, а која го мери нивото на мозочната возбуденост.

За тоа што претставува свесноста научниците предложи неколку толкувања. Kahnemann (1973) свесноста ја дефинира како генерална активација на умот, која резултира од интеракција на личноста со нејзината околина. Други два големи ума во невронауката (Thacher and John 1978) зборуваат за генерална операција на свесноста; Watkins 1997 објаснува дека тоа е општ погон на мозокот и умот, додека современикот Damasio (2003) вели дека тоа е едноставен одговор на мозокот со зголемена активност кој лежи на самото дно на хомеостазата.

И денес разбирањето на тоа што е основа на свесноста (или свесноста за себе) се смета за голем предизвик во науката. Со децении на назад најголемите умови во невронауката ги собираат најинтересните информации за разликите помеѓу тоа што е свесност, а што несвесност.

Интегрирана информатичка теорија, која е поддржувана од еминентни научници, објаснува дека апсолутно секој физички објект има некакво (дури и најниско) ниво на свесност.

Оваа теорија започнува со два основни постулата околу природата на нашите свесни искуства како луѓе. Најпрвин, тврди дека секое искуство што го имаме е само едно од многуте можни искуства кои би можеле да ги имаме. Второ, разните компоненти (боја, форма, заднина) ги доживуваме сите заедно, симултано. Тргувајќи од овие две претпоставки, теоријата вели дека мозочната активност која е асоцирана со свесност мора да биде постојано во промена, и да се состои од многу различни обрасци, при што опфаќа голем дел од комуникациите помеѓу разни мозочни региони. Тоа навистина е добра основа за теорија, која би можело да биде тестирана. Така, во еден експеримент истражувачите ги следеле мозочните одговори по многу кус пулс од транскранијална магнетна резонанца, при која, како што е познато, магнетниот калем е ставен на врвот на скалпот и емитура многу краток пулс на магнетно поле. Дури и во нашата психијатриска практика, оваа метода широко се употребува во третманот на депресиите. Мозочниот одговор се снима преку електроди поставени на други делови на скалпот. Кога клиентот/пациентот е сосема буден, одговорот на овој мал удар од магнетни бранови се распространува низ мозокот, во комплексен образец на бранува-

ња. Но, кога клиентот/пациентот се наоѓа во длабок сон, или е под општа анестезија, тогаш одговорот не се шири далеку од магнетниот калем и неговата форма на бранување е многу поедноставна. Овие резултати ја поддржуваат наведената теорија. Тие покажуваат дека во свесна состојба, секој регион на мозокот прави нешто различно, но сепак сите заедно комуницираат.

Но, сега доаѓа она потешкото: да се најде формула која ќе го прецизира нивото на свесност и тука настануваат големите контроверзии. Теоријата најава дека крајната формула ќе биде нешто што ја квантифицира информацијата за содржината. Во тој контекст „информација“ би значело колку нешта може да најдете за минатото или иднината на објектот што е во прашање, ако гледате во детали кои се присутни во сегашноста. На пример, ја мерите волтажата на мноштво неврони во мозокот и гледате колку може тој добиен резултат да ги предвиди идните резултати. Резултатот би бил валиден ако имате добра претпоставка користејќи ги записите од сите неврони, а лошо предвидување доколку користите запис од само еден неврон. Многу е разбирливо што обидите да се најде ваква формула донесува многу проблеми, како теориски така и практични. Многу обиди за ваква формула биле направени, но се покажало дека не функционираат, или не даваат јасен одговор, или, конечно е неопходно многу долго време за да се пресметаат комплексните мозочни податоци.

Некои научници сметаат дека можеби ваквиот теориски математички обид засега треба да се остави настрана. Експерименталните истражувања на свесноста се одвиваат добро, па можеби треба засега да бидеме фокусирани само на нив. Но, во науката не е доволно само да се собираат експериментални податоци - неопходна е теорија која би објаснила што гледаме, а основата на таква теорија е токму понудената- Интегрирана информациона теорија.

Што е со тврдењето содржано во оваа теорија дека сè во природата има свест (панпсихизам). Дали ваквата претпоставка треба да се земе сериозно? Неопходно е многу внимателно да се изрази ваквото тврдење: да зборуваме на пример, за свесна лажица? Ако постојат повеќе плаузибилни математички описи за свесноста, а ниту една не е тестирана, тогаш зошто би било добро да се креира уште една нова? Познато е дека Ајнштајновата теорија за гравитацијата била многу воодушевувачка дури и пред да биде тестирана. Интеграционата Информатичка теорија се уште не е воодушевувачка за математичарите, но се смета дека дава голема надеж за наоѓање на корените на свесноста.

**Акад. Нада Поп-Јорданова**







## ЗДРУЖЕНИЕ НА БОЛНИЧКИ ФАРМАЦЕВТИ

# Успешна работилница за ентерална и парентерална исхрана



Во организација на Здружението на болнички фармацевти на Р. Македонија, на 21 април оваа година, во Винаријата “Попова Кула” во Демир Капија се одржа Работилница за парентерална и ентерална исхрана. Работилницата на која присуствуваа повеќе од 60 болнички фармацевти од целата држава, беше организирана под покровителство на Рифам ДОО, застапник на “Fresenius Kabi” во Македонија.

Основите на клиничката исхрана ги презентираше доц. д-р Калина Гривчева-Старделова, директор на Универзитетската клиника за гастроентерохепатологија, во Скопје. При што таа истакна дека администрација на комплетна и избалансирана исхрана во интравенска инфузија е со цел за потпора на анаболизмот, одржување на телесната тежина, азотниот баланс во состојби кога оралната и ентералната исхрана не се можни или се неадекватни.

Според неа, целите на ваквата исхрана се да се “озвозможи одмор на цревето, да се спречи или минимизира губиток на телесната маса во случај пациентот да не е во состојба да јаде во тек на пролонгиран период и да се спречи или минимизира губиток на телесната маса во случај пациентот да не е во состојба да апсорбира нутритивни во тек на про-

лонгиран период. Д-р Гривчева – Старделова истакна дека на овој начин се одбегнуваат и можните идни метаболни нарушувања, се обезбедува поддршка на имуниот систем и се намалува морталитетот.

Во својата презентација м-р фарм. Марија Пендовска од Универзитетската клиника за хематологија, која е и секретар на Здружението на болнички фармацевти, даде приказ на случаи за парентерална и ентерална исхрана, а м-р Борис Вукадин го претстави портфолиото на реномираниот светски производител “Fresenius Kabi” за клиничка исхрана.

Во рамките на работилницата, д-р Стојан Николиќ ги претстави компанијата и тимот на Рифам ДОО, додека м-р Стафче Мановчев говореше за болничката палета на “Fresenius Kabi” што е достапна во земјата.

На Работилницата присуствуваа и проф. д-р Бистра Ангеловска, претседател на Фармацевтската комора на Македонија и м-р фарм. Билјана Лазарова, претседател на Здружението на болнички фармацевти.

### Безбеден, економски ефикасен и соодветен

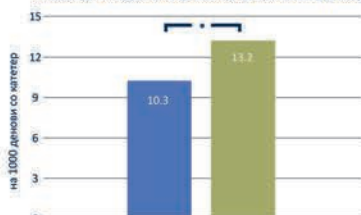
#### Трикоморна кеса:

- едноставна апликација и ракување<sup>4</sup>
- заштеда на време за медицинскиот персонал<sup>5</sup>
- заштеда на трошоци<sup>6,8</sup>
- подготвен за директна примена

#### Подобра безбедност кај пациентите и редуцирана појава на компликации во споредба со еднокоморни системи-пакувања, како резултат на:

- намален ризик од потенцијална контаминација<sup>7</sup>
- намалена појава на инфекции на крвните садови (BSI)<sup>8</sup>
- намален број на медицински грешки<sup>9</sup>

Инциденца на појава на инфекции на централна вена (CLAB)



\*p<0.001  
(CLAB)= број на (BSI) инфекции на крвните садови, поврзани со поставена централна венска линија во времетраење од 1000 календарски денови  
\*график во согласност со референца<sup>10</sup>

#### Рана парентерална исхрана со KABIVEN и KABIVEN PERIPHERAL кај критично болни пациенти резултира со:



\*график во согласност со референца<sup>11</sup>

- Уникатен дизајн на Кабивените: Стерилни мембрани: без потреба од дезинфекција
- Само-затворање: поедноставно ракување по исклучување
- Стабилност: минимизирање на веројатноста за пункција на кесата



## ПАРЕНТЕРАЛНА ИСХРАНА

**Kabiven®**  
И  
**Kabiven®**  
PERIPHERAL

ЕДНОСТАВЕН НАЧИН  
НА ПАРЕНТЕРАЛНА ИСХРАНА



**FRESENIUS KABI**  
caring for life







Крка, доверлив партнер во третманот на дислипидемија со клинички докажани статини (1,2,3)



**Roswera**<sup>®</sup>  
rosuvastatin

таблети од 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg и 40 mg

## За кардиоваскуларна превенција

### Ефикасноста и безбедноста на

статините на Крка се потврдени во

- повеќе од **55 клинички студии**\* (1, 2, 3)
- кај повеќе од **40.000 пациенти** во примарна и секундарна превенција (1, 2, 3)
- резултатите од клиничките студии се објавени во меѓународни медицински списанија и презентирани на

**интернационални конгреси и симпозиуми** (4)



Крка е една од **водечките производители** на статини\*\* со повеќе од **20 години искуство** во производството на високо квалитетни статини. (5, 6)

**ATORIS**<sup>®</sup>

Филм-обложени таблети од  
10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg и 80 mg

atorvastatin

## Свезда меѓу статините



#### Референци:

1. Brus S. Clinical evidence of the efficacy of Krka's rosuvastatin in the treatment of hyperlipidemia with focus on additional doses. Krka Med Farm 2014; 26 (38): 62-71. 2. Hodnik I. Clinical studies with Krka's atorvastatin in the management of patients with hyperlipidemia. Krka Med Farm 2014; 26 (38): 52-60. 3. Data on file, Krka, d.d., Novo mesto, Slovenia, 2017. 4. ESC Congress 2016. Poster session 2: Cardiovascular prevention outcomes I. Presentations list. Available at: <http://spo.escardio.org/SessionDetails.aspx?eventId=1127&sessionId=19169&subSessionId=5564> [9.6.2017]. 5. Holesterol (lovastatin, 20 mg) Marketing Authorisation No: 512/B 3915/95, Holesterol (lovastatin, 40 mg) Marketing Authorisation No: 512/B 3916/95, Slovenia. 6. ePharma Market, IQVIA, Quintiles IMS, MEDICUBE, PHARMSTANDARD, PharmaZOOM, INTELUX, CEGEDIM 2017.

\* интервенциски и неинтервенциски

\*\* централна, источна и југоисточна Европа

**KRKA**

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.





### КАКО ДО ПОДОБРА РЕГУЛАЦИЈА НА ЛДЛ - ХОЛЕСТЕРОЛ:

# „Статини во водата за пиење“ ?

Heller и сор. во “Circulation” објавиле студија според која препишувањето статини на сите мажи од 45 до 74 години и жени од 55 до 74 год. во САД, без разлика на вредноста на ЛДЛ-холестерол (ЛДЛ-Х) и кардиоваскуларен (КВ) ризик, за 10 години ќе превенира 999.000 кардиоваскуларни случаи (срцев и мозочен удар) и 135.000 смртни случаи (но со дискутабилен краен “cost-benefit”).

Овие резултати повторно поттикнаа дискусија за “сензационалистичките” идеи (Reckless J, претседател на “Heart UK”) за додавање на статини во водата за пиење, со што би се постигнало масовно и редовно земање на лекот.

Сигурно дека ова не е решение за проблемот на неадекватно лекување на хиперлипидемијата, пред се покачениот ЛДЛ-Х, кој е докажан во повеќе истражувања во Европа и во САД. Резултатите од EUROASPIRE IV истражувањето покажале дека 81% од пациентите со докажана атеросклеротска васкуларна болест (секундарна превенција) не постигнале целна вредност на ЛДЛ-Х (под 1,8 mmol/L). Кај пациентите со висок ризик (примарна превенција) дури 67% од нив не постигнале целна вредност (под 2,5 mmol/L).

Едни од причините за неуспешното

лекување се препишувањето на неадекватна доза на статини и непридржувањето на пациентите кон правилно и редовно земање на лекот.

Со препораките за лекување на дислипидемии на Европското кардиолошко здружение од 2016 г. се дадени и препораки во одредување на дозата на статин, кои се прв лек на избор.

Основно е одредување на целната вредност на ЛДЛ-Х, зависно од пресметаниот вкупен КВ ризик (SCORE табела и сите придружни ризик фактори).

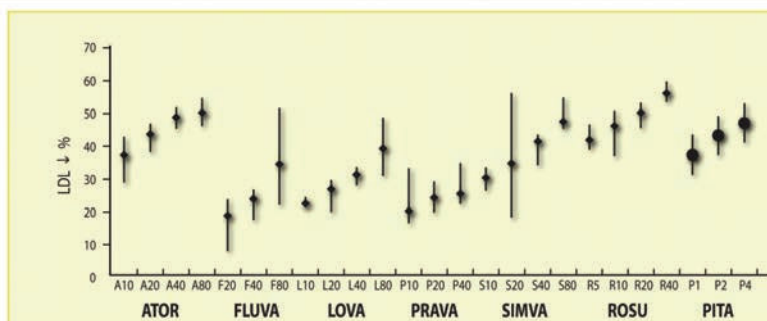
Следно се одредува за колку проценти треба да се намали почетната вредност на ЛДЛ-Х за да се постигне целта. Зависно од потребниот процент на намалување се одредува дозата на статинот кој во просек дава такво намалување на вредноста (табела во прилог). Бидејќи одговорот кон терапијата со статинот е индивидуален потребно е понатамошно “титрирање” на дозата на статинот до постигнување на целната вредност. Кога е потребна редукција на ЛДЛ-Х за најмалку 50% изборот треба да биде меѓу росувастин 20-40 mg или аторвастин 40-80 mg.

Доколку со максималната толерирана доза не се постигне целта, се препорачува додавање на лек во комбинација

со статинот. Пример: статин + езетимибе (Езолета 10 mg, Крка), како сигурна и ефикасна комбинација.

Кај пациентите со многу висок и висок ризик за КВ настани, освен постигнување на целната вредност е потребно и намалување на почетната вредност на ЛДЛ-Х за најмалку 50%. Пример, за пациент со многу висок ризик и почетна вредност на ЛДЛ-Х 2,5 mmol/L, целна вредност не е само 1,8 mmol/L, туку и намалување од најмалку 50%, значи постигнување вредност на ЛДЛ-Х под 1,25 mmol/L. Резултатите од ROSU-PATH студијата спроведена кај пациенти со различен КВ ризик покажаа ефикасност на росувастин од Крка (просечна доза од 25,3 mg) во постигнување на целните вредности на ЛДЛ-Х под 1,8 mmol/L кај 33% од пациентите со многу висок ризик и дополнителни 22,7% од оваа група на пациенти кои не постигнаа целна вредност на ЛДЛ-Х < 1,8 mmol/L, но постигнаа ≥ 50% редукција на ЛДЛ-Х од иницијалната вредност, а кои резултати се значајно подобри од оние добиени при EUROASPIRE IV истражувањето.

Докажано е дека дополнителното намалување на вредноста на ЛДЛ-Х под целните вредности дополнително



Weng TC, et al. J Clin Pharm Ther. 2010; 35: 139-151  
Mukhtar RY, et Al. Int J Clin Pract. 2055; 59(2): 239-252

Преглед и мета-анализа за терапевтската еквивалентност на статините. ATOR = atorvastatin; FLUVA = fluvastatin; LOVA=lovastatin; PRAVA = pravastatin; SIMVA = simvastatin; ROSUVA = rosuvastatin; PITA = pitavastatin  
Превземено од 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias

Докажано е дека дополнителното намалување на вредноста на ЛДЛ-Х под целните вредности дополнително го намалува ризикот од КВ настани. Затоа во европските препораки и не постои долна граница за ЛДЛ-Х под која нема бенефит или има пораст на несакани ефекти



го намалува ризикот од КВ настани. Затоа во европските препораки и не постои долна граница за ЛДЛ-Х под која нема бенефит или има пораст на несакани ефекти.

Втора значајна причина за непостигнувањето на целните вредности на ЛДЛ-Х е непридржувањето на пациентите кон редовно земање на лекот (адхеренција кон лекот) и самостојно намалување на дозата на лекот. Повеќе студии покажаа дека 25-50% од пациентите во првите 6-12 месеци ја прекинуваат терапијата со статини.

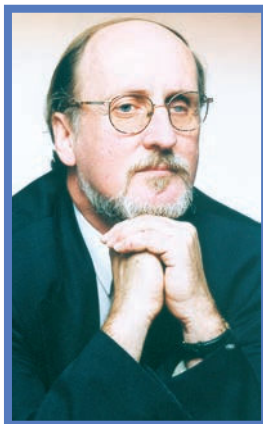
Како најчеста причина се преголеми очекувања од “здравниот начин на живот со кој ќе ги регулираат масните” непознавање на болеста и ефектите од лекот. Значајна причина е и т.н. “посебно” ефект кој е спротивен од плацебо ефект. Тој е честа причина за “жалене” на пациентите од мускулни болки во секојдневната практика иако во многу студии, кога испитаниците не знаеле дека добиваат статин, честотата на мускулни болки била речиси иста како кај плацебо групата.

Во двете причини основна е улогата на докторите од сите нивоа на здравствена заштита, кои треба да препишат соодветна доза на статин или комбинација на лекови, надминувајќи го стравањето од несакани ефекти при давање на високи дози. Статините се докажаа како ефикасни и безбедни во максимално дозволените дози.

Од круцијално значење е и едукација на пациентите кои треба да го разберат својот ризик, болеста и ефектите од лекот. Пациентот мора да ја знае вредноста на ЛДЛ-Х која треба да ја постигне. На секоја контрола, гледајќи ги последните резултати за ЛДЛ-Х, да се мотивира во промена на животните навики за исхрана, постигнување оптимална телесна тежина, континуирана физичка активност и редовно земање на статините во препишаната доза. Да се надмине отпорот кон употребата на лекови и стравот од несакани ефекти од статините, како резултат на мноштвото јавни информации.

Пациентот мора да знае дека секое намалување на ЛДЛ-Х за 1% го намалува за 1% неговиот КВ ризик.

**Д-р Оливер Бушљетиќ,**  
интервентен кардиолог,  
ЈЗУ Клиника за кардиологија, Скопје



**Проф. д-р  
Нинослав ИВАНОВСКИ**

Кон средината на 70 – тите години од минатиот век ( колку одвратно и безнадежно далеку!) како млад тукушто вработен лекар на Клиниката за нефрологија одам на конзилијарен на Клиниката за гинекологија и акушерство, инаку позната како ГАК. Беше тоа една од познатите скопски зими, патот од две-три стотини метри буквално заледен, јас премрзнат лесно облечен со белиот мантил како единствена заштита од студот. Тоа ми беше можеби прв конзилијарен и имав строги упатства од моите претпоставени никако да не примам болен од друга клиника, инаку практика која, за жал, се уште постои во кампусот на Универзитетски клиници “Мајка Тереза“ во Скопје. Кога се прибрав во топлите ходници на старата зграда на ГАК, ме пресретна мирис на свежи алишта, пелени и чаршафи тукушто извадени од автоклав. Во родилната сала ме чекаа две легенди: професор Ефтим Каламарас и анестезиологот Мишко Јањевски, покрај една млада породена трудница во бесознание. Во уринарниот катетер немаше ни капка мочка. Се објаснивме некако, се обидов со она „немаме место, може ли утре изутрина“ и слични трици. Не бев многу убедлив, знам а и не знаев да глумам, како што не научив ни до ден денешен. “

## ГИНЕКОЛОГИЈА

Слушај дечко, прави што ќе правиш, ама девојчево е на твоја возраст“, благо ме прекори професорот и си замина. Мишко беше се зафатил со некое тукушто породено бебе модро како цигер. Повремено се слушаше звукот на аспирационите сонди кои му ги ставаше во устата и носето и неговиот глас. “Ќе плачеш, ќе плачеш“. Потоа се разнесе еден слаб и немоќен глас и тоа прозвучи како некоја Моцартова флејта, чисто и високо горе и одденаш се се промени. Да не должам, ја прибрав болната, ја издијализирав ноќта, утредента со Кочо Чакалароски уште еднаш. Откако се освести ја почувавме уште малку и ја вративме во таа чудесна клиника каде што требаше да го види своето бебе. Каква стравопочит влеваше ГАК во тоа време! Професорски тим од сонитата: Шукаров, Станковски, Лазаров, Шахпазов, Каламарас, потоа тукушто избраните доценти Јуруковски, Лазаревски, Циков, Курчиев, Антиќ, Тофовски, Палчевски, и други и трети... нека ми простат ако некого испуштив. Во клиниката имаше строго забранет пристап. Дури и ние кои работевме во Клиничкиот центар, ги довикуваме сопствените жени од паркот каде сега се наоѓа зелената зграда на новата гинекологија, а тие од прозорците ни ги покажуваа нашите новородени деца.

Почитувани колеги, не ја направив оваа приказна да ја омаловажам сегашната Клиника за гинекологија. Напротив, сигурен сум дека успешните истории се случуваат многу повеќе сега отколку тогаш. Оној пат на една од програмите на националните телевизии го гледав суровиот “двобој“ меѓу поранешната и сегашната директорка на Клиниката во присуство на задолжителниот секундант, дежурната нови-





# ПРВО ЧИТАЊЕ

нарка. Директорките различни по стил и темперамент ( вистински југ и север!), но допадливи на око...Меѓутоа, разговорот беше одвратен. Толку многу жолчка и непочитување, такво неколегијално плукање и меѓусебни навреди, толку агресија меѓу две убави млади колешки. Неверојатно е колку зло излезе од тие две убави тела во еден миг! Наместо музика, за жал, се беше политика...

Почитувани дечки и колешки гинеколози! Секогаш сме ви завидувале на вашата специјалност. Во исто време сте хирурзи, акушери, ендокринолози, интервентни ехотомографисти, онколози, генетичари. Ние сите останатите се бориме против смртта, а вие донесувате живот. Која привилегија! Во последните години се повеќе ви успева “ин витро“, таа чудесна магија на современата медицина! Ве начека јавноста, испаднавте

дежурни виновници за се што не чини во државата. А толку многу има што нечини! Знаат тие како се прави тоа. Имаат систем, создаван со години наназад. Сега слушам и омбудсманот господин Мемети, ве обвинува за трговија со деца. Затоа оставете ја политиката и политичарите. Тие не ни помагаат, а за волја на вистината, немаат ни намера тоа да го сторат. Затоа нурнете се во таа доенечка смртност и видете каде се проблемите, оние вистинските. И не обвинувајте ги македонските измачени жени како оној пат со министерот. Видете што недостасува, докаде е со техниката, инкубаторите, со колегите во клиничките болници и медицинските центри, пијаните анестезиолози, смртноста на родилките. Откријте кој раководи со ова деструктивно и застрашувачко стампедо кое се заканува да ве уништи и избрише. Затворете се во онаа ваша

нова убава зелена зграда и не излегувајте оттаму додека не завршите. Вие тоа го можете. Дефинирајте, измените, поставите, воведите, донесите, обновите, предложите, наредите, казнувајте... Нека биде тоа нов систем на гинеколошко-акушерска служба во државата. Едноставно, нема кој друг тоа да го направи. Кај вас се изведува специјализацијата на младите колеги, се поставува континуирана медицинска едукација како принцип, се дискутира, визитира, едуцира, се состаночи, се гради универзитетска исклучивост, се создава големото гинеколошко семејство кое секогаш треба да биде заедно, особено кога ќе се јават проблеми кои демнат постојано над нашите глави.

И уште нешто. Што подалеку од новинарите. Тие дефинитивно не се наше друштво. Доколку не сте сфатиле досега знајте дека новинарите сакаат само крв. Кога ќе намирисаат нешто такво тука се. Ќе ги уприличат своите камери и сталаци пред влезовите, оние истите со кои се тепаа пратениците во просторијата за прес на Собранието некој април минатата година. Ќе ја дотераат тие приказната да биде што пожестоката и покрвава. Тоа е дел од нивната професија и тука ништо не треба да им се замери. Тука се и секогаш се вадат со јавноста. Не заборавајте дека во сета таа комедија на апсурдот жртви сме само ние и нашите пациенти. Затоа назад кон вашата величествена професија. Далеку од политиката и политичарите, далеку од камерите и конференциите за печат, телевизиските емисии со кои неспособните редакции ги пополнуваат своите програми во отсуство на вистинска творечка програмска политика. Така убаво ќе им се вклопите наместо некоја идиотска епизода од пребогатата турска понуда.

Сепак сте заслужиле нешто повеќе. Дефинитивно!!

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



КОГА Е  
НАЈПОТРЕБНА  
ВИСОКО  
ЕФИКАСНА  
ТЕРАПИЈА

# ЗАПОЧНЕТЕ СО OCREVUS® СЕГА

## ПРВА И ЕДИНСТВЕНА

терапија одобрена за  
двете најчести форми на  
мултипла склероза: **РМС и ППМС**

OCREVUS® е индициран за лекување на возрасни пациенти со **релапсни форми** на мултипла склероза (РМС) и активна болест дефинирана со помош на клинички или имиџинг техники и рана **примарно прогресивна мултипла склероза** (ППМС) во смисол на траење на болеста и степен на инвалидност, и со карактеристики на воспалителна активност дефинирана со помош на имиџинг техники.<sup>1</sup>



### СУПЕРИОРНИ КЛИНИЧКИ ИСХОДИ

со значителна супресија на активноста  
на болеста и прогресијата<sup>1</sup>



### ПОВОЛЕН БЕЗБЕДНОСЕН ПРОФИЛ

во две идентични  
2-годишни студии<sup>2</sup>



### ДОЗИРАЊЕ НА СЕКОИ 6 МЕСЕЦИ

без потреба од рутинско  
тестирање помеѓу дозите<sup>1</sup>

▼ Овој лек е предмет на дополнителен мониторинг кој ќе допринесе за идентификација на нови информации за безбедноста на лекот. Здравствените работници се замолуваат да ги пријавуваат сите сомнителни несакани реакции.

#### Референци:

1. Збирен извештај за особините на лекот, за лекот OCREVUS® (ocrelizumab) 300 mg/10 ml концентрат за раствор за инфузија
2. Hauser SL et al. Ocrelizumab versus interferon β-1a in relapsing multiple sclerosis. *N Engl J Med.* 2017; 376(3):221-234.

За подетални информации погледнете во Збирниот извештај за особините на лекот или контактирајте не на [macedonia.medinfo@roche.com](mailto:macedonia.medinfo@roche.com).

РОШ Македонија ДООЕЛ Скопје  
Деловен центар Сити Плаза  
Ул. Св. Кирил и Методиј бр. 7, кат 2, 1000 Скопје  
Тел: 02 3103 500; Факс: 02 3103 505  
[www.roche.mk](http://www.roche.mk)

▼ OCREVUS®  
ocrelizumab





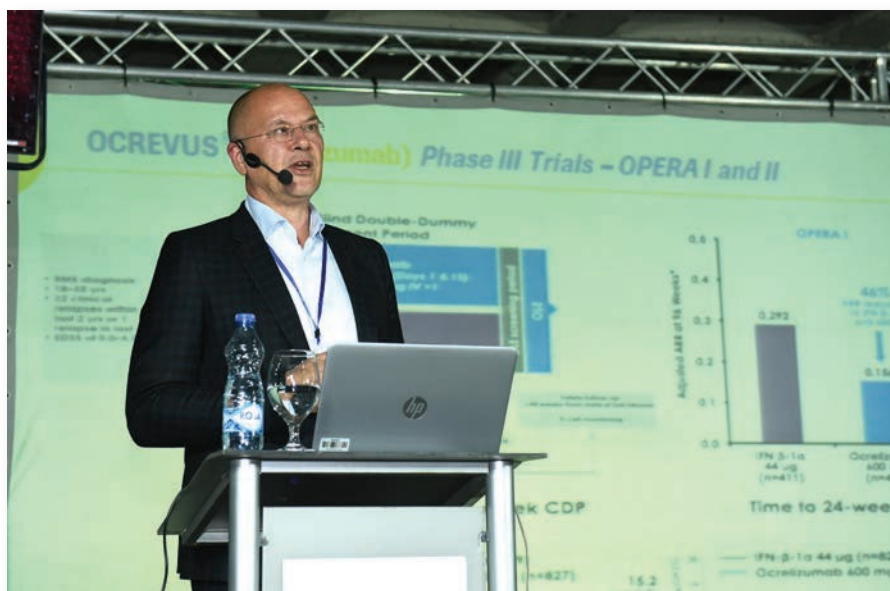
НОВ ИНОВАТИВЕН ЛЕК ЗА МУЛТИПЛЕКС СКЛЕРОЗА ОД ПОРТФОЛИОТО НА “РОШ” ВО МАКЕДОНИЈА

## Оcrevus за третман на релапсни форми и примарно прогресивна МС

Нова надеж за лицата со мултипла склероза во Р. Македонија е достапноста на новиот иновативен, биолошки лек, Оcrevus (ocrelizumab) за лекување на активни форми на релапсна мултипла склероза и прв и единствен лек одобрен во светот за третман на лица во рана фаза на примарно прогресивна мултипла склероза. Оcrevus е лек на фармацевтската компанија „Рош“, кој овозможува значителна супресија на сите маркери за активност на болеста и прогресија на инвалидноста, а наедно има поволен профил на односот помеѓу корисноста и ризикот за пациентите. Новина во третманот е и тоа што лекот се администрира на шест месеци по пат на интравенска инфузија, без потреба од дополнителни тестови.

На 31 мај 2018 год. во Музејот на современата уметност во Скопје, „Рош“ го промовираше новиот лек Оcrevus пред стручната јавност во Р. Македонија. Станува збор за нов производ во портфолиото на најголемата биотехнолошка компанија со вистински диференцирани производи во различни медицински области, која во 2017 година инвестира 10,4 милијарди швајцарски франци во истражување и развој.

„Денешното претставување на лекот Оcrevus пред стручната јавност во Македонија претставува значаен напредок во лекувањето и почеток на нова ера за пациентите со мултипла склероза во Република Македонија. Оcrevus е веќе одобрен во повеќе од 60 земји во светот и со него се лекувани повеќе од 40.000 пациенти“ изјави д-р Александра Ивановска, директор на “Рош Македонија”. Таа нагласи дека Оcrevus е одобрен во Р. Македонија во април годинава, а благодарение на менаџментот и стручниот тим на Клиниката за неврологија во Скопје и здравствените власти, веќе е почната постапката за негова набавка за тринаесет пациент. Според Ивановска, “Рош Македонија” е силно посветен пар-



Оcrevus е нов иновативен препарат кој овозможува значителна супресија на сите маркери за активност на болеста и прогресија на инвалидноста, а наедно има поволен профил на односот помеѓу корисноста и ризикот за пациентите. Новина во третманот е и тоа што лекот се администрира на шест месеци по пат на интравенска инфузија без потреба од дополнителни тестови

терски да соработува со институциите на системот во обезбедување на фармакоекономски модел и е подготвен на ценовна флексибилност како би овозможиле достапност на лекот, а како општествено одговорна компанија се посветени да се подобрат и условите и третманското искуство на лицата со МС.

Според проф. д-р Томас Бергер, директор на Клиниката за невроимунологија и МС и заменик-претседавач на клиничкиот оддел за неврологија при Медицинскиот факултет во Инсбрук, Австрија, Оcrevus претставува нов и иновативен третман за мултипла склероза. Овој лек е моноклонално антители кое специфично ги таргетира Б клетките, кои играат клучна улога во патофизиологијата на МС. Иако клиничките студии покажаа дека Оcrevus

значително ги намалува идните релапси, уште поважно е што ја стопира и прогресијата на болеста.

“Европската агенција за лекови го одобри лекот Оcrevus во јануари 2018 година за третман на возрасни пациенти со активни релапсни форми на МС, или за првпат досега, третман на пациенти со рана примарна прогресивна МС. Односот бенефит-ризик, односно безбедносниот профил на лекот дозволуваат да се претпостави дека Оcrevus ќе биде одлична терапевтска опција за голем број пациенти со МС во Европа“, нагласи проф. Бергер.

Од МС боледуваат повеќе од 2,5 милиони лица во светот, додека во Македонија оваа бројка е поголема од 1.200, од кои повеќето имаат релапсна форма (РМС). Етиологијата на болеста се уште е енигма.



“За жал, од МС која е хронична инвалидизирачка болест, најчесто заболува младата популација, од 20 до 40 години. Станува збор за заболување кое се рефлектира со трајни последици по здравјето, мобилноста и инклузијата на пациентите во секојдневните активности и работоспособноста. Болеста е голем товар и за семејствата на заболениите и за општеството во целина. Со иновативните лекови денес можеме да ја контролираме прогресијата на болеста. На Клиниката за неврологија, во моментот се лекуваат 409 пациенти со МС, од кои најголемиот дел, 372 се на третман со терапија од прва линија (интерферони), а 37 на терапија од втора линија. Веќе е почната постапката за набавка на новиот лек Ocrevus кој претставува анти-CD20 моноклонално антитело. Податоците од робусните клинички истражувања, ветуваат дека Ocrevus ќе биде значајна третманска опција и за нашите пациенти”, изјави д-р Иван Барбов, директор на Универзитетска клиника за неврологија, Скопје.

Според д-р Игор Кузмановски, специјалист по неврологија од Универзитетска клиника за неврологија, брзо ќе се почне со примена на овој лек кај пациентите со релапсна мултипла склероза со кој било знак на активна болест, пациенти за кои сметам дека ќе имаат најголем бенефит од лекот, врз основа на податоците од клинички студии за релапсни форми на МС кои покажаа дека Ocrevus има супериорна ефикасност во намалување на релапси кај околу 80% од пациентите и значително забавување на прогресијата на болеста“. Во исто време, според д-р Кузмановски, со овој препарат значително се зголемува шансата пациентите да немаат докази за активност на болеста ( од 64% до 89%), а како прв и единствен лек одобрен за третман на лицата со примарно прогресивна мултипла склероза, тој значително ја забавува прогресијата на инвалидноста и ги намалува знаците за активност на болеста во мозокот (MRI лезии).

Во своето излагање прим. д-р Татјана Бошкова-Петковска потенцираше дека изборот на лек за третман на МС секогаш зависи од соодносот ефикасност - безбедност и постои голема потреба за лек кој е високо ефикасен и има поволен безбедносен профил. Раниот третман со ефикасни лекови за МС со погоден бенефит - ризик профил може да ги оптимизира клиничките исходи кај лицата со МС.

Vox medici

## НА МЕГУНАРДОНИОТ СОБИР ЗА КЛИНИЧКИ ДИЈАБЕТЕС ВО ТБИЛИСИ, ГРУЗИЈА Наградени трудовите на д-р Муча

Од 10 до 12 мај 2018 година во Тбилиси, главниот град на Грузија, под покровителство на Европската асоцијација за студии по дијабетес (EASD) и Националниот институт за ендокринологија на Грузија, се одржа постдипломски курс за клинички дијабетес на кој учествуваа над 300 делегати, специјалисти и специјализанти од областа на ендокринологијата, како и реномирани предавачи од целиот свет. За прв пат на оваа стручна манифестација беа поканети помлади предавачи од 16 земји кои презентираа теми, трудови и студии од областа на дијабетологијата, а посебна комисија составена од професори од реномирани универзитети (Шведска, Русија, Грузија, Грција, Велика Британија...) ги оценуваа нивните презентации. Меѓу највисоките оценети беа и “Блага форма на инсулинска резистенција кај пациент со тип 2 дијабетес мелитус“ (приказ на случај) на д-р Аргент Муча од Универзитетската клиника за ендокринологија, дијабетес и метаболни нарушувања, Скопје, како и “Фурниерова гангрена, ретка ком-

пликација од дијабетес мелитус“ (приказ на случај) на д-р Шкелким Мухареми од Заводот за нефрологија-Струга. Другите наградени беа од Грција, Русија (2) и Грузија. Најдобрите шест труда добија можност за учество на Годишното собрание на Европската асоцијација за студии по дијабетес, на која учествуваат околу 15.000 делегати од целиот свет, кое годинава ќе се одржи од 1 до 5 октомври во Берлин, Германија.

Во “Блага форма на инсулинска резистенција кај пациент со тип 2 дијабетес мелитус“ авторот прикажува случај на 46 - годишна беззна жена, со дијагностициран ДМ тип 2. Кај пациентката при физикален статус се забележа акантозис нигриканс, и имала позитивна фамилијарна историја за дијабетес. Првите 7 години пациентката е третирана со орални антидијабетици и тоа прво со минимална доза на метформин, па подоцна со максимална доза на метформин, и беше додаден и препарат на сулфонилуреа. Првите четири години вредноста на HbA1c беа под 7.5%, и немаше хронични дијабетич-



Наградата “Гоце Делчев” за 2018 година која е признание за особено значајни остварувања од интерес за Република Македонија во областа на науката им е доделена на трудовите „Првите 15 македонски дојдени на Медицинскиот факултет“ од проф. д-р Дончо

Донев, „Прилеп и Прилепско во XIX век (културно-историски процеси)“ од Славчо Ковилоски и „Архитектонски конструкции“ од авторот доц.д-р Енис Рафет Јакупи. Трудовите се публикувани во текот на 2017 година.

Свеченоста на која на добитници-







## и на д-р Мухареми

ни компликации, но потоа крвниот притисок почна да се покачува и во терапијата додадовме антихипертензивна терапија-АЦЕ инхибитор и после одредено време и тиазиден диуретик. Пациентката беше евалуирана за полицистичен оваријален синдром, но иста



та дијагноза се исклучи. Седум години по дијагностицирање на болеста вредностите на гликемија почнаа да се покачуваат до 17-18 ммол/л, HbA1c до 11.5%. Откако и со комбинација на два орални антидијабетици во максимални дози не се постигна добра гликемиска контрола, на пациентката и беше препорачано да се почне со инсулинска терапија, но таа првично одби. Со текот на времето болеста прогредираше, гликемиите беа се повисоки, не се чувствуваше добро, и откако повторно и беа објаснети тешките последици од нерегулиран дијабетес, почна со инсулинска терапија.

Во овој специфичен случај, според авторот, не беше дадена имunosупресивна терапија, иако на пациентката и беше предложена таквата можност. Пред се поради тоа што со последниот инсулински режим се постигна задоволителна гликемиска контрола. Во трудот се укажува дека често се случува пациентите со инсулинска резистенција да се пропуштат од страна на докторите, и да се изгубат во системот. Дискусијата

треба да се фокусира во тоа дека колку е важно да се откријат овие случаи од страна на специјалист, и каков треба да е пристапот и третманот кај овие пациенти.

Д-р Мухареми во својата презентација прикажува случај за Фурниерова гангрена, ретка компликација од дијабетесот, состојба асоцирана со дерматоневрологот Jean Alfred Forunier, кој прв ја опишал во 1883 год. Таа претставува фулминатна и прогресивна инфекција на суперфицијалните ткива на скротумот и penisот. Досега се објавени околу 1.130 случаи, а клучни фактори се: дијабетесот, машкиот пол, и конзумирање алкохол. Прикажаниот случај е долгогодишен пациент со дијабетес мелитус тип 2 кој поради чести хипогликемични епизоди и покрај присутни компликации, долги години бил третиран со орални хипогликемици-метформин. За време на хоспитализација, развива Фурниерова гангрена, дијагностицирана, изведен хируршки предоперативен дебридмент, но поради развој на цереброваскуларен инзулт, пациентот егзитира. Иако е ретка, поради подмолните карактеристики, има висока стапка на морталитет, и бара, адаптирање на мултидисциплинарен пристап и итна интервенција.

Vox medici

## “Гоце Делчев” за проф. д-р Дончо Донев

те им беше врачено ова високо признание се одржа на 4 мај годинава во Собранието на Република Македонија. Според претседателот на Одборот за доделување на наградата, академик Владо Камбовски, скромно, но значаен прилог кон замислата за величје, поддршка и ширење на свеста за значењето на научното творештво претставува и доделувањето на највисоката државна награда „Гоце Делчев“ за најдобро научно дело објавено во претходната година. “Не смее да се застане на тоа, потенцира Камбовски, кој смета дека мора да се создаде нова колективна свест, што ќе врши силен притисок врз барањето за длабоки реформи во областите на образованието, вклучително високото образование и научно-истражувачката дејност, веднаш да се започне со поставување на основите на нов концепт за финансирање на овие области, реструктурирање на мрежата на високообразовните и

научните установи, вложување во научна инфраструктура и научно-истражувачки кадар со вклучување во оваа сфера на илјадници млади луѓе”.

Од името на добитниците се заблагодари д-р Дончо Донев од Медицинскиот факултет при УКИМ, Скопје. Тој истакна дека Монографијата “Првите 15 македонски дојдени на Медицинскиот факултет во Скопје“ е посветена на 70-годишнината од денот на формирањето на Медицинскиот факултет во Скопје, 17 март 1947 година, а базирана на 15 објавени написи за првите македонски дојдени на Медицинскиот факултет во Скопје, во рубриката „За првите дојдени на Медицинскиот факултет во Скопје“ во списанието на Лекарската комора на Македонија Vox medici, од јуни 2014 до декември 2016 година, во правец на осветлување на поновата историја на медицината и давање должна почит и признание на првите македонски нас-

тавници на Медицинскиот факултет во Скопје и дојдени на медицината во Македонија. Според проф. Донев, оваа јубилејна монографија е изготвена со ретроспективна студија, базирана на користење архивски материјали, енциклопедии, јубилејни публикации и други достапни извори, како и од личните контакти и разговори на авторот со членови на семејствата и потомци на дојдените, соработници и познаници, како и малкумина други живи учесници во далечните историски настани.

Инаку, предлози за наградата “Гоце Делчев” можат да поднесат: Македонската академија на науките и уметностите, универзитетите, научните установи, истражувачко – развојните единици во стопанството, научни и стручни здруженија, други здруженија на граѓани и граѓани.

Vox medici





НА 20 МАЈ 2018 ГОДИНА

# Д-р Ѓеорги Петков ја загуби битката со Монт Еверест

Д-р Ѓеорги Петков, претседател на Одборот на доктори - Гевгелија и пасиониран алпинист, на 20 мај 2018 година почина од срцев удар во обид да ја искачи последната етапа до врвот на Монт Еверест. Според објавените инфромации, д-р Петков (63 г.) колабирал пред Кампот три на непалската страна од врвот, на надморска височина од 7.200 метри.

„Нашиот тим во базниот камп ја потврдува неговата смрт“, изјави организаторот на експедицијата, Исвари Пудел, од хималајските водичи на Непал. Локалните медиуми известија дека македонскиот алпинист е четврти смртен случај во оваа пролетна сезона на искачување на Хималаите.

Д-р Петков беше дел од експедицијата под искусно водство на Британецот Тим Мосдејл. Доктор Петков беше пасиониран алпинист и се надеваше дека ќе го оствари најголемиот сон на секој алпинист - да го искачи Монт Еверест. На поход кон Монт Еверест доктор Ѓеорги Петков тргна на 24 март годинава, а според планот требаше до крајот на мај да се искачи на врвот и да биде шестиот Македонец што го освоил врвот на светот. Д-р Петков активно членуваше во планинарското друштво “Кожуф” од Гевгелија.

Д-р Ѓеорги Петков беше специјалист - инфектолог, вработен во гевгелиската болница. Повеќе години беше претседател на Одборот на Лекарската комора – Гевгелија, а беше член и на Извршниот одбор на Комората во периодот од 2012 до 2016 година. Во Непал се наоѓаат осум од четиринаесетте највисоки врвови на светот, а странските планинари што се собираат на падините се голем извор на приходи за сиромашната земја.

Планинарска книшка на д-р Петков е со датум од далечната 1986 година. А за прв пат се искачил на над 3 илјади метри во 2006 година, како член на Алпинистичкиот клуб



„Еверест“ од Гевгелија. Ги освоил Елбрус, највисокиот врв во Европа, Килиманџаро во Африка, Аконкагва во Јужна Америка, многу други врвови во Европа, на Балканот .... Во последните години предизвик му беа Хималаите. Беше член на балканска експедиција на овој планински масив, а го развиори македонското знаме на Исланд Пик, еден од највисоките врвови на Хималаите.

Лекарската комора на Македонија, Федерацијата на планинарски спортови на Македонија, неговиот матичен планинарски клуб и воопшто сите љубители на планината, природата и спортот останаа без еден исклучителен колега, голем другар, пријател и спортист.

**Vox medici**



**ЛЕКАРСКА  
КОМОРА**  
на Македонија

lkm.org.mk





# Каква е достапноста на иновативната терапија за HER2 позитивен метастатски карцином на дојка во Р. Македонија?

Една од 10 жени кои ги познавате во текот на животот ќе биде дијагностицирана со карцином на дојка. Ова болест со над 1.67 милиони ново-дијагностицирани случаи годишно претставува најчест тип на рак кај жените, како во развиените, така и во земјите во развој. Иако често пати се смета дека ова е болест на развиениот свет, сепак речиси 50% од случаите со карцином на дојка и 58% од смртните случаи се јавуваат во помалку развиените земји.<sup>1</sup> Над половина милион храбри борци ја губат битката со оваа болест секоја година, најголемиот дел од нив како последица на метастатскиот рак на дојка. Стапката на преживување многу варира, од 80% во земји со висок приход, како Северна Америка, Шведска и Јапонија, до 60% во земјите со среден приход, па се до 40% во сиромашните земји.<sup>2</sup> Помалата стапка на преживување во земјите во развој е главно последица на откривање на заболувањето во понапредната фаза, како и на недостаток на навремен и соодветен третман. Петгодишната стапка на преживување кај жени со метастатски карцином на дојка се проценува на 27% во развиените земји, како САД и Европа.

Одлуката за лекување на пациентите со метастатски карцином на дојка е индивидуална за секој пациент и зависи од многу фактори, вклучувајќи ги возраста и општата состојба на пациентот, распространетоста на заболувањето, како и спецификите на самиот канцер (пр. статусот на HER2 и на хормонските рецептори, Ki67 и P53 кои ни даваат слика за агресивноста на туморот или неговата осетливост кон одредени третмански опции). Наша установена практика е да не се започнува лекување без да се познати статусот на HER2 и хормонските рецептори. HER2 позитивитетот се движи од 15-20% кај пациентите со карцином на дојка, што клинич-

ки се манифестира со агресивен фенотип и полоша прогноза. Значајно е да се напомене дека меѓу сите субтипови на карцином на дојка, HER2-позитивниот локално напреднат и метастатски карцином забележаа најголем прогрес во третманот во последната декада. Воведувањето на новите анти-HER2 терапии, како што се pertuzumab и TDM1 претставуваше сигнификантен исчекор и надеж за пациентите, но истовремено создаде дилеми при оптималното комбинирање / секвенционирање на сите достапни терапевтици.<sup>3</sup>

Во Р. Македонија стандардната анти-HER2 терапија над 10 години вклучува употреба на trastuzumab, моноклонално антитело кое ја блокира сигналната активност на HER2 протеинот и со тоа ја оневозможува неговата активација. Trastuzumab задолжително се дава во комбинација со хемотерапија (таксани како docetaxel или paclitaxel, или во комбинација со други цитостатски агенси или хормонска терапија). Целта на третманот е да се направи долготрајна блокада на HER2 рецепторот. Се препорачува третманот на пациентите со метастатски карцином на дојка да трае се до појава на прогресија на болеста или до појава на неподнослива токсичност.

Актуелните европски и светски водичи за третман на метастатскиот карцином на дојка со највисок степен на препорака ја посочуваат како најефикасна третманската стратегија на дуална блокада на HER2 рецепторот со две моноклонални антитела.<sup>3,4</sup> На пример, во 3. Консензус на интернационалните препораки на ESO-ESMO за напреднат карцином на дојка е истакнато дека двојната блокада со trastuzumab и pertuzumab во комбинација со хемотерапија како прволиниски третман овозможува значителен бенефит во поглед на вкупното преживување како и преживување,

без прогресија на болеста (1A доказ). Затоа, консензусот смета дека оваа комбинација треба да биде стандард во прволинискиот третман на сите пациенти со HER2-позитивен метастатски карцином на дојка (пациентите кои првпат се презентираат како метастатски, понатаму оние кои претходно не биле третирани со trastuzumab во (нео)адјувантен сетинг или пак веќе добиле ваков третман, а имале релапс по повеќе од 12 месеци од третманот со trastuzumab (нео) адјувантно). Доколку пациент со HER-2 позитивен метастатски карцином на дојка немал можност да добие третман со комбинацијата на хемотерапија + trastuzumab + pertuzumab во прва линија, прифатливо е да се користи оваа дуална терапија по првата линија (ниво на доказ – експертско мислење).<sup>3</sup>

Погорните препораки се базираат на позитивни резултати на рандомизираната, фаза III студија CLEOPATRA која се спроведуваше во 25 земји ширум светот. Со гордост може да напоменеме дека студијата се спроведуваше и во два онколошки центри во Р.Македонија и тоа на Универзитетската клиника за радиотерапија и онкологија - Скопје и во Клиничката болница – Битола. Резултатите на студијата докажаа статистички значајно продолжување на средното вкупно преживување од 15.7 месеци во групата третирана со trastuzumab, docetaxel и pertuzumab (средно вкупно преживување од 56.5 месеци, во споредба со 40.8 месеци во контролната група).<sup>5</sup>

При прогресија, по прволиниски третман базиран на trastuzumab, неопходно е да се продолжи со континуирана HER2 блокада. Затоа препорачана третманска опција е trastuzumab emtansine (T-DM1) која обезбедува супериорна ефикасност во однос на другите терапии базирани на HER-2 во втората



линија (наспроти lapatinib + capecitabine) и пошироко (наспроти третман по избор на лекар) (ниво на доказ 1A).<sup>3</sup>

T-DM1 претставува конјугат на анти-тело (trastuzumab) кое целно делува на HER2 рецепторот и лек (хемотерапевтик) кој се испушта директно во канцерската клетка. Ефикасноста и безбедносниот профил на T-DM1 наспроти стандардниот третман со capecitabine плус lapatinib беа докажани во фаза III клиничката студија EMILIA. Студијата забележа значително подобрување на средното вкупно преживување со T-DM1 (30,9 месеци) наспроти контролната група (25,1 месеци).<sup>6</sup>

NCCN клиничките препораки се во иста насока како европските во однос на третманот на HER2 позитивниот метастатски карцином на дојка.<sup>4</sup>

Трудејќи се да држиме чекор со светските стандарди на третман, на нашата клиника успеавме да го обезбедиме лекот pertuzumab за прволиниски третман на дел од пациентите со метастатски карцином на дојка на кои им е потребна терапија со двојна блокада.

Исто така, во соработка со Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување на Р. Македонија се прават сите обиди неопходната прволиниска и второлиниска терапија да биде навремено достапна за сите пациенти со метастатска болест со што ќе им овозможиме подобар и поквалитетен живот.

**Спец. д-р Никола Васев**

#### Литература:

- 1.Cancer.Net Editorial Board, 04/2017;
- 2.GLOBOCAN 2012 (IARC);
- 3.ESMO Guidelines Committee Clinical Practice Guidelines Cardoso F, Costa A, Senkus E, et al. Ann Oncol 2017; 28: 16-33;
- 4.Version1.2018.03/20/18NCCN,Inc2018
- 5.Swain SM et al. NEJM 2015;372:724-734 – Резултати од клиничката студија CLEOPATRA во која учествуваше како истражувач и спец. д-р Никола Васев од истражувачкиот центар ЈЗУ УК Радиотерапија и онкологија - Скопје;
- 6.Verma S, et al. N Engl J Med 2012; 367:1783–1791

## ТРАНСФОРМИРАЊЕ НА ИДНИНАТА НА ЛЕКУВАЊЕ НА КАНЦЕРОТ



### **Рош во канцер имунотерапија - пристап во истражувањата и развојно портфолио**

Рош има повеќе од 50 годишно искуство и наследство во онкологијата. Сепак, ние и понатаму се стремиме да им го трансформираме животот и да им помогнеме на пациентите преку напредокот во науката во доменот на канцер имунотерапијата.

Над 10 милиони пациенти примале онколошки лек на Рош од 1995 година до денес. Со тоа што го прошируваме нашето истражување во областа на имунотерапијата, Рош има за цел да им помогне на уште поголем број на пациенти.

Како резултат на овие заложби развиено е сеопфатно портфолио на канцер имунотерапија. Креираваме и научна рамка за развој на трансформативни тераписки комбинации.

Создадовме нова платформа за клинички студии, како и мрежа за соработка со научни клинички институции се со единствена цел да се забрза развојот на тераписките комбинации. Исто така многу инвестираме и во биомаркери и дијагностика за да може да овозможиме персонализирани тераписки комбинации

**Atezolizumab** е почетокот на нашето патување во доменот на канцер имунотерапијата и основата на нашата цел за трансформирање на иднината во третманот на канцер.

Наша цел е да постигнеме излекување со канцер имунотерапијата. Знаеме дека секој канцер и секој пациент е посебен. Нашето длабоко разбирање на туморите и имунобиологијата се темели на нашата визија за иднината: персонализирани стратегии кои ги таргетираат и Т-клетките и туморската микросредина.<sup>[1,2]</sup>

**Anti-PDL1:** нашата појдовна точка за комбинации со канцер имунотерапија доведе до развој на првата anti-PDL1 канцер имунотерапија која е одобрена за повеќе туморски типови. Продолжуваме и понатаму да ги продлабочуваме нашите клинички знаења преку дополнителни клинички студии со anti-PDL1 како монотерапија или во комбинација со други лекови. Некои од лековите се веќе одобрени, а некои се дел од нашето портфолио на лекови во развој.<sup>[3,4]</sup> Освен anti-PDL1, Рош испитува и други таргети за имунотерапија и го проучува нивниот синергистички потенцијал во нови комбинации со веќе одобрените лекови.<sup>[3]</sup>

### **Разоткривање на имуниот циклус на канцерот со цел да им помогнеме на што повеќе пациенти.**

За да им овозможи бенефит на што поголем број на пациенти, Рош вложува во истражување со цел да се открие имуниот циклус на канцерот.<sup>[1,6]</sup>

Имуниот циклус на канцерот претставува серија на само-лимитирачки чекори кои се задолжени за антитуморскиот одговор. За да може анти-канцер имуниот одговор да доведе до ефективно уништување на туморските клетки, имуниот циклус на канцерот мора да биде инициран и да може непречено да функционира.







Потребно е да се овозможи функционирањето на 3 клучни Т-клеточни активности:

- Генерирање на Т-клетки
- Т-клеточна инфилтрација
- Т-клеточно уништување на туморот<sup>[1,2,5]</sup>

**Референци:**

1. Kim JM, Chen DS. Immune escape to PD-L1/PD-1 blockade: seven steps to success (or failure). *Ann Oncol.* 2016;27(8):1492-1504.
2. Chen DS, Mellman I. Elements of cancer immunity and the cancer-immune set point. *Nature.* 2017;541(7637):321-330.
3. Составено од збирни податоци објавени на [clinicaltrials.gov](http://clinicaltrials.gov).
4. Збирен извештај за особините на лекот, за лекот TECENTRIQ. Датум на издадена маркетинг авторизација валидна за сите земји на ЕУ, 21.09.2017 година.
5. Chen DS, Mellman I. Oncology meets immunology: the cancer-immunity cycle. *Immunity.* 2013;39(1)1-10.
6. Hegde PS, Karanikas V, Evers S. The where, the when, and the how of immune monitoring for cancer immunotherapies in the era of checkpoint inhibition. *Clin Cancer Res.* 2016;22(8):1865-1874.
7. Rosenberg JE, Hoffman-Censits J, Powles T, et al. Atezolizumab in patients with locally advanced and metastatic urothelial carcinoma who have progressed following treatment with platinum-based chemotherapy: a single-arm, multicentre, phase 2 trial. *Lancet.* 2016;387(10031):1909-1920.
8. Swart M, Verbrugge I, Beltman JB. Combination approaches with immune-checkpoint blockade in cancer therapy. *Front Oncol.* 2016;6:233.
9. Roche website. [www.roche.com](http://www.roche.com)



**Идентификувани се 3 имуни фенотипови на рак и адекватни терапевтски стратегии**

Потпирајќи се на појдовната рамка за имуниот циклус на канцерот, истражувачките тимови на Рош идентификуваа 3 имуни фенотипови кои се детерминирани според нивото на присуство на Т клетките во туморската микросредина. Овие фенотипови може да помогнат да се одредат нарушувањата или механизмите кои туморите ги користат за избегнување на имуниот одговор од имуниот циклус на канцерот.<sup>[2,6]</sup> Со овие имуни фенотипови, може да се идентификуваат Т-клеточните активности кои се неопходни за да се ре-иницира имуниот циклус на канцерот и соодветно најдобрите терапевтски стратегии за да се постигне тоа.<sup>[1,2]</sup>

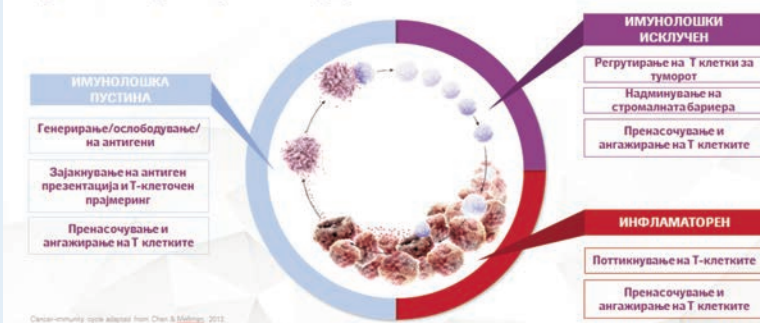


**Оптимизирање на исходите со стратегии за персонализиран терапевтски комбинации**

PD-L1 инхибицијата е клинички валидиран пристап за поттикнување на постоечкиот имунитет. И покрај тоа, туморите имаат многубројни механизми да и избегнат на имуната контрола, со што се нарушува имуниот циклус на канцерот.

Поради сето ова потребен е комбиниран пристап во лекувањето базирано на имуниот фенотип, со цел да се поттикнат есенцијалните Т-клеточни активности потребни за секој поединечен пациент.<sup>[1,3,7-9]</sup>

**Клучни стратегии за да се ре-иницира анти-туморскиот имун одговор според секој фенотип**



## ТЕСТИРАЈ ГО СВОЕТО ЗНАЕЊЕ

Уредува проф. д-р Катица Зафировска

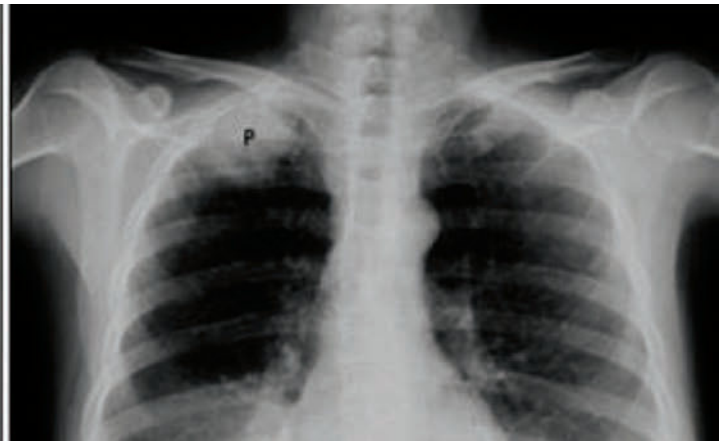
# Болка во рамото - КТ или НМР како што бара пациентот или рендгенграфија?

Приказ на случајот: Пациентот Л.К., 68 години, матичниот лекар го следи и лекува заради хронична опструктивна белодробна болест (ХОББ). Тој има пушачка историја од околу 45 години, а и сега пуши и покрај тегобите со дишењето. Пред околу 3-4 месеци се јавила болка во десното рамо која ирадирала долж раката до прстите на дланката на коишто често се јавувала и парестезија, заради што матичниот лекар го упатил на третман со физикална терапија и препорачал и НСАИЛ. Овојпат консултира повторно, бидејќи не само што нема ефект од физикалната терапија, туку болката е постојана, се повеќе се засилува, повремено е неиздржлива, заради што не спие добро и нема апетит. Забележал и дека болката не е поврзана со движењето на раката во рамениот зглоб.

При прегледот докторот утврдил дека пациентот е ослабен, но нема други промени во општиот статус. Афебрилен е, лимфните јазли во сите регии не се палпираат, нема промени на кожата. Левиот рамен зглоб не е отечен, не е болен на палпација и нема ограничување во сите активни и пасивни движења. Забележал дека десната дланка е послаба од левата. На белите дробови е најден за пациентот вообичаениот наод за билатерален благ визинг. Наодот на срцето и абдоменот, како и на другите екстремитети е уреден. Пациентот инсистира лекарот да му даде упат да се направи КТ или НМР на рамениот зглоб.

**Кое од подолу наброените испитувања е најсоодветно за евалуација на пациентот со овие симптоми?**

- Рендгенграфија на десното рамо
- Рендгенграфија на вратниот 'рбет
- Рендгенграфија на белите дробови
- КТ или НМР на десното рамо
- КТ или НМР на белите дробови
- Електромиографски студии



**Одговор:** Најсоодветен следен чекор во испитувањето на пациент којшто е пушач и има болка во рамото со хипотрофија на малите мускули на дланката е рендгенграфија на белите дробови заради потреба да се исклучи можеен Pancoast тумор.

Кај пациенти со долготрајна историја на пушење цигари, болка во рамото, а понекогаш во регијата на клавикулата, со хипотрофија на мускулите на дланката од истата страна треба да побуди сомневање за тумор во горниот дел на тораксот којшто притисока на брахијалниот плексус. Најчесто овие тумори се неситноклеточни белодробни канцери и се нарекуваат тумори на горниот белодробен сулкус или Pancoast тумори (според американскиот радиолог Henry Pancoast којшто ги открил во 1932 година). На нив отпаѓаат помалку од 5% од сите белодробни канцери. Овие тумори многу ретко се манифестираат со кашлица или диспнеја што е типично за другите белодробни канцери и затоа дијагностицирањето е често пати задоцнето, а пациентите најчесто се упатуваат кај невролог или ортопед, пред да се консултира онколог. Овие тумори многу често го инвадираат симпатичниот синџир и долниот цервикален ганглион и може да се манифестираат или како Horner-ов синдром (ипсилатерална птоза, миоза и енофталмус и анхидроза), или кога има засегање на C8-T2 да се јавуваат невролошките испади како кај прикажаниот пациент: слабост и/или атрофија на мускулите надланката, болка и парестезија на IV и V прст и на медијалната страна на подлакотницата и надлакотницата.

Најсоодветниот прв чекор во испитувањето на ваков пациент е да се направи рендгенграфија на градниот кош и белите дробови која ќе покаже промена во врвот на десното белодробие и дали туморот покажува инвазија на околните коскено-зглобни структури, но во многу раните стадиуми на развој на туморот може да биде тешко да се уочи. За под-



обро прикажување на Pancoast туморот подобро е да се направи спирален КТ скен, но првото радиографско испитување при сомневање за овој тумор во оваа фаза на развој, треба да биде рендгенграфијата – види ја сликата (со буквата „P“ е означен туморот). КТ скенот и НМР се прецизни во одредувањето на степенот на раширеност на туморот, а за утврдување на промените во медијастинумот поефикасен е КТ скенот.

Рендгенграфијата или НМР на рамото нема да бидат од корист и не се индицирани, бидејќи не се најдени патолошки наоди при функционалното испитување на зглобот, но и заради јасните невролошки наоди.

Електромиографијата и испитувањата на нервната спроводливост секако дека ќе покажат постоење на брахијална плексопатија, но нема да ја откријат причината за неа. Рендгенграфијата на вратниот 'рбет може да покаже патолошки наод и болестите на цервикалниот 'рбет може да се манифестираат со болка која зрачи во рамото или да има радикуларна болка со невролошки наоди на раката, но кај пациент пушач со ваква симптоматологија приоритет е да се исклучи или потврди постоење на Pancoast тумор.

### Литература

- Glassman LR, Hyman K. Pancoast tumor: a modern perspective on an old problem. *Curr Opin Pulm Med*. 2013 Jul. 19 (4):340-3.
- Case records of the Massachusetts General Hospital. Weekly clinicopathological exercises. Case 18-2000. A 45-year-old woman with a thoracic mass and Pancoast's syndrome. *N Engl J Med*. 2000 Jun 15. 342 (24):1814-21.
- Popat R et al. A sinister cause of shoulder pain, with numbness and weakness in the ipsilateral hand. *BMJ* 2012 Oct 26; 345:e6948.
- Heelan RT, Demas BE, Caravelli JF, et al. Superior sulcus tumors: CT and MR imaging. *Radiology*. 1989 Mar. 170(3 Pt 1):637-41.
- Davis GA, Knight SR. Pancoast tumors. *Neurosurg Clin N Am*. 2008 Oct. 19(4):545-57, v-vi.
- Foroulis CN, Zarogoulidis P, Darwiche K, Katsikogiannis N, Machairiotis N, Karapantzos I, et al. Superior sulcus (Pancoast) tumors: current evidence on diagnosis and radical treatment. *J Thorac Dis*. 2013 Sep. 5 Suppl 4:S342-58.
- Webb WR, Gatsonis C, Zerhouni EA, et al. CT and MR imaging in staging non-small cell bronchogenic carcinoma: report of the Radiologic Diagnostic Oncology Group. *Radiology*. 1991 Mar. 178(3):705-13.
- Manenti G, Raguso M, D'Onofrio S, Altobelli S, Scarano AL, Vasili E, et al. Pancoast tumor: the role of magnetic resonance imaging. *Case Rep Radiol*. 2013. 2013:479120.
- Manenti G, Raguso M, D'Onofrio S, Altobelli S, Scarano AL, Vasili E, et al. Pancoast tumor: the role of magnetic resonance imaging. *Case Rep Radiol*. 2013. 2013:479120.

### ИН MEMОРИАМ

## Проф. д-р Ангел Пеев

(1930-2018)

Проф. д-р Ангел Пеев е роден на 16.7.1930 г. во с. Стојаково, Гевгелиско. Основно образование заврши во родното место, а гимназија во Струмица. Медицински студии запишал и дипломираше на Медицинскиот факултет (МФ) во Скопје во 1957 г. По отслужување на воената обврска, на 1.1.1959 г. се вработил на Хируршката клиника во Скопје и започнал специјализација по хирургија. Специјалистичкиот испит по општа хирургија го положи на 17.2.1964 г. и продолжи да работи во Одделението за абдоминална хирургија за машки во Клиниката за хирургија каде што ги стекна специјалните знаења и вештини од доменот на абдоминалната хирургија. Во 1964 г. д-р Пеев беше избран за асистент по предметот хирургија. Својата стручност ја надградуваше во повеќе хируршки центри во поранешна СФР Југославија и странство. Во првата половина на 1967 г. престојуваше во Прага, кај проф. Либор Хејкал кадешто посебно учествуваше во изведувањето на сплено-ренални шант-операции кај цироза со портална хипертензија, кои ги воведо на Клиниката за хирургија при МФ-Скопје во враќањето од Прага. Во 1970 г. д-р Пеев оствари шестмесечен престој во Лондон, во West London Hospital и специјализира кај познатиот дигестивен хирург Харолд Бури, посебно за модерните хируршки ставови за улкусна болест. Во St. Mark Hospital во Лондон ја проучуваше колон хирургијата под менторство на д-р Мамер и д-р Тод.

Во 1974 г. на д-р Пеев му е доделено звањето примариус. Докторската дисертација на тема: „Проксимална гастрична ваготомија во хируршката терапија на дуоденалниот улкус“ одбрани на МФ-Скопје на 24.11.1977 г. Во наставно звање доцент беше избран во 1978 г., а потоа во вонреден професор во 1983 (преизбран во 1985 г.) и во редовен професор во 1990 г.

Како наставник и хирург проф. Пеев бележи континуиран подем. Воведо повеќе нови методи во абдоминалната хирургија меѓу кои се високо селективните ваготомии кај дуоденалниот улкус, шант-операциите кај порталната хипертензија, радикалните панкреато-дуоденални ресекции при малигноми на главата на панкреасот и на Papilla Vateri (oper. sec. Whittle), а врвот на неговата хируршка дејност е неагресивната лапароскопска хирургија, која метода проф. Пеев прв ја воведо во Р. Македонија и меѓу првите на Балканот, кон крајот на 1991 г. Сознанијата и искуствата од својата работа во доменот на дигестивната хирургија проф. Пеев ги презентираше на повеќе стручни собири во земјата и странство. Автор е на монографијата со големо практично значење „Лапароскопска холецистектомија“.

Беше претседател на Управниот одбор на Хируршките клиници, претседател на Советот на Клиниката и разни одбори и тела во МФ-Скопје, како и директор на Клиниката за дигестивна хирургија од 1987 до неговото пензионирање во 1995 г. Остави спомен на самопрегорен хирург, голем стручњак и хуманист, секогаш подготвен да помогне на пациентите во Скопје и во повеќе градови во Р. Македонија. Беше извонреден наставник и педагог и голем и скроман човек кој служи како пример на досегашните и идни генерации хирурзи и лекари. Споменот и името на проф. Пеев останаа вечно вградени во историјата на Хируршката клиника и развојот на посебна специјалност и соодветно Одделение и, потоа, Клиника за дигестивна хирургија при МФ-Скопје.

За својата работа на полето на медицината, хирургијата и дигестивната хирургија, како и во општествените организации, проф. Ангел Пеев е одликуван со голем број признанија и награди.

Проф. д-р Кочо Серафимов



## Искуства

РАЗГОВОР: ПРОФ. Д-Р ИВАН ВЕЛИЧКОВИЌ, РАКОВОДИТЕЛ НА АНЕСТЕЗИЈА ВО АКУШЕРСТВОТО, SUNY DOWNSTATE MEDICAL CENTER, E

# Нема причини жената да го памти породувањето по болки



### Породување со анестезија е тренд или ?

Во нашата институција веќе 70 до 80 проценти од пациентките се породуваат под епидурална анестезија. За жал, во земјите на поранешна Југославија, кои ги посетувам во последните шест –седум години, тој процент е многу помал. Овие едукативни програми преку кои и јас сум во Скопје имаат за цел што повеќе да го доближат, пред се, во епидуралната, анестезија, она што ние го работиме во САД. Ваквите програми имаат за цел да се подигне свеста и да се разменат информациите дека епидуралната анестезија е многу безбедна и дека треба да им е достапна на оние кои скааат породувањето да им е безболно.

### Станува збор за право на избор на пациентката или одлуката се носи по медицинска индикација?

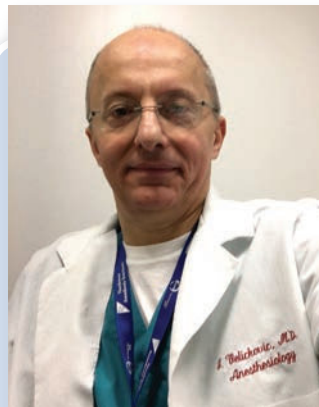
Според препораките на Американското здружение на гинеколози, болката на пациентката е доволна индикација за “пласман” на епидурална анестезија. Случаите кога кај жената не може да се примени епидурална анестезија се навистина многу, многу, ретки. Помалку од половина процент, односно само една меѓу 200 или 300, односно илајда родил-

Според препораките на Американското здружение на гинеколози, болката на пациентката е доволна индикација за “пласман” на епидурална анестезија

ки не е кандидат за епидурална анестезија. Кај сите други нема никаков проблем доколку посакаат такво породување. Кога се работи како што треба, епидуралната анестезија е една апсолутно безбедна метода со многу малку ризици. То е можност породувањето да биде едно потполно поинакво искуство од породувањето без епидурални. Не постои никаква корист од болката. Ниту за мајката, ниту за новороденчето. Како што заб не треба да се поправа без анестезија, така нема никаква причина жената да трпи болки во текот на породувањето.

### Во кои случаи се практикува породување со класична општа анестезија?

При породувањето кај нас вообичаено се практикува епидурална анестезија, меѓутоа кога станува збор за царски рез, тогаш се приемнува регионална анестезија, спинална, односно епидурална или тоа се прави под целосна или



„При набавките на она што ни е неопходно во работата и ние докторите партиципираме на нашата Клиника, односно учествуваме во изборот на опремата, лековите, потрошниот материјал... Секако има различни концепти. Да бидеме начистото, како доктори ние не преговараме, но ние кажуваме, односно бараме

што ни треба. Кога станува збор за посетни и поевтини работи, како што се епидуралните китови, игли, системи или лекови нема никакви проблеми. За апарати иили некоја друга поскап опрема што ни е потребна ние елаборираме зошто и што бараме, а набавката ја преземаат службите на Клиниката кои ја носат одлуката што и како ќе се купи. Како доктори ние сме одговорни за дејноста што ја вршиме, а нашите раководители треба да ни овозможат тоа да го направиме како што треба. Јас имав среќа, мојот претпоставен е поранешен претседател на Американското здружение на анестезиолозите и целоно се разбираме“.







## БРУЛКИН, ЊУЈОРК, САД

т.н.општа анестезија. Во САД, повеќе од 95 проценти од царските резови се прават со регионална анестезија. Се смета дека пациентката се чувствува многу покомфорно кога се практикува спинална анестезија и кај царскиот рез: комуникативни се, може да го видат бебето, да остварат контакт со него... За разлика од практиката во САД, во земјите на некогашна Југославија, во институциите кои ние ги посетивме во Нови Сад, Тузла, Скопје и некои други центри, многу поголем е процентот на општа анестезија. Со различни програми на едукација и размена на искуствата со колегите, ние работиме тоа да се промени, односно соодносот меѓу општата и регионалната анестезија да се приближи до она ниво што го имаме во САД.

**Со огле дека работите во голема болничка институција би можеле ли да ни кажете како е организирана анестезиолошката служба и кои се новините во таа област?**

За разлика од Европа каде често имаме болници од павилјонски тип, во САД најчесто стнува збор за болници во кои сите одеел се во една зграда. Имаме една анестезиолошка служба, а јас сум специјализиран во областа на акушерската анестезиологија. Медицинската наука секојдневно прави нови ислекори во сите области. Општата, а особено регионланата анестезија, денес се многу позбебедни од она што беа порано. Кај која било медицинска процедура секогаш има некаква можност од компликации, меѓутоа можноста за такво нешто денес далеку помали се во споредба со пред 20 или 30 години. Јас имам водено повеќе од 15 илјади “епидурални” во својата кариера и никогаше немало сериозни компликации. Но, како доктори на ниту еден пациент не можеме да му дадеме апсолутна гаранција. Ние практикуваме да ги инфомираме пациентите дека можностите за некакви компликации се многу мали. Во секоја работа, се разбира, има некаков ризик. И кога патувате некаде има некаков ризик. Ризик има и при породувањето, во анестезијата...Но, можноста тој ризик да се случи при анестезијата, пак ќе пов-

Американско-македонскиот симпозиум “Акушерска анестезија и периперативна безбедност”, во организација на Македонската асоцијација на анестезиолози се одржа во почетокот на април оваа година во Скопје. На симпозиумот учествуваа експерти од Македонија, Србија и САД, а гостувањето на еминентните имиња од САД се реализира со поддршка на KYBELE програма која е препознатлива по прокетите фокусирани на безбедноста на родилките и новорденшињата.

торам, е минимален. Да не заборавиме дека и самото породување носи некаков ризик. Меѓутоа, факт е дека сепак, вкупната полза за пациентката е толкава што таа е побезбедна ако се породува со епидурална анестезија отколку без неа. Јас длабоко верувам дека и мајката и новордоенчето се побезбедни при породувањето со епидурална анестезија.

**Каква е медицината на Балканот, како би ја оцениле имајќи предвид дека дипломиравте во некогашна ЈУ, имате контакти со колегите, по разни основи учествувате на стручни собири и работилници, односно ги познавате приликите?**

Во полседните седум години во рамките на ваквите програми имав можност да престојувам во неколку универзитетски болнички институции во регионот. Секако дека сосостојбата е комплетно поинакава од она што го оставив во 1997 година пред да заминам во САД. Сосостојбата во Бруклин, секако, не е иста со онаа во којашто работат колегите во овој регион. Дали разликите се големи или мали? Би рекол, зависи од аголот на гледање. Целата на овие програми е таквите разлики да станат што помали. Во секоја професија има разлики. Од разговорите со колегите од Скопје добив впечаток дека многу од она што ние го работиме во САД се работи и тука. Верувам дека таа соработка може да се прошири и продлабочи.

**Vox medici**

## Проф. д-р Едвард Рилеј, Медицински факултет на Stanford University, САД

“Според моите согледувања, не мислам дека протоколите за работа и техниките во балканските држави се различни со оние во САД, туку најважната разлика е во тоа како се организирани системите. Факт е дека во моментот во САД се трошат повеќе парични средства во медицината отколку во која било друга држава во светот, па не ни недостасува ништо од техника, опрема и слично, односно имаме се што ни е потребно. Но, тука гледам болници кои генерално се добро организирани и луѓе кои ја знаат својата работа. Меѓутоа, им недостасуваат лекови и опрема за да можат да работат, односно да го практикуваат тоа што го знаат. Поради таквиот недостиг, мораат да пра-



ват компромиси. Веројатно, од тие причини, многу родилки се породуваат со целосна анестезија и царски рез иако спиналната анестезија би била многу подобра опција. Лекарите се свесни за разликите, но често немаат избор затоа што немаат апаратура, системи, лекови. Тоа, според мое видување, е клучната разлика.

Да не заборавиме дека со регионална анестезија на пациентите им е поудобно, има помалку постоперативно крвавење, има помал ризик од посериозни компликации. Бебињата на овој свет не доаѓаат седатирани и спани, туку раздвижени и “весели”. Ова се главните придобивки заради кои треба да се ориентираме кон регионалната анестезија. Токму во оваа насока е и нашиот престој тука, да ги споделиме нашите знаења и да размениме искуства. За нас како професори тоа е голема привилегија и сатисфакција да ги менуваме системите на подобро”.





## Новини од медицината

### ПОЛЕСНО ДА СЕ НАШТЕТИ ОТКОЛКУ ДА СЕ ПОМОГНЕ, ИЛИ КАКО ЈА ЛЕКУВАМЕ ХИПЕРТЕНЗИЈАТА КАЈ СТАРИТЕ ЛУЃЕ

Лекарите по општа практика не сакаат да направат поголеми промени во поглед на лековите што нивните постари пациенти ги земаат, особено за антихипертензивната терапија. Ова се резултатите на неодамнешна холандска квалитативна студија која ги има испитувано нивните ставови. Холандски колеги навеле поголем број на причини, вклучувајќи нејасни правила како да се промени терапијата, ги споделиле и своите сопствени сомневања дека интензивната терапија ќе даде какви било придобивки кај постарите луѓе, сопствениот страв дека промената на лековите ќе предизвика мозочен удар, како и несакањето да се наруши воспоставената тераписка рутина кај нивните постари пациенти. Ова говори дека конзервативниот приод во лекувањето на хипертензијата кај постарите луѓе останува првиот избор кај општите лекари.

*BMJ Open. 2018 Apr 20;8(4):e020871.*

### ПИЕЊЕ СОДА БИКАРБОНА МОЖЕ ДА Е ЕВТИН И ЕФИКАСЕН НАЧИН ДА СЕ СПРАВИМЕ СО АВТОИМУ- НИТЕ ЗАБОЛУВАЊА

Дневна доза на сода бикарбона (1/2 лажичка пред јадење) може да ја редуцира инфламацијата како резултат на автоимуно заболување, како на пр. ревматоидниот артритис. Оваа студија потврдува дека и кај глодачи (стаорци) и здрави луѓе кои земаат редовно раствор од сода бикарбона или пак прашок за печиво, желудникот започнува да лачи поголема количина на желудочна киселина за да може да ја развари консумираната храна. Наедно, сода бикарбоната ги ангажира и малите мезотелијални клетки во слезенката да посредуваат со поголемите органи и да ги “известат” дека не им е потребна допо-

лонителна одбрана од страна на имуниот систем.

Мезотелијаните клетки ги обложуваат телесните празнини, вклучувајќи ги и тие на дигестивниот систем. Овие клетки, исто така, ги обложуваат нашите органи и спречуваат тие да се тријат еден од друг. Со помош на своите израстоци, микровили, мезотелијаните клетки, ја испитуваат средината и ги предупредуваат органите кои ги обложуваат дека има натрапник и дека е потребен ангажман на имуниот систем да се справи со него.

Пиењето сода бикарбона ѝ кажува на слезенката (којашто е дел на имуниот систем и функционира како голем крвен филтер и служи и како склад за некои бели крвни клетки, како на пр. - макрофагите) дека имуниот систем треба да се поштеди. Последователното ослободување на ацетилхоли ја намалува инфламацијата во нашиот организам. Во слезенката, како и во крвта и бубрежите, конзумирањето на сода бикарбона редовно во текот на две недели го менува карактерот на макрофагите, од клетки кои се главно проинфламаторни, (таканаречени M1 клетки), во клетки кои го намалуваат воспалението (наречени M2 клетки).

Сода бикарбоната помага и во регулирање на екскрецијата на киселините, калиумот и натриумот. Ова е особено значајно кај бубрежните заболувања кај кои крвта ја променува киселоста и има значително намалена Ph. Со тоа што сода бикарбоната ја нормализира киселоста на крвта, го намалува влошувањето на бубрежните заболувања, и како таква, треба да се понуди како третман во лекувањето на овие заболувања.

*J Immunol, 2018; j11701605 DOI: 10.4049/jimmunol.1701605.*

### И ПРОФЕСИОНАЛНИТЕ ФУДБАЛЕРИ ИМААТ ЗДРАВСТВЕНИ ПРОБЛЕМИ

Преваленцијата на болки во колената и радиографската потврда за остеоартритис се два до три пати позчестени

кај пензионираните професионални фудбалери отколку кај другата машка популација. Фудбалерите, исто така, имаат поголем број оперативни зафати за тотална замена на колената. Овие разлики остануваат сигнификантни, а тоа говори дека повредите што се повторуваат и резултираат дури и со помала траума доведуваат до поголема деструктивност на колената, отколку единечните повреди што се со поголемо оштетување. Зачудувачки е дека повредите на колената кај фудбалерите не се толку чести.

*Br J Sports Med. 2018 May;52(10):678-683.*



### СВЕЖА, А НЕ БАЈАТА КРВ, ВЕ МОЛАМ!

На животински модел на хеморагија е испитувана полезноста од трансфузија со свежа (а не чувана) крв. Лабораториските глувци на коишто им била дадена чувана крв биле под зголемен ризик да развијат белодробна инфекција отколку оние што добиле трансфузија на свежа крв. Причина за ова е слободниот хем што се ослободува при чувањето на крвта и како резултат на хемолизата при трансфузијата. Хемот ја зголемува ендотелијалната пермеабилност и ја намалува бактеријалната елиминација од страна на алвеоларните макрофаги.

*PLoS Med. 2018 Mar 9;15(3):e1002522.*







## ЕДНО ЈАЈЦЕ ДНЕВНО ГО НАМАЛУВА РИЗИКОТ ЗА КАРДИОВАСКУЛАРНО ЗАБОЛУВАЊЕ

Кардиоваскуларните заболувања се водечката причина за смртност ширум светот, вклучувајќи ја и Кина, кадешто најголемиот број смртни случаи се должат на хеморагичен мозочен излив. Кина ја има една од највисоките инциденци на хеморагичен мозочен удар, значително поголема во споредба и со развиените западни земји.



Јајцата се еден од најголемите извори на диетарен холестерол, но тие, исто така, содржат и висококвалитетни протеини, витамини и биоактивни состојки како фосфолипиди и каротеноиди. Досегашните студии што ја анализираа поврзаноста помеѓу консумацијата на јајца и здравјето во најголем број имаат потврдено незначителна поврзаност помеѓу консумирање јајца и коронарно срцево заболување и мозочен излив.

Со оваа кинеска студија е испитувана поврзаноста помеѓу консумирањето јајца и кардиоваскуларно заболување, хеморагичен и исхемичен мозочен удар, користејќи ги податоците од проспективна студија на над половина милион (512,891) луѓе, од 30-79 годишна возраст, од 10 различни географски подрачја во Кина. Учесниците во оваа студија биле регрутирани во периодот

2004-2008 година и, меѓу другото, биле испитани за фреквенцијата на консумирање јајца, и биле следени за да се потврди нивната мобилност и морталитет. Истражувачите особено се осврнале на 416.213 учесници кои немале претходни заболувања, како што се, на пример, малигнитет, кардиоваскуларно заболување и дијабетес. Во текот на наредните (средна вредност) 8.9 години, вкупно 3.977 случаи на цереброваскуларно заболување и 9.985 смртни случаи како последица на цереброваскуларно заболување биле документирани, како и 5,103 случаи на значителни коронарни настани

На почетокот на студијата, 13,1% од испитаниците декларирале дека конзумираат дневно јајца (средно 0.76 јајце/ден), а 9,1% не јаделе воопшто или, пак, многу ретко јајца (средно 0.29 јајце/ден). Анализата покажала дека групата која конзумирала секојдневно јајца имала значително намален ризик за кардиоваскуларно заболување (26% намален ризик за хеморагичен мозочен удар, 28% намален ризик за смртност поради хеморагичен мозочен удар, и 18% намален ризик за смртност поради кардиоваскуларно заболување), во споредба со другата група која ретко, или пак никогаш не конзумирала јајца. Интересно е дека луѓето кои конзумирале просечно 5.32 јајца/неделно имале 12% намален ризик за исхемично срцево заболување во споредба со тие кои конзумирале поретко јајца (во просек 2.03 јајца/дневно). Со оглед дека студијата се базира на голем број испитаници и ги има земено предвид потенцијалните ризични фактори за кардиоваскуларни заболувања, можеби ќе треба да ги ревидираме нашите сознанија и препораки околу консумирањето јајца.

*Heart, 2018 DOI: 10.1136/heartjnl-2017-312651*

## ГЕНЕТИКАТА НА ТЕЖИНАТА НА НОВОРОДЕНЧИЊАТА

Големото ниво на гликоза за време на бременоста ја стимулира секрецијата на феталниот инсулин и влијае врз тежината на новороденчињата.

Неодамнешна студија потврдува дека феталната генетика придонесува за тежината при раѓањето. Податоците на над 2.000 дијади на мајки-новороденче упатува дека влијанието на двете страни е главно независно. Феталниот генетски скор, од друга страна, влијае врз тежината на новородените бебиња независно од гликемијата на мајките и, исто така, не е поврзана со нивото на инсулин и С-пептидот во крвта од папочната врвца на бебињата.

*Diabetes. 2018 May;67(5):1024-1029.*

## ВО НАУКАТА ПОДОБРО Е ДА СЕ БИДЕ МАЖИ!

Разликите во плата помеѓу половите се предмет на подолготрајна дискусија во Велика Британија. Но, изгледа дека половата нерамноправност не застанува само таму. Анализа на јавни и филантропски финансирања за научни истражувања на малигнитетот во Велика Британија, базирана на финансирани научни проекти во периодот помеѓу 2000-2013 година укажува дека 2.890 (69%) проекти, со вкупна вредност од 1.82 милијарди фунти (78%), биле доделени на истражувачи од машкиот пол, додека само 1.296 (31%) проекти, со вкупна вредност од 512 милиони фунти (22%), им биле доделени на истражувачи од женскиот пол. Машките истражувачи во просек добиле 1.3 поголема сума за своите проекти отколку женските научници (P<0.001).

Оваа студија укажува на значителна разлика во поглед на финансирањето на научни проекти зависно од полот на главниот водач на истражувањето. Жените константно добивале значително помали материјални средства и помал број на финансирани проекти за својата научна работа во споредба со нивните машки колеги.

*BMJ Open. 2018 Apr 30;8(4):e018625.*

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



31. БАЛКАНСКО ПРВЕНСТВО ЗА ДОКТОРИ ВО ТЕНИС ОД 26.8 ДО 1.9. 2018 ГОДИНА ВО ОХРИД Р. МАКЕДОНИЈА

## Триесет години пријателство низ тенисот: Јанина 1988 - Охрид 2018

По традиција, секоја петта година, во првата недела на месец септември, Балканското првенство за доктори во тенис (Balkan Medical Tennis Tournament) се одржува во Македонија. 31. Првенство на барање на гостите се организира една недела порано од вообичаеното. Натпреварите ќе се одржуваат во Спортскиот комплекс “Билјанини извори” во Охрид, од 27.8. до 31.8. 2018, на три нови бетонски терени и на два земјани терени кои се на само стотина метри оддалеченост. Ќе се игра во следниве категории: доктори во опен категорија, 40+, 50+ и 60+, докторки, двојки во машка категорија опен и двојки во машка категорија 50+, двојки во женска категорија и мешани двојки. Категориите опен, 40+, двојки опен, докторки, докторки двојки и мешани

двојки ќе се играат на тврдите-бетонски терени, а останатите категории на земјани терени. Од за нас неразбирливи причини, Грчката медицинска тениска асоцијација го откажа учеството, трет пат по ред (не учествуваше на претходните првенства во Турција и Бугарија) или петти пат во изминативе 30 години. Учество пријавија Романија, со 48 доктори и придружни лица, членови на нивните семејства, Бугарија со 51, и Турција, која ќе учествува со најмалку 45 лица (конечниот список се очекува).

Од досега одржаните 30 првенства, македонската репрезентација учествуваше на последните 25, почнувајќи од 1993 година, а домаќин на првенството беше четири пати, 1998 година во Скопје, 2003 година во Скопје и Охрид, 2008 година во Охрид и 2013 година во

Скопје. На сите досегашни првенства одржани во Македонија покровител беше Лекарската комора на Македонија, а на првите три генерален спонзор беше “Алкалоид” - Скопје, додека на последното првенство “Бета Медико”. Покровител и на ова првенство ќе биде ЛКМ, која ќе ги обезбеди пехарите за најдобрите, медалите за сите учесници и тениските топчиња. За генерален спонзор и спонзори се водат преговори. На Првенството се очекува да учествуваат најмалку 100 доктори и докторки од странство, односно заедно со нашите доктори, околу 130 учесници, а заедно со придружните лица, околу 200. Сместувањето ќе биде во хотелскиот комплекс “Метропол-Белви”, а организаторот ќе обезбеди автобуски превоз до терените. Сместувањето и храната го

24. МЕДИКАЛ ОПЕН, ТК “АКВАТЕН” КОЧАНИ, 9 И 10.6.2018

## Невремето го прекина финалето

Првенството (24.) во тенис за лекари на Македонија се одржа на шесте земјани терени на Тенискиот клуб “Акватен” во Кочани. Се играше во две старосни категории, опен категорија, во која настапија 14 играчи и категорија за играчи постари од 50 години, во која настапија 7 играчи. Се одржа и турнир

во двојки, а на терените излегоа 9 двојки. Немаше пријавено ниту една докторка, па не се одржа меч во женска конкуренција.

Во опен категорија и во категорија 50+ се играше во групи по систем секој со секој по еден сет. Двајцата првопласирани во четирите групи во опен

категија вкрстуваа во четвртфиналето, а двајцата први во двете групи во категоријата 50+ во полуфиналето. Во двојки се играше по пат на елиминации. За среќа, додека во саботата во утринските часови Скопје беше поплавено од силен дожд и град и сите турнири во метрополата беа одложени, во Кочани беше сончево и многу топло. Во попладневните часови залади, имаше силен ветер и ситен дожд, но се играше без прекин. Така беше и во неделата се до 14 часот, кога небото се отвори и ги претвори терените во базени. Во тие моменти се играше финалето во опен категорија помеѓу Александар Петличковски, доцент на Медицинскиот факултет во Скопје и Дејан Тимосиевски, приватен стоматолог од Тетово, кој дебитиранаше на првенството. При резултат 3:2 за Петличковски, мечот е прекинат и продолжението е дополнително закажано во Скопје. Полуфиналисти во оваа категорија беа д-р Рубин Гулабоски, декан на ФМН Штип и д-р Милош Милутиновиќ, специјализант по пси-







плаќаат учесниците од свои средства. Во зависност од спонзорите, се надеваме дека за домашните учесници, членови на ЛКМ, ќе обезбедиме значителен попуст за сместување, а од прибраните средства ќе зависи колкава и каква ќе биде социјалната програма. Предвидена е посета на Струга и/или комплексот “Св.Наум”, прошетки низ Охрид. Доделувањето на наградите се планира за 31.8.2018, петок, свечената вечера во хотел “Метропол”.

#### Организационен одбор:

д-р Никола Пановски, претседател,  
д-р Љупчо Милановски, потпретсед.  
д-р Миодраг Милутиновиќ,  
д-р Вело Марковски,  
д-р Александар Петличковски и  
д-р Гоце Бабоски

Пријава за учество на е-маил: [panovskiki@yahoo.com](mailto:panovskiki@yahoo.com) или на тел. 070 266 795.

**Проф. д-р Никола Пановски,**  
претседател на МТАМ и БМТС и  
претседател на Организациониот  
одбор на 31-от БТМТ

хијатрија од Скопје. Другите два финални меча не ни почнаа. Во категоријата на доктори над 50 години, во финалето се пласираа д-р Љупчо Стаменков, пензионер од Кочани, и д-р Вело Марковски од Скопје, инаку професор на ФМН - Штип. Овој меч ќе се одигра дополнително овој месец во Кочани. Полуфиналисти беа д-р Антонио Дојчиновски, стоматолог од Скопје и д-р Љупчо Милановски, педијатар од Пробиштип. Во двојки финалисти се д-р Никола Пановски и д-р Љупчо Милановски, против значително помладите, д-р Александар Петличковски и д-р Милош Милутиновиќ. Ова финале се планира за почетокот на јули во Пробиштип.

Ова беше 13 првенство одржано во Кочани, беа обезбедени бесплатни терени и вода од домаќините, а “Алкалоид” се погрижи за ручек во неделата, како и за маици со логото на ЛКМ. И овој пат, посебна благодарност до “Алкалоид”, до д-р Љупчо Милановски, д-р Љупчо Стаменков, д-р Ванчо Апостоловски. По традиција, пехарите и тениските топчиња ги обезбеди покровителот - Лекарската комора на Македонија.

**Проф. д-р Н. Пановски**

## ТУРНИРИ И НАТПРЕВАРИ

**ШАХ** – Натпреварот во шах се одржа во мотелот “Бела вода” на брегот на езерото Младост, покрај Велс. Во поединечна конкуренција најдобри беа: 1. д-р Васко Талески, 2. д-р Мите Зафиров, 3. д-р Димитар Стровјански и д-р Зоран Јовановски. Во двојки најуспешни се покажаа д-р Вело Марковски и д-р Димитар Стровјански.



**ФУДБАЛ** - На турнирот во фудбал што се одржа во Скопје учествуваа четири екипи. Првото место го освои тимот на ССМА, на второто место се пласира “Медицинар”, третото место им припадна на “Медикус”, а четврта годинава беше екипата на “Лек –Сандоз”.



**СТРЕЛАШТВО** - Традиционалните натпревари во стрелаштво се одржаа во стреланата “Стрелец” во Гимназијата “Раде Јовчевски Корчагин” во Скопје, а најдобри беа:

Жени: 1. д-р Сандра Арсовска, 2. д-р Лидија Арсовска, 3. д-р Снежана Лазеска.  
Мажи: 1. д-р Србослав Радојчиќ, 2. д-р Георги Митев, 3. д-р Толе Битовски.

#### ПИНГ-ПОНГ

На 13. турнир во пинг-понг, кој годинава се одржа во втората половина на април во Битола, учествуваа 22 натпреварувачи. Најобар беше д-р Петар Митков од Струмица, второто место му припадна на д-р Александар Нелоски од Битола, третопласиран беше д-р Душко Домазетовски, а четвртото место го освои гостинот од Косово, д-р Ремзи Шаља.



**КОШАРКА** - По пауза од повеќе години, се одржаа и натпревари на доктори во кошарка на кој учествуваа четири екипи со по четири играчи. Победи тимот во состав: д-р Борис Павлов, д-р Данило Вуковиќ, д-р Маргин Христов и д-р Милош Милутиновиќ.



## Доајени

### ЗА ДОАЈЕНИТЕ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ

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

Медицинскиот факултет во Скопје, основан во 1947 г., одигра клучна улога во развојот на македонската медицина и образованието на медицинските професионалци, подобрување на локалната здравствена состојба на населението и целокупниот национален развој на здравствениот систем и обезбедувањето 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 постоа, беше од суштинско и некроенливо големо значење.

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

Медицинскиот факултет во Скопје, Македонското лекарско 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 штоа придонесувале и за севкупниот културен и општествено-економски развој и во градењето на поновата македонска национална историја.

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



## Јован ПАНОВСКИ,

### професор и основоположник на Градската болница за хирургија во Скопје

*Лекарој лекува – природата  
излекува, но штоа што не се лекува  
со лекови може да се лекува со нож  
Лајтинска изрека*

Д-р Јован Пановски е роден на 6.10.1920 г. во Скопје, како прво од две машки деца, во занаетчиско-трговско семејство, од мајка Драга и татко Гошо Пановски. Основно и средно гимназиско образование завршил во родниот град. Во 1939 г. запишал студии по медицина во Белград, а во 1941 г. продолжил да студира, со прекини, во Софија. Дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Загреб во 1947 г. Специјализација по хирургија завршил во Скопје во 1953 г. и бил назначен за раководител на Одделот за детска хирургија при МФ-Скопје. Активно учествувал во реорганизација и зајакнување на одделенијата за хирургија во општите болници во Струмица, Штип и Битола. Во 1955 г. се усовршува во областа на пластична хирургија во Единбург и други хируршки центри во В. Британија. Во 1958 г. хабилитираше и бил избран во доцент, а потоа во вонреден професор во 1964 г. и во редовен професор во 1971 г.

Проф. Ј. Пановски е основач и бил прв раководител на Градската болница за хирургија во Скопје од 1962-72 г. Бил директор на Градската општа болница во Скопје од 1968-70 г.

Својата животна сопатничка Пенка Иванова, од Казанлак, Бугарија, ја запознал во бурниот период на воените години, додека таа се школувала во Училиштето за медицински сестри и акушерки во Скопје. Во нивниот брак

се родиле три машки деца, од кои сега двајца се познати лекари; Милчо, хирург-професор во Клиниката за дигестивна хирургија при МФ-Скопје, и Златко, анестезиолог, сопственик и директор на веледрогеријата „Д-р Пановски“ во Скопје, а Владимир е дипл. ел. инж., вработен во Македонски железници-Скопје.

Проф. д-р Јован Пановски почина во Скопје, на 22.03.1994 г., во 74-та година од животот.

#### Општествено-политичка дејност

Уште како ученик и студент припаѓал на напредното младинско движење и учествувал во марксистичките кружоци. Во 1938 г. активно учествувал во напредното студентско движење, а во 1939 г. бил примен како член на СКОЈ. Од 1942 г. бил член на месната комисија на СКОЈ, а потоа станал член на Градскиот одбор на „Црвената помош“ во Скопје. Во 1938 г. се запишал на Техничкиот факултет во Белград, а по три месеци неговата стипендија била укинута поради „недоволна национална свесност“. Следната, 1939 г. запишал студии по медицина во Белград, а по две години студирањето го прекинал поради започнување на војната во тогашна Југославија. Продолжил да студира, со прекини, во Софија, и како студент да работи во Одделението за хирургија при Земската (Државна) болница во Скопје до 1944 г. кога стапил во партизанските одреди. Во НОВ извршувал разни раководни функции во санитетот, почнувајќи од санитетски референт на велешкото подрачје, а потоа во III македонска ударна бригада на дивизијата на КНОЈ за Македонија. За тоа време учествувал во организација на болницата во Тетово и Скопје, а притоа добил чин „резервен капетан“.





Свечено отварање на Градската болница за хирургија-Скопје, 17.04.1962 г. Од десно: Крсте Марковски, претседател на Собранието на Скопје, доц. Јован Пановски и претставници од Советот за народно здравје на НР Македонија

Како млад лекар, во мај 1947 г. доброволно учествувал во првата младинска работна акција во Струмичкото поле како управник на болница, а потоа и шеф на здравствената служба во Струмица, каде останал шест месеци. За успешната работа и организација бил прогласен за ударник. Во 1948 г., учествувал во младинската работна акција во Маврово како шеф на здравствената служба.

#### **Лекар хуманист, наставник и едукатор**

По дипломирањето на МФ-Загреб, во почетокот на април 1947 г., се вработил и започнал специјализација во Клиниката за хирургија при МФ-Скопје. Специјалистичкиот испит по хирургија го положил во 1953 г. и веднаш потоа бил избран за асистент по хирургија. Со својата експертиза и поддршка учествувал во реорганизација и зајакнување на одделенијата за хирургија во општите болници, во 1947 г. во Струмица (6 месеци), па во 1950-51 г. во Штип (10 месеци) и во 1952 г. во Битола (6 месеци). Во почетокот на 1953 г. престојувал два месеци во Одделот за пластична хирургија во ВМА-Белград, а во август 1955 г. започнал и остварил едногодишен стручен престој за потесна специјализација во областа на пластична хирургија во Единбург. Притоа ги посетил сродните клиници во Лондон, Оксфорд, Глазгов и Лидс. Со неговото враќање од студискиот престој во В. Британија во Скопје

биле поставени основите на новото одделение за пластична хирургија.

Во 1953 г. бил именуван за шеф на Одделот за детска хирургија, а во 1956 г. и на Одделот за пластична хирургија во Клиниката за хирургија при МФ-Скопје. Во 1958 г. хабилитирал на тема „Инвагинација во детската возраст – како дијагностички и терапевтски проблем“. Во истата година бил избран во доцент, а потоа во вонреден професор во 1964 г. (реизбран во 1968 г.) и во редовен професор во 1971 г.

Во 1950-те редовно ги следел предавањата на своите претпоставени наставници (Д. Јузбашкиќ, Б. Оберхофер, П. Караџов, С. Ставридис и Б. Драгоевиќ). Во текот на 1970 г. престојувал повеќе месеци во скандинавските земји каде се запознал со врвните

достигнувања на современата хирургија. Стекнатите стручни знаења и искуства ги применил во секојдневната работа во Клиниката за хирургија и ги пренесувал на своите помлади колеги и соработници. Неговата работа се одликувала со висока исполнителност, педантност и самодисциплина. Предавањата на проф. Ј. Пановски секогаш беа солидно подготвени, нагледни и пред се практични и разбирливи за студентите, со посебен акцент на она што е важно за нивната идна лекарска работа. По правило, доаѓаше во амфитеатарот многу порано, барем 15 минути пред да започне предавањето, и на присутните студенти им раскажуваше разни доживувања од практиката, духовити и поучни животни приказни и совети, разни досетки и мудрости со кои го привлекуваше и задржуваше вниманието и интересот на студентите да доаѓаат порано, пред да започне првото утринско предавање со цел да ги слушаат неговите поучни искуства и совети.

Проф. Ј. Пановски оспособил повеќе од 30 специјалисти од општа хирургија, вработени во разни медицински центри и болници во Р. Македонија и пошироко, посебно за оперативни методи и техники од доменот на детската, пластичната и абдоминалната хирургија.

#### **Иницијатор, организатор и општественик**

Проф. Ј. Пановски бил еден од водечките хирурзи на МФ-Скопје во 1950-те



Стручниот тим хирурзи во Градската болница за хирургија-Скопје, 1969 г. Од лево: Проф. Јован Пановски, со соработниците и асистенти В. Велев, В. Димитровски, Ш. Халид, В. Захаријев и В. Груев



## Доајени



Проф. Јован Пановски со сопругата Пенка и проф. Исак Таџер со сопругата Милена, на излет покрај езерото Маврово, 1966 г.

и 1960-те, со високи организаторски способности, кој иницирал формирање на Оддел за детска хирургија (1953) и Оддел за пластична и реконструктивна хирургија (1956), кои подоцна се издвоиле како посебни одделенија и клиници во Клиниката за хируршки болести при МФ-Скопје. Со пренесување на стекнатите знаења и искуства од студиските престои во странство и со воведувањето нови методи во оперативната работа дал голем придонес во високата организираност, опременост и стручност на одделенијата за детска и за пластична хирургија, кои биле меѓу најдобрите на тогашните југословенски простори, одделенија кои подоцна прераснале во самостојни клиници.

Проф. Ј. Пановски покажувал извонредна активност и во стручните здруженија. Тој бил прв претседател на Секцијата на хирурзите при Македонското лекарско друштво (МЛД), формирана во 1959 г., и претседател на Здружението на хирурзите на СФР Југославија од 1971-75 г. Бил претседател на секцијата при МЛД и на Здружението за пластична и максило-фацијална хирургија на Југославија. Исто така, бил член на Меѓународното здружение за хирургија, посебно за дигестивна хирургија (Collegium Internationale Chirurgiae Digestivae).

Покрај редовните задолженија во Клиниката за хирургија проф. Ј. Пановски се занимавал и со спортска

медицина. Бил консултант во спортската амбуланта и, како наставник, одржувал предавања по повеќе предмети во Средното фискултурно училиште во 1949 г.

Во повеќе мандатни периоди проф. Ј. Пановски бил општински одборник во Општина Кале-Скопје и член на Собранието на Заедница за социјално осигурување на Скопје, член на самоуправните органи на клиниките, Факултетот и Градската општа болница-Скопје. Бил сојузен пратеник во Собранието на Заедницата за социјално осигурување на СФР Југославија од 1965-69 г. Потпретседател на МЛД е од 1963-66 г.

### Придонес во формирањето и развојот на Градската болница за хирургија во Скопје

Проф. Ј. Пановски е основоположник и прв директор на Градската болница за хирургија во Скопје – денешната Универзитетска клиника за хируршки болести „Свети Наум Охридски“ Скопје. Основана е како дел од Градската општа болница „Моша Пијаде“ во Скопје, со решение на Народниот одбор (Собрание) на Скопската околија од 26.03.1962 г. Болницата е регистрирана во град Скопје со решение на Народниот одбор „Кисела Вода“ бр. 20- 430 од 17.04.1962 г., како установа со самостојно финансирање, со задача да укажува здравствена заштита на болните од подрачјето на град Скопје и околицата, а по потреба и од други места на Републиката и надвор од неа.

Во составот на тогашната Околиска општа болница работеле две организа-

Импровизираната хируршка болница под шатори, формирана по земјотресот во Скопје на 26.07.1963 г. Од десно: доц. Кочо Серафимов, д-р Благоја Петковски (со персоналот на военото обезбедување), доц. Јован Пановски и ас. Илија Васков



циони единици: 1. Хируршка болница со капацитет од 200 кревети, сместена во современо изграден објект во раните 1930-ти години во центарот на градот, спроти зградата на Собранието на Р. Македонија, со површина од 7.500 м<sup>2</sup>, со поранешна функција – Завод за социјално осигурување на работниците, познат како „Уред“ до 1952 г., и Клиника за гинекологија и акушерство до 1962 г.; и 2. Специјална детска болница за ТБЦ, со капацитет од 190 легла.

Проф. Ј. Пановски, како прв директор на Градската болница за хирургија, од 1962-72 г., го внел почетниот ентузијазам, професионализам и дисциплина во работата на болницата. Со негово залагање и со одлука на Факултетскиот совет на МФ-Скопје во 1962 г., болницата е прогласена за наставна база на МФ-Скопје за теоретска и практична едукација на студентите, како и за специјализација на лекари по специјалноста општа хирургија, во согласност со донесената одлука на Советот за народно здравје на НРМ во 1963 г.

При основањето во Болницата работеле 4 лекари специјалисти хирурзи (Јован Пановски, Веле Велев, Будислав Галиќ и Шабан Халид), 10 лекари на специјализација, 42 медицински сестри и приближно толкав број болничари и негователи, како и друг административен и помошен персонал, вкупно 131. Со формирањето на Градската болница за хирургија во Скопје значително се намалил притисокот од пациенти за хируршки третман во Клиниката за хирургија при МФ-Скопје.

Во следните 10 години на раководење, но и потоа до своето пензионирање во 1985 г., проф. Ј. Пановски со своите соработници и следбеници придонеле







за брз развој и подем на Градската болница за хирургија во Скопје, со зголемен капацитет на 225 кревети во почетокот на 1980-те години. Кадровската екипираност значително била подоброена во сите профили на кадри и лекари во повеќе хируршки субспецијалности, и тоа: по абдоминална хирургија Јован Пановски, Владислав Груев, Божидар Черваров, Славко Стевковски, Воислав Димитровски, Борис Манчев и Васил Захарие, по урологија Иван Даскалов, Методија Георгиевски, Александар Масин, Љубен Дербанов и Васил Василев, по детска хирургија Веле Велев, Александар Деспотовски, Александар Ристовски, Благоја Петковски, Масис Кудјан и Душан Манојловиќ, по трауматологија Будислав Галиќ, Шабан Халид, Ангел Мајсторов, Јордан Никодиноски и Љубомир Трајковски, по пластична и реконструктивна хирургија Спиро Јовевски, по васкуларна хирургија Томислав Јовановски, по неврохирургија Јанко Обочки, анестезиолози Стојан Брзаковски–прв анестетичар, Никола Серафимовски, Аврам Балабанов, Петар Николов, Раде Калиников, Хампарцум Кудјан и Живко Урдаревиќ, рендгенолози Ристо Нетков, Горѓи Толовски и Драган Бачев, лекари специјалисти по општа хирургија 6, трансфузиолози 2, лекари секундарци 3 и десетина лекари на специјализација и супспецијализација во разни хируршки дисциплини. Бројот на наставници по предметот хирургија се зголемил на 4 од кои 2 професори и 2 доценти, како и 18 асистенти. Биле формирани посебни одделенија за: детска, пластична и абдоминална хирургија, урологија, трауматологија и ортопедска хирургија, неврохирургија, васкуларна хирургија, интензивно лекување и анестезиологија, повеќе операциони сали, поликлиники, рендген, лабораторија, станица за трансфузија и поликлиника. Втор директор на установата во периодот од 1972-86 г. бил проф. д-р Владислав (Влајко) Груев.

#### Научно-истражувачка и публицистичка активност

Проф. Ј. Пановски имал богато клиничко искуство, со широк хируршки и општомедицински опус, плодна науч-

на, педагошка и стручно-публицистичка дејност. Материјал за своите стручно-научни публикации и реферати за учество на бројни конгреси во земјата и во странство црпел посебно од областите на детската и пластичната хирургија.

Проф. Ј. Пановски дал посебен придонес за развојот на современата детска и пластична хирургија, со воведување повеќе нови оперативни методи. Напишал прв учебник по хирургија во два тома (Општа хирургија и Специјална хирургија). Тоа е пионерско и капитално дело на македонската стручна литература, како прв учебник по хирургија за студентите по медицина и за лекарите на специјализација на македонски јазик. Објавил повеќе од 100 стручно-научни трудови.

Проф. Ј. Пановски учествувал активно, со презентирање трудови, на бројни југословенски и меѓународни стручни собири и конгреси, како и со членување и професионална активност во повеќе хируршки здруженија во Југославија и на меѓународно ниво. Во периодот од 1966-71 г. бил член на Редакцискиот одбор на ММП. Зборувал англиски, германски, француски и руски јазик.

#### Признанија и награди

Проф. Ј. Пановски останува трајно во колективната меморија и историјата на медицината во Р. Македонија, како доајен и пионер на детската и на пластичната и реконструктивна хирургија, како и основач на Градската болница за хирургија во Скопје во која се изнедриле десетици способни хирурзи под неговото менторство и големо клиничко искуство. Неговото дело служи како пример за младите генерации.

За неговата професионална и општествена дејност проф. д-р Јован Пановски бил одликуван со повеќе престижни републички и сојузни награди: Орден за заслуги за народ со златна ѕвезда, Медал за заслуги за народ, Орден на трудот со црвено знаме, Повелбата „Д-р Трифун Пановски“ од МЛД во 1986 г., како и на низа други пофалби, дипломи и награди.

**Проф. д-р Дончо Донев**



Проф. Јован Пановски (десно) во тек на хируршка интервенција, 1970 г.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Андреевски А, Милетиќ Д, Таџер И, рецензенти. Извештај за избор на професор по хирургија (Јован Пановски) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 159, август 1971: 7-14
2. Антевски Д. Просторни услови на МФ-Скопје во периодот од 1947-1953 година. Во: Никодијевиќ Б., Антова Н., Шумковски М., уредници. Алманах од Прва генерација ученици на МФ-Скопје 1947-1953. МФ, УКИМ-Скопје. Скопје, 1997: 20-4.
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. Драгоевиќ Б, Чакмаков А, рецензенти. Реферат за избор на доцент по хирургија (Јован Пановски) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 13, септ. 1958: 27-31.
5. Јовковски С. Проф. д-р Јован Пановски – In Memoriam. ММП 1995; 499(5-6): 186.
6. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, Чапароски Р, Главаш Е. Развој на институциите во рамките на МФ-Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.
7. Ристовски Б, Главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел II. МАНУ, Скопје. Скопје, 2009: 813-1671.
8. Серафимов К. Хирургија на жолчно-то кесе и екстрахепаталните жолчоводи. КУЛТУРА а.д. Скопје, 2003: 294 стр.
9. Стојковски Г. Македонските уметници во медицината. НП „Култура“ – Скопје, Скопје, 2001: 354.
10. Тофоски Ј, уредник. 60 Години Македонско лекарско друштво 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.





## Доајени



### Димитрие ЈУЗБАШИЌ,

#### Професор и основоположник на Клиниката за хирургија при Медицинскиот факултет во Скопје

*Големите иџрачи не се големи само  
по ради нивната техника и знаење  
туку по ради нивната страсност кон  
иџрањата, активността и професијата.*

**Д**-р Димитрие Јузбашки е роден на 30.9.1909 г. во Дарувар, Хрватска. Гимназиско образование завршил во Крижевци во 1928 г., а медицински студии запишал и дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Белград во 1934 г. Специјализација по хирургија започнал во Белград, а продолжил во Берлин и Франкфурт на Мајна. Хабилитирал во 1939 г. и бил избран во звањето доцент, а потоа и професор на МФ-Франкфурт.

Од 1944-47 г. проф. Д. Јузбашки работел во Клиниката за хирургија во Базел, Швајцарија. Таму ја запознал својата животна сопатничка Магдалена (Madeleine) и во нивниот брак се родила единствената ќерка Олгица.

При основањето на МФ-Скопје во 1947 г., бил повикан и избран за редовен професор по хирургија. Притоа ја основал Клиниката за хирургија и раководел со неа до 1953 г., кога се вратил во Загреб како директор на Клиниката за хирургија при Клиничко-болничкиот центар “Ребро” и раководел 18 години, до 1971 г. кога продолжил да работи во Германија. Во периодот од 1951-52 г., проф. Д. Јузбашки бил декан на МФ-Скопје. Проф. д-р Димитрие Јузбашки починал во Сарбрикен, Германија, на 25.10.1974 г., на 65 години.

**Лекар хуманист, наставник  
и едукатор**

Во текот на студиите, и по дипломирањето на МФ-Белград во 1934 г.,

учествувал во експериментални истражувања во Институтот за хистологија и Институтот за фармакологија, каде што работел до 1935 г. Специјализација по хирургија започнал во 1934 г. во Белград, а во јануари 1935 г. продолжил на хируршката клиника во Берлин, Германија, кај проф. Крамер. Потоа се преселил во Франкфурт на Мајна, кај светски познатиот хирург проф. Шмиден (Schmiden). По завршување на специјализацијата бил избран за асистент и шеф на оддел на Клиниката за хирургија во Франкфурт, каде што хабилитирал во 1939 г. на тема „Основите на хируршкиот третман на варикозитетот на езофагусот“. Во истата година бил избран во звање доцент, а потоа и професор на МФ-Франкфурт. Од 1944-47 г. работел во Базел, Швајцарија, на Клиниката за хирургија на проф. Хеншен (Henschen), каде што продолжил со својата клиничка и научно-експериментална работа.

При основањето на МФ-Скопје, 1947 г., на покана од д-р Димитар Несторов, претседател на Сојузниот комитет за народно здравје на ФНР Југославија, проф. Д. Јузбашки дошол во Скопје каде што, од Матичната комисија за формирање на МФ во Скопје бил именуван во звање редовен професор по предметот хирургија, како еден од првата група 19 наставници. Притоа ја основал Клиниката за хирургија и како директор раководел со неа до 1953 г.

Во Скопје, проф. Јузбашки дал приоритет на развојот на модерната торакална хирургија и на модерната анестезиологија. Започнале да се извршуваат операции со посебен акцент на вагусот при третманот на гастродуоденалните улкуси и да се развиваат истовремено и другите гранки на современата хирургија. Првите млади хирурзи во

Македонија излезени од Хируршката клиника при МФ-Скопје биле ученици на проф. Јузбашки.

За жал, проф. Д. Јузбашки го напушти МФ-Скопје во 1953 г., кога бил повикан од деканот на МФ-Загреб, проф. Андрија Штампар, и бил именуван за директор на Клиниката за хирургија при Клиничко-болничкиот центар “Ребро”. Со Клиниката раководел до пензионирањето во 1971 г. Потоа заминувал и работел во Сарбрикен, Германија, во последните години од својот живот, прекинат ненадејно и брзо од акутна леукемија, за само неколку месеци по појавата на болеста.

Во тој период од 18 години, проф. Д. Јузбашки ја реорганизираше и унапредил стручната работа на Клиниката за хирургија во Загреб, со отворање повеќе нови одделенија и воведување нови оперативни методи на работа, особено по усовершувањето во САД во 1966 г.

**Иницијатор, организатор  
и општественик**

Проф. Д. Јузбашки е основоположник на Хируршката клиника, основана на 17 март 1947 г., во исто време кога е формиран и МФ-Скопје. Како база за новоформираната клиника служело Одделението за хирургија на Земската (Државна) болница во Скопје. По формирањето, Хируршката клиника имала 160 болнички кревети, а по три години (1950) бројот на кревети се зголемил на 180 и продолжил и понатаму да расте. Во почетокот на првите години од своето постоење Клиниката имала својство на општ медицински хируршки објект, а подоцна се трансформирала во многу супер-специјалистички одделенија кои прераснале во денешните специјални универзитетски клиници и тоа за: трауматологија, торакална и васкуларна хирургија, абдоминална хирургија, за мажи и за жени посебно, урологија, детска хирургија, анестезија, реанимација и интензивно лекување (КАРИЛ), хируршки поликлиники, поликлинички оперативни сали, рендгенски кабинет, гипс-сала, поликлиничка лабораторија, оддел на оперативни сали, аптека, медицинска документација со фотолабораторија, хемиска и биохемиска лабораторија.







Дел од персоналот на Клиниката за хирургија, 1951 г. Од лево во првиот ред: Митруш Анастасов, Крсто Георгиев, Сотир Ставридис, Димитрие Јузбашкиќ, Јоже Котник, Страхил Нацев и Димко Кепески

Проф. Д. Јузбашкиќ, како прв директор на Клиниката за хирургија, од 1947 до 1953 г., воспоставил високо ниво на ред и дисциплина во работата на клиниката, почитување на работното време и пристојност во облекувањето и однесувањето на лекарите и другиот персонал во клиниката. Посебно инсистирал на дисциплина и точност на лекарите за доаѓање на секојдневните утрински состаноци на Стручниот колегиум на Клиниката, со толеранција до 5 мин. пред да ја заклучи вратата и изрече одземање на дневницата за оние што задоцниле. Со асистенција на главната медицинска сестра Ратка Туцакова воспоставил висока дисциплина и одговорност кон работата на медицинските сестри и другиот помошен персонал и беспрекорна хигиена во Клиниката за хирургија.

Со неговите извонредни организационски и педагошки способности, знаење и меѓународно искуство, стекнато во Белград и во реномираните хируршки клиници во Германија и Швајцарија, проф. Јузбашкиќ ја подигнал хируршката единица во модерна универзитетска клиника со интегрирана здравствена, наставна и научна

дејност. Во тоа време проф. Д. Јузбашкиќ вовел интензивен ритам на професионална работа на Клиниката, со цврста дисциплина и одговорност што служело како пример што го следеле и другите клиници и институти во новоформиранитот МФ-Скопје.

Меѓу другото, проф. Јузбашкиќ барал од секој лекар во Клиниката за хирургија при МФ-Скопје, покрај здравствената и образовната дејност, да се занимава со научно-истражувачка и експериментална работа. Стручниот кадар на Хируршката клиника помагал со учество во работата на хируршките одделиња во Штип, Куманово, Охрид, Битола и Гнилање.

Уште за време на престојот во Скопје, проф. Јузбашкиќ бил избран за член на Меѓународното здружение на хирурзите, а потоа бил избран за член на други меѓународни стручни здруженија. Бил претседател на Секцијата на хирурзите при Хрватската медицинска асоцијација и на Здружението на хирурзите на Југославија, како и редовен член на Deutsche Akademie der Naturforscher-Leopoldine. Бил почесен член на хируршките друштва во Лион, Франција, и во Падова, Италија. Бил дописен член на

Германското и Лондонското друштво и Друштвото на хирурзите во Рим.

Во периодот од 1951-52 г., проф. Д. Јузбашкиќ бил декан на МФ-Скопје и дал придонес за унапредување на севкупната дејност, одговорност и дисциплина на МФ-Скопје.

Како актуелен претседател на Здружението на хирурзите на СФР Југославија, проф. Д. Јузбашкиќ имал воведен збор при остварувањето на XII. конгрес на хирурзите на СФРЈ, во Универзалната сала-Скопје, и активно учествувал, со презентирање на три реферати, во Скопје и Охрид од 22-25.9.1971 г. На Конгресот бил избран нов претседател на Здружението на хирурзите на СФРЈ, проф. д-р Јован Пановски, со 4-годишен мандат.

До доаѓањето на проф. д-р Бранко Оберхофер во 1954 г., како втор директор на Хируршката клиника при МФ-Скопје, функцијата в.д. директор на Клиниката и в.д. шеф на Катедрата за хирургија при МФ-Скопје, во периодот од 1.8.1953-1.9.1954 г., ја извршувал универзитетскиот наставник д-р Сотир Ставридис.

#### Научно-истражувачка и публицистичка активност

Проф. Д. Јузбашкиќ придонел за развивање на експерименталната работа со создавање поповолни услови за научни истражувања во хируршките клиници во Скопје и Загреб. Посебно се занимава со експериментална и торакална хирургија: хирургија на варикозитетот на езофагус, медијастинални тумори и белодробна туберкулоза (воведување метод со колапсна терапија на белите дробови со најлонска мрежа, т.н. мали бели дробови). Во областа на пластичната хирургија бил пионер на хомотрансплантација на коримски кожен лобус конзервиран во т.н. „кожна-банка“. Тој вршел хируршка реваскуларизација на органите со нарушена циркулација и ги проучувал циркулаторните нарушувања во порталниот крвоток. Во 1963 г., проф. Д. Јузбашкиќ обезбедил помош од Владата на Хрватска за набавка на апаратура за екстракорпорална циркулација и придонел за реafirмација и развој на кардиохирургијата во Клиниката за хирургија во „Ребро“-Загреб.



## Доајени



Димитрие Јузбашик предводи визита, а по него Панче Караџозов, Сотир Ставридис, Ратка Туцакова – главна мед. сестра, Митруш Анастасов, Јован Пановски, Крсто Георгиев итн. Карикатура од Василие Поповиќ-Цицо, по третманот во Клиниката за хирургија, 1950 г.

Проф. Д. Јузбашик е автор на над 60 научни публикации печатени во Македонија и други републики во тогашна Југославија, како и во повеќе списанија во странски земји: Deutsche Medizinische Wochenschrift (Штутгарт, 1936-1937, 1965), Der Chirurg (Берлин 1937-40, 1952-53, 1967), Zentralblatt für Chirurgie (Лајпциг, 1939, 1957), Schweizerische medizinische Wochenschrift (Базел, 1946, 1956), Bulletin der Schweizerische medizinische Akademie der Wissenschaften (Базел, 1947), Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris (1948), Медицински гласник (1951), Трудови на МФ-Загреб (1954), Lyon Chirurgical (Париз 1956, 1966), Acta chirurgica Iugoslavica (Скопје, 1957, 1960-1961, 1963-1964), Langenbecks Archiv für klinische Chirurgie (Берлин 1961, 1966), Liječnički vjesnik (1962), British Journal of Plastic Surgery (Единбург 1965), Die Medizinische Welt (Штутгарт 1966-1967), Thoraxchirurgie und vaskuläre Chirurgie (Штутгарт 1967) итн. Автор е на обемни поглавја за хирургија на езофагусот и деболото црево во прирачникот Klinische Chirurgie für die Praxis (Штутгарт 1961-62) и уредник на превод на учебници по хирургија (автори Н. Hellner, P. Nissen и K. Vosschulte, Белград-Загреб 1960 и 1964).

Во периодот од 1947-53 г. бил член на Редакцискиот одбор на Македонски медицински преглед (ММП).

Во 1966 г. бил избран за редовен член на Германската национална академија на природните науки на германското јазично подрачје Sankt Leopoldine во Хале, Германија, основана во 1652 г. и

во која бројот на членови досега е околу 1.400, а поранешни членови биле многу познати имиња и околу 170 добитници на Нобелова награда, меѓу нив Ајнштајн, Дарвин, Гете и др.

### Признанија и награди

Проф. Д. Јузбашик останува трајно во колективната меморија и историјата на МФ-Скопје и на медицината во Р. Македонија како основач и прв директор на Клиниката за хирургија, а неговата висока организираност, дисциплина и одговорност ги рефлектирал во работата и подемот на Клиниката за хирургија и на МФ-Скопје во првите шест години од основањето.

Историската заслуга на проф. Јузбашик е што уште од основањето на Хируршката клиника ја конципирал како развиена европска високошколска институција со интегрирана здравствена, наставна и научна дејност од општ хируршки профил. За тоа придонело и искуството на проф. Д. Јузбашик, стекнато во Германија и Швајцарија каде се запознал и ги практикувал најновите светски стручни достигнувања од областа на торакалната хирургија, улогата на перикардиектомијата, ендотрахејалната анестезија и друго.

Проф. Д. Јузбашик бил наградуван и одликуван со бројни домашни и странски признанија за својата самопрегорна, плодна и успешна дејност. Одликуван е со Орден на трудот со златен венец од прв ред.

**Проф. д-р Дончо Донев**

### ЛИТЕРАТУРА

1. Брожовиќ Д., уредник. Општа хрватска енциклопедија. Лексикографски завод Мирослав Крлежа-Загреб, 1999.

2. Јанкуловски Н, Димитријевиќ М, Алабаковска С, Јованова-Вијачева Л, Нелоски Г, уредници. Декани на Медицинскиот факултет-Скопје 1947-2012. МФ-Скопје, 2015: 173.

3. Kovačec A., Editor-in-Chief. General Croatian Encyclopedia. [In Croatian]. Miroslav Krleža Lexicography Institute -Zagreb, Zagreb, 2004.

4. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, Чапароски Р, Главаш Е. Развој на институциите во рамките на МФ-Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.

5. Metelwin digital library. Dimitrije Juzbasic. Hrvatski biografski leksikon, Available at:

<http://library.foi.hr/m3/autor.php?B=1&mg=1&lang=hr&h=metelgrad&A=0000022290>

6. Polenakovic M, Donev D. Contributions of the doctors from Croatia in establishing and initial development of the Faculty of Medicine in Skopje, R. Macedonia. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2011; 32(2): 331-58. Available at: <http://manu.edu.mk/prilozi/26p.pdf>

7. Ристовски Б, Главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел I. МАНУ-Скопје, 2009:837.

8. Стојчевски Т., Никодијевиќ Б. (1997): Првите предавачи на МФ-Скопје. Во: Никодијевиќ Б., Антова Н., Шумковски М., уредници. Алманах од Прва генерација студенти на МФ-Скопје 1947-1953. МФ, УКИМ-Скопје. Скопје: 53-67

9. Тофоски Ј, уредник. 60 Години Македонско лекарско друштво 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.





# Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 37, јуни 2018 година

**УЛОГАТА НА СЕМЕЈНИОТ ЛЕКАР ВО РАНО ПРЕПОЗНАВАЊЕ НА ДЕМЕНЦИЈА**

Д. Ѓорѓиевски, М. Колемишевска, Ѓ. Станоевски

**КОРЕЛАЦИЈАТА ПОМЕЃУ КЕП/КЕП ИНДЕКСОТ НА 6-ГОДИШНИТЕ ДЕЦА  
И КОНЦЕНТРАЦИЈАТА НА ФЛУОРОТ ВО ВОДАТА ЗА ПИЕЊЕ  
ОД ЈУГОИСТОЧНИОТ РЕГИОН**

В. Амбаркова

## РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

**В**о 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 ниво 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 направат нејпристрасна рецензија. Одлучката дали манускриптите ќе се објават 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 сфатат дисеминација на релевантни наоди, неопходни тврдења, нејрифалитиви интерпретации и лични видувања. На научните публикации што не доминираат низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудовите кои илустрираат на оригиналност треба да се придржуваат на принципите на добра 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 пројекти и на нив гледаат како на можност да го унапредат своето знаење и да ја зголемаат веројатноста за објавување на своите трудови, други се обесхрабруваат и се илустрираат и да се обидат да испратат труд за објавување, а притоа, се озорчени, лути, навредени.

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

## ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 100 од септември 2018 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 август 2018 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 2018 година.





# Улогата на семејниот лекар во рано препознавање на деменција

Драган Ѓорѓиевски, Марија Колемишевска,  
Ѓорѓи Станоевски

Центар за семејна медицина – Скопје

## АПСТРАКТ

### Вовед

Деменција е губење на постојаните и здобие интелектуални способности. Таа поретко се јавува кај младите, а почесто кај старите и возрасните лица. Деменција е т.н хроничен органски психо-синдром, со ирверзибилни промени на психолошки план.

### Цел

Навремено препознавање на првите симптоми на деменција од страна на семејните лекари.

### Методи

Анализирани се резултатите добиени од медицинската историја на еден пациент.

### Приказ на случај

Пациентка на 64 години доаѓа во ординација и се жали на заборавност, дезориентираност, малаксаност и општа слабост. Пациентката оддава впечаток на уреден тек на мислите и логична поврзаност. Направени се лабораториски анализи кои се со уреден наод. На направениот мини ментал тест се добиени 19 поени, на мини ког тестот скорот е 1 (пациентката нацрта часовник, но не знаеше да ги постави стрелките). На Геријатриската скала за депресија е добиен резултат 4. Од претходно наведените тестови се поставува сомнение за деменција. Пациентката заедно со резултатите е упатена на Клиниката за неврологија за доиследување. Прегледана од страна на невролог и испратена на невропсихолошко тестирање.

### Резултати

На психолошкото тестирање се добиени следните резултати. Вербалниот контакт уредно се одржува. Ориентиран е во сите правци. Испитувањето го прифаќа и соработува. Суптилно е засегната критичноста.

Когнитивната процена упатува на почетна мнестичка редукција. Имено, почетно е ограничен капацитетот за ново вербално учење и помнење, како и визуорентивните капацитети, додека повпечатливо е редуцирана способноста за евокација на ново научен материјал. Семантичкото и епизодичкото помнење се во граници на нормала. Во функциите на говорот без промени.

Визуоспацијалните функции (конструкциона праксија во две и три димензии), се исто така зачувани. Актуелните параметри одат во прилог на почетна мнестичка редукција.

Од страна на невролог е ординирана терапија donepezil 10 mg 1x1. Закажана контрола за два месеца.

### Заклучок

Рано препознавање на симптомите на деменција од страна на семејните лекари и упатување на неврлог овозможува соодветен третман на пациентот и подобар исход.

### Клучни зборови

Деменција, заборавност, невролог, семеен лекар.

## ВОВЕД

Деменцијата е когнитивно нарушување кое се должи на органска причина која ги ограничува социјалните и професионалните активности на пациентот.<sup>(1)</sup>

Деменцијата повеќе претставува синдром (отколку специфична болест) на повеќекратни прогресивни когнитивни нарушувања.<sup>(2,3)</sup>

Состојбата е мошне тешка и за пациентот и за неговите блиски, а има и големо негативно влијание на општеството и здравствениот систем.<sup>(4)</sup>

Постојат многу докази дека третманот на ментални нарушувања во примарната здравствена заштита има многу предности за пациентите, вклучувајќи, особено, полесен пристап до медицинска грижа и избегнување на стигматизација, аспект кој е особено важен кога алармантни симптоми посочуваат кон почетната деменција.<sup>(2)</sup>

Улогата на семејниот лекар во рано откривање на деменцијата е огромна. Првиот контакт пациентите го имаат со својот семеен лекар кој наедно ја знае целата историја на болеста на пациентот кој го лекува а што е многу битно ги познава и членовите на потесната фамилија. Семејниот лекар е првата алатка во низата кој треба да земе добра анамнеза за симптомите на кои се жали пациентот, како и да направи еден комплетен преглед на пациентот.

Сепак, деменцијата општо останува недоволно откриена болест.

Се предлага дека, во прилог на клиничка процена, лекарите треба да го искористат когнитивниот тест за почетно откривање или сигурно исклучување на ова нарушување.<sup>(2)</sup>

Постојат многу тестови за рано откривање деменција, но не сите се соодветни за употреба од страна на семејните лекари.<sup>(2)</sup> Идеалниот тест, или алатка, треба да биде многу кратка, едноставна, чувствителна, прифатлива за постари пациенти и без зависност од лошо образование и / или јазик бариери. Мини-ког ги исполнува овие услови на речиси





## Стручни и научни трудови

совршен начин. Ја користи најсилната компонента на мини ментал тестот, именувана како три предметен повторувачки повик (секавајќи се на три збора по приближно една мину-та).<sup>(2)</sup>

### Дијагностички аспекти за евалуација на пациенти со можна деменција

**D (Drugs)** Лекови и токсини (алкохол, невролептици, хипнотици, антиконвулзиви, аналгетици и др).

**E (Environment)** Ограничен контакт со околината (слаб вид и слух, недостиг на помошни направи) електролитни нарушувања (натриум, калциум, магнезиум).

**M** Метаболни и ендокрини нарушувања (хипотироидизам, хиперамонемија) нарушувања во движење (деменција со Lewy-body's, паркинсонизам).

**E** Емоционални нарушувања (депресија, делириум).

**N** Нутрициони дефиценции (B12, тиамин, ниацин).

**T** Тумори и траума (субдурален хематом, хидроцефалус со нормален притисок, мозочни тумори).

**I** Инфекции (вирус на ХИВ, сифилис, Кројцвелд-Јакобова болест)

**A** Алцхајмерова болест, васкуларна деменција <sup>(3)</sup>.

Нашата цел со приказ на овој случај е да се обрне внимание на важноста на рано препознавање на деменцијата од страна на семејните лекари. Наедно со овој приказ на случај ја потенцираме и улогата на мини-ког тестот, како и мини ментал тестот како основни скрининг алатки за детектирање на деменција и нивната улога во секојдневната практика на семејните лекари.

### Приказ на случај

Пациентка на 64 години доаѓа во ординација и се жали на забравност, дезориентираност, малаксаност и општа слабост. Пациентката оддава впечаток на уреден тек на мислите и логична поврзаност. Пациентката е непушач и негира употреба на алкохол. Во личната анамнеза доминираат претходни два оперативни зафати - првиот во 2015 година холецистектомија, додека во 2017 година хистеректомија. Пациентката боледува од хипертензија и хиперлипидемија за што редовно употребува терапија лосартан и аторвастатин. Во фамилијарната анамнеза не дава податоци за присуство на деменција, како ни за друг вид наследни заболувања. Во моментот на прегледот ТА 128/78 пулс 80, ЕКГ со уреден наод. Направен преглед на кранијални нерви и тетивни рефлексии кои беа со уреден наод. Направени се лабораториски анализи кои се со уреден наод. На направениот мини ментал тест се добиени 19 поени, на мини ког тестот скорот е 1 (пациентката нацрта часовник но не знаеше да ги постави стрелките). На Геријатриската скала за депресија добиен е резултат 4. Од претходно наведените тестови се поставува сомнение за деменција. Пациентката заедно со резултатите е упатена на Клиниката за неврологија за доиследување. Прегледана од страна на невролог и испратена на невропсихолошко тестирање. На психолошкото тестирање се добиени следните резултати: Вербалниот контакт уредно се

одржува. Ориентирана е во сите правци. Испитувањето го прифаќа и соработува. Суптилно засегната е критичноста. Когнитивната проценка упатува на почетна мнестичка редуција. Ограничен капацитетот за ново вербално учење и помнење. Повпечатливо е редуцирана способноста за евокација на ново научен материјал.

Семантичкото и епизодичкото помнење се во граници на нормала. Во функциите на говорот, без промени. Актуелните параметри одат во прилог на почетна мнестичка редуција.

Од страна на невролог е ординирана терапија donepezil 10 mg 1x1. Закажана контрола за два месеца.

### ДИСКУСИЈА

Идентификацијата на деменцијата со користење на техниките за клиничко испитување, особено мини ментал тестот, потребните физикални испитувања, како и скрининг тестовите, останува предизвик за семејниот лекар, особено при препознавање дали станува збор за Алцхајмерова болест, која опфаќа 50-70 % од случаите со деменција или за васкуларна деменција која опфаќа 15-20% од случаите со деменција.<sup>(2)</sup>

Почетокот на Алцхајмеровата болест е подмолен, манифестациите се развиваат во период од неколку години од благо нарушување на меморијата, па се до тешко когнитивно нарушување.<sup>(5)</sup> Благо когнитивно нарушување (Mild Cognitive Impairment-MCI) често е предупредувачки знак за развојот на Алцхајмеровата болест.<sup>(6)</sup>

Логитудинални студии процениле дека 3%-19% од постарата популација страда од благо когнитивно нарушување и дека кај приближно 11% - 33% од нив во временска рамка од 2 години доаѓа до деменција.<sup>(6)</sup>

Текот на Алцхајмеровата болест е неизбежно прогресивен и завршува со ментална и функционална неспособност и смрт.<sup>(5)</sup>

Неспособноста да се запомнат скорешни информации е типичниот симптом, додека меморијата за изминати настани е зачувана.<sup>(5)</sup>

Има нарушување на говорот, проблеми при извршување на секојдневни обврски.<sup>(1,4)</sup> Расудувањето е намалено или отсутно.<sup>(1)</sup>

Депресија и анксиозност се чести дури и во раните стадиуми на болеста. Во една студија е кажано дека 25% од пациентите со Алцхајмер имале дијагностицирана депресија во периодот или краток период пред да се манифестираат симптомите на болеста.<sup>(5)</sup>

Позитивна фамилијарна анамнеза за деменција е една од најчестите ризик - фактори за Алцхајмерова болест.<sup>(5)</sup>

Мини когнитивниот тест се состои од задача да се нацрта часовник и потсетување на претходно кажани три збора. За изведување на овој тест се потребни 5 минути. Најшироко применет когнитивен скрининг тест, мини ментал тестот обично се изведува за десет минути. Мини когнитивниот тест е оценет претходно и се покажало дека има добра сензитивност и специфичност за деменција. Често е идентификуван како добра опција, бидејќи е споредлив со мини ментал тестот во неговата способност да се предвиди деменцијата. Како и да е сензитивноста на мини когнитивниот тест за детектирање на благо когнитивно нарушување е само 55 % <sup>(6)</sup>







Во нашиот случај на направениот мини ментал тест се добиени 19 поени што укажува на благо когнитивно нарушување, на направениот мини когнитивен тест пациентката постигна скор 1 што укажува на сомнение за деменција и пациентката е препратена на невролошки преглед, а на Геријатриската скала за депресија е постигнат скор 4 - уреден наод.

Сегашните достапни скрининг методи се ефективни во детектирање на индивидуи со очигледна деменција, но не сме запознаени за ниту еден клинички скрининг инструмент за детектирање на пациенти со благо когнитивно нарушување. Бројни дијагностички пристапи се проценувани и овие главно се фокусирани на идентификување на најдобриот когнитивен тест или повеќе тестови за детектирање на благо когнитивно нарушување. Додека некои методи покажале охрабрувачки резултати со сензитивност и специфичност од 80-95%, повеќето неврофизиолошки тестови не се изводливи да се развиваат на примарно ниво за здравствена заштита.<sup>(6)</sup>

Одредувајќи кога пациентите се во рана фаза на Алцхајмерова болест не е лесно, особено затоа што многу е веројатно дека предклинички степен на Алцхајмер постои каде што сенилните плаки, невритичните плаки се во мал број за да се постигнат стандардни невропатолошки критериуми за Алцхајмерова болест во отсуство на видливи симптоми или знаци за деменција.<sup>(5)</sup>

Семејниот лекар мора да биде мошне предпазлив кога станува збор за откривање на некои суптилни знаци коишто укажуваат на когнитивно нарушување и да даде соодветна поддршка и помош, како за пациентот со симптоми на когнитивно опаѓање, така и за семејството на пациентот.<sup>(7)</sup>

## ЗАКЛУЧОК

Лицата со Деменција треба да добијат навремена грижа особено во почетните фази од болеста со навремено препознавање на соодветните симптоми од страна на семејните лекари.

Заедничкото ангажирање од страна на пациентот и давателот на здравствена нега ја подобрува ефикасноста, со што се одложува потребата од болничко лекување на пациентот.<sup>(7)</sup>

## Референци:

- 1 Влашки-Јеќик С. Даскаловска В. и соработници Основни принципи на современа неврологија 2002; 593-604
- 2 Kamenski G, Dornier T, Beng K, Psota G, Rieder A, Schwarz F, Sepandj A, Spiegel W, Strotzka S. Detection of dementia in primary care: comparison of the original and a modified mini-cog assessment with the mini mental state Examination; Mental health in family medicine 2009;6:209-17
- 3 Упатства за практикување медицина заснована на докази – Неврологија, Министерство за здравство на Република Македонија 2017
- 4 Kallumpuran S, Kumar CT, Khan B, Gavins V, Khan A, Liffé S. Targeted case finding for dementia in primary care: Surrey Downs dementia diagnosis project BMJ Quality improvement Reports 2015; 15:721
- 5 Mayeux R. Early Alzheimer's Disease- Engl.J.Med 2010; 362:2194-2201
- 6 Steenland N., Auman C, Patel P., Bartell S, Goldstein F, Levedy A. and Lah J. Alzheimers Dis. 2008 November :15(3)419-427
- 7 Spiegel W. Should family physicians screen for cognitive impairment and/or dementia; American journal of geriatric Psychiatry 2007;15:726-7



**ЛЕКАРСКА  
КОМОРА**  
на Македонија

lkm.org.mk





# Корелацијата помеѓу кеп/КЕП индексот на 6-годишните деца и концентрацијата на флуорот во водата за пиење од Југоисточниот регион

В. Амбаркова

Клиника за детска и превентивна стоматологија, Универзитетски стоматолошки клинички центар „Св.Пантелејмон“, УКИМ -Скопје

## АПСТРАКТ

**Цел:** Целта на оваа студија е да се утврди корелацијата меѓу кеп/ КЕП индексот на 6-годишните деца и концентрацијата на флуорот во водата за пиење од населените места каде што живеат децата.

**Материјал и метод:** Во испитувањето беа опфатени 95 ученици од едно централно и четири подрачни основни училишта, на кои им се одреди кеп/КЕП индексот. Децата живеат во градот Струмица и четири села. Пет примероци на вода беа земени од испитуваната област за да се одреди концентрацијата на флуор со помош на електрохемиска метода користејќи го јонометарот (pH/ISE meter-Thermo-Orion) со специјална Ф-електрода (Thermo Orion Ion Plus Fluoride Electrode) на Институтот за јавно здравје. За одредување на корелацијата меѓу одредените варијабли беше користен Spearman-овиот метод.

**Резултати:** Вкупниот број на деца во испитуваниот примерок изнесуваше 95, од кои 52(54,7% ) беа од женски и 43(45,3% ) беа од машки пол. Просечниот кеп - индекс кај оваа група на деца изнесуваше 5,29, со стандардна девијација од  $\pm 4.3$  за млечната дентиција, и просечен КЕП индекс од  $0,07 \pm 0,3$  за трајната дентиција. Максимални концентрации на флуор во водата за пиење од 0.14 ppmF беа утврдени во селото Вељуса и селото Водоча (0,11 ppmF), додека минимални (0.08 ppmF) во Струмица и во селата Добрејци и Баница. Корелацијата помеѓу вредноста на кеп индексот кај децата од 6 години од Југоисточниот регион и концентрацијата на флуорот во водата за

пиење постои негативна, индиректна корелација, со вредност на коефициентот  $r = -0,149$ . Негативна, статистички несигнификантна корелација, постои и меѓу вредноста на КЕП индексот на трајни заби во групата на 6-годишни деца и концентрацијата на флуорот во Југоисточниот регион ( $R = -0,085$ ,  $p > 0,05$ ).

**Заклучок:** Корелацијата помеѓу кеп/КЕП индексот и концентрацијата на водата за пиење е негативна, индиректна корелација, но статистички оваа корелација е незначајна ( $p > 0.05$ ).

**Клучни зборови:** дентален кариес, школски деца, вода за пиење, флуор, КЕП индекс, орална епидемиологија

## ВОВЕД

Оралното здравје претставува отсуство на хронична болка во устата, малигни неоплазми на устата и вратот, рани во усната, вродени дефекти на усната и палатумот, периодонтални заболувања, расипани или изгубени заби и други состојби и заболувања кои ја зафаќаат усната и оралната празнина. Тоа има многу значајна улога за подобрување на целокупната здравствена состојба.

Во последните години значајно намалување во преваленцијата на оралните заболувања е забележана во неколку западни високо индустријализирани земји. Кај децата тоа се забележува преку систематското континуирано намалување на денталниот кариес и постојаното зголемување на бројот на деца без кариес. Тоа се должи на променетиот животен стил и животниот стандард, многу повнимателен пристап кон конзумирањето на шеќерите, подобре-

но практикување на оралната хигиена, користењето на флуориди во забните пасти, употребата на флуоридни раствори за плакнење на уста, како и примената на локалната флуоризација<sup>(1)</sup>.

Сите орални заболувања имаат слични фактори на ризик. Тоа се четирите најчести хронични болести: кардиоваскуларни болести<sup>(2)</sup>, канцер<sup>(3)</sup>, хронични респираторни болести<sup>(4)</sup> и дијабетес<sup>(5)</sup>, вклучувајќи и држење на диети со кои се влошува здравствената состојба<sup>(6)</sup>, употреба на тутун<sup>(7)</sup> и злоупотреба на алкохол. Неадекватната орална хигиена, исто така претставува ризик - фактор<sup>(8,9,10)</sup>.

Југоисточниот регион е еден од осумте статистички и плански региони на Македонија. Овој регион се граничи со Вардарскиот и Источниот регион. Регионот ги опфаќа Струмичко-радовишката и Гевгелиско-валандовската котлина, односно сливното подрачје на Струмичка река и долното сливно подрачје на реката Вардар. Неговата површина е 2.739 квадратни километри или 11 проценти од територијата на Република Македонија. Во овој регион се наоѓаат десет општини. Во 2011, 8,4% од населението на Република Македонија живее во овој регион. Густината на популацијата изнесува 63,2 луѓе на км<sup>2</sup>, а важи за добро развиен регион во нашата држава кадешто стапката на невработеност изнесува само 9.3.<sup>(11)</sup>

Во Југоисточниот регион, според пописот од 2002 година, живеат 171.416 граѓани или 8.47 % од вкупното население на Република Македонија. Во овој регион водоснабдувањето го вршат јавните претпријатија: Претпријатие за комунални дејности -Богданци, ЈКП „Комунален сервис“ -Валандово, ЈКП „Комуналец“-Гевгелија, „Комуналец“ -Полин - Стар Дојран, ЈП„Прогрес“ -Радовиш, ЈКП „Комуналец“ -Струмица.







Во подрачјето на Општина Струмица постојат 25 села. Селата Баница и Габрово се приклучени на водовод од 2011 година, селата Горни Балдовци од март 2010, додека селата Банско, Дабиле, Добрејци, Куклиш, Муртино и Сачево од 2009 година. Во 2008 година на водоводна мрежа беа приклучени селата Свидовица, Просениково, а во 2006 година селото Водоча. Селата Вељуса и Костурино се уште не се приклучени на водоводна мрежа <sup>(12)</sup>.

Постојат недоволни податоци за состојбата на денталниот кариес во Република Македонија. Тие се објавуваат спорадично и неkontинуирано. Амбаркова во своето истражување утврдила просечен кеп индекс од 5.81 и 5.65 кај 6-годишните деца од Вардарскиот и Источниот регион на млечните заби, последовно <sup>(13)</sup>. Ова не поттикна да ја преземеме оваа студија со цел да ја утврдиме распространетоста на забен кариес кај 6 - годишните деца од Југоисточниот регион, како и да ја одредиме корелацијата помеѓу кеп/КЕП индексот и концентрацијата на флуорот во водата за пиеење од овој регион.

## МАТЕРИЈАЛ И МЕТОД

Клиничкото испитување се состоеше од одредување на кеп/ КЕП индексот кај 6 - годишни деца во согласност со базичните критериуми за процена на оралното и денталното здравје и со потребите за санација, што ги препорачува, Светската здравствена организација (WHO, 2013). Процената на интензитетот на забниот кариес ја направивме според општоприфатениот Klein-Palmer-овиот индекс КЕП, кој претставува збир на кариозни, пломбирани и екстрахирани заби. Прегледите ги изведоа двајца д-р стоматолози во согласност со препораките кои произлегуваат од базичните критериуми за процена на оралното и денталното здравје што ги препорачува СЗО <sup>(14)</sup>.

Од Југоисточниот регион беа опфатени беа учениците од прво одделение од ОУ „Сандо Масев“ од Струмица, заедно со подрачните училишта од селата Баница, Водоча и Добрејци, како и ОУ „Гоце Делчев“ од с.Вељуса.

За лабораториското испитување се служевме со земање примероци на вода од сите урбани и рурални населени

места во кои живеат испитуваните деца од Југоисточниот регион на Република Македонија и се детерминираше концентрацијата на флуорот во нив.

Во нашето испитување беше користена електрохемиската постапка на одредување на концентрацијата на флуоридите со јон-селективна електрода.

Главен дел на јон-селективната електрода е мембраната од лантанов флуорид. Кога мембраната е во контакт со растворот кој содржи флуориди (во овој случај водата), се мери разликата на потенцијалот. Тој потенцијал зависи од количеството на слободни флуоридни јони и е опишан со Нернстовата формула

### $E = E_0 - C \log A$

$E$ -измерен потенцијал на електродата;  
 $E_0$ -референтен потенцијал (константа);  
 $A$ -количеството на флуоридот во растворот;

$C$ -наклон на електродата.

Примероците се собирани во полиетиленски садови од 100 мл со капаче кое имаше навои. Мерењето се вршеше веднаш штом примероците на вода пристигнуваа во лабораторијата. По протресување на шишето со вода, по 1 мл. од секој примерок се зема и се меша со 0.1 ml. Total Strength Adjusting Buffer. Концентрацијата на флуорот на сите примероци беше детерминирана со користење на јон-селективна електрода (Thermo Orion Ion Plus Fluoride

Electrode) и јонометар (pH/ISE meter-Thermo-Orion) на Институтот за јавно здравје. За хемиска анализа се користеше 10% TISAB Aluminon. Флуоридни стандарди со концентрација од 0.01 до 1.00 мг/л беа користени за калибрирање на мерењата.

Пред да се започне со мерењето на количеството на флуоридите, потребно е да се извршат некои подготовки за да се провери исправноста на мерниот инструмент и наклонот на електродата. Тоа се прави според упатствата на производителот. Кога инструментот е подготвен, мерењето може да започне.

## РЕЗУЛТАТИ

Примерокот на испитаници на возраст од 6 години во Југоисточниот регион е прикажан на табела број 62 и го сочинуваат 95 деца, од кои 45,3% од машки пол и 54,7% од женски пол. Структурата по етничка припадност ја сочинуваат едно дете од турска националност, а останатите 94 се со македонска националност. Повеќе од половина испитаници од оваа група – 55,79% се од градот Струмица, додека групата испитаници од рурални подрачја ја сочинуваат 5,3% од Водоча, 6,3% од Вељуса, 18,95% деца живеат во Добрејци и 13,7% во селото Баница (табела број 1).

Во графиконите број 1 и 2 е прикажана дистрибуцијата на 6-годишните деца од Југоисточниот регион, во однос на бројот на кариозни, извадени и

Табела бр 1. Дистрибуција на испитаниците во однос на пол, националност и место на живеење

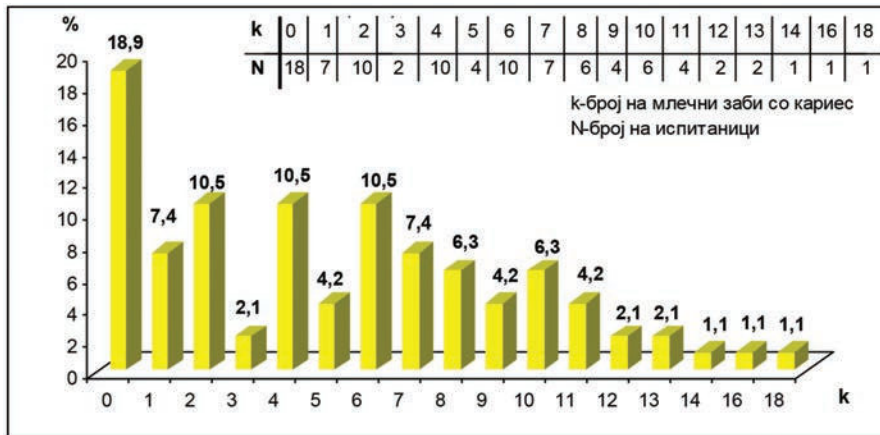
	N=95	%
<b>Пол на испитаниците</b>		
Машки	43	45,26%
Женски	52	54,74%
<b>Националност</b>		
Македонци	94	98,95%
Турци	1	1,05%
<b>Место на живеење</b>		
Град	53	55,79%
Село	42	44,21%
<b>Име на град/село</b>		
Струмица	53	55,79%
Водоча	5	5,26%
Вељуса	6	6,32%
Добрејци	18	18,95%
Баница	13	13,68%



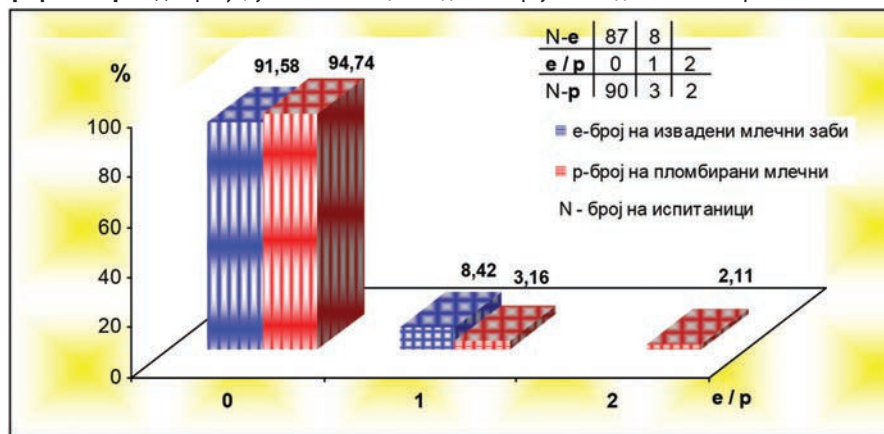


## Стручни и научни трудови

Графикон бр 1. Дистрибуција на испитаници во однос на број на кариозни млечни заби



Графикон бр 2. Дистрибуција на испитаници во однос на број на извадени и пломбирани млечни заби



пломбирани млечни заби. Немаат кариес на млечните заби 18 (18,9%) испитаници, додека во групата од 77 (81%) деца со кариес на млечни заби најчесто се застапени испитаници со 2,4 и 6 кариозни заби – 10 (10,5%). Кај 8 (8,4%) испитаници од оваа група е извршена екстракција на еден млечен заб (графикон број 1). Во однос пак на бројот на пломбирани заби, еден пломбиран млечен заб имаат 3 (3,16%) деца, пломби на два млечни заби се ставени кај 2 (2,1%) испитаници (графикон број 2).

Резултатите од дескриптивната статистика на бројот на кариозни, извадени и пломбирани млечни заби е прикажана во табела број 2 и покажуваат дека половина испитаници од групата 6-годишни деца од Југоисточниот регион имаат кариес на повеќе од 6 заби, имаат повеќе од еден изваден и повеќе од еден пломбиран заб. Најголемата максимална вредност 18 се однесува на бројот на заби со кариес (табела број 2).

Вредноста на кеп индексот на млечните заби, во оваа група испитаници се движи во интервал од 0 до 18, со просечна вредност од  $5,29 \pm 4,30$  (табела број 3).

Во групата 6-годишни деца од Југоисточниот регион, 3 (3,16%) имаат кариес на трајните заби и тоа: со еден кариозен траен заб се две деца, кај едно

Табела бр 2. Дескриптивна статистика / број на млечни заби

Descriptive Statistics - (број на млечни заби N=503)				
варијабла	N (%)	median	min-max	lower – upper quartiles
к - со кариес	488(97,02%)	6,0	1,0 – 18,0	4,0 – 9,0
е - извадени	8(1,59%)	1,0	1,0 – 1,0	1,0 – 1,0
р - пломбирани	7(1,39%)	1,0	1,0 – 2,0	1,0 – 2,0

Табела бр 3. Дескриптивна статистика / кеп индекс на млечни заби

Descriptive Statistics - кеп (индекс на млечни заби)						
варијабла	N	mean±SD	95% confidence interval of means	min-max	median	lower – upper quartiles
кеп	95	5,29 ± 4,30	4,42 – 6,17	0 – 18,0	5,0	2,0 – 8,0

дете се пронајдени два трајни забa со кариес. Во оваа група не се регистрираат деца со извадени трајни заби, додека 3 (3,16%) деца имаат пломба на еден траен заб (графикон бр 3).

Средната вредност (median) на бројот на кариозни и пломбирани трајни заби изнесува 1 и таа покажува дека половина испитаници на возраст од 6 години од Југоисточниот регион имаат кариес на повеќе од еден заб, како и реставрација на повеќе од еден заб (табела бр 4).

Интервалот во кој се движи вредноста на децата КЕП индексот на трајните заби изнесува од 0 до 2, додека просечната вредност на индексот изнесува  $0,07 \pm 0,3$  (табела бр 5).

Машките и женските деца на возраст од 6 години од Југоисточниот регион не се разликуваат сигнификантно во однос на застапеноста на кариес на млечните заби, екстрахираните и реставрираните млечни заби.

Машките деца незначително почесто од женските имаат кариес на млечните заби (83,7% vs 78,85%), незначително почесто имаат извадени млечни заби (11,6% vs 5,8%), и незначително почесто имаат пломбирани млечни заби (6,9% vs 3,85%) (табела бр 6).

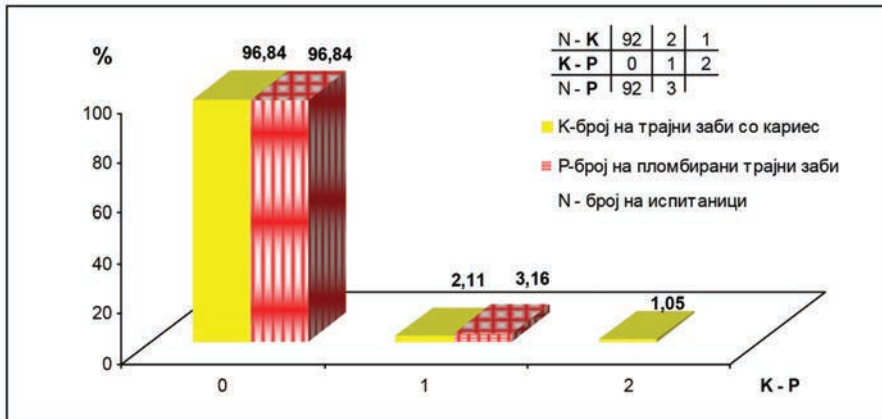
Вредноста на кеп индексот на млечните заби не зависи сигнификантно од полот на 6-годишните деца, кои ја сочинуваат истражувачката популација за оваа возраст од Југоисточниот регион ( $p=0,496$ ). Машките испитаници од оваа група имаат просечна вредност на кеп индексот на млечните заби од  $5,67 \pm 4,6$ , додека во групата женски испитаници е регистрирана просечна вредност за индексот од  $4,98 \pm 4,06$  (табела број 7).







**Графикон бр 3.** Дистрибуција на испитаници во однос на број на кариозни и пломбирани трајни заби



**Табела бр 4.** Дескриптивна статистика / број на трајни заби

Descriptive Statistics - KEP (број на трајни заби N=7)				
варијабла	N(%)	median	min-max	lower –upper quartiles
<b>К - со кариес</b>	4(57,14%)	1,0	1,0 – 2,0	1,0 – 2,0
<b>П - пломбирани</b>	3(42,86%)	1,0	1,0 – 1,0	1,0 – 1,0

**Табела бр 5.** Дескриптивна статистика / KEP индекс на трајни заби

Descriptive Statistics - KEP (индекс на трајни заби)						
варијабла	N	mean±SD	95%confidence interval of means	min-max	median	lower – upper quartiles
<b>KEP</b>	95	0,07 ± 0,3	0,01 – 0,13	0 – 2,0	0,0	0,0 – 0,0

Во Југоисточниот регион кариес на трајни заби имаат 4,65% машки испитаници на возраст од 6 години, наспроти 1,9% женски испитаници, додека пломбирани трајни заби имаат 2,3% машки испитаници, наспроти 3,85% испитаници од женски род на оваа возраст. Овие опишани разлики се недоволни за статистичка сигнификантност (табела број 8).

Машките и женски испитаници на возраст од 6 години од Југоисточниот регион несигнификантно се разликуват во однос на вредноста на KEP индексот ( $p=0,91$ ). Просечната вредност на овој индекс во групата машки деца изнесува  $0,09 \pm 0,37$ , наспроти  $0,06 \pm 0,23$  во групата женски деца (табела број 9).

Во табела број 10 се прикажани вредности на концентрацијата на флуор во водата за пиење во однос на местото на земање на примерокот вода.

Испитуваната корелација меѓу кеп индексот на млечните заби, како зависна варијабла, и концентрацијата на флуор во водата во Југоисточниот регион, како независна варијабла, покажува дека меѓу нив постои негативна поврза-

ност ( $R=-0,149$ ). Тоа значи дека двете варијабли имаат спротивен правец на промени, односно вредноста на кеп индексот се намалува при зголемени концентрации на флуор во водата, и обратно (графикон број 4). Но, статистички оваа корелација не се потврди како сигнификантна, односно значајна ( $p>0,05$ ).

Негативна, статистички несигнификантна корелација постои и меѓу вредноста на KEP индексот на трајни заби во групата 6-годишни деца и концентрацијата на флуор во Југоисточниот регион ( $R= - 0,085$   $p>0,05$ )(графикон број 5).

### ДИСКУСИЈА

Според бројот на жители и видот на извориштето, најголем дел од населението на Републиката сега се снабдува со вода за пиење од подземни води и тоа од карстни извори (Скопје, Тетово, Гостивар, Дебар, Струга, Охрид, Прилеп, Кичево и др), на второ место по број на жители е водоснабдувањето од површинските води (Битола, Куманово, Струмица, Велес, Берово, Веница, Св.Николе и др), на трето место се населбите кои користат подземна вода темелница (Штип, Кочани,

**Табела бр 6.** Дистрибуција на кариозни, извадени и пломбирани млечни заби во однос на пол

варијабла	пол	
	машки (n %)	женски (n %)
<b>к – кариес на млечни заби</b>		
нема	7 (16,28%)	11 (21,15%)
има	36 (83,72%)	41 (78,85%)
Pearson Chi-square: 0,36 df=1 p=0,55		
<b>е -- извадени млечни заби</b>		
нема	38 (88,37%)	49 (94,23%)
има	5 (11,63%)	3 (5,77%)
Pearson Chi-square: 1,05 df=1 p=0,31		
<b>р -- пломбирани млечни заби</b>		
нема	40 (93,02%)	50 (96,15%)
има	3 (6,98%)	2 (3,85%)
Pearson Chi-square: 0,46 df=1 p=0,49		

**Табела бр 7.** Дескриптивна статистика на кеп индексот на млечните заби / полови разлики /

Descriptive Statistics - кеп (индекс на млечни заби)						
варијабла пол	N	mean±SD	95%confidence interval of means	min-max	median	lower – upper quartiles
Машки	43	5,67 ± 4,6	4,26 – 7,09	0 – 18,0	5,0	2,0 – 9,0
Женски	52	4,98 ± 4,06	3,85 – 6,11	0 – 16,0	5,0	1,5 – 7,5





## Стручни и научни трудови

**Табела бр 8.** Дистрибуција на кариозни и пломбирани трајни заби во однос на пол

варијабла	пол	
	машки (n %)	женски (n %)
<b>К – кариес на трајни заби</b>		
нема	41 (95,35%)	51 (98,08%)
има	2 (4,65%)	1 (1,92%)
Pearson Chi-square: 0,57 df=1 p=0,45		
<b>Р -- пломбирани трајни заби</b>		
нема	42 (97,67%)	50 (96,15%)
има	1 (2,33%)	2 (3,85%)
Pearson Chi-square: 0,18 df=1 p=0,67		

**Табела бр 9.** Дескриптивна статистика на КЕП индекс на трајни заби / полови разлики

Descriptive Statistics - KEP (индекс на трајни заби)						
варијабла пол	N	mean±SD	95% confidence interval of means	min-max	median	lower – upper quartiles
Машки	43	0,09 ± 0,37	-0,02 – 0,21	0 – 2,0	0,0	0,0 – 0,0
Женски	52	0,06 ± 0,23	-0,008 – 0,12	0 – 1,0	0,0	0,0 – 0,0

**Табела бр 10.** Дистрибуција на концентрација на флуор во водата во однос на местото на живеење

Место на живеење	Концентрација на Ф во вода
Струмица	0,0810
Водоча	0,1090
Вељуса	0,1460
Добрејци	0,0810
Баница	0,0810

Гевгелија, Делчево, Радовиш и др). Од атмосферската вода се снабдува сосема мал број жители во неколку села на Сува Гора.

Забниот кариес ги погодува 60-90% од децата во земјите во развој и претставува најчесто орално заболување кај децата во повеќе држави од Азија и Латинска Америка<sup>(15)</sup>. Во Африка инциденцата за забниот кариес се очекува драстично да се зголеми во наредните години заради зголемена консумација на шеќер и неадекватна експозиција на флуор<sup>(16)</sup>. Покрај тоа што предизвикува болка и непријатност, лошото орално здравје влијае врз способноста за комуникација и учење кај децата. Повеќе од 50 милиони школски часови годишно децата губат заради проблеми со оралното здравје<sup>(17)</sup>. И кај развиените и во земјите во развој, многу деца немаат пристап до флуорирана вода и професионална стоматолошка заштита. Секојдневното одржување на оралната хигиена може да превенира одредени дентални заболувања<sup>(18)</sup>.

Резултатите за состојбата на оралното здравје и потребите од санација на населението од нашата држава, добиени од Епидемиолошката студија во 1991 год, работена во рамките на заедничката јустудија „Процена на оралното здравје и потребен третман кај населенето на СФРЈ, со примена на базичните критериуми и иницијатива на СЗО”, укажуваат на многу сериозна состојба. КЕП индексот се движел од 0,54 кај шестгодишните деца до 23,84 кај популацијата од 65 години. Во оваа студија предводена од Нечева, а спроведена во градовите Скопје, Велес, Штип и Охрид, се опфатени 1.034 испитаници од рурална и урбана средина на возраст од 6, 12, 15, 18, 35-44 и преку 65 години од целата држава. Просечниот КЕП индекс кај трајната дентиција на 6 годишните деца во 1991 година изнесувал 0,69<sup>(18)</sup>.

Во нашата студија добивме вредност на просечниот КЕП индекс на 6 годишните деца од 0.07 за трајните заби, што е понизок во однос на вредноста од 0.54

кој го добила Нечева во 1991 година<sup>(19)</sup>.

Сознанијата добиени преку системот за мониторинг на оралното здравје покажуваат дека состојбата во Р.Македонија е загрижувачка<sup>(20)</sup>. Според студијата на пресек реализирана од експертски тим определен од Министерството за здравство во 2007 година како реално мерлив индикатор и стандард определен од СЗО (Светската здравствена организација) го пресмета КЕП индексот (просечен број на кариозни, извадени и пломбирани заби кај секое дете). Тој покажа вредност од 6,88 кај 12-годишните деца, што се смета за висок, спореден со препораките на СЗО за оралното здравје (КЕП < 3)<sup>(20)</sup>.

Глигорова Б. и Јанкуловска М., во својот труд објавен во 2009 година<sup>(21)</sup>, говорат за застапеност на денталниот кариес кај учениците во основните училишта во Република Македонија од 41,6%, и тоа почесто застапен кај учениците од машкиот пол (57,3%) во однос на припадничките на женскиот пол (42,7%).

Во истражувањето кое го спровела Сулејмани во 2013 година кај 12 - годишните деца од Општина Тетово, утврдила присуство на просечен КЕП индекс од 4.58 кај децата од урбана средина и 6.06 кај децата од рурална средина. Разликата била сигнификантна, односно поголема била застапеноста на денталниот кариес кај децата кои живеат во рурална средина<sup>(22)</sup>.

Kashket S. и сор., по анализа на резултатите добиени од испитувањето за навиките на исхрана и застапеноста на денталниот кариес кај деца од 3-5 годишна возраст, заклучија дека консумирањето на засладени сокови е ризик - фактор за појавата на кариес додека консумирањето млеко и незасладените сокови е поврзано со намалување на појавата на кариес<sup>(23)</sup>.

Студијата на Sedin K. и сор укажуваат дека во Сараево кај децата од 5-7 години вредностите на КЕП индексот е 7,53, додека кај 12-15 години изнесува 7,18<sup>(24)</sup>, односно се наоѓа некаде меѓу Полска (5,1) и Летонија (7,7).

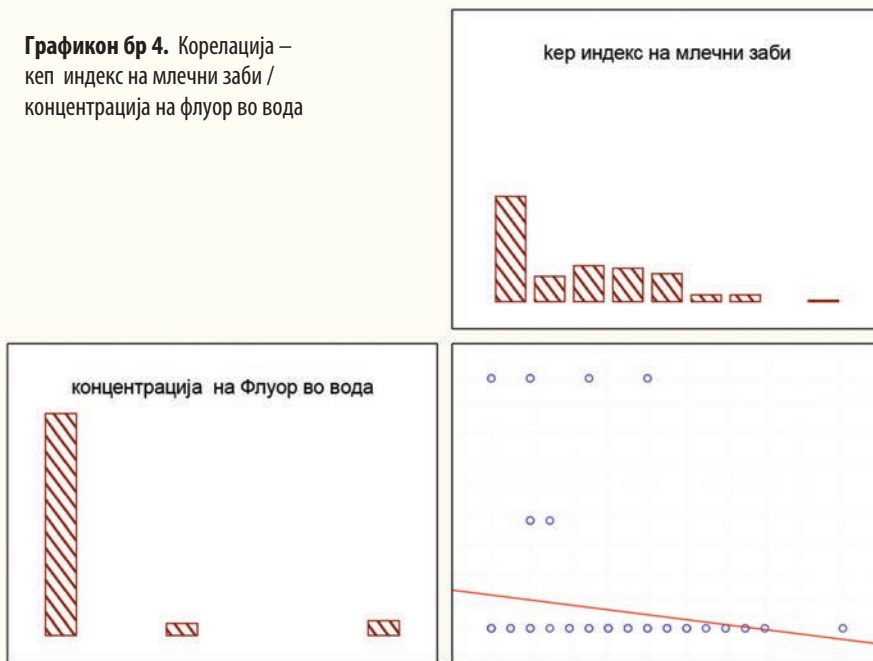
Marthaler и сор.<sup>(25)</sup> во својот труд даваат опсежен преглед на објавени студии за преваленцијата и за степенот на застапеност на забниот кариес во Европа во периодот меѓу 1990 и 1995 година. Забниот кариес на млечните заби кај







**Графикон бр 4.** Корелација – кеп индекс на млечни заби / концентрација на флуор во вода



децата во основното училиште на возраст од 5-7 години се движи од 0,9-8,5 (dmft). Националниот просек на КЕП индексот под 2.0 се забележува во Данска, Финска, Италија, Холандија, Норвешка, Англија. Повисоки нивоа на КЕП индексот биле објавени во Португалија (4.4), Литванија (4.4), Унгарија (3.7) и Шкотска (3.0). Во некои земји процентот на кариес, кој не бил лекуван, изнесувал до 71% (Велика Британија) <sup>(26, 27,28)</sup>.

Коњановски во својата ретроспективна епидемиолошка студија ја прикажува фреквенцијата на регистрираниот забен кариес кај предучилишните, училишните и младинците во забоздравствената дејност на подрачјето на Општина Битола за период 2004-2008 година и укажува на неопходните мерки кои е потребно да се преземат за неговото превенирање. Стапките на морбидитет биле највисоки кај училишните деца од 7-19 години.

Просечното учество на забниот кариес во вкупно регистрираните заболувања во забоздравствената дејност биле повисоки кај женскиот пол и изнесувал 31.4% во споредба со машкиот пол кај кои забниот кариес во просек учествувал со 28.9%. Во 2008 година во амбулантно-поликлиничката забоздравствена дејност биле регистрирани 7.520 случаи на забен кариес кај училишните деца или 26,5% од вкупниот број на регистрирани слу-

чай во истата година <sup>(29)</sup>. Ваквите резултати кои ги добил Коњановски сметаеме дека се должат на започнатата имплементација на националната стратегија за превенција на оралните заболувања кај деца од 0-14 години во Република Македонија <sup>(30)</sup>.

### ЗАКЛУЧОК

Добиените резултати од ова истражување за просечниот кеп/КЕП индекс покажаа дека тој кај 6-годишните деца

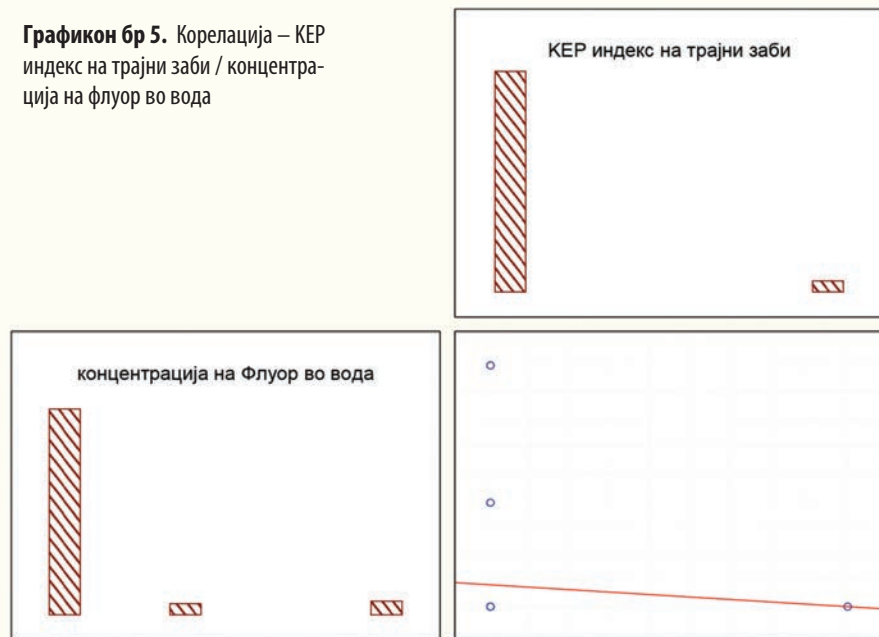
од Југоисточниот регион изнесува  $5,29 \pm 4,30$  за млечната дентиција и  $0,07 \pm 0,3$  за трајната дентиција.

Испитуваната корелација меѓу кеп индексот на млечните заби и концентрацијата на флуорот во водата за пиење во Југоисточниот регион покажува дека меѓу нив постои негативна поврзаност ( $R=-0,149$ ). Негативна, статистички несигнификантна корелација постои и меѓу вредноста на КЕП индексот на трајни заби во групата на 6-годишни деца и концентрацијата на флуорот во Југоисточниот регион ( $R=-0,085$ ,  $p>0,05$ ).

Високата инциденца на најфреквентните орални заболувања, како што е денталниот кариес, ја наметнаа потребата за донесување стратешки план за организација и реформа за заштита на оралното здравје во кое јасно е дефинирана визијата и целта за развој на современо, квалитетно и рационално забоздравство.

Според оцените на многу домашни и меѓународни експерти, таквиот вид на активности подразбира воспоставување интегрирана здравствена заштита со задолжителна контрола на квалитетот, како и одговорно управување со расположливите ресурси во кои приоритет е зачувувањето на оралното здравје според препораките на СЗО и вклопени во принципите на современата стоматолозија.

**Графикон бр 5.** Корелација – КЕП индекс на трајни заби / концентрација на флуор во вода





## Стручни и научни трудови

### Литература

- 1 Flamee S, Gizani S, Caroni C, Papagiannoulis L, Twetman S. Effect of a chlorhexidine/thymol and a fluoride varnish on caries development in erupting permanent molars: a comparative study. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2015 Dec;16(6):449-54.
- 2 Jeffrey J, VanWormer, Amit Acharya, Robert T. Greenlee, F. Javier Nieto. Oral Hygiene and Cardiometabolic Disease Risk in the Survey of the Health of Wisconsin. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2013 Aug; 41(4): 374-384.
- 3 Hashim D, Sartori S, Brennan P, Curado M P, Wunsch-Filho V, Divaris K, Olshan A F, Zevallos J P, et al. The role of oral hygiene in head and neck cancer: results from International Head and Neck Cancer Epidemiology (INHANCE) consortium. *Ann Oncol*. 2016 Aug; 27(8): 1619-1625.
- 4 Narang A, Maguire A, Nunn J, Bush A. Oral health and related factors in cystic fibrosis and other chronic respiratory disorders. *Arch Dis Child*. 2003 Aug; 88(8): 702-707.
- 5 Renata S. Leite, Nicole M. Marlow, Jyotika K. Fernandes. Oral Health and Type 2 Diabetes. *Am J Med Sci*. 2013 Apr; 345(4): 271-273.
- 6 Tomioka K, Okamoto N, Kurumatani N, Hosoi H. Association of Psychosocial Conditions, Oral Health, and Dietary Variety with Intellectual Activity in Older Community-Dwelling Japanese Adults. *PLoS One*. 2015; 10(9): e0137656.
- 7 Ueno M, Satoko Ohara, Norie Sawada, Manami Inoue, Shoichiro Tsugane, Yoko Kawaguchi. The association of active and secondhand smoking with oral health in adults: Japan public health center-based study *Tob Induc Dis*. 2015; 13(1): 19.
- 8 Kolawole A K, Folayan O M, Agbaje O H, Oyedele A T, Oziegbe O E, Onyejaka K N, Chukwumah M N, Oshomoji V O. Digit Sucking Habit and Association with Dental Caries and Oral Hygiene Status of Children Aged 6 Months to 12 Years Resident in Semi-Urban Nigeria. *PLoS One*. 2016; 11(2): e0148322.
- 9 Folayan MO, Kolawole K A, Onyejaka N K, Agbaje H O, Chukwumah NM, Oyedele T A. General anxiety, dental anxiety, digit sucking, caries and oral hygiene status of children resident in a semi-urban population in Nigeria *BMC Oral Health*. 2018; 18: 66.
- 10 Rothen M, Cunha-Cruz J, Zhou L, Mancl L, Jones J S, Berg J. Oral Hygiene Behaviors and Caries Experience in Northwest PRECEDENT Patients Community Dent Oral Epidemiol. 2014 Dec; 42(6): 526-535.
- 11 Регионите во Република Македонија, Државен завод за статистика на Република Македонија, 2017. [www.stat.gov.mk](http://www.stat.gov.mk)
- 12 Амбаркова В. Компаративна студија помеѓу оралното здравје и природно флуорираните води за пиење во одредени региони на Република Македонија. Докторска дисертација, Скопје, Република Македонија, Стоматолошки факултет, Универзитет Св. Кирил и Методиј, 2015.
- 13 Ambarkova V, Jankulovska M, Stevanovic M, Sotirovska-Ivkovska A, Zafirovska-Ivanovska B, Guguvcevski Lj. Dental caries experience among six year old children of the Republic of Macedonia. *J Dent Oro Surg* 2016; 2(2):113.
- 14 Oral Health Surveys, Basic Methods 5 -th Edition, World Health Organization, Geneva, 2013.
- 15 Тозија Ф. Глобално истражување за здравје на адолесцентите во Република Македонија во период од 2007/2008. Републички завод за здравствена заштита.
- 16 Petersen EP, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. *Bull World Health Organ* 2005;83:677-85.
- 17 Kwan SYL, Petersen PE, Pine CM, Boratta A. Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83:677-85.
- 18 Jones S, Burt BA, Petersen PE, Lennon MA. The effective use of fluorides in public health. *Bull World Health Organ* 2005; 83:670-6.
- 19 Nečeva Lj, Carčev M, Nakova M, Dimitrovski V, Zuželova M, Gorgova J, Dejanovski K, Bećirović M, Gigovski N. Oral Health Condition in population from SR Macedonia and Required treatment according within the regions. *Macedonian Stomatological Review*, 1993;17(2):89-95.
- 20 Здравје и здравствената заштита на населението во Република Македонија. Сектор за промоција, анализа и следење на незаразни болести, Институт за јавно здравје на Република Македонија, Скопје, 2011.
- 21 Глигорова Б., Јанкуловска М.: Денталниот кариес кај учниците во основните училишта во Република Македонија Прилози, Одд. биол. мед. науки, xxx/2(2009),209-218.
- 22 Елита Сулејмани. Застапеноста на денталниот кариес и можните ризик фактори кај децата во урбана и рурална средина во општина Тетово. магистерски труд, Стоматолошки факултет, Универзитет Св. Кирил и Методиј, Скопје, 2014.
- 23 Kashket S, Depaola DP. Cheese consumption and the development and progression of dental caries. *Nutrition Reviews*, 2002, 60:97-103
- 24 Sedin K., Nidzara M., Amina H., Hamid T.: Prevalencija karijesa u djece u Sarajevu *Acta Stomatol Croat* 2000;83-85.
- 25 Marthaler TM, O'Mullane DMO, Vrbic V. The Prevalence of Dental Caries in Europe 1990±1995. *Caries Res*. 1996; 30 : 237-55.
- 26 WHO WHO Oral Health Country/Area Profile Programme. <http://www.whocolab.od.mah.se/index.html>, 1999.
- 27 Pitts NB, Palmer J. The Dental Caries Experience of 5-, 12- and 14-Year Old Children in Great Britain. Surveys Coordinated by the Br. Association for the Study of Community Dentistry in 1991/92, 1992/93 and 1990/91. *Community Dent. Health* 1997; 11: 42±52.
- 28 Pitts NB, Evans DJ. The Total Dental Caries Experience of 5 Year-Old Children in the United Kingdom. *Community Dent. Health* 1997; 14: 47-52.
- 29 Коњановски Т, Трајковски В, Споа Л, Котевска Б, Милевска Л, Врчковска М. Застапеноста на забниот кариес кај предучилишни, училишни деца и младици во општина Битола за период 2004-2008 година. Архиви на јавно здравје 2010;2 (1):57-60.
- 30 Национална стратегија за превенција на оралните заболувања кај децата од 0-14 години во периодот од 2008-2018 година во Република Македонија. Министерство за здравство. Скопје, 2007. (ревидиран 2010 год)







# ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

## ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

Манускриптот треба да биде подготвени во електронска форма со двоен проред, големина на букви 12 точки, со македонска поддршка, користејќи го фонот Times New Roman или Arial. 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 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. Услови 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.





## Стручни и научни трудови

**Статистика:** Ако податоците се сумирани во делот резултати, специфицирајте ги статистичките методи што сте ги користеле за да ги анализирате. Опишете ги статистичките методи со доволно детали за да му овозможите на секој читател со доволно знаење да има пристап до оригиналните податоци за да се верифицираат изнесените резултати. Кога е можно, квантифицирајте ги наодите и изнесете ги со соодветни индикатори на грешките на мерење (како што се интервалите на доверба - CI). Избегнете потпирање само на статистичко тестирање на хипотеза, како што е употреба на „п“ вредноста, ако не можат да пренесат важна квантитивна 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 апстрактни, „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 njith unexplained nausea, bloating and vomiting. Gastroenterology 2001; 79(2): 311-4.

### КНИГИ И ДРУГИ МОНОГРАФИИ

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

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

табела треба да биде цитирана во текстот.

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

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

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

### КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

### НАПОМЕНА

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

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







TEVA

Respiratory



Интуитивен дизајн и нема дилема.



- Награден дизајн<sup>1</sup>
- Готов со еден преклоп на капачето
- За астма и ХОББ<sup>2</sup>

DuoResp® Spiromax® е одобрен за употреба само кај возрастни над 18 години. Прашок за инхалирање DuoResp® Spiromax® 160 µg/4,5 µg (120 дози) и 320 µg/9 µg (60 дози). Лекот се издава во аптека само на рецепт. Збирен извештај за особините на лекот е достапен на барање.

**Референци:**

1. 2015 MDEA Winners: Drug-Delivery Devices and Combination Products, <https://www.mddionline.com/2015-mdea-winners-drug-delivery-devices-and-combination-products>.
2. Збирен извештај за особините на лекот DuoResp® Spiromax®  
Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет: 11-8342/5 и 11-8343/2 од 26.01.2016. САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ. Носител на одобрението за ставање на лекот во промет: ПЛИВА ДООЕЛ Скопје, Н. Паралунов 66, Скопје  
Датум на подготовка: јуни 2016 09-17-DRS-04-NO/22-17/09-19



**DuoResp®  
Spiromax®**  
budesonide/formoterol

Инспириран од интуитивен дизајн