



година XXVI • број 100 • октомври 2018

VOX medici






ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА





Victoza® — Единствениот GLP-1 RA кој докажано превенира кардиоваскуларни настани^{1,2}

- НОВО!**  Доказана превенција на кардиоваскуларни настани^{1,2}
-  Ненадминати намалувања на HbA_{1c}³⁻⁹
-  Ненадминати намалувања на телесната тежина³⁻⁹

Постигнете ги придобивките што им се потребни на вашите пациенти со # 1 пропишваната GLP-1 RA терапија^{2,10}

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 смета за несоодветен поради интолеранција или контраиндикации) или како комбинирана терапија во надолнување на други лекови 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 гликемиската 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 инфламаторно црвено заболување и со дијабетична гастропареза. Употребата на лираглутид се поврзува со транзиторни гастроинтестинални несакани реакции, вклучувајќи гадење, повраќање и дијареа. Акутен панкреатитис е забележан при употреба на GLP-1 рецептор агонисти. Пациентите треба да бидат информирани за карактеристичните симптоми на акутен панкреатитис. Доколку постои сомневање за панкреатитис, треба да се прекине земањето лираглутид, доколку се потврди акутен панкреатитис, не смеа да се почнува повторно со лираглутид. Несакани дејства врз тироидната жлезда, како што е гушавост беа пријавени за време на клиничките студии и тоа во главно 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 заболување на 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 пријавил сериозна хипогликемија. 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://lekovi.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-Traberg 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 liraglutide 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/C
Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
ул. Никола Кљусев бр 11, Скопје, Македонија
тел: +389 2 2400 202; факс: +389 2 2400 203
www.novonordisk.com D-293/02-03/2018

Овој материјал е наменет само за здравствени работници

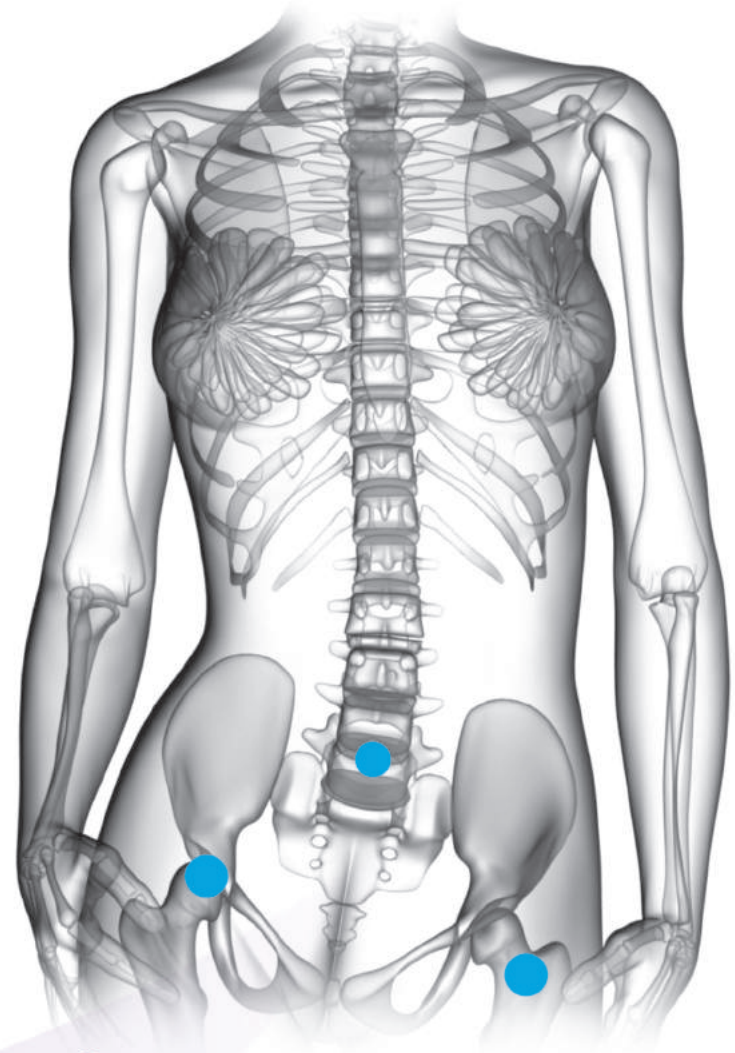
VICTOZA®
liraglutide injection



IBANDRONIC ACID ALKALOID®

150 mg филм-обложена таблета

ЛЕКУВАЊЕ ОСТЕОПОРОЗА
КАЈ ЖЕНИ КОИШТО СЕ ВО
МЕНОПАУЗА, КОГА Е
ПОГОЛЕМ РИЗИКОТ
ОД ФРАКТУРИ



ЕДНА



МЕСЕЧНО



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјето ѝ прег сè

www.alkaloid.com.mk



Содржина

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 7 | Разговор: Д-р Весна Герасимовска
Релиценцирањето е сложен и комплексен процес на кој му се потребни некои осовременувања | 34 | Ex tempore
Трето полувреме |
| 10 | Актуелно
Светска банка го скенира примарниот сектор во македонското здравство | 38 | Истражување
Здравствените проблеми на возрасните луѓе со аутизам |
| 12 | Тема на бројот
Професионално здравје или медицина на труд? | 44 | Спорт
Најмасовен турнир во беспрекорна организација |
| 18 | Практика
Етички дилеми во медицинската употреба на канабиноидите | 46 | Дојдени
Никола ГЕОРГИЕВСКИ,
доцент по хигиена и социјална медицина,
министер за здравство и експерт на СЗО |
| 20 | Јубилеј
„Vox medici“ – првите 100 броја | 50 | Богдан КАРАКАШЕВИЌ,
Професор и директор на Институтот за
микробиологија и паразитологија при
Медицинскиот факултет во Скопје |
| 24 | Регулатива
Паралелен увоз само со оригинален сертификат од производителот | | |
| 26 | Современа медицина
Нова можност за подобро справување со постпрандијалната гликемија кај лица со дијабетес – ултрабрзодејствувачки инсулин аспарт | | |

Прилог: Стручни и научни трудови

- | | |
|-------|--|
| 00529 | В. Амбаркова
Пренатална дијагноза на орофацијалните генетски заболувања |
| 00532 | М. Ј. Маџовски, Т. Х. Пиперковски
Како до ефикасни реформи на здравствените системи |
| 00536 | Д. Ристиќ, П. Атанасовски
Нови перспективи и поголема можност за персонализиран третман на мултипла склероза |



Јубилеј за почит

Излегувањето на стотиот број на сисанието "Vox medici" претставува успех со кој би се зорделе секоја индустрија или асоцијација од која било област во земјава. Дошолку повеќе што "Vox medici" е сисание кое обединува три значјани сегменти – информира, едуцира и има стручни содржини. Во изминативе години на транзиција, промени и реформи во здравствениот сектор, сисанието ја задржа довербата на оние на кои им е најбито. Се разбира, некогаш со помалку, некогаш со повеќе успех. Но, во оваа прилика, секако, мора да им се оддаде благодарност на оние кои го создадоа "Vox medici" и на оние кои во изминативе години од дадоа значаен придонес зласило на Лекарската комора на Македонија да е она што го имаме денес. Тоа, секако, се претседателите на Комората и членовите на нејзините одбори и штаба од основањето на оваа професионална асоцијација до денес, како и главните и одговорните уредници, членовите на уредувачките одбори, стручната служба на Комората, графичките дизајнери, лекториите, вработените во печатниците и многу други...



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

Во оваа прилика би искажал посебна благодарност до докторите кои со своите трудови, истражувања, размислувања и публикувани идеи ги збогатиле неговите содржини, се вклучиле во информирањето за актуелните теми, отвориле многу прашања, но и активно учествувале во презентацијата на новините и достигнувањата во медицината, која по сите параметри е една од најдинамичните области каде што секојдневно има значјани новини и научни откритија. Да не изумиме дека медицината е егзактна наука која се темели на проверени и проверливи факти и чинители и дека иако мора да е и содржината на "Vox medici", односно на едно објективно, неистражено и стручно сисание.

Не би сакал да ги прескокнеме ни фармацевтските куќи и другите компании кои како постојани и проверени партнери на македонското здравство и на докторите, во континуитет го поддржуваат и поддржуваат излегувањето на Vox medici. Несомнено, заслужуваат голема благодарност и за тоа.

Излегувањето на 100 број на "Vox medici", се разбира, е и повод да размислиме во кој правец ќе се оди во иднина. При тоа, пред сè, што ќе зависи од нас докторите. Како Комисија за информативно-пропаганда и издавачка дејност, ние сме отворени за проглаголување и проширување на соработката за нови предлози, идеи, суѓештии ... Целата ни е "Vox medici" да биде поактуелен, "пошарен", побогат во своите содржини, да ги следиме современите комуникациски трендови, пошребите и канали кои се во делот на електронските медиуми, како и пошребата од зајакнување на двонасочната комуникација... А што во многу нешта ќе зависи од секој од нас, од нашата желба и одговорност да се вклучиме во креирањето и создавањето на современо сисание кое ќе биде неизоставен придружник на сите збиднувања во македонската медицина.

Со почит,

ИМПРЕСУМ

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

ИЗДАВАЧ

Лекарска комора на Македонија
Ул. Партизански одреди бр. 3 -1000 Скопје
тел/факс: 02/3124-066; тел: 02/3239-060
Жиро сметка: 200-0000114640-34
депонент: Стопанска банка
ЕДБ: 4030991274058;

e-mail:

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

ЗА ИЗДАВАЧОТ

Доц. д-р Калина Гривчева – Старделова

ИЗДАВАЧКИ СОВЕТ

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

Д-Р ВЕСНА ГЕРАСИМОВСКА, ПРЕТСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЈАТА ЗА ЕТИЧКИ И ПРАВНИ ПРАШАЊА

Релиценцирањето е сложен и комплексен процес на кој му се потребни некои осовременувања

Заврши вториот процес на релиценцирање на докторите што како јавно овластување на Лекарската комора на Македонија произлегува од Законот за здравствена заштита. Како се одвиваше процесот на релиценцирање?

Станува збор за обемна активност на Комората која почна пред речиси една година, со која докторите го докажува континуитетот при одржување на квалитетот на професионалните способности и активности. Како јавно овластување, со неа се верификува континуитетот при одржување на квалитетот на професионалните способности и активности на секој доктор, што е предуслов за поквалитетна здравствена заштита. Медицината постојано се развива и унапредува, има нови откритија, процедури и постапки, а преку КМЕ докторите се обврзани континуирано да ги следат и да го унапредуваат своето знаење и вештини.

Согласно Законот за здравствена заштита докторот може да ја обнови лиценцата за работа ако во периодот на важноста на лиценцата, седум години, со континуирано стручно усовршување, преку следење на новините во медицината и унапредување на сопственото знаење, се стекнал со соодветен број бодови и најмалку 60% од времето на важноста на лиценцата за работа работел во дејноста за која стекнал лиценца за работа. Меѓутоа, важечките подзаконски акти кои се однесуваат на издавањето, продолжувањето, обновувањето и одземањето на лиценцата за работа не се усогласени со актуелниот Закон за здравствена заштита, а тоа предизвика проблеми за дел од колегите кои сметаа дека нема потреба да ја обноват лиценцата по навршување на 55 - годишна возраст. Со дополнителни објаснувања и презентирање на факти голем дел од колегите ја испочитуваа законската процедура, но останува потребата во престојниот период да се усогласат подзаконските акти со одредбите во Законот за да нема во иднина вакви проблеми.

Колкав број на доктори беа опфатени со овој процес на релиценцирање?

Од почнувањето на овој процес на релиценцирање, кој е втор по ред од воведувањето на лиценците, во Комората се поднесени 2.805 барања. Лиценците им обновени на 2.799 доктори од сите специјалности со важност од седум години. Не им се обновени лиценците на 740 доктори од кои активни



Процесот на обнова на лиценците е мошне значаен, и би истакнала дека станува збор за постапка од која може да произлезат голем број релевантни информации и показатели, за здравствениот систем и за државата во целост

се 153 доктори. Некои колеги бараа важноста на лиценците да биде пократка, две-три години, со образложение дека потоа ќе се пензионираат. Но, таква можност Законот не предвидува. За да можат повторно да се стекнат со лиценца за работа на стручно усовршување и проверка на стручните знаења и способности во траење од еден до шест месеци беа упатени 26 доктори. Низ целата постапка, како Комисија за етички и правни прашања учивме дека се неопходни одредени промени во законските решенија. Според евиденцијата на Стручната служба, во 2011 година биле обновени лиценците на 3.637 доктори.

Процесот на обнова на лиценцата е мошне значаен и би истакнала дека станува збор за постапка од која може да произлезат голем број релевантни информации и показатели за здравствениот систем и за државата во целост, како што се: за одливот на млади кадри, бројот на пензионирани колеги, специјалности, недостиг на кадри, да се планираат уписната политика, потребите од одредени специјалности и број на специјализации и сл.



Разговор



Воведување на електронско доставување на пријавата и електронска евиденција на континуираната медицинска едукација е предуслов целата постапка да се осовременени и поедностави, а да ја задржи својата суштина

Ова е одговорен и сложен процес што го реализирате, со кои други проблеми или специфичности се соочивте?

Докторите во принцип се посветени на својата професија и честопати забораваат на она што е предвидено како нивна законска обврска, како што е и обврската за обновување на лиценците. Од тие причини Комисијата за етички и правни прашања уште на една од своите први седници во текот на мината година донесе заклучок. Стручната служба во периодот септември до декември 2017 година да ги извести со допис, а потоа и со е-маил и телефонски, да ги потсети сите доктори на кои лиценцата за работа им истекуваше во периодот јануари-март 2018 година на обврската за обнова на лиценцата. За жал, дел од докторите поради неажурноста и промена на податоците во нивните досиеја, не ја добија информацијата на време. Ова е и јасен апел и замолница до колегите, секоја промена на нивна адреса, работно место, телефон и е-маил навремено да ја достават до стручната служба на Комората.

Специфичен проблем беше и неажурноста во доставување на сертификати и другите предвидени документи пробајќи сертификати и слично. Во тој контекст се соочивме со проблемот на специјализантите кои во текот на специјализацијата работат со пациенти, меѓутоа Законот не го

препознава тоа и тие не можат да исполнат условот за обнова на лиценцата, кој налага најмалку 60% од времето на важноста на лиценцата да работи во дејноста за која стекнал лиценца за работа. Од тие причини побаравме мислење од Министерството за здравство и го очекуваме одговорот.

Како Комисија за етички и правни прашања, што би предложили за осовременување на целиот процес и реално вреднување на континуираната медицинска едукација?

Во прв ред, тоа би било воведување на електронско доставување на пријавата и електронска евиденција на континуираната медицинска едукација. Тоа е предуслов целата постапка да се осовременени и поедностави, а да ја задржи својата суштина. Сметам и дека Комората на одреден начин треба да се доближи до докторите, дека е потребна почеста, поедноставна и полесна комуникација. Убаво би било колегите, пред се оние помладите, да дадат свој придонес со идеи, сугестии, предлози... Како ЛКМ сме отворени за тоа со единствена цел за подобрување на коморското работење, грижата за докторите, за нивниот статус во општеството, подобрување на условите за работа и решавање на сите други отворени прашања и проблеми кои на овој или оној начин ги засегаат докторите.





Потребно е да се продлабочи соработката со другите комори од регионот и пошироко со цел да се применат некои нивни позитивни искуства и решенија за одредени прашања и состојби кои знаеме дека не се добри.

Дали има и некои други отворени прашања кои треба да се дискутираат во врска со процесот на лиценцирањето, а се во интерес на осовременувањето на стекнатите знаења и вештини на докторите?

Секогаш постојат отворени прашања, кои постепено во работата се наметнуваат со својата актуелност. За жал, возрастната граница на докторите се поместува кон оние кои во наредните 10 години ќе треба да се пензионираат. Поради заминувањето на дел од нашите доктори во странство, несомнено ќе се соочиме со дефицит на доктори. Непобитно е дека во одреден период ќе недостасуваат млади доктори кои ќе треба да го понесат товарот и одговорноста за пациентите во своите средини. Меѓутоа, тоа е прашање и тема за поширока дискусија во општеството, за повеќе структури од различни области, а во сето тоа и Лекарската комора треба активно да биде вклучена.

Во сегментот на континуирана едукација можеби ќе треба да се размисли и за online стручна едукација по примерот што се практикува во некои други земји и кој дава одлични резултати. На овој начин ќе се обезбеди КМЕ, а докторите не ќе мора да патуваат, да отсутнуваат од работа, да бараат замена, а во исто време ќе бидат во тек со новините и достигнувањата во медицината.

Дел од вашите колегите се активни, но не се постојано вработени, односно би сакале да даваат консултантски и експертски мислења. Впрочем, тоа е практика во целиот свет. Но, Законот таа можност не ја дава, односно нивните наоди и мислења системот на ги препознава иако тие се лиценцирани и ги исполнуваат сите критериуми за работат со пациенти?

Ова е едно отворено прашање, но за жал потребни се измени во законската регулатива кои ќе дадат одговор на многу дилеми кои се наметнуваат во практиката. Голема привилегија е да се учи од колегите кои биле наши учители, а се во



пензија. Тоа не е овозможено иако тие наши учители се подготвени своето искуство, знаење и вештини да ги споделат и да ги пренесат на помладите колеги.

Не се сомневаме во знаењето на помладите колеги, но, сепак, искуството е подеднакво важно како и постојаното учење. Специфичен проблем со кој се соочивме беа и дел од професорите на Медицинскиот факултет во Скопје кои се пензионирале и не засновале работен однос по пензионирањето не можеа да добијат лиценци затоа што не исполнуваат еден од условите предвидени со Законот. Како Комисија цениме дека на нашите учители треба да им се овозможи да добијат лиценци како признание за својата долгогодишна работа и искуство, а тоа е во полза на заедницата во целост. Искрено верувам дека со измените на законската регулатива кои се во тек ќе се направат промени, ќе им се регулира статусот и ќе им се овозможи да даваат консултантски и експертски мислења. Законите ги “кројат” правниците, но во нивната подготовка треба да се инкорпорираат сите издржани сугестии кои ќе бидат дадени од релевантни стручни и образовни институции, од базата, како што се коморите, факултетите, стручните здруженија и асоцијации ...

Актуелно е прашањето и околу времето и трајното одземање на лиценците, односно што со докторите кои со позитивните законски прописи по издржувањето на казната и по одреден временски период се рахабилиитирани, односно им се брише казната од судската евиденција ?

Во постојниот Закон за здравствена заштита со членот 132 е регулирано привремено или трајно одземање на лиценцата. Со одредбите е предвидено трајно одземање на лиценцата за работа во случаите кога со правосилна судска одлука се утврди дека докторот сторил стручен пропуст или грешка при работата со што предизвикал трајно нарушување на здравјето или смрт на болниот. Меѓутоа, и тука постојат недоречености и спротивставени законски решенија. Законодавецот не предвидел што со докторите на кои трајно им е одземена лиценцата, а по издржувањето на казната и минување на определен временски период, согласно законите од областа на кривичното право, се рехабилитирани, односно им се брише казната од судската евиденција. Но, за жал, во нашата регулатива нема одредба со која се брише трајното одземање на лиценца, ниту пак одредба дали и како докторот би се стекнал со лиценца за работа. Како Коморите сме подготвени да седнеме и низ една отворена расправа да ги расчистиме ваквите дилеми. Од тие причини сме на стојалиште дека во новата законска регулатива треба да се посвети посебно внимание на одредбите кои се однесуваат на временото и трајното одземање на лиценцата и јасно да се дефинираат и прецизираат состојбите кои доведуваат до одземање на лиценцата. Во Комисијата за етички и правни прашања во повеќе случаи е разговарано на оваа тема. Голема дилема е дали докторот на кој трајно му се одзема лиценцата е доживотно осуден никогаш повеќе да не работи како доктор со пациенти. Законските одредби не даваат многу можности и затоа е побарано мислење од Министерството за здравство.

Vox medici



Светска банка го скенира примарниот сектор во македонското здравство

Делегацијата на Светска банка е во функција на техничка асистенција за помош за зајакнување на здравствениот систем во земјава, вклучувајќи ја и примарната здравствена заштита



Претставници на Светска банка го скенираат примарниот сектор во македонското здравство, а во таа функција беше и нивната работна средба во Лекарската комора на Македонија. Во тимот на Светска банка беа Жоан Анжи, оперативен офицер и Кате Мандевил, специјалист по јавно здравје, кои остварија средба со претседателката на Комората, доц. д-р Калина Старделова и потпретседателот д-р Игор Дабевски, претседателот на Комисијата за реформи д-р Љупчо Стафановски, како и д-р Лилија Чолакова –Дервишова од ЗПРЛМ, д-р Невзет Елези од Здружението на доктори Албанци, д-р Катерина Ковачевиќ, д-р Јасминка Заревска-Поповска и проф. д-р Катерина Ставриќ од Здружението и Катедрата на лекари по општа медицина – семејна (ЗЛОМ), д-р Агнеса Караколева –Давидовиќ, Здружение на приватни гинеколози, како и д-р Македонка Глигорова од Здружението на педијатри.

Делегацијата на Светска банка е во функција на техничка асистенција за помош за зајакнување на здравствениот систем во земјава, вклучувајќи ја и примарната здравствена заштита.



Претставниците на асоцијациите од примарното здравство посочија дека Р. Македонија се соочува со недостиг, односно намалување на бројот на доктори заради пензионирање и иселување во странство на младите доктори, неадекватна покриеност на руралните подрачја. Како сериозен проблем беше посочена и вредноста на проблем бод која повеќе години не е коригирана иако трошоците се зголемуваат, како и преголемото оптоварување со број на прегледи (нема Мој термин и партиципација), како и со непостоење на дефиниран пакет на услуги кои ги признава Фондот за здравствено осигурување. Во исто време капитацијата се исплаќа одложено, што е особен проблем за младите доктори кои отвораат ординации. Еден избран лекар им и до 40 до 80 прегледи дневно, а половина се од нив се само за прескрипција на лекови, а постоечкиот систем на Мој термин на повисоко ниво не може да ги прифати сите пациенти кои се упатуваат.

Вистинско оптоварување е и преголемото администрирање, односно водење на електронска евиденција, но и класична –во хартија. Македонското здравство веќе подолго време се соочува со исклучително мал број педијатри во примарниот сектор и гинеколози, односно младите доктори не сакаат да работат во примарната заштита.

Системот на финансирање не ги признава специјалистите по семејна медицина во примарна здравствена заштита, а инвестициите во опремата, просторот и едукацијата главно е товар на докторите. На средбата се изнесоа и мислења дека проблеми има и дека, барем од финансиски аспект, не е толку црно, односно може да се функционира. Како специфичен проблем беа издвоени т.н. концесионери, односно закупци во јавните здравствени установи кои не можат да инвестираат и да ги подобрат условите во работните просториите без согласност од јавната установа.

Vox medici

Pramipeksol PLIVA

pramipexole

таблети со продолжено ослободување



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
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 довел Скопје, Никола Паралунов бб, Скопје. Тел. 02/3062702. МК/PMPL/18/0005



Тема на бројот

Професионално здравје или медицина на труд?

Што е професионално здравје? Што е медицина на труд? Има ли разлика? Дали станува збор за синоними, па вообичаените термини occupational health и occupational medicine едноставно ги преведуваме како медицина на труд? Одговорот е јасен и недвосмислен – НЕ, станува збор за два различни мултидисциплинарни концепти. Првиот се однесува на обврските на работодавцот во постигнување и одржување на највисок можен степен на физичка, ментална и социјална благосостојба на работниците од сите занимања, што се постигнува преку имплементација на многубројни меѓународни конвенции, директиви и стандарди^(1,2,3), а вториот на обезбедување на најдобра можна интегрирана здравствена заштита на работниците-пациенти што имаат професионални болести, болести во врска со работата или повреди на работа, што се постигнува со практикување на медицина базирана на докази^(4,5).

Но, воспоставувањето на овие системи кај нас, особено по донесувањето на Законот за безбедност и здравје на работа во 2007 година⁽⁶⁾, наметна сериозни дилеми и недоречености, па дури и меѓу оние што се одговорни за носење на одлуките и креирање на политиките. Нивното надминување е можно само доколку се појде од нашата реалност која се темели на неколку неспорни факти:

- Законот за безбедност и здравје на работа е базичниот документ со кој се втемелуваат принципите на унапредување на здравјето и безбедноста на работниците на нивните работни места, превенцијата на професионалните болести, болестите во врска со работата и повредите на работа во Република Македонија и тој е во надлежност на Министерството за труд и социјална политика.
- со Законот за здравствена заштита⁽⁷⁾, што се разбира дека е во надлежност на Министерството за здравство, се утврдува содржината на здравствените дејности што се практикуваат во Република Македонија; релевантно за овој текст, во чл. 26, став 1, алинеја 8, како дејност се дефинираат „здравствени услуги во врска со здравјето и безбедноста при работа“, а не дејност за медицина на трудот.
- во чл. 27 од истиот Закон се вели дека целокупната здравствена дејност во соодветните здравствени установи во Република Македонија задолжително се врши согласно со стручни упатства за медицина заснована на докази, а такви стручни упатства нема објавено ниту за здравствените услуги во врска со здравјето и безбедноста при работа (веројатно затоа што тоа не е медицина), ниту пак за медицина на труд (веројатно затоа што таа дејност реално не постои во Република Македонија); одредени упатства за некои професионални болести

Веројатно во нашата земја не постои работоспособен и работоактивен граѓанин што не слушнал за систематски прегледи, но секако е занемарлив бројот на оние кои слушале за медицинска или функционално-техничка контраиндикација за извршување на работата утврдена во рамките на превентивните прегледи, а уште помалку за утврдена професионална болест и/или изгубена, намалена и изменета работна способност поради повреда на работа

на вистина постојат, но тие се објавени како упатства релевантни за опсегот на активности во одредени специјалистички/супспецијалистички дејности (пулмологија, дерматологија, инфективни болести и сл.).

- понатаму, чл. 29 од Законот за здравствена заштита предвидува дека здравствени услуги во врска со здравјето и безбедноста при работа се извршуваат само во мрежа на здравствени установи, а мрежа за безбедност и здравје на работа не постои.
- наспроти тоа, во чл. 23 од истиот закон се утврдува мрежа за медицина на труд т.е. мрежа за дејност што не е утврдена во листата на дејности што ги обезбедува здравствениот сектор; таа мрежа ја сочинуваат сите овластени установи за медицина на труд.
- во Република Македонија постојат повеќе од 40-тина овластени установи за медицина на труд (очигледно несоодветен и наследен термин од претходниот период), кои од министерот за здравство се овластени само за извршување на активности што се предвидени во чл. 20 од Законот за безбедност и здравје на работа, а оттука тие реално, со својот опсег на работе не се препознаени како субјекти во здравствениот систем.
- основниот минимум на скрининг тестови и постапки што се изведуваат при систематските прегледи е утврден во Законот за безбедност и здравје на работа, а за останатите видови на превентивни прегледи (претходни, периодични, насочени) во Уредба за видот, начинот, обемот и ценовникот на здравствените прегледи⁽⁸⁾, која исто така не е документ од делокругот на работа на Министерството за здравство.
- при вршењето на овие превентивни прегледи, овластените установи за медицина на труд работат врз основа на барање и со упат што е издаден од страна на работодавците и своите услуги ги наплатуваат директно од нив, по цени утврдени од страна на Владата на РМ, а не од Фондот за здравствено осигурување.
- доколку докторите специјалисти по медицина на труд од овие установи, при превентивните здравствени пре-





гледат утврдат некое отстапување во здравствената состојба, тие ги упатуваат испитуваните работници како пациенти да се јават на преглед кај своите матични/избрани доктори, затоа што тоа е единствениот можен „влез“ на заболените работници во здравствениот систем, со право за користење на услугите од здравственото осигурување (дијагноза, лекување и рехабилитација),

- докторите -специјалисти по медицина на трудот не учествуваат во рефералниот систем на упатување во здравствениот систем, тие немаат свој факсимил и не работат со договор со Фондот за здравствено осигурување, ниту пак Фондот има утврден пакет на услуги од областа на медицината на трудот; исклучок се докторите специјалисти по медицина на труд во некои јавни здравствени установи кои работат со општиот специјалистички пакет или работат како супспецијалисти со лиценца од соодветната супспецијалност, што од етички, финансиски и професионален аспект генерира и/или може да генерира неправичност, нееднаквости и злоупотреба на буџетот на Фондот за здравствено осигурување на Република Македонија.
- согласно Законот за здравствена заштита и Правилникот за специјализациите и супспецијализациите на здравствените работници со високо образование во областа на медицината⁽⁸⁾, специјализацијата по медицина на труд се извршува согласно чл. 4 од овој Правилник, кој се однесува на оние условно наречени „превентивни“ специјалистички гранки (епидемиологија, хигиена со здравствена екологија, социјална медицина и јавно здравје, медицинска биохемија, патологија, судска медицина и др.) и за нив не важат барањата за специјализација утврдени за клиничките гранки, што индиректно упатува на тоа дека за специјалистите по медицина на труд не е предвидено да извршуваат клиничка медицина базирана на докази и да учествуваат со свој пакет на услуги во системот „Мој термин“.
- програмата за безбедност и здравје на работа со која се утврдува Стратегијата за развој на безбедноста и здравјето при работа во врска со заштитата на животот, здравјето и работоспособноста на вработените и спречување на повреди при работа и професионални и други болести поврзани со работењето, претставува стратешки документ што произлегува од Законот за безбедност и здравје на работа, што е во ресорна надлежност на Министерството за труд и социјална политика,

Очигледно станува збор за огромен број на формално-правни дефиниции и законски одредби на кои се гради целокупниот систем за безбедност и здравје на работа кој, за жал, содржи огромен број на спротивставени решенија. Дали во секој од овие поединечни случаи станува збор за случајност, превид, незнаење, неискуство или свесно создавање на просктор во кој одредени поединци и установи би се нашле во неоправдано поповолна позиција од други, а за сметка на здравјето и безбедноста на професионално експонираните работници?

Веројатно во нашата земја не постои работоспособен и работоактивен граѓанин што не слушнал за систематски пре-

гледат, но секако е занемарлив бројот на оние кои слушнале за медицинска или функционално-техничка контраиндикација за извршување на работата утврдена во рамките на превентивните прегледи, а уште помалку за утврдена професионална болест и/или изгубена, намалена и изменета работна способност поради повреда на работа. Значи ли тоа дека работниците се многу здрави или можеби дека работодавците ги примениле највисоките стандарди за безбедност и здравје на работните места, па практично и не постои зголемен ризик на работните места кој би можел негативно да влијае на здравствената состојба и работната способност? А станува збор за респективна бројка од 755.073 вработени лица во 71.914 деловни субјекти!

Имајќи во предвид дека во Република Македонија секој работодавци мора своите работници да ги упати на систематски преглед на секои 24 месеци доколку тие работат на работни места каде што не постои зголемен ризик, а на секои 12 месеци на периодичен преглед доколку работниците се распоредени на работни места со зголемен професионален ризик, произлегува дека секоја година би требало да се извршат околу 500.000 превентивни прегледи, за што би требало од стопанството во земјата да се повлечат значителни 480 милиони денари или 7,8 милиони евра.

Согласно чл. 5 од Законот за евиденции во областа на здравството (“Сл. Весник” бр. 20/2009) и неговите измени и дополнувања (“Сл. весник” бр. 53/11 и 164/13), Институтот за јавно здравје на Република Македонија е носител на здравствената статистика за збирните и поединечни евиденции што задолжително се водат во здравствените установи. Податоците од Институтот за јавно здравје говорат дека во 2017 година се реализирани вкупно 167.300 превентивни здравствени прегледи, од кои 111.464 систематски прегледи, 45.689 периодични прегледи, 9.553 претходни и 594 насочени здравствени прегледи⁽⁹⁾. Поразителен е фактот дека и покрај тоа што во согласност со актуелните законски решенија пристапот кон превентивните здравствени прегледи во Република Македонија изнесува 100% т.е. на секој работник му е гарантиран соодветен превентивен здравствен преглед, опфатот со овие прегледи изнесува само 22%, што ја категоризира Република Македонија во групата на земји со низок степен на обезбеденост на основни услуги од областа на безбедност и здравје за своите работници.

Но, и со вака низок опфат се ставаат во промет средства од околу 150 милиони денари или 2,5 милиони евра, што се распределуваат меѓу 40 овластени установи за медицина на труд или просечно по 6 милиони денари годишно за секоја од нив. Оваа анализа не се однесува на средствата што работодавците ги одделуваат за проценка на ризик на секое работно место, за мерење и испитување на професионалните штетности, контрола на машините и алатите, обука на вработените за безбедност и здравје, обука за прва помош, обука на лицата за безбедност на работа....Очигледно многу средства се одделуваат, со што се аргументира политичката воља на владите на Република Македонија кои во изминатите 10 години донесе огромен број законски и подзаконски акти и нивни измени и дополнувања, а со цел да ги дефинира обврските на работодавците да вложуваат во здравјето и безбедноста на своите вработени, што тие најчесто и го прават.





Тема на бројот

Но, кои се ефектите од работа не само на овластените установи за медицина на труд, туку и на овластените установи за безбедност на работа? Податоците на Институтот за јавно здравје на Република Македонија укажуваат дека кај речиси 50% од испитуваните работници се утврдени одредени патолошки состојби или отстапувања во здравствената состојба, но само кај незначителен 1,1% од испитуваните работници или помалку од 2.000 работници е утврдено дека тие се неспособни за извршување на својата работа. Занемарлив е процентот на оние кои се способни, но со одредени ограничувања (0,3% или помалку од 500 работници).

За жал, Република Македонија се уште нема официјален здравствено-статистички и/или статистички податок за тоа дали и колку има професионални болести, смртни случаи поради повреди на работа, колку умираат поради професионален канцер, професионални хронични заболувања на белите дробови, црниот дроб, бубрезите, колкав е бројот на работници со професионално оштетување на слухот.....?

Но, во Република Македонија нема податоци ни за видот и обемот на извршената работа на втората страна/партнер во имплементацијата на мерките за безбедност и здравје на работа, а тоа се овластените установи за безбедност на работа. И нив ги има околу 40-тина, а функционираат врз основа на овластувања од страна на министерот за труд и социјална политика. Поради тоа, во овој момент никој во земјава не знае колкав е бројот на работни места со зголемен ризик, кои се водечките професионални штетности и опасности, за колку работници станува збор, во кои стопански дејности тие се вработени или колку обуки за безбедно извршување на работата се извршени за нив.

Дали можеме и дали смееме да бидеме задоволни со овие податоци? Се чини дека одговорот се наметнува сам по себе – секако не!

Затоа, професионалците од оваа област се должни да ги понудат одговорите на сите погоре поставени прашања, но и да понудат решенија што би биле применливи кај нас, а би се базирале на сеопфатна и компаративна анализа на примерите за добри практики во оваа област од развиените земји на Западна Европа и Северна Америка.

Во областа на безбедноста и здравјето на работа овие земји имаат свое национално законодавство, кое се темели на конвенциите на Меѓународната организација на трудот (МОТ), на препораките на Светската здравствена организација (СЗО), а во земјите на Европската Унија уште и на рамковната директива 89/391/ЕЕС за унапредување на безбедноста и здравјето на работа и хоризонталните (сестрински) директиви што произлегуваат од неа. Што нудат овие меѓународно признаени документи што се ратификувани и кај нас и се хармонизирани со националното законодавство. Појдовно е дека во сите овие документи, без исклучок, се употребува терминот и се нормира професионалното здравје (occupational health), а не медицината на труд (occupational medicine).

Што е професионално здравје?

Според Заедничкиот комитет за професионално здравје МОТ и СЗО, целта на професионалното здравје е да го заштити и да го унапреди здравјето на работниците, да ги оддржи и да ги подобри нивните работни капацитети и работна

способност, да придонесе во воспоставувањето и одржувањето на сигурна и здрава работна средина за сите, како и да ја промовира адаптацијата на работата кон капацитетите на работниците, земајќи ја во предвид нивната здравствена состојба^(1,2,3). Посебен акцент е ставена на потребата за развој на организација на работа во насока која ќе го поддржува здравјето и безбедноста на работа, промовирајќи позитивна социјална и работна култура што ги одразува есенцијалните вредности усвоени од самите претпријатија (продуктивност на работа, раководење со претпријатието, кадровска политика, политики за обука и управување со квалитетот во претпријатието и др.).

Овие цели треба да обезбедат примарна превенција на професионалните болести, болестите поврзани со работата и повредите на работа, т.е. елиминирање и/или минимизирање на штетните фактори за здравјето на работниците на местото на нивното создавање. Тоа треба да се постигне преку воспоставување на компетентни и универзално достапни служби за професионално здравје за сите работници. Тие можат да се организираат во самото претпријатие или во негова непосредна близина и тоа како служби за едно или за група на сродни претпријатија, а можат да бидат формирани од самите претпријатија, од државните органи и официјални служби, од институциите за здравствено осигурување или од други тела овластени од државни органи. На овие служби им се доверени основните превентивни функции, но и одговорноста за советување на работодавците, работниците и нивните претставници во обезбедувањето на барањата за воспоставување и одржување на безбедна и здрава работна средина, со што ќе се олесни постигнувањето на оптимално физичко и ментално здравје на работниците.

Службите за професионално здравје на работа опфаќаат широк дијапазон на дисциплини, затоа што тоа претставува врска меѓу технологијата и здравјето. Стручњаци за професионално здравје се докторите и сестрите за професионално здравје, инспекторите за труд, специјалистите по индустриска хигиена и физиологија на трудот, специјалистите вклучени во ергономијата, во рехабилитационата терапија, во превенцијата на несреќи и во подобрувањето на работната средина. Компетентноста кај овие стручњаци за професионално здравје треба да се мобилизира преку определена рамка на мултидисциплинарна едукација, преку акредитирани наставни програми за занимања во согласност со националната класификација на занимањата.

Многу други стручњаци од различни области, како што се хемија, токсикологија, инженерство, радиолошка заштита на здравјето, епидемиологија, здравствена екологија, заштита на животната средина, применета социологија, здравствено и социјално осигурување, јавно здравје и здравствена едукација, можат исто така да бидат вклучени, до одреден степен, во практика поврзана со професионалното здравје. На крај, и многу други професии, како што се адвокатите, архитектите, производителите, дизајнерите, работните аналитичари, специјалистите за организација на работата, професорите во техничките училишта, универзитетите и други институции, како и вработените во медиумите имаат значајна улога во подобрување на работната средина и работните услови. Сосем е јасно дека службите за професионално здравје



(occupational health services) не се ориентирани кон медицината и здравствената заштита на работниците, туку кон воспоставување на еден интегриран систем кој ги поврзува професионалците од различни области, а имаат цел зачувување и унапредување на здравјето на работниците и тоа во согласност со обврзувачките принципи содржани во документите на MOT, СЗО и ЕУ.

Што е медицина на труд?

Европската Унија на медицински специјалисти што ги обединува националните здруженија на медицински специјалисти, медицината на трудот ја дефинира како клиничка медицинска гранка која се занимава со дијагноза и терапија на повредите на работа, професионалните болести и болестите во врска со работата. Во тој правец е дизајниран и заедничкиот курикулум за специјализација по медицина на труд. Развојот на медицината на трудот во секоја земја зависи од степенот на организираност на здравствената заштита на населението и секоја држава воспоставува соодветен национално одржлив систем^(4,5).

Што е индустриска хигиена?

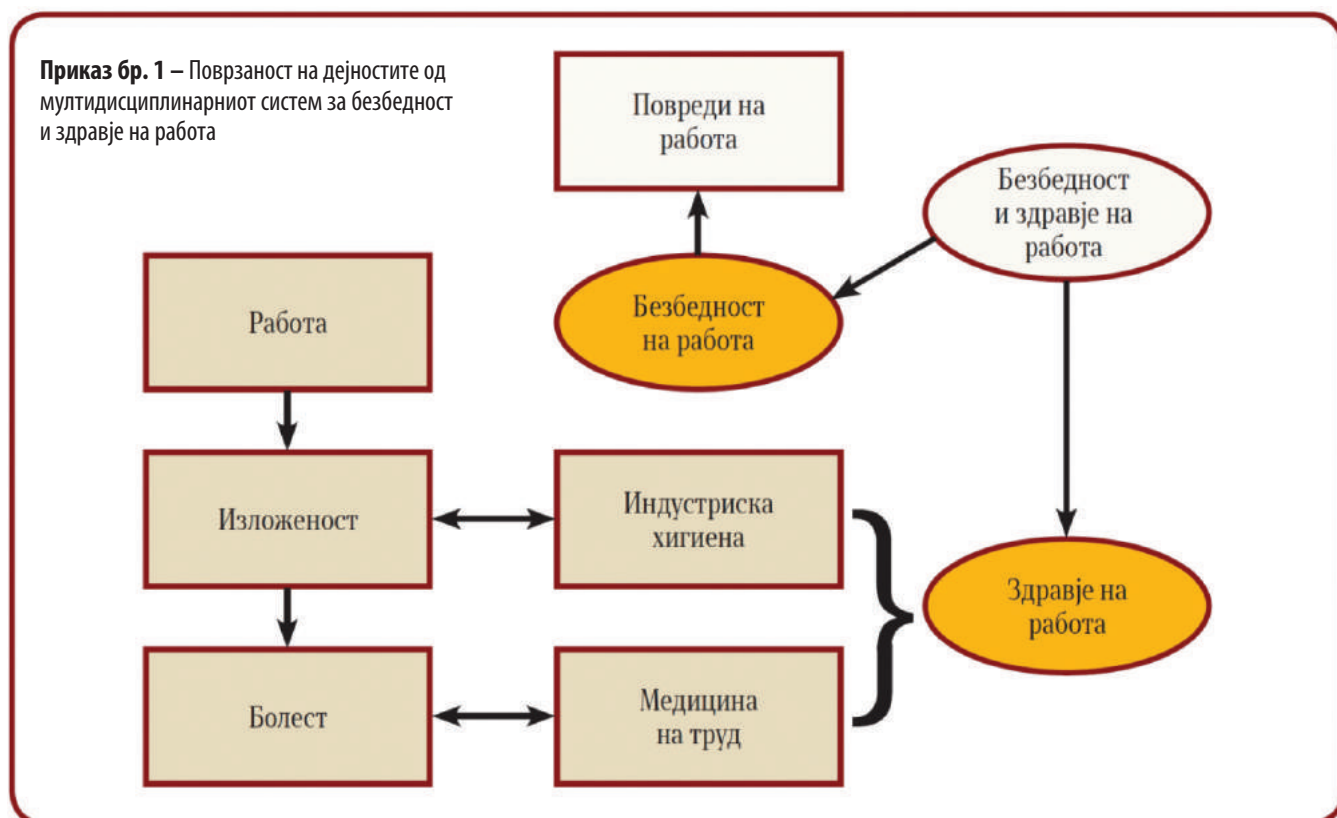
Индустриската хигиена се занимава со предвидување, препознавање, евалуација и контрола на штетностите на работната средина (физички, хемиски и биолошки штетни фактори) на кои се изложени работниците во текот на својата работа, а можат да предизвикаат нарушување на здравјето, појава на професионални болести и болести во врска со работата. Оваа дисциплина е клучна за идентификација на штетности-

те на работното место, како и процена на изложеноста и ризикот на професионално експонираните работници. Својата компетенција експертите од оваа област ја потврдуваат низ национално признаена акредитациона шема која е во согласност со барањата на Меѓународната асоцијација за индустриска хигиена⁽¹⁰⁾.

На следниот шематски приказ е прикажана функционалната поврзаност на сегментите кои партиципираат во градењето на комплексниот систем за безбедност и здравје на работа⁽¹¹⁾.

Од приказот јасно се гледа дека тој систем се состои од два потсистема – безбедност на работа и професионално здравје. Безбедноста на работа претставува збир на мерки и активности кои имаат за цел да се контролираат опасностите што можат да се јават на работно место, а се дефинираат како ненадејни, несакани и непланирани настани што можат да се случат на работното место и доведуваат до повреди на работа. Тука спаѓаат лизгања, паѓања, сопнувања, експлозии, пожари, струјни удари и слични појави за чија превенција во основа се одговорни инженерите за безбедност (safety engineers) или порано кај нас препознаени како инженери за заштита при работа.

Професионалното здравје претставува единство на индустриската хигиена и медицината на трудот. Индустриската хигиена супстратот на својата работа го наоѓа во работната средина и има задача да ги идентификува професионалните штетности што можат да доведат до појава на професионална или болест во врска со работата. На индустриската хигиена се темели можноста за примарна превенција на овие сос-





Тема на бројот

тојби. Но, доколку штетните фактори во работната средина не се елиминираат или минимизираат, тогаш активностите се насочуваат кон медицината на трудот која има за цел секундарна и терцијарна превенција на професионалните болести и повредите на работа – рана дијагноза и терапија на болестите и рехабилитација на работниците-пациенти.

Состојбите во Република Македонија

Република Македонија како членка на Меѓународната организација на трудот (МОТ) ги има ратификувано сите конвенции, протоколи и препораки што се релевантни за безбедноста и здравјето на работа, вклучувајќи ја и последната Конвенција за промотивната рамка за безбедност и здравје на работа бр. 187 од 2006 година ⁽¹²⁾. Оттука произлегува и нашата обврска, врз основа на трипартитен дијалог на Владата со најрепрезентативните организации на работниците и на работодавците за развој на:

- национална политика,
- национална програма и
- национален систем.

Националната политика - секоја земја - членка на МОТ формулира, спроведува и повремено ревидира кохерентна национална политика за безбедност и здравје на работа. Таа во нашата земја е базично утврдена со чл. 32 од Уставот на Република Македонија каде што на секој граѓанин му се гарантира право на работа, слободен избор на вработување и заштита при работа, а тоа понатаму се пренесува во сите сегменти.

Националната програма за безбедност и здравје при работа се однесува на која било национална програма која вклучува цели кои треба да бидат достигнати во претходно одредена временска рамка; приоритети и акциони планови за подобрување на безбедноста и здравјето при работа; како и индикатори за оценување на напредокот. Република Македонија пред една година ја донесе својата Национална програма и стратегијата за безбедност и здравје на работа, која според забелешките на Европската комисија ја губи својата смисла во светло на фактот дека не се реализирани ниту стратешките правци од претходната.

Националниот систем за безбедност и здравје на работа се однесува на инфраструктурата која обезбедува рамка за имплементација на националната политика и националните програми за безбедност и здравје на работа. Секоја држава, потписничка на Конвенцијата воспоставува, одржува, прогресивно развива и периодично го ревидира националниот систем за безбедност и здравје при работа, што вклучува:

- донесување и имплементација на соодветни закони, прописи и колективни договори;
- формирање на национално трипатитно советодавно тело или тела што се занимаваат со проблемите поврзани со безбедноста и здравјето при работа;
- формирање на информативни и советодавни служби за безбедност и здравје при работа;
- обезбедување обука за безбедност и здравје при работа;
- воспоставување на служби за безбедност и на работа;
- истражување на безбедноста и здравјето при работа;
- воспоставување на механизам за прибирање и анализирање на податоци за повреди и заболувања

- воспоставување на релевантни шеми за осигурување од ризик и социјално осигурување кои опфаќаат повреди и болести при работа.

Основа на националниот систем за безбедност и здравје на работа (БЗР) кај нас е Законот за безбедност и здравје на работа (БЗР) од 2007 година, кој е хармонизиран со Рамковната директива за безбедност и здравје на работа на Советот на Европа 391/89 ЕЕС. Оттука, тој ги дава основите за градење на европски ориентиран систем за БЗР, но неговата имплементација е далеку под стандардите што важат во земјите на Европската Унија. Затоа во Извештајот за напредокот постигнат во апроксимација на законодавството за усвојување на правото на ЕУ и подготовките за членство, во поглавјето 19, во делот за безбедност и здравје на работа, со години наназад се среќаваат главно негативни констатации за тоа дека координацијата меѓу релевантните надлежни служби треба да се подобри; дека спроведувањето на законските одредби останува недоволно, дека нема подобрување во спроведување на инспекцискиот надзор и дека нашите капацитети за справување со предизвиците и надлежностите остануваат инсуфициентни ⁽¹³⁾.

Вообичаено сакаме да кажеме дека во изминатите 10 години направивме многу и дека сме модел и лидери во регионот во оваа област. Зошто тогаш процените за состојбите се негативни? Веројатно од очите на објективните проценувачи на нашиот напредок, за секој од погоре спомнатите елементи на националниот систем, не останува незабележано дека:

- Законот за безбедност и здравје на работа се менуваше и дополнуваше десетина пати, но секогаш за дорегулирање на прашања што не се суштински за унапредување на концептот на безбедност и здравје на работа; дека не донесовме правилник за мерење на микроклиматските услови во работната средина иако тој што е во употреба е неважечки и е стар речиси 50 години; дека донесовме правилник за работа на бродови со кој се хармонизира европската директива за комерцијална употреба на морски бродови во морски риболов; дека при работа на отворено при високи и ниски температури Владата со препорака ги ослободува од работа повозрасните и хронично болни работници, наместо работодаците да се обврзат да ги применуваат националните стандарди.
- Советот за безбедност и здравје на работа како националното трипартитно тело се состанува ирегуларно, останува инсуфициентен во извршување и проследување на својата работа и дека тој не може и не смее да ја суспендира потребата за формирање на национално тело, дирекција или агенција за БЗР, по примерот на земјите-членки на ЕУ.
- Целокупното образование на професионалците и обуката на вработените во областа на безбедност и здравје на работа се изместени во својот концепт и дека додипломско, доживотното и образованието на возрасни, што е во надлежност на Министерството за образование и наука, е комплетно суспендирано со воспоставување на стручен испит кој го организира Министерството за труд и социјална политика; дека дипломата за занимање е заменета со уверение за положен стручен испит, а професионалната лиценца за работа со овластување на



стручните лица; дека и по десет години не е утврдена национална акредитациона шема за стекнување на звање и континуирана професионална обука.

- Во Република Македонија постојат 40-тина овластени правни субјекти за безбедност на работа и исто толку овластени установи за медицина на труд и дека ниту една од нив не располага со софистицираната опрема, апаратура, лабораториско-аналитички методи и стручен кадар што се неопходени за спроведување на еколошкиот и биолошки мониторинг на кој се темели целокупната стручна работа во областа на БЗР.
- Истражувањето во областа на БЗР е инсуфициентно и речиси без исклучок му недостасува равојно-апликативна компонента со акцент кон превенција и минимизирање на професионалните ризици.
- И по 10-години се уште нема подзаконски акти со кои би се прецизирале постапките за доставување на индивидуални пријави за професионални болести и повреди на работа, како и збирни евиденции за обемот и видот на извршената работа на овластените правни субјекти, иако Законот за евиденции во областа на здравството и постоењето на Институтот за јавно здравје на Република Македонија како единствен носител на здравствената статистика, ја даваат правната рамка; отсуството на база на податоци за следење на индикаторите на изводливост и за успешност, оневозможуваат донесување на одлуки базирани на докази и креирање на политики насочени кон унапредување на безбедноста и здравјето на работа во Република Македонија.
- Конечно, Република Македонија е меѓу малкуте земји во Европа кои немаат национална шема за осигурување од ризик и соодветни компензациони механизми за работниците со повреди на работа и професионални болести и веројатно поради тоа вистинската имплементација на безбедноста и здравјето на работа останува на маргините на интересот и потребата ⁽¹⁴⁾.

И конечно, каде е тука медицината на трудот? Како и безбедноста и здравјето на работа чии што рамки за дејствување во нашата земја денес се утврдени со меѓународно обврзувачки документи, и медицината на трудот се обидува да го етаблира своето постоење и да ја потврди својата оправданост во здравствениот систем на Република Македонија, носталгично потпирајќи се на искуството од минатото. Но, тоа не е доволно за воспоставување на нов и современ систем за здравствена заштита на работниците што ќе ги следи нивните потреби. За да се постигне тоа потребно е многу знаење, искуство, волја и визија, потребни се нови реформски зафати во согласност со новите здравствени политики, потребни се компаративни анализи и меѓународно потврдени добри практики. Само така медицината на трудот ќе прерасне во респектибилна клиничка медицинска дисциплина која ќе ги следи новите и современи медицински достигнувања во светот во областа на професионалната патологија.

Проф. д-р Елисавета Стикова
УКИМ – Медицински факултет, Институт за јавно здравје на Република Македонија

Литература

1. International Commission on Occupational Health (ICOH). International Code of Ethics for Occupational Health Professionals. 2012. Available from: http://www.icohweb.org/site_new/multimedia/core_documents/pdf/code_ethics_eng_2012.pdf. [Accessed 1st September 2018].
2. Меѓународна комисија за професионално здравје. Меѓународен етички кодекс за стручњациите во професионалното здравје. Available from: <http://iph.mk/wp-content/uploads/2014/09/Megjunaroden-kodeks-na-etika-OSH.pdf> [Accessed 1st September 2018].
3. World Health Organizations (WHO). Occupational Health: About Occupational health. Available from: http://www.who.int/occupational_health/about/en/ [Accessed 1st September 2018].
4. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPC). Objectives of Training in the Subspecialty of Occupational Medicine. 2013. Available from: http://www.royalcollege.ca/cs/groups/public/documents/document/y2vk/mdaw/~edisp/tztest3rcpsc_ed000923.pdf [Accessed 1st September 2018].
5. Occupational medicine Specialists of Canada. The occupational Specialist: An overview. Available from: <http://www.omsoc.org/occupation-specialist-overview.html> [Accessed 1st September 2018].
6. Закон за безбедност и здравје на работа. Достапно на: http://www.mtsp.gov.mk/content/pdf/trud_2017/pravilnici/Zakon%20za%202016,11-zakonBZR.pdf [Пристапено на 1 септември 2018].
7. Закон за здравствена заштита (редакциски пречистен текст). Достапно на: <http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2018/01/ZAKON-ZA-ZDRAVSTVENATA-ZASHTITA-zakluchno-so-br.-37-od-2016.pdf> [Пристапено на 1 септември 2018].
8. Правилникот за специјализациите и супспецијализациите на здравствените работници со високо образование во областа на медицината. Достапно на: http://fmn.ugd.edu.mk/documents/specijalizacii/pravilnik_za_specijalizacii.pdf [Пристапено на 1 септември 2018].
9. Извештај за извршена работа во овластените установи за медицина на труд во Република Македонија за 2017 година. Достапно на: <http://iph.mk/wp-content/uploads/2018/04/Извештај-за-извршена-работа-2017.pdf> [Пристапено на 1 септември 2018].
10. International Association of Industrial Hygiene. What is Occupational Hygiene? Available from: <https://ioha.net/faq/> [Accessed 1st September 2018].
11. Стикова Е. Медицина на труд. Скопје: УКИМ-Медицински факултет; 2012.
12. International Labour Organization. Promotional Framework for Occupational Safety and Health Convention, 2006 (No. 187). Available from: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::N::P12100_ILO_CODE:C187. [Accessed 1st September 2018].
13. Progress report for the Former Yugoslav Republic of Macedonia for 2012-2018. Available from: https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/countries/detailed-country-information/former-yugoslav-republic-of-macedonia_en [Accessed 1st September 2018].
14. Carder M, Bensefa-Colas L, Mattioli S, Noone P, Stikova E, Valenty M, Telle-Lamberton M. A review of occupational disease surveillance systems in the Modernet consortium. *Occup Med.* 2015 Oct; 65(8):615–625

Етички дилеми во медицинската употреба на канабиноидите

Канабиноидите се едни од ретките медикаменти кои се воведени во терапија по сосема обратен редослед од вообичаено – прво се легализира, а потоа се инсистира во стручната јавност дека нема доволно студии ниту докази за безбедна и корисна терапија

Иако бројот на објавените трудови во врска со истражувањето на канабиноидите е во постојан пораст, сепак објавените резултати се ретко конклузивни и дефинитивни, напротив сите истакнуваат дека се потребни понатамошни истражувања

Контроверзиите околу декриминализација на марихуаната заради примена во медицинска терапија се базираат на фактот дека легализацијата се прави под притисок на јавноста, од различни невладини групи, здруженија, групи пациенти и политика, а не врз основа на резултати добиени од научни студии и истражувања. Канабиноидите се едни од ретките медикаменти кои се воведени во терапија по сосема обратен редослед од вообичаено – прво се легализира, а потоа се инсистира во стручната јавност дека нема доволно студии ниту докази за безбедна и корисна терапија. Се повеќе се апелира дека се потребни научни истражувања за удврдување на дејството на канабиноидите кај различни болести, определување на дозата и ефектите во зависност од дозите, несаканите ефекти, особено кај болните во тешка општа состојба.

Стручната јавност се согласува дека достапните научни студии се неконзистентни и ретки. Иако бројот на објавените трудови во врска со истражувањето на канабиноидите е во постојан пораст, сепак објавените резултати се ретко конклузивни и дефинитивни, напротив сите истакнуваат дека се потребни понатамошни истражувања. Во метаанализа на 79 студии (6.462 учесници) објавена во JAMA 2015 е констатирано дека постојат умерено или средно квалитетни студии за потврда на употребата на канабиноиди за третман на хронична болка и спастичитет, а податоци со лош квалитет на студиите кои сугерираат дека канабиноидите имаат влијание на наусеата и повраќањето кај хемотерапија, добивање во тежина на ХИВ пациентите, нарушување на сонот. Освен тоа, констатирано е дека употребата на канабиноидите е поврзано со зголемен ризик од несакани дејства.

Cannabis sativa, растението од кое се добива хашиш и марихуана, е позната многу одамна, но се употребувала само за религиозни цели, а подоцна и медицински. Рекреационата употреба и широката распространетост е од поново време заради пријатното психоактивно дејство. Од растението се изолирани над 80 активни супстанции од кои на третрахидрокананоидот (ТХЦ) кој е изолиран во 1964 година му се

припишува најјакото психоактивно дејство. Се смета дека марихуаната со сите активни супстанции има посило дејство отколку поединечно изолираните супстанции (entourage effect).

Марихуаната е се уште вброена во Групата I во Конвенцијата за психоактивни супстанции на ОН, и во Актот за контролирани супстанции на УС, заедно со хероинот, ЛСД, екстази и други супстанции за кои се смета дека претставуваат голем ризик за злоупотреба и зависност, а немаат медицинска употреба. Со легализацијата на медицинската марихуаната дозволени медикаменти со ТХЦ во различна концентрација.

Во повеќе земји долго време се води кампања и се прават обиди марихуаната да се префрли во друга група на психоактивни супстанции но стручната јавност е на мислење дека нема доволно научни податоци за безбедно легализирање на марихуаната.





И покрај ваквата класификација марихуаната е најчесто и најшироко употребувана дрога во светот, заради општо раширеното мислење дека е лесна дрога и не предизвикува зависност како опиоидите и стимулансите. Навистина, ризикот е помал за развивање на зависност во споредба со кокаинот 20%, хероинот 25% и тутунот 30%, но сепак 9 % од оние кои редовно употребуваат марихуана развиваат зависност, особено во адолесценцијата.

Медиумската кампања и притисок од разни организации и здружение ја промовира марихуаната безмалку како панацеа. Со бројни анегдотски искуства се промовира како лек за малигни болести. Иако бројот на научните студии кои го проучуваат антиканцерогениот ефект на марихуаната преку различни механизми на апоптоза, ангиогенеза, сепак тоа се почетоци и најчесто лабораториски студии и помал број студии на лабораториски животни. Истото се однесува и на промоција на марихуаната кај болни од Алцхајмер, иако истражувањата се во почетна фаза. Долга е листата на болести за кои марихуаната “се препорачува“ како лек: глауком, епилепсија особено кај деца, мултипла склероза, траума на рбетниот столб .

На етикетата на 5% масло од коноп кое се продава кај нас, е наведено дека делува и превентивно: “Може да се употребува и при превенција од кардиоваскуларни болести – помага при регулирање на крвниот притисок, ја подобрува работата на срцето, делува кардиопротективно, може да помогне во регулирање на покачени концентрации на липиди и холестерол во крвта, може да помогне во релулирање на покачена концентрација на гликоза во крвта.“

Во вакво опкружување, соочен со неконзистентна и недоволна стручна литература, практично е невозможно докторот да се води од основните постулати на медицината базирана на докази. Од друга страна, изложен е на голем притисок од пациентите и нивните семејства кои се полни со информации насобрани на интернет од непроверени и популарни сајтови, написи по весниците, прераскажани анегдотски искуства.

Докторот - терапевт е изложен пред предизвик како да постапува во ситуација кога нема доволно податоци и не може сам да извлече заклучок врз основа на објавени трудови и сигурни патокази за лекување со марихуана. Дилемата со која е соочен : кому, во колкава доза и кога да препише марихуана е потенцирана и од непознавањето на несаканите ефекти и ризикот кој можеби постои при терапија со канабиноиди.

Во литературата може да се најдат податоци за евентуално штетно влијание на марихуаната, но се уште

овие студии се малку на број и со ограничен број на испитаници. Прифатено е дека кај 9% од оние кои рекреативно и редовно употребуваат марихуана се јавува зависност. По консумацијата се јавува краткотраен когнитивен ефект – нарушување на меморијата, чувството за време, сензорна перцепција, внимание, вербална флуентност, време на реакција, а долготраен когнитивен ефект – губење на способност за учење и помнење на нови инфомрации.

Нарушувањето на когнитивните функции како резултат на хемотерапијата може да се потенцира со употреба на канабисот е хипотеза која се испитува во текот е научна студија. По половина час од администрацијата се јавува анксиозност, агитираност, илузии, деперсонализација, халуцинации, параноидни идеи, нарушување на вниманието и прочната. Орална администрација покажува помалку симптоми заради намалување на биодостапноста. Висока доза предизвикува конфузност, хипотензија, хипотермија, психијатриски манифестации дури и психоза

Во текот на својата работа докторот треба да се раководи од основните постулати на етичкото однесување во својата професија. Primum non nocere, на никој начин да не го влоши здравјето на својот пациент. Тоа значи дека мора да знае што и во колкава доза препишува и дали може да се јават несакани ефекти од терапијата.

Иако автономијата на пациентот, односно неговото право сам да одлучува во врска со начинот на лекување, е уште едно неприкосновено право на пациентот, сепак тој не може и не смее сам да одлучува како и со што ќе се лекува. Ова е особено важно во случајот со марихуаната. Заради медиумските кампањи, реклами, анегдотски непроверени искуства пациентите и нивните семејства инсистираат и бараат да им се препише терапијата.

Во ваква атмосфера, докторот има неколку можности

- да не препишува, затоа што нема доволно податоци дека марихуаната е корисна и безбедна за примена;
- да препишува само во одредени случаи, кога на пример другите медикаменти имаат слабо дејство или не делуваат;
- да се однесува опортуно, под притисок на пациентите да препишува редовно со мисла дека можеби корист нема, ама нема ниту пак поголема штета.

Оваа етичка дилема секој доктор мора сам да ја разреши. Иако недоволна, тој е должен да ја проучи достапната литература и новите истражувања, особено во однос на можните несакани последици на терапијата. Давањето лажна надеж, со додатно финансиско оптоварувања на семејствата, без сигурни податоци за ефикасноста на препишаната доза, не спаѓаат во групата на морални и етички особини достоини на доктор кој дал заклетва дека чесно ќе ја извршува својата професија.

Прилагодувањето на желбите на пациентот, модата и политиката на популизам, сепак, не е став кој треба да го поддржува доктор кој ја почитува својата професија, заклетвата што ја дал и своето достоинство.

*Проф. д-р Биљана Јанеска,
Институт за судска медицина,
криминалистика и деонтологија*



Јубилеј



„Vox medici” – првите 100 броја

„Vox medici” е втемелен на 31 март 2001 година, како продолжение на тогашниот „Билтен“ - гласило на Лекарската комора, кој почна да излегува во декември 1992 година, односно од самото формирање на оваа професионална асоцијација. „Vox medici” уште при неговото конципирање беше детерминиран како информативно, едукативно и стручно списание. Зад идејата за негово прераснување во современо списание стои првиот претседател на Лекарската комора, проф. д-р Алексеј Дума, а во тоа ја имаше целосната под-

дршка на органите на телата на Комората. Уредувачката функција на „Vox medici” му беше доверена на уредникот на „Билтенот”, проф. д-р Спасе Јовковски.

Со тоа „Билтенот”, кој се печатеше повремено и во ограничен тираж, прерасна во модерно списание – „Vox medici”, чиј прв број излезе во 5.700 примероци.

Името на новото списание „Vox medici” (гласот на докторите) го предложи проф. д-р Катица Зафировска, тогашен член на Уредувачкиот одбор, која под-

оцна стана главен и одговорен уредник на списанието.

Почетоците на „Vox medici” ги карактеризираше ентузијазам и самопрегор на сите членови на тогашниот уредувачки одбор. Во изминативе 17 години, зад списанието стојат пет уредувачки одбори и четворица главни и одговорни уредници. Со последни статутарни измени, уредувачкиот одбор на „Vox medici” прерасна во комисија за информативно-пропагандна и издавачка дејност. Во подготовките на стотата броја на „Vox medici” се објавени



Во општество, во кое вредносните критериуми се релативна категорија и јубилеите ја делат истата судбина. Во социјалистичката општествена заедница јубилеите беа алатка за подигнување на моралот на граѓаните, на некој начин, свртување на вниманието од објективните тешкотии со кои тие се соочуваа, значи, прославувањето на јубилеите беше охрабрување на неизвесниот пат кон подобро општествено уредување.

Меѓутоа, нашиот јубилеј, одбележувањето на 100. број на „Vox medici”, треба да претставува потсетување на почетокот на креирањето на посебно значаен општествен субјект-формирањето на Лекарската комора на Македонија. Идејата да се востанови информативно гласило на Комората се реализира со формирањето на Билтен на Лекарската комора.

Основна цел беше да се информираат докторите во нашата Република за активностите на Комората, без претензии

за етаблирање на списание со дефиниран стручен профил. Уредувањето на Билтенот главно го вршеа вработените во Стручната служба на Комората. Но, во периодот кој следеше, кон средината на деведесеттите години од минатиот век, Лекарската комора стана значаен општествен чинител. Билтенот веќе имаше своја Редакција која многу посветено го подготвуваше секое ново издание. Гласилото се ребрендираше - не само со препознатливо име – „Vox medici”, туку и со стандарден формат и содржини. Извршниот одбор на Комората имаше функција на Издавачки совет, кој го оценуваше повремено функционирањето на списанието, на мошне коректен начин, што претставуваше охрабрување на членовите на Редакцискиот колегиум да го креира „Vox medici” и да го достигне потребното професионално ниво.

Изразувајќи почит кон членовите на сите досегашни Редакциски колегиуми, за нивното ангажирање, да им посакаме долг живот и добро здравје.

**Проф. д-р Спасе Јовковски,
прв главен и одговорен уредник на „Vox medici”**



Во „Vox medic“ се објавени неколку илјади текстови, разговори, стручни информации, трудови, колумни и други содржини, потпишани од повеќе од 1.000 соработници од земјава и од странство



Задоволство ми е да го честитам стотиот број на „Vox medic“ на сите кои придонеле за овој јубилеј. Им оддавам признание на уредувачките одбори и уредниците, минатите и сегашните, на истражувачите и авторите на текстовите за нивната работа и истрајност за постигнување на овој успех. Еден ваков јубилеј нуди не само изобилство на историја, туку и изобилство на носталгија, бидејќи еден напис, или дури еден единствен наслов или фотографија можат да поттикнат наплив од сеќавања за тоа кои сме биле, кои сме и кои сакаме да бидеме како лекарска фела.

Лекарите, заради карактерот на нивната работа секогаш биле отворени кон новото, ги гледале работите од различни агли и биле подготвени да ги поместуваат границите ако тоа ја подобрувало колективната благосостојба, а „Vox medic“, од својот прв број беше местото каде што тие ги споделуваа новостите и своите

стручни и научни постигнувања, се едуцираа од експертите, дебатираа за многу проблематични или контроверзни аспекти на својата работа и го бранеле дигнитетот на својата професија. „Vox medic“ за многу аспекти на докторската работа и нивната улога во општеството, навистина беше нивниот гласноговорник. Но, за жалост, мислам дека „Vox medic“ се уште, до денешен ден, во потполност не си го заслужува името – Глас на докторите. Иако имаше обиди тој да биде и вистински нивен глас - форум за слободно изнесена мисла, за афирмација на идеи, за конфронтација на ставови и за се` што еден форум го прави форум, се досега лекарите немаа сенс за таква јавна комуникација преку својот гласник. Можеби треба уште малку зреење (само на лекарите или на сите нас во земјава ?).

Посакувам страниците на „Vox medic“ да продолжат да искрат од информации, дебати, едукација и отворена мисла, а списанието да се развива, затоа што очекувам и оние за кои е наменето-лекарите во Р. Македонија да продолжат да се усовршуваат и да ги креваат стандардите за квалитет и етичност во својата работа за да можат успешно да го унапредуваат здравството и здравствениот систем во земјата, а се` за благосостојба на сите наши граѓани.

Проф. д-р Катица Зафировска,
Поранешен главен и одговорен уредник

неколку илјади текстови, разговори, трудови на повеќе од 1.000 соработници од земјава и странство. На самиот почеток, основните цели на „Vox medic“ беа дефинирани како етаблирање на Комората меѓу членство, односно информирање за нејзините активности и улога што ја има во општеството, а со тек на време, списанието, со своите содржини стана достапен извор за професионално информирање, не само за работата на Комората, туку и за другите актуелни теми во македонското здравство, како и релевантна база за професионално информирање, како и за едукација на докторите.



Како информативно, едукативно и стручно списание, гласилото на Лекарската комора на Македонија „Vox medic“ беше и, искрено верувам, ќе остане доспеден извор за професионално информирање, но и за едукација на докторите за актуелните прашања во здравствениот сектор, но и за новините и достигнувањата во превенцијата, дијагностиката и третманот на заболувањата и во грижата за здравјето.

Ми претставува особена чест што во еден период и јас како главен и одговорен уредник бев дел од тимот на „Vox medic“.

Верувам дека дадовме белег во неговата содржина, пред сè со прилозите кои беа тематски посветени на определена област во медицината. Притоа, секогаш имавме предвид дека медицината е егзактна наука која се темели на проверени и проверливи факти и дека таква треба да е и содржината на објективно, непристрасно и стручно списание.

Ја користам оваа можност да им се заблагодарам на сите

оние кои во изминатив период соработуваа со „Vox medic“ со уверување дека таа соработка во иднина не само што ќе продолжи, туку и ќе се интензивира. Во прв ред во интерес на нас докторите.

Упатувам искрени честитики по повод излегувањето на јубилејниот 100-ти број на „Vox medic“ кој во изминативе години со своите содржини стана препознатлив не само кај докторите, туку и пошироко. Верувам дека и во иднина ова наше списание ќе ги надградува и збогатува неговите страници и дека ќе одговори на потребите на докторите од сите нивоа на здравствена заштита и дека, од една страна, ќе ги следи тековите кои ги наметнува современата медицина како резултат на постојаниот напредок на науката, а, од друга, ќе информира за актуелностите во македонското здравство и проблемите со кои тоа се соочува. На тој начин даваме драгоцен придонес кон унапредувањето во промоцијата на јавното здравје.

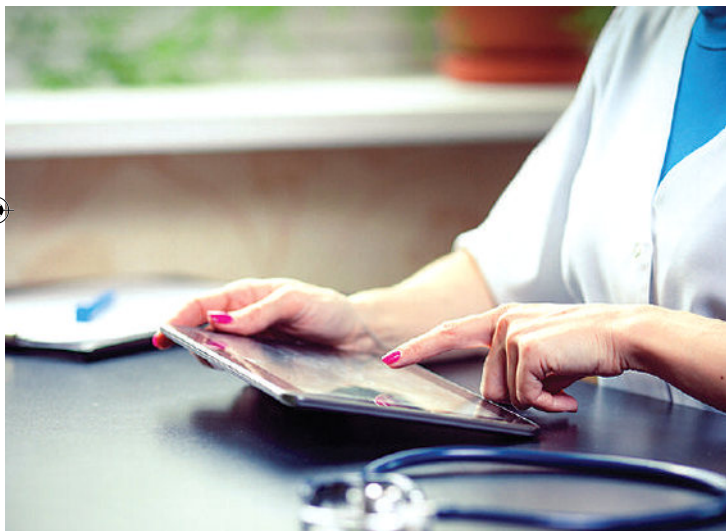
Проф. д-р Михаил Кочубовски,
поранешен главен и одговорен уредник



Јубилеј

Составен дел на „Vox medici“, во целиот овој период беа и текстовите за сите оние поединци, кои на овој или оној начин, имаа значајна улога во развојот на македонското здравство, оние кои дадоа несебичен придонес во почетоците на организирањето на здравствената заштита и подобрувањето на здравствената состојба на населението на овие простори. Секако, тука се и содржините посветени на основоположниците и на сите оние, кои одиграа клучна улога за македонската медицина, како и во поставувањето на темелите на првите образовни институции, но пред сè, за придонесот на првите лекари-наставници во основањето и во иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје.

Излегувањето на „Vox medici“, од неговите почетоци до денес, е поддржано и од голем број фармацевтски куќи и компании, со кои списанието имаше одлична соработка и на кои, во оваа прилика, несомнено, треба да им се искаже благодарност за довербата што ни ја дадоа и што ни ја даваат во подготовката на „Vox medici“.



Како и да е, стоте броја на „Vox medici“ се потврда дека во изминатиов период се етаблира меѓу докторите, но одбележувањето на ваквите јубилеи не треба да се разбере како некаква можност за самопромоција, туку во прв ред како можност на која треба да се фокусираме на заложбите за збогатување и за подигнување на квалитетот на списанието за да бидеме уште поактуелни и почитани меѓу докторите. На таа патека на напредок е потребно, токму докторите да дадат свој придонес, не само да се одржи стекнатото, туку и да се надгради. Секогаш се добредојдени идеи и предлози за нови содржини, а можноста за проширување на соработката, како и досега, останува отворена на патот кон подобар и содржински побогат „Глас на докторите“.

Vox medici

Главен и одговорен уредник: проф. д-р Сапсе Јовковски

Уредувачки одбор: проф. д-р Билјана Јаневска, д-р Соња Талева-Илчевска, проф. д-р Ратко Наумовски, проф. д-р Анастасика Поповска, проф. д-р Катица Зафировска и проф. д-р Делка Стојановска

Главен и одговорен уредник: проф. д-р Сапсе Јовковски

Уредувачки одбор: проф. д-р Билјана Јаневска, проф. д-р Љубица Георгиевска-Исмаил, проф. д-р Анастасика Поповска, проф. д-р Мирјана Кочова, проф. д-р Катица Зафировска, проф. д-р Делка Стојановска и д-р Дугадин Османи

Главен и одговорен уредник: проф. д-р Катица Зафировска

Уредувачки одбор: д-р Софија Галбова-Вчкова, д-р Мерима Зафировска, д-р Оливер Зафировски, проф. д-р Ниноскав Ивановски, проф. д-р Спасе Јовковски, д-р Шенаси Јусуфи, д-р Горан Младеновски, д-р Владимир Плавеvски, д-р Арбен Таравари и виш. науч. сор. д-р Мирјана Шошолчева

Главен и одговорен уредник: проф. д-р Михаил Кочубовски

Уредувачки одбор: Асс. д-р Шабан Мемети, д-р Елица Станишлевиќ, д-р Македонка Попова-Спасеска, д-р Атип Рамадани, Проф. д-р Азис Положани, проф. д-р Спасе Јовковски, д-р Катерина Дамевска, д-р Селим Черкези, проф. д-р Костандина Корнети – Пекевска, д-р Беќим Поцеста, д-р Ели Карчева-Сарајлија, прим. д-р Билјана Ефтимовска, д-р Антони Делиниќолов, д-р Реџеп Селамни, проф. д-р Зоран Спиrowска, д-р Добра Андоновска, д-р Татјана Баевска

Комисија за информативно – пропагандна и издвачка дејност

Претседател: д-р Оливер Алексовски

Членови: д-р Ирфан Ахмети, д-р Атила Реџеџи, д-р Владимир Аврамовски, д-р Александар Димовски

Уредници: Виктори Јаковлевски, Јосиф Џочков, Ристе Недановски

Графички уредници: Бобан Козаров, Елена Димитрова, Октај Омераѓиќ, Владимир Бачваровски

Лектори: Снежана Стојановиќ, Наташа Главичиќ, Живко Мартиновски

Печатење: ”БС”, ”Графички центар”, ”Европа 92”, ”Arcuss Design”

ТЕСТИРАЈ ГО СВОЕТО ЗНАЕЊЕ

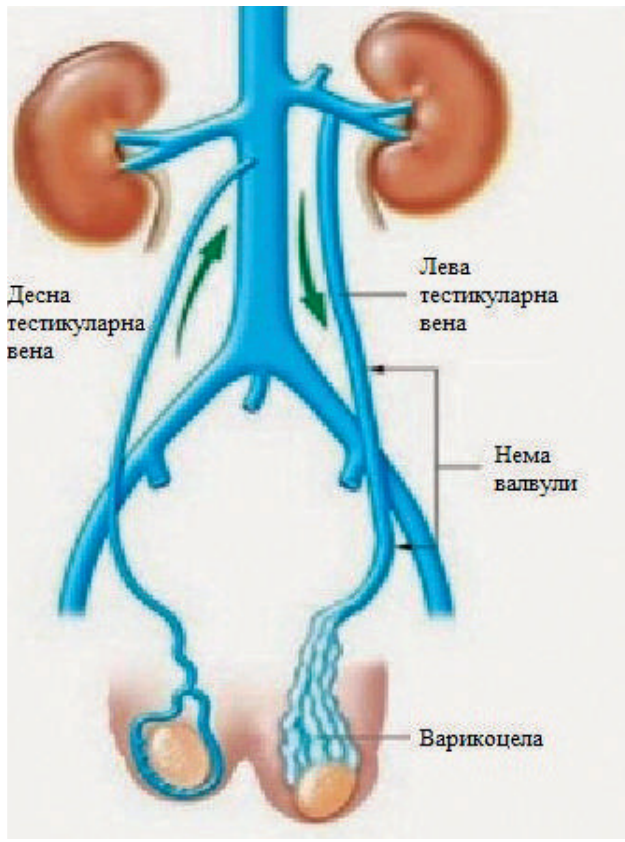
Уредува проф. д-р Катица Зафировска

Левострана тестикуларна варикоцела

Приказ на случајот: Маж на четириесет години забележал од пред неколку месеци прогресивно зголемувачка маса во скротумот од левата страна. Безболна е, но предизвикува дискомфорт.

При прегледот сите витални знаци се нормални, како и наодот на белите дробови, срцето и абдоменот. При прегледот на левиот скротум се открива варикоцела со класичниот наод на „кеса со црви“ при палпација. Еднакво е присутна и во лежечка и во стоечка положба, односно не се намалува во лежечка положба. Кој следен дијагностички чекор е најсоодветен кај овој случај ?

- а. совет за носење на лабава долна облека и контрола по 1-2 месеци;
- б. ултразвучен преглед на скротумот;
- в. КТ скен на абдоменот и на карлицата;
- г. одредување на нивото на алфа-фетопротеинот и на хуманиот хоринонски гонадотропин;
- д. одредување на нивото на тестостеронот и на лутеинизирачкиот хормон во серумот.



Одговор: Најсоодветен дијагностички чекор кај маж со новонастаната левострана варикоцела која не се намалува во легната положба е КТ скен на абдоменот и на карлицата.

Варикоцелите се чести и се сретнуваат кај околу 15% од возрасната машка популација и кај околу 20% од адолесцентни мажи. Најчесто се јавуваат на возраст меѓу 15-25 години. Обично се формираат во текот на пубертетот и почести се од левата страна (90-98%), а многу ретко се јавуваат обострано. Варикоцела се јавува почесто од левата страна бидејќи левата тестикуларна вена е подолга и се отвора во левата ренална вена под остар агол, додека десната се влева директно во пошироката долна шуплива вена (слика 1). Бенигните варикоцели е типично дека се многу помали во легната позиција отколку во стоечка.

Варикоцела која не се намалува во легната позиција треба да побуди сомневање за ретроперитонеална или абдоменална маса. Таа тогаш се јавува заради блок и притисок или од тромбоза на левата ренална вена заради туморот, или заради надворешна компресија од туморската маса. Левострана варикоцела се смета за класичен презентирачки знак кај реноклеточен карцином и други интраабдоменални тумори.

Затоа, најсоодветниот дијагностички чекор кај левострана варикоцела која не се намалува во лежечка положба ќе биде КТ скен на абдоменот и карлицата за да се исклучи или потврди интраабдоменален, односно ретроперитонеален тумор. Иако ултразвучниот преглед на скротумот ќе го потврди постоењето на варикоцелата, нема да ја утврди причината за нејзиното насмеалување во лежечка положба.

Лабораториските тестови за хипогонадизам, односно за тестикуларен канцер не се индицирани, а одложувањето на дијагностичката постапка и следењето на состојбата не придонесува за утврдување на примарната причина за наодот при физикалниот преглед.

Литература

- Peng-chao Li, Jia-yi Zhang, Yan-yan Xiu, Sheng Liu, Jin-guo Xia, Hai-bin Shi, Ning-hong Song. (2018) Varicocele due to renal arteriovenous malformation mimicking a renal tumor: a case report. Journal of Medical Case Reports 12:1.
- El Abiad Y, Qarro A (yassinealabiad@gmail.com). Acute varicocele revealing renal cancer. N Engl J Med. 2016;374:2075-2076. Fanourios Georgiades, Andreas Stylianides, Philippe Grange, Chryssanthos Kouriefs. (2016) When Physical Examination Signs Point to Sinister Causes. Urology 97, e23-e24.
- Roy CR et al. Varicocele as the presenting sign of an abdominal mass. J Urol 1989 Mar 1; 141:597.



ИЗМЕНИ ВО ЗАКОНОТ ЗА ЛЕКОВИ И МЕДИЦИНСКИ СРЕДСТВА

Паралелен увоз само со оригинален сертификат од производителот

Во јуни годинава Собранието на Република Македонија донесе Закон за изменување и дополнување на Законот за лековите и медицинските средства, кој е објавен во „Службен весник на Република Македонија”, бр 113 /18, со кој, пред се, се менуваат и допрецизираат одредбите за паралелен увоз на лекови.

Согласно Законот за лекови и медицински средства паралелниот увоз на лекови е увоз на лек што има одобрение за ставање во промет и се наоѓа во употреба во земја - членка на Европската Унија или во Швајцарија, Норвешка, Канада, Јапонија, Израел, САД, Русија или Турција и е произведен од ист производител на лек што има добиено одобрение за ставање во промет во Република Македонија со иста фармацевтска форма, јачина и пакување и за кој има издадено одобрение за паралелен увоз од страна на Агенцијата за лекови и медицински средства на база на значителна сличност на двата лека. Паралелен увоз на лекови може да врши веледрогерија која има одобрение за промет на големо со лекови и медицински средства и одобрение за делови од процесот на производство (ставање налепница и вметнување на упатство за употреба) издадено од надлежен орган во Република Македонија, како и здравствена установа која паралелниот увоз го врши исклучиво за сопствени потреби и не смее да врши промет со паралелно увезените лекови.

Со Законот за изменување и дополнување на Законот за лековите и медицинските средства се допрецизира одредбата

за добивање на одобрение за паралелен увоз на лек според која веледрогеријата, односно здравствената установа до Агенцијата за лекови и медицински средства, покрај другото утвредено во постојниот закон, ќе достави и сертификат од анализа на квалитетот на лекот од производителот што е предмет на паралелен увоз, приложен во оригинал; сертификат од анализа на квалитетот на лекот од лабораторија овластена од надлежен орган на земјата производител на лекот или на земјата извозник на лекот за вршење на соодветното испитување на лекот или лабораторија овластена од Агенцијата, а за вакцини и лекови добиени со преработка на човечка крв или човечка плазма ОЦАБР сертификат (Сертификат за пуштање на серија на лек во промет од официјална лабораторија за контрола на лекови) издаден од лабораторија во ОМЦЛ мрежата; изјава дека ќе се обезбедат писмени докази за обезбедување на следливост на лекот од местото на производство до седиштето на носителот на одобрението за паралелен увоз и доказ дека писмено е известен носителот на одобрението за ставање на лекот во промет на територијата на Република Македонија за намерата да се врши паралелен

За добивање на одобрение за паралелен увоз на лек е предвидено да се достави и сертификат од анализа на квалитетот на лекот од лабораторија овластена од надлежен орган на земјата производител на лекот или на земјата извозник на лекот или од лабораторија овластена од Агенцијата, а за вакцини и лекови добиени со преработка на човечка крв или човечка плазма ОЦАБР сертификат (Сертификат за пуштање на серија на лек во промет од официјална лабораторија за контрола на лекови) издаден од лабораторија во ОМЦЛ мрежата...



увоз. Со ваквото допрецизирање треба да се обезбедат предуслови за обезбедување сигурни, квалитетни и безбедни лекови за потребите на пациентите и избегнување на евентуалните можности од појава на супстандардни лекови во земјата.

Друга значајна измена на постојниот Закон се однесува на одредбата со која се уредува прометот на сериите на паралелно увезен лек. Според измената на Законот, Агенцијата издава одобрение за пуштање во промет на секоја серија на паралелно увезен лек (не само на првата серија) откако подносителот на барањето ќе достави: сертификат од анализа на квалитет на лекот што е предмет на паралелен увоз од производителот приложен во оригинал и се однесува на земјата извор на паралелен увоз; сертификат за спроведена контрола на квалитет издаден од овластена лабораторија од Агенцијата или од овластена лабораторија од страна на надлежен орган на земјата производител на лекот и писмени докази за следливост на лекот од местото на производство до седиштето на носителот на одобрението за паралелен увоз согласно со начелата на добрата дистрибутивна практика. За пуштање во промет на секоја серија на паралелно увезена вакцина и лек добиен со преработка на човечка крв или човечка плазма потребно е до Агенцијата да се достави: сертификат од анализа на квалитетот на лекот што е предмет на паралелен увоз од производителот приложен во оригинал и се однесува на земјата извор на паралелен увоз; ОЦАБР сертификат (Сертификат за пуштање на серија на лек во промет од официјална лабораторија за контрола на лекови) издаден од лабораторија во ОМЦЛ мрежата и писмени докази за следливост на лекот од местото на производство до седиштето на носителот на одобрението за паралелен увоз согласно со начелата на добрата дистрибутивна практика. На овој начин треба да се обезбеди подобра контрола на секоја серија лек која се увезува по пат на паралелен увоз во Република Македонија.

Покрај овие, се вршат и други промени и дополнувања на Законот кои се однесуваат на допрецизирање на одредбите за означување на надворешното пакување на лекот за на здравствените работници потребните податоци да им бидат лесно и постојано достапни, се намалува бројот на членовите на Комисијата за зголемување на цените на лековите и се утврдува времетраењето на мандатот на Комисијата и се одлага обврската за правното лице кое врши промет на мало со лекови за обезбедување едно лице со високо образование од областа на фармацевтијата кое ќе биде постојано присутно во смена во аптеката најдоцна до 1 јануари 2020 година.

Со преодните одредби се уредува прашањето на започнатите постапки до денот на стапувањето во сила на Законот за изменување и дополнување, така што постапките за добивање на одобренија за паралелен увоз на лекот ќе завршат согласно со одредбите од новиот закон, постапките за издавање одобренија за пуштање во промет на секоја серија на паралелно увезен лек по договори склучени по завршени тендери за јавни набавки ќе се завршат согласно со одредбите од Законот за лекови и медицински средства („Службен весник на Република Македонија“, број 106/2007, 88/10, 36/11, 53/11, 136/11, 11/12, 147/13, 164/13, 27/14, 43/14, 88/15, 154/15, 228/15, 7/16 и 53/16), а издадените одобренија за паралелен увоз на лек ќе важат се до истекот на рокот за кои се издадени.

Б.А.

Проф. д-р Лазар Шендов

(1943-2018)

На 21 јуни годинава почина проф. д-р Лазар Шендов, анестезиолог кој целиот свој работен век го помина на Клиниката за ортопедски болести на Медицинскиот факултет во Скопје.

Проф д-р Лазар Шендов е роден во Скопје во 1943 година. Основното и средното образование го завршил во родниот град, а Медицинскиот факултет во Белград, каде што се префрла по скопскиот земјотрес во кој ги загуби двајцата родители и својата сестра. Веднаш по завршување на студиите во 1970 година се вработува на Ортопедската клиника, завршува специјализација и работи се до пензионирањето во 2008 година. Работниот и стручен опус на проф. д-р Лазар Шендов е многу значаен за развитокот на македонската анестезиологија. Тој е еден од првите дваесетина анестезиолози во нашата држава и еден од неколкутемина кои имаа можност да поминат подолготрајни престои во странство во тоа време. Така, тој поминува 6 месеци во St. Tomas Hospital и Royal Norton Hospital во Лондон, потоа во Каролинската болница во Стокхолм, во Касел, Виена и во Данскиот кралски експериментален институт, а имал и работни престои во Холандија и Малта.

Како резултат на овие престои применува многу нови методи, меѓу кои е најважна примената на централните невроаксијални блокови кои во тоа време тукушто почнаа да се воведуваат и по кои Ортопедската клиника стана позната во тогашната Југославија. Од тогаш потекнува и неговата љубов кон алгологијата, како резултат на која со огромна негова заложба во 1998 година е отворен и првиот Центар за третман на болка во Мајчин дом во Скопје. Тој беше пионер и во примената на блокот на р. brachialis, РИВА, интенционата хемодилуција, автологната хемотрансфузија итн.

Проф д-р Лазар Шендов целиот свој животен век сакаше да се занимава со педагошка дејност. Низ Ортопедската клиника поминаа речиси сите денешни колеги кои како специјализанти се стекнуваа со знаења за примена на регионални техники. Исто така, тој учествуваше и во едукацијата на студентите по медицина и стоматологија и студентите на Високата школа за радиолошки техничари. Стручната и научната активност на проф. д-р Лазар Шендов, исто така, е обилна. Тој докторира во 1995 година на експериментална тема во врска со височината на епидуралниот блок и неговата зависност од количината и дензитетот на дадениот анестетик. Автор е на 80-ина стручни трудови, од кои апсолутно најмногубројни се оние во врска со регионалните анестезии, како и теми во врска со лекувањето на хроничната болка. На овие теми водел и многубројни панели на стручни конгреси и состаноци, особено во поранешна Југославија. Еден мандат беше генерален секретар на Здружението на анестезиолозите на Југославија, а во два мандата беше и претседател на Здружението на анестезиолозите на Македонија. Почесен член беше на МАДОТ, редовен член на ПАССС, а еден период и член на Извршниот одбор на WFSA.

Проф д-р Лазар Шендов ќе остане во сеќавањата на неговите современици како човек со изразен личен шарм. Неговото однесување беше секогаш забележливо а неговите коментари и забелешки оригинални и побудуваа секогаш внимание. Со својата музичка наобразба честопати умееше да седне пред пијаното и нашите стручни средби и дружења да ги направи попријатни. По својата смрт остави сопруга, две ќерки, од кои едната е лекар и две внуциња.

Нека му е вечна слава !

Проф. д-р Ј. Нојков

ЕНДОКРИНОЛОГИЈА

Нова можност за подобро справување со постпрандијалната гликемија кај лица со дијабетес – УЛТРАБРЗОДЕЈСТВУВАЧКИ ИНСУЛИН АСПАРТ

Согласно достапните информации од спроведените клинички студии може да се заклучи дека посебен бенефит од употребата на ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт може да имаат лица со дијабетес кај кои со постојната терапија не се постигнати оптимални гликемиски вредности. Ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт нуди нова можност за подобро справување со постпрандијалната гликемија, а со тоа и оптимизирање на гликемиската контрола во целост

Клучни метаболни нарушувања кои се одговорни за развојот и прогресијата на дијабетесот се нарушената инсулинска секреција која резултира од намалената β -клеточна функција, зголемената хепатална продукција на гликоза и намалената периферна искористеност на гликозата. Современиот пристап во терапијата на дијабетесот се

фокусира не само на намалување на плазматската гликемија, туку и на одложување на прогресијата на болеста со рано воведување на терапија која ќе го одложи настанувањето на хроничните дијабетични компликации.

Едно од најмоќните оружја кои современиот дијабетолог ги има на располагање во терапијата на дијабетесот е секако инсулинската терапија. Изминатата деценија беше одбележана со воведувањето на инсулинските аналози во терапијата на дијабетесот, кои со својот профил на дејство овозможуваат значително намалување на стапката на хипогликемии и поголема флексибилност во администрацијата на инсулинот во споредба со регуларните хумани инсулини. Не постои дијабетолог кој нема да каже дека воведувањето на инсулинските аналози беше револуција во современиот третман на дијабетесот.

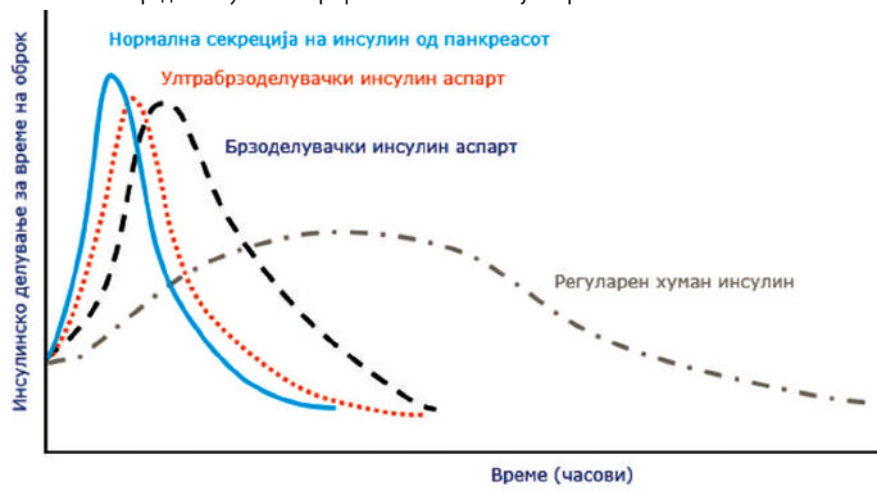
Се чини дека на повидок е нова револуција во терапијата на дијабетесот – новиот ултрабрзоделувачки инсулин

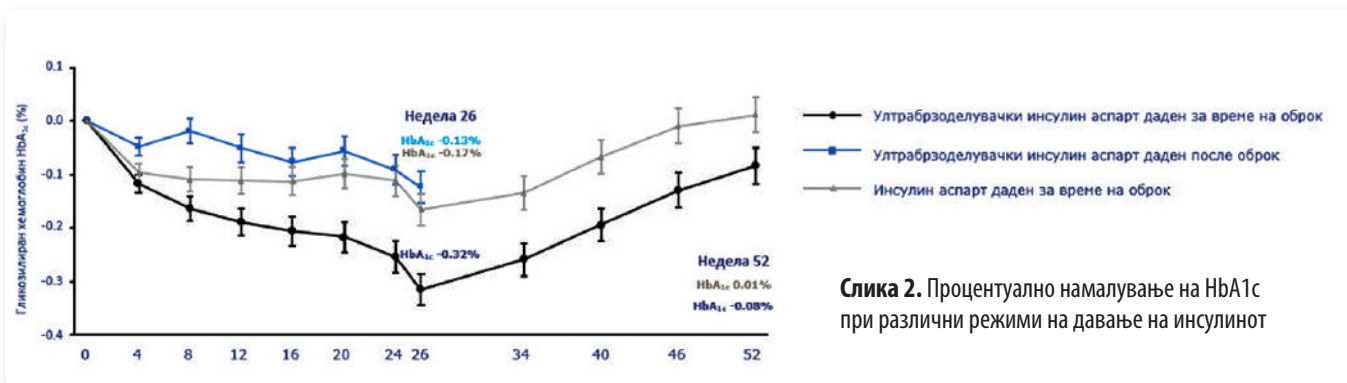
аспарт (fast-acting insulin aspart). Станува збор за иновативна побрза формулација на прандијалниот инсулин аспарт којашто со својот профил на дејство досега најблиску одговара на ендогената инсулинска секреција и физиолошкиот инсулински одговор во првата фаза на инсулинска секреција по оброк.

Активниот молекул на ултрабрзоделувачки инсулин аспарт е модифициран молекул на инсулин аспарт со додадени витамин Б3 и Л-аргинин, стабилизирачка аминокиселина.^{1,2} Оваа измена овозможува побрзо дејство на ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт кој се испорачува во циркулацијата два пати побрзо споредено со инсулиноот аспарт и соодветно има два пати побрз инсулински одговор, односно има дејство многу поблиско до физиолошкиот инсулински одговор.² Додатокот на нијацинамид (витамин Б3) резултира со побрза почетна апсорпција на инсулинот. Инсулинот се појавува во циркулацијата околу 4 минути по земањето (слика 1). Брзината на појавување во циркулацијата е двојно побрза, и времето до постигнување на 50% максимална концентрација е за 9 минути пократко со ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт споредено со инсулиноот аспарт, со четири пати повеќе инсулин достапен во првите 15 минути и двојно повеќе инсулин достапен во првите 30 минути по инјектирањето.² Двојно поголемата инсулинска експозиција со ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт во првите 30 минути води до 74% поголема инсулинска активност во овој период²

Што значи ова во практика? Побрзиот почеток на делување и побр-

Слика 1. Среден инсулински профил по поткожно инјектирање





Слика 2. Процентуално намалување на HbA1c при различни режими на давање на инсулинот

зото постигнување на максималните инсулински концентрации во циркулацијата овозможува подобра и побрза корекција на хипергликемијата после оброк. Максималното ниво на намалување на гликемијата се појавува помеѓу 1 и 3 часа по инјектирањето. Времетраењето на делувањето е пократко кај ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт и трае 3 – 5 часа, со што дополнително се намалува ризикот од хипогликемии меѓу оброците. Со своите фармакокинетски дејства, ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт овозможува инсулинско дејство кое најадекватно ја имитира физиолошката инсулинска секреција која недостасува кај дијабетесот тип 1 и е инсуфициентна кај дијабетесот тип 2, а дава и подобар инсулински профил при користење на континуирана супкутана инсулинска инфузија преку инсулински пумпи.^{3,4,5,6,7}

Ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт се зема до 2 минути пред почетокот на оброкот со можност да се даде до 20 минути по почнувањето на оброкот¹.

Ефикасноста и безбедноста на ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт е испитувана во ONSET клиничките студии кои вклучиле 2.068 испитаници со дијабетес тип 1 и тип 2. ONSET 1 клиничката студија ја испитувала ефикасноста и безбедноста на ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт во споредба со инсулинот аспарт во комбинација со инсулин детемир кај лица со дијабетес тип 1³, додека ONSET 2 и 3 клиничките студии вклучиле пациенти со дијабетес тип 2 и кај нив ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт е додаван на терапија со базален инсулин во комбинација со метформин^{4,5}.

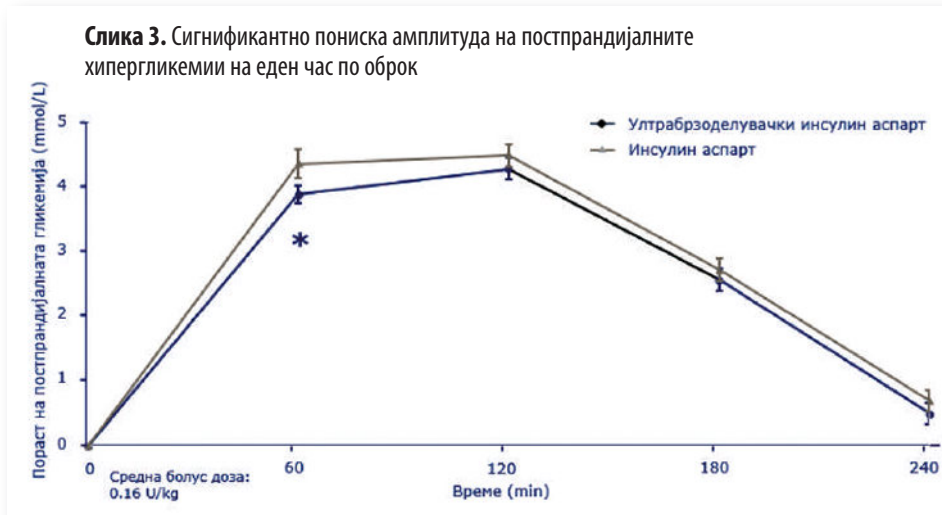
Во ONSET 1 клиничката студија ефектот на лекувањето со ултрабрзоделувачки инсулин аспарт во постигнувањето контрола на гликемијата бил оценуван при давање на инсулинот за време на оброк или по оброк и бил споредуван со инсулин аспарт даван за време на оброк. Оваа студија била дизајнирана да ја испита неинфериорноста на ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт во однос на инсулинот аспарт во намалувањето на гликозилираниот хемоглобин (HbA1c) и истото било докажано по 26 недели од испитувањето. Дополнително на тоа, покажано е значително поиздржано, статистички сигнификантно подобрувањето на HbA1c со ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт даван за време на оброк наспроти инсулин аспарт за време на оброк и по 26 и по 52 недели од испитувањето. Ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт даден по оброк постигнал исто намалување на HbA1c како и инсулин аспарт за време на оброк (слика 2).

Целната вредност на HbA1c < 7% ја постигнале 33,3% од пациентите третирани со ултрабрзоделувачки инсулин аспарт даден за време на оброк, споредено со 23,3% од пациентите со ултрабрзоделувачки инсулин даден по оброк и 28,2% пациенти третирани со инсулин аспарт даден за време на оброк.

Во студијата се покажани и значително пониски амплитуди на хипергликемија на еден и два часа по оброкот при давање на ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт кај пациенти со дијабетес тип 1.

И кај пациентите со дијабетес тип 2 ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт покажал сигнификантно пониска амплитуда на постпрандијалните хипергликемии на еден час по оброк (слика 3).

Во трите контролирани клинички студии, 192 од 1.219 (16%) пациенти третирани со ултрабрзоделувачки инсулин аспарт со дијабетес мелитус тип 1



Слика 3. Сигнификантно пониска амплитуда на постпрандијалните хипергликемии на еден час по оброк





Современа медицина

или дијабетес мелитус тип 2 биле над 65 - годишна возраст, а 23 од 1.219 (2%) биле над 75 - годишна возраст. Не биле забележани генерални разлики во безбедноста или ефективноста меѓу постарите пациенти и помладите пациенти, посебно од аспект на стапката на хипогликемии.

Ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт е компатибилен за употреба во инсулинска пумпа (систем за континуирана супкутана инсулинска инфузија) и покажува слична толерабилност со инсулин аспарт кај пациенти со дијабетес тип 1.⁶ Резултатите од вкрстена студија кај пациенти со дијабетес тип 1 покажале дека со ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт употребен во инсулинска пумпа е постигнат статистички сигнификантно поголем ефект во намалување на гликемијата споредено со инсулин аспарт во инсулинска пумпа. Средното намалување на гликемијата во првите два часа по стандардизиран течен оброк било 25% поголемо со ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт наспроти инсулин аспарт. Вредностите на гликемијата на 1 час по оброкот биле статистички сигнификантно пониски со ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт наспроти инсулин аспарт.⁷

Согласно достапните информации од спроведените клинички студии може да се заклучи дека посебен бенефит од

употребата на ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт може да имаат лица со дијабетес кај кои со постојната терапија не се постигнати оптимални гликемиски вредности. Ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт нуди нова можност за подобро справување со постпрандијалната гликемија, а со тоа и оптимизирање на гликемиската контрола во целост. Дополнително на тоа, пофизиолошкиот профил на дејство на ултрабрзоделувачкиот инсулин аспарт овозможува поголема флексибилност во земањето на инсулинот во време околу оброкот, согласно потребите, што е особено погодно за пациенти со динамичен животен стил. Поголемата флексибилност во апликацијата на инсулинска терапија може да го подобри придржувањето до терапијата и ефектот од истата, што претставува крајна цел на секој дијабетолог.

*Асс. д-р Саша Јовановска Мишевска,
Универзитетска клиника за
ендокринологија, дијабетес и
болести на метаболизмот, Скопје*

Литература:

- 1 Fiasp® Summary of Product Characteristics. Bagsværd, Denmark: Novo Nordisk A/S; January 2017.
- 2 Heise T, Pieber TR, Danne T, Erichsen

L, Haahr H. A pooled analysis of clinical pharmacology trials investigating the pharmacokinetic and pharmacodynamic characteristics of fast-acting insulin aspart in adults with type 1 diabetes. Clin Pharmacokinet. 2017;56(5):551-559.

- 3 Russell-Jones D, Bode BW, De Block C, et al. Fast-acting insulin aspart improves glycemic control in basal-bolus treatment for type 1 diabetes: results of a 26-week multicenter, active controlled, treatment-to-target, randomized, parallel-group trial (onset 1). Diabetes Care. 2017;40(7):943-950.
- 4 Bowering et al. Faster Aspart Versus Insulin Aspart as Part of a Basal-Bolus Regimen in Inadequately Controlled Type 2 Diabetes: The onset 2 Trial. Diabetes Care 2017;40:951-957
- 5 Rodbard et al. Adding fast-acting insulin aspart to basal insulin significantly improved glycaemic control in patients with type 2 diabetes: A randomized, 18-week, open-label, phase 3 trial (onset 3). Diabetes Obes Metab 2017;19:1389-1396
- 6 Zijlstra, E, Demissie, M, Graungaard, T. Compatibility and safety of faster-acting insulin aspart used in continuous subcutaneous insulin therapy in patients with type 1 diabetes. J Diabetes Sci Technol 2017; doi:10.1177/1932296817730375;
- 7 Bode, BW, Johnson, JA, Hyveled, L. Improved postprandial glycemic control with faster-acting insulin aspart in patients with type 1 diabetes using continuous subcutaneous insulin infusion. Diabetes Technol Ther 2017; 19: 25-33.



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk



Valsacor[®]

valsartan

филм-обложени таблети од 80 mg; 160 mg; 320 mg

Valsacombi[®]

valsartan и hydrochlorothiazide

филм-обложени таблети од 80 mg/12,5 mg; 160 mg/12,5 mg;
160 mg/25 mg; 320 mg/12,5 mg; 320/25 mg



Избрани за *Victory*^{*}

Ефикасност и безбедност потврдени во **клинички студии** кај повеќе од **5000 пациенти** (1-6)

Широк спектар на јачини (7)

КЛИНИЧКИ
ДОКАЖАН

Потврден квалитет

Валсартан на Крка **не содржи** N-nitrosodimethylamine (NDMA) (8)

Референци:

1. Smuc T et. al. Kardio List. 2010; 5 (1-2): 29-31. 11. 2. Vertkin AL, et. al. Kardiologija 2011; 51(10):46-52. 3. Maksimov L, et al. Journal of cardiac failure. 2010; 11 (5): 61. 4. Korytko IN et. al. Medicine of Ukraine. 2010; 144 (8): 64-66. 5. Svishchenko. Arterial Hypertension. 2012; 2(2): 36-43. 6. Accetto R, et. al. Kardiologia Polska 2017, 75, 1: 55-64. 7. Збирен извештај за особините на лекот Валсакор/Валсаккомби. 8. Data on file, Krka, d. d., Novo mesto, Slovenia, 2018.

Индикации и дозирање Валсакор[®]: Хипертензија: препорачана почетна доза е 80 mg валсартан еднаш на ден. Доза на одржување е 160 mg до максимални 320 mg еднаш на ден. Срцева слабост: препорачана почетна доза е 40 mg два пати на ден. Дозата постепено се зголемува на 80 mg и потоа на 160 mg, два пати на ден до постигнување на највисоката доза која пациентот може да ја толерира. Неодамнешен миокарден инфаркт: лекувањето треба да започне во првите 12 часа по настанување на миокардниот инфаркт. По почетна доза од 20 mg два пати на ден, дозата треба постепено да се зголемува на 40 mg, 80 mg и 160 mg, два пати на ден, во текот на следните неколку недели. Валсакор[®]: Хипертензија кога е потребна комбинирана терапија: 1 таблета Валсакор[®] во соодветна доза. **Контраиндикации** Валсакор[®]: пресетливост на валсартан или некоја од компонентите во лекот Тешки хепатални заболувања, билијарна цироза и холестаза. Бременост. Валсакор[®]: тешко ренално нарушување (креатинин клиренс <30 ml/min), анурија; рефракторна хипокалемија, хипонатријемја, хиперкалемија и симптоматска хиперуремија. **Мерки на претпазливост** Употребата на валсартан кај пациенти со срцева слабост често резултира со намалување на крвниот притисок, но ретко е потребно прекинување на терапијата заради продолжена симптоматска хипотензија. Кај пациенти со срцева слабост се препорачува редовно мониторирање на бубрежната функција. Кај пациенти кај кои постои загуба на натриум и течности, како оние кои примаат високи дози на диуретици ретко може да се јави симптоматска хипотензија. Претпазливост е потребна кај пациенти со унитарна или билатерална стеноза на бубрежната артерија и при воведување на валсартан кај пациенти со миокарден инфаркт заради можна хипотензија. Валсакор[®] пациентите со примарен хипералдостеронизам не треба да се лекуваат со лекот Валсакор[®] затоа што нивниот ренин-ангиотензин систем не е активирач. Посебна претпазливост е индицирана кај пациенти кои имаат аортна

или митрална стеноза или хипертрофична опструктивна кардиомиопатија. Лекот Валсакор[®] содржи лактоза. **Бременост и доене** Не се препорачува употреба на Валсакор[®] и Валсакор[®] во бременост и кај мајки кои дојат. **Интеракции** Валсакор[®]: Не се регистрирани клинички значајни интеракции со други лекови. Истовремена употреба со диуретици кои штетат калциум (спиронолактон, триамтерен, амилорид), суплементи на калциум или соли може да резултира со зголемување на нивоа на калциум во серумот Валсакор[®]. Не се препорачува истовремена употреба со литиум заради реверзибилно зголемување на концентрацијата на литиум во серумот и токсичност. Комбинација на валсартан и хидрохлоротиазид може да го зголеми дејството на други лекови со антихипертензивни својства. При истовремена употреба со НСАИП може да настане намалување на антихипертензивното дејство, како и да доведе до зголемен ризик од влошување на бубрежната функција и зголемување на нивоа на калциум во серумот. Интеракции можни од употребата на валсартан и хидрохлоротиазид како монотерапија се однесуваат и на комбинацијата. **Несакани ефекти** Валсакор[®]: Инциденцата на несакани ефекти е споредлива со таа на плацебо. Најчести несакани ефекти се главоболка, вртоглавица, замор, кашлица, ринитис, синуситис, гадење, дијареа, болки во stomакот и грбот, артралгија, хиперкалемија, хипотензија и ортостатска хипотензија, нарушена бубрежна функција, кои не се поврзани со големината на дозата ниту времетраење на лекувањето. Валсакор[®]: Несаканите дејства забележани во клиничките студии и лабораториските наоди, кои почесто се случуваат со фиксно дозната комбинација на валсартан и хидрохлоротиазид се: парестезија, замален вид, тинитус, хипотензија, кашлица, миалгија, замор. Несаканите дејства претходно забележани кај некои од поединечните компоненти можат да бидат и потенцијални несакани дејства при комбинацијата на валсартан и хидрохлоротиазид. **Начин на издавање на лекароски рецепт. Пакување** 30 филм обложени таблети во блистер пакување.

За дополнителни информации обратете се на:

КРКА - ФАРМА ДООЕЛ Скопје, ул. „Христо Татарчев - 1“ бр.101, 1000 Скопје, Телефон (02) 2720310, Факс (02) 2700325, Е-маил: info.mk@krka.biz, www.krka.mk

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.



МАКЕДОНСКА МЕДИЦИНСКА ТЕРМИНОЛОГИЈА

Уредува: Проф. д-р Косџангина Корнеџи-Пекевска

Ментална ретардација или интелектуална попреченост

(Зборот лекува, но зборот може и да убие)

Луѓето со попреченост во физичкиот и или интелектуалниот развој се предмет на стигматизација во многу општества, и последично, терминологијата или зборовите кои се употребуваат за да се опишат овие состојби со текот на времето добиваат пејоративна и навредлива димензија, заради што се исфрлаат од употреба.

На пример, во минатото луѓето со понизок коефициент на интелигенција биле нарекувани малоумни (или слабоумни, англиски “feble-minded”), “морони”, “имбецили”, “идиоти”, и “ментално субнормални”. Првиот збор користен во меѓународните класификации на болестите и меѓународната медицинска и психолошка литература е “ментална ретардација”, воведен во почетокот на 60-тите години од минатиот век. Половина век подоцна, искуството од разговорите со семејствата засегнати од вакви пречки во развојот, но и формалните истражувања, покажуваат дека терминот ментална ретардација е несоодветен за употреба бидејќи има добиено навредливо значење. На пример, една неодамнешна студија во која е испитувано мислењето на родителите на деца со пречки во развојот околу употребата на терминот “ментална ретардација” покажува дека и родителите и здравствените работници се оддалечуваат од терминот “ментална ретардација”. Мнозинството родители биле вознемирени кога лекарот го користел терминот “ментална ретардација”, а дел од лекарите потврдиле дека биле отворено критикувани од родителите заради употребата на овој термин.

Како резултат на ова, во последнава деценија поголем број на професионални тела го менуваат своето име. На пример, Интернационалната асоцијација за научно проучување на менталниот дефицит (International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency) станува Интернационалната асоцијација за научно проучување на интелектуалната попреченост (International Association for the Scientific Study of Intellectual Disability), Списание то за истражувања на менталниот дефицит (The Journal of Mental Deficiency Research) станува Списание за истражувања на интелектуалната попреченост (The Journal of

Intellectual Disability Research), а во 2007 Американската асоцијација за ментална ретардација се преименува во Американска асоцијација за интелектуална и развојна попреченост (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, AAIDD).

Актуелната меѓународна класификација на болестите ICD-10/11 го заменува терминот “ментална ретардација” со “интелектуална попреченост”, (Intellectual Disabilities, F70-F79), а ваква замена во терминологијата е направена и во новото издание на класификацијата на психијатриски



нарушувања DSM-V.

Зборот е најважната алатка која ја имаме во меѓусебната комуникација и во комуникацијата со пациентите. Кажаниот збор не е без последица: тој лекува, но тој може и да убие. Пишаниот збор во медицинските белешки исто така.

Да внимаваме на зборот - се што ни треба е малку повеќе внимание, можеби и упатеност и малку дисциплина.

Д-р Тодор Арсов



NOGRIPPIN

ПРОТИВ ГРИП & НАСТИНКА



Nogrippin 15 капсули	Nogrippin Forte 10 таблети	Nogrippin сируп (за деца)
Парацетамол 250 mg	Парацетамол 650 mg	Парацетамол 120 mg
Оксаламин цитрат 100 mg	Оксаламин цитрат 200 mg	Оксаламин цитрат 50 mg
Хлорфенирамин малеат 2 mg	Хлорфенирамин малеат 4 mg	Хлорфенирамин малеат 1 mg
	Псевдоефедрин 60 mg	

Парацетамол

Оксаламин

Хлорфенирамин

Псевдоефедрин

Грозница
Болка

Кашлица

Горно-респираторни инфекции

Течење и јадеж на носот

Назална конгестија



NOGRIPPIN збирни карактеристики на производител: NOGRIPPIN капсули: 250 mg парацетамол, 100 mg оксаламин цитрат и 2 mg хлорфенирамин малеат; NOGRIPPIN FORTE таблети: 1 таблета содржи 650 mg парацетамол, оксаламин цитрат 200 mg, псевдоефедрин HCl 60 mg, хлорфенирамин малеат 4 mg; NOGRIPPIN сируп (за деца): на секои 5 ml (1 лажичка) содржи: 120 mg парацетамол, 50 mg оксаламин цитрат и 1 mg хлорфенирамин малеат. **ФАРМАКОЛОШКИ СВОЈСТВА:** парацетамол е супстанција со аналгетски и антипиретски ефекти; хлорфенирамин малеат е супстанција со антихистамински и антихолинергични ефекти, компетитивно го антагонизира ефектот на хистамин кај H1 рецепторите за хистамин; оксаламин цитрат има ефект врз рецепторите за кашлица во белите дробови и го избрира рефлексот за бронхијална кашлица; псевдоефедрин HCl предизвикува вазоконстрикција на васкуларните мазни мускули влакна во мукозата на респираторниот тракт преку стимулирање на алфа-адренергичните рецептори. **ИНДИКАЦИИ:** NOGRIPPIN капсулите, таблетите и сирупот за деца се индицирани за симптоматски третман на акутни инфекции на горниот респираторен тракт од вирусно потекло. **КОНТРАИНДИКАЦИИ:** контраиндицирани се кај оние лица со прекучувствителност кон било која од состојките. **ПРЕДУПРЕДУВАЊА и мерки на претпазливост:** треба внимателно да се користи кај сите пациенти со потешки облици на бубрежна или хепатална инсуфициенција. **НЕСАКАНИ ЕФЕКТИ:** поспаност, палпитации, заматан вид, тешкотии при мокрењето, сува уста, анорексија, раздралливост, кожни алергии, потене, тахикардија, тинитус, горушица, фотосензитивност. **ДОЗИРАЊЕ и начин на употреба:** NOGRIPPIN капсули: за деца од 6 до 12 години, 1 капсула 3 пати на ден; за возрасни и деца над 12 години 1-2 капсули 3 пати на ден; максималната доза е 6 капсули; NOGRIPPIN FORTE таблети: вообичаената доза за возрасни и деца над 12 години возраст е 4 или 3 таблети дневно на интервал од 6 до 8 часа. NOGRIPPIN сируп (за деца): не молиме погледнете го внатрешното упатство. Треба да се биде претпазлив кај помалите деца во врска со опасноста од аспирација. **НАЧИН НА ЧУВАЊЕ:** чувајте ги NOGRIPPIN капсулите, NOGRIPPIN FORTE таблетите и NOGRIPPIN сирупот (за деца) на места подалеку од дофат на деца. Чувајте ги на собна температура до 25°C. Рокот на траење е 2 години за NOGRIPPIN FORTE таблетите и NOGRIPPIN сирупот (за деца), односно 4 години за NOGRIPPIN капсулите. NOGRIPPIN капсули бр. на решение 15-9672/14 од 24.11.2014, NOGRIPPIN FORTE таблети бр. на решение 15-9670/14 од 24.11.2014, NOGRIPPIN сируп (за деца) бр. на решение 15-9673/14 од 24.11.2014, МАТМЕД. **НОСИТЕЛ НА ОДОБРЕНИЕТО ЗА СТАВАЊЕ ВО ПРОМЕТ:** РИОФАРМ доо, ул.Мара Угринова бр.144 Гостивар. **НАЧИН НА ИЗДАВАЊЕ:** Лекови кои може да се издаваат и без лекарски рецепт (BRP).



ПРОИЗВОДИТЕЛ: Akpinar Mah. Osmangazi Cad. No:156 SANCaktepe / ISTANBUL

Tel: 0 216 398 10 63 • Fax: 0 216 398 78 59 • www.biofarma.com.tr

[f/biofarmailac](https://www.facebook.com/biofarmailac)
[/company/biofarma-pharmaceutical](https://www.instagram.com/biofarma-pharmaceutical)
[/biofarmailac](https://www.youtube.com/biofarmailac)
[/biofarmailac](https://www.linkedin.com/biofarmailac)



Комерцијален шексѝ

СОВРЕМЕНА МЕДИЦИНА

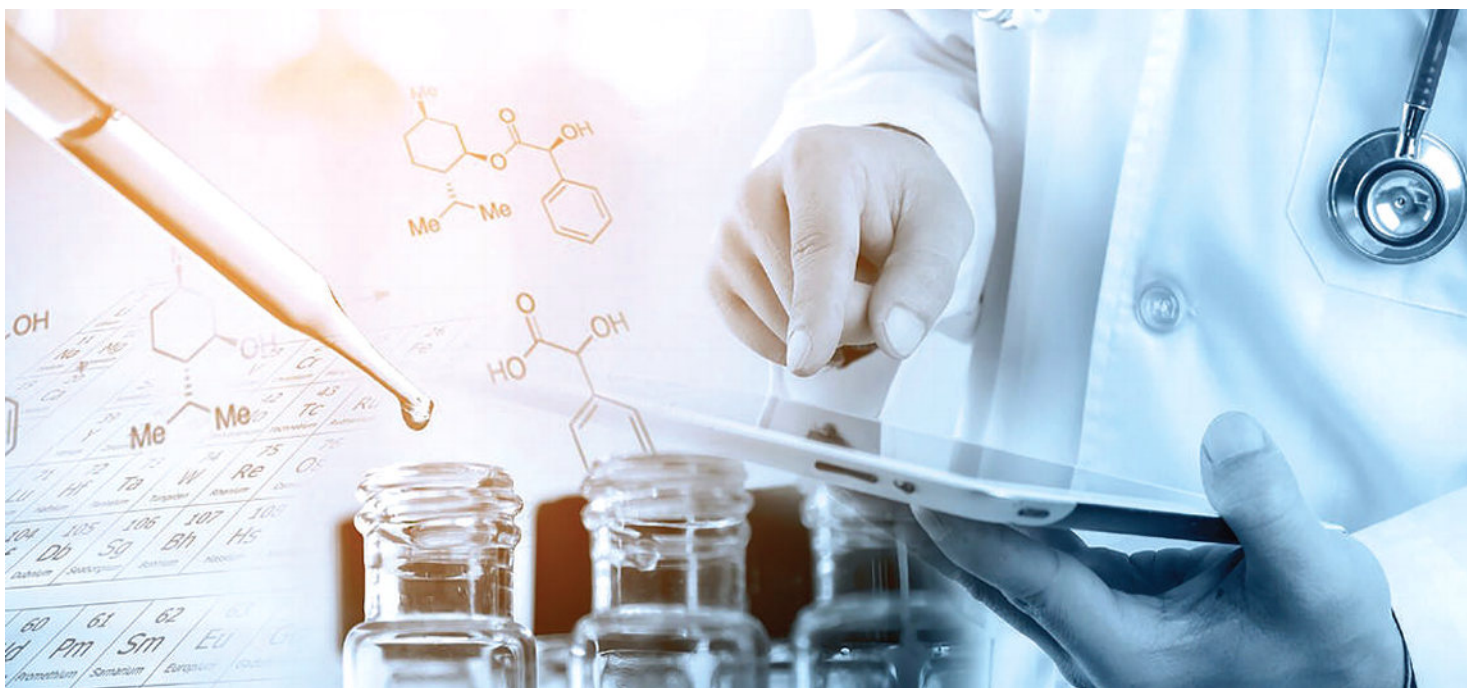
Достапна биолошка терапија со лекот Avastin® (bevacizumab) за третман на пациенти со епителиален карцином на овариум, карцином на јајцеводи и примарен перитонеален карцином

Оваријалниот карцином е осмо најчесто малигно заболување кај жената и седма по ред причина за смрт од малигни заболувања. Повеќе од 50% од жените во моментот на дијагноза се помлади од 65 години. Генерално, прогнозата на карциномот на овариум е со неповолен исход, што може да се види и од статистичките податоци. Пет годишното преживување за сите стадиуми изнесува само 45%. Болеста, за жал, често се дијагностицира во понапредната фаза, т.е. околу 70% од пациентите во моментот на дијагноза имаат напредната болест (стадиум III или IV). Кај оваа популација на пациенти, пет годишното преживување е уште помало и изнесува 10-30%¹. Покрај тоа, кај пациентите со повисок стадиум многу почесто се забележува брз релапс на болеста. Овие пациенти може да имаат малиген асцит уште при првична презентација на болеста (20-40%), а кај дури 89% истиот ќе се равие како дел од натамошниот тек на заболувањето,

што пак од своја страна е поврзано со лоша прогноза.

И покрај воведувањето на неколку нови цитостатски агенси во последните 30 години нема намалување на стапката на морталитет од ова заболување, а исто така во последните 15 години нема вклучен нов хемотераписки агенс во прволинискиот третман на карциномот на овариум. Затоа од клучно значење е вклучување на биолошка терапија за продолжување на преживувањето и квалитетот на живот кај пациентите со оваријален карцином.

Кај епителиалниот карцином на овариум, ангиогенезата, игра централна улога како во прогресијата на болеста, така и во прогнозата. Докажано е дека кај овој вид на канцер се присутни зголемени нивоа на VEGF. Од друга страна, пак, намалување на нивото на VEGF е корелирано со редуцирана васкуларизација, редуцирана ангиогенеза, намален волумен на асцит и продолжено преживување.





Лекувањето на карциномот на овариум вклучува пред-оперативен стејџинг, хируршка циторедукција, по што следува хемотерапија и биолошка терапија. Одлуката за лекување е индивидуална за секој пациент и зависи од многу фактори, вклучувајќи го стадиумот и туморскиот градус, возраста и општата состојба на пациентката.

Хирургијата е основа на третманот кај најголем број од жените со карцином на овариум. Но, важно е да се напомене дека кај 75% од пациентите со напредната болест, хирургијата не е живото спасувачка. Хемотерапијата стандардно се употребува постопера-тивно (прволиниска терапија) со цел да го редуцира ризикот од релапс на болеста. Доколку карциномот е многу напреднат, или доколку пациентката не е во состојба да издржи посериозна операција, хемотерапијата е главниот модалитет во лекувањето.

Со цел да се овозможи зголемување на преживувањето без прогресија на болеста и да се одржи квалитетот на живот на пациентите, актуелните светски упатства, како што се ESMO и NCCN, покрај хемотерапијата ја препорачуваат и употребата на таргетираната биолошка терапија со лекот Avastin® (bevacizumab) во третман на стадиум IIIb-IV на оваријален карцином^{2,3}.

Третманскиот алгоритам на Европското онколошко здружение (ESMO) препорачува додавање на bevacizumab за пациентите со напреднат оваријален карцином со лоши прогностички карактеристики, како што се стадиум IV или субоптимално дебалкиран [ниво на доказ - I, B]. Според ESMO препораките, bevacizumab би требало да се дава во комбинација со paclitaxel или carboplatin, а траењето на третманот да биде една година.

Овие препораки се базираат на резултатите од регистрационите студии GOG-0218 и ICON-7. Иако студиите имаа разлики во дизајнот како што се должина на третманот и карактеристики на пациентите, и двете студии ја потврдија нивната примарна цел, преживување без прогресија на болест (ПБП).

Студијата GOG-0218 претставува мултицентрична, рандомизирана, двојно слепа, плацебо контролирана студија со три гранки која го испитувала додавањето на Avastin® кон стандардната хемотерапија од прва линија со carboplatin и paclitaxel кај 1.873 пациенти со напреднат FIGO [International Federation of Gynecology and Obstetrics] стадиум IIIb, IIIc и IV епителијален оваријален карцином, карцином на јајцеводи и примарен перитонеален карцином. Резултатите на студијата покажале дека додавањето на Avastin® на достапната цитостатска терапија, carboplatin и paclitaxel го зголемило средното преживување без прогресија на болест (ПБП) за 6 месеци, што е значителен напредок во прволинискиот третман на оваријален карцином во последните 15 години⁴. По барање на регулаторните власти е направена додатна анализа на ПБП проценето според RECIST критериумите, а цензурирано за покачување на нивото на CA-125 која докажа дека пациентите кои примале Avastin® во комбинација со хемотерапија и продолжиле со монотерапија на одржување со Avastin® имале средно преживување без прогресија на болест од 18,2 месеци во

споредба со 12,0 месеци кај пациентите кои примале само хемотерапија. Со зголемување на средното ПБП се одржува квалитетот на животот на пациентите. Несаканите ефекти не претставуваат особено оптоварување, бидејќи додавањето на Avastin® не ја зголемува токсичноста во споредба со цитостатската терапија. Препорачано времетраење на терапијата е вкупно 15 месеци, т.е. 22 циклуси доколку нема појава на прогресија или неподнослива токсичност со доза од 15 mg/kg на секои три недели.

Во рекурентни услови, ESMO и NCCN препораките предлагаат комбинација на лекот Avastin® (bevacizumab) со соодветна хемотерапија кај пациенти со платина-сензитивен оваријален карцином (базирано на резултати од студијата OCEAN) и платина резистентен карцином (студија AURELIA)^{2,3}.

Искуството со оваа биолошка терапија, нашиот тим го градеше преку учество во интернационалната студија Rosia (MO22923) и на тој начин се овозможи современ третман за дел од пациентите со оваријален карцином. Примарна цел на оваа проспективна, мултицентрична, отворена, фаза IIIb студија беше да се испита безбедносниот профил на Avastin® (bevacizumab), додаден на carboplatin и paclitaxel како прва линија на терапија на оваријален карцином. Во студијата беа вклучени вкупно 1.021 пациенти, од кои 8 пациенти од Р. Македонија.

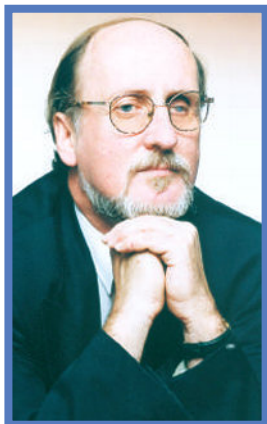
Наша професионална цел и долгорочна заложба е воведување на иновативна терапија според светски прифатените протоколи и медицина базирана на докази. Позитивен пример е воведувањето на лекот Avastin® (bevacizumab) на Клиниката за радиотерапија и онкологија во Скопје во третман на соодветните заболувања за кои истиот е регистриран, вклучително и оваријалниот карцином. Оваа биолошка терапија за жал долги години беше достапна само приватно и затоа нејзината скорешна достапност на клиниката претставува чекор напред во зголемување на можностите за лекување на пациентите со карциноми. Лекот Avastin® (bevacizumab) е достапен на Универзитетската клиника за онкологија во количини доволни за пациентите за одобрените индикации до крајот на 2018 година.

Спец. д-р Никола Васев

Референци:

- 1 International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012.
- 2 Newly diagnosed and relapsed epithelial ovarian carcinoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up (2013). (пристапено на 16 август 2018).
- 3 NCCN Guidelines Version 2.2018. Ovarian Cancer Including Fallopian Tube Cancer and Primary Peritoneal Cancer. (пристапено на 16 август 2018).
- 4 Burger et al. NEJM 2011;365 (26):2473–83.





**Проф. д-р
Нинослав ИВАНОВСКИ**

И покрај тоа што се противеше, сепак, набрзина собраната управа на Домот одлучи да го транспортираат во болница. Дојде и возилото, го сместија старецот во деветтата деценија од долгиот живот и се упатија кон болницата во центарот на градот. Го гушеше секоја промена на положбата на телото, му недостигаше воздух, го мачеше надуениот стомак, отечените нозе кои оддамна не виделе пристојни чевли, се чувствуваше изнемоштено и бедно, едвај го поднесуваше возењето. Го дочека дежурниот персонал во болницата кому очигледно не му беше мила оваа доцна посета. Следуваше канонада од расправи, префрлања, убедувања...“зошто сега на дежурство“, “зошто не се јавиле на време“...“што можеме сега“...“нормални ли сте“...се во тој стил, а на старецот му се чинеше дека ова веќе некаде и некогаш го слушнал. Потоа почнаа да звонат телефоните и разговорите кои допираа до него: ...“ Еј душо, можеш да ми примиш еден старец до утре, ги знаеш овие моиве ќе ме обесат“ или “ Колега, болниот по клиничката слика вам ви припаѓа, ве молам, еве ги резултатите“...И сето тоа траеше и траеше...се вртеа телефоните, убедувањата, сите станаа неподносливо нервозни. Од сето тоа запомни дека од мобилниот на докторката се огласуваше уводот од

ТРЕТО ПОЛУВРЕМЕ

“Сатисфекшн” како звонење од кој му затрепери немоќното колено. “Господине, вие ќе примите терапија и ќе се вратите во домот. Ако треба нешто, ние сме утре пак тука“...И ова му се причини познато. Секако, секако...се обиде да се насмее старецот.

А би можел да и каже дека овој увод што се наоѓа на нејзиниот мобилен, тој некогаш го свирел во подрумот кај Дуле. На жицата А од гитарата. Два пати на поле 2, потоа по еднаш на 4 и 5, па лизгачки назад повторно кон 2. И тоа звучеше моќно, но никогаш толку добро како што го свиреше Кит Ричардс на својот Телекастер. И уште нешто. Дека нејзиниот “smokey eye” мејк ап можеби е добар за Родео Драјв во Ел Еј, но никако за едно дежурство во болница. Дека треба да ги обработи веѓите доколку сака да ја користи оваа шминка, да ја крене надвореш-

ната третина и да ослободи повеќе простор. Така окото ќе добие и една косина на лесно кон горе. Висечките обетки кои ги носи можеби добро би стоеле на вратот на Марија Шарапова, но кај неа сигурно не делуваат карикатурално. “Red Drama” карминот исто така е прејак за нејзиното лице. Освен тоа, ставен е над рабовите на усните што не ја прави устата поизразена туку напротив. Наместо ужасно тесниот цинс што го носи, добро би дошле бели чисти панталони високо на струк кои можат да бидат и потесни со рамни чевли. Белиот мантил со нерамни рабови повеќе личи на ноќница отколку на облека која треба да ја одбележи лекарската фела. Најпосле, парфемот што го користи е скап, но е претежок за ова време. Повеќе би и прилегал некој посвеж, малку овошен, од оние што ги прави Армани...Би можел да и кажува





уште, ама не изусти ни збор. Се забалагодари старецот, се врати во возилото. На одење погледна низ задното прозорче кон болницата.. за последен пат.

Дали е приказната измислена или вистинита не е ни толку битно. Важно е реална. Не ги сакаме постарите болни. Или старците, како што ги нарекуваме. Има тука и објективни причини. Нема никогаш доволен капацитет во болниците за овој тип болни, а и “материјалот” не е многу благороден за терапија. Најчесто се работи за флориден мултиморбидитет во кои има се и сешто. Од кардиоваскуларна патологија и одомакени малигни болести дрско распространети насекаде, преку макуларната дегенерација и слепилото, се до нашите стари пријатели господата Алцхајмер и Паркинсон. Да не ги забораваме остеопорозата и дијабетесот, фрактурите на колкот, деменцијата, богатството на цереброваскуларни инсулти со инвалидитет и зависност..

Така доаѓаме и до смислата на овој напис. Современото човештво старее се повеќе и повеќе. Човековиот век е продолжен и тој денес во развиените земји е 81 година за жени и 79 за мажи. Согласно критериумите за старост и стареење, 65 години останува граница откако започнува да се смета староста. Современите резултати од популационите анализи зборуваат дека популацијата преку 65 година е во еден галопирачки замав насекаде. Така, до 2050 година повеќето земји очекуваат бројката на постари лица да се доближи до 20% од населението. Попластично, тоа за Европа ќе значи дека за 30 години ќе има над 220 милиони стари луѓе! Додуша најновите статистики сега ја делат староста и тоа на “млади стари (Young old-која перверзија, луѓе мои) од 65-74, вистински стари (Old) од 74-84 и најстари-стари (Oldest-Old) оние над 84 години. За волја на вистината токму оваа трета група на староста е и најбрзо растечка популација во све-

тот. Но, популационата експлозија на постарите лица ја неметнува и богатата геронтолошка патологија пред која сме исправени како лекари и здравствени работници. Развиените земји прават сериозни проекции што ги очекува како здравствен систем во блиската иднина не само во однос на справување со овој проблем, туку и од аспект на финансиско оптоварување.

Се развиваат работни групи, се носат превентивни мерки, се определуваат институции кои сериозно ќе се занимаваат со патологијата на возрасните луѓе од научен и практичен аспект. Во играта се вклучуваат не само медицинари, туку и психолози, социолози, невладини организации, доброволци, физијатри. Затоа развиените земји се повеќе зборуваат за долга, среќна и здрава старост како цивилизациска придобивка. Надвор од какво било сомневање е дека со превентивни мерки и навремена терапија многу од болестите со кои денес е богата оваа популација можат да се спречат, поправат или барем ублажат.

Во услови кога како земја и не знаеме каква популација живее на овие простори (од познато-непознати причини, попис во земјата не е направен!!), нема ни абер од некаква организирана политика во однос на патологијата на возрасните. Во едно апокалиптично сценарио не се исклучува нашите наследници да доживеат старите лица да шетаат по градовите како зомби не препознавајќи никого, удирајќи се попат меѓу себе со празни погледи и изгубена надеж.

Така, бегајќи упорно од младоста, ќе не дочека староста со раширени раце. А после тоа...можеби ќе имаме среќа!

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

СРБИЈА

Третманите за разубавување под стручна лупа

Министерството за здравство ќе воведо повеќе ред во естетската медицина и во текот на есенва ќе бидат определени критериумите за работа на лекарите во таа област. Со години, а особено во последниот период, во таа медицинска гранка се влезени и нестручни лица што доведува до големи последици на здравјето на пациентите

Лекарите предупредуваат дека нестручното впрскување ботокс и филери создава најголеми проблеми затоа што тоа го работат нестручни лица.

- Се прави апликација на филери, значи пополнување на усните или на брчките, а тоа потоа се комплицира, било со некаква инфекција, било со земање ткива, а со тоа се јавуваат и трајни деформитети и последици по пациентите. Во таквите ситуации ние како хирурзи реагираме и колку што е можно ја коригираме направената штета, вели хирургот по естетска медицина, д-р Весна Ракиќ.

Социјалните мрежи денес се преполни со понуди за разубавување, брзо и евтино, а големите компании кои произведуваат естетски материјал често организираат едно - дневни обуки.

- Говорам особено за козметичарите и медицинските сестри кои се приучени. Дури и забни техничари кои и така се претставуваат, а не тврдат дека се лекари, ставаат таканаречени винири или, како што правилно се вели, винјери. Сите тие масовно работат, се рекламираат, а за тоа всушност немаат реално право, објаснува проф. д-р Живорад Николиќ од “Дентони”.

Сите стручни лица се за воведување на ред и во таа област за пациентите да немаат трајни последици.

Работна група на Министерството за здравство за естетска медицина ја привршува изработката на критериуми по кои ќе се работат третманите за разубавување.

(PTC)





Оптимизирање на исходите на лекувањето преку персонализирани стратегии за комбинирани терапии

Надградување на основната PD-L1 инхибиција

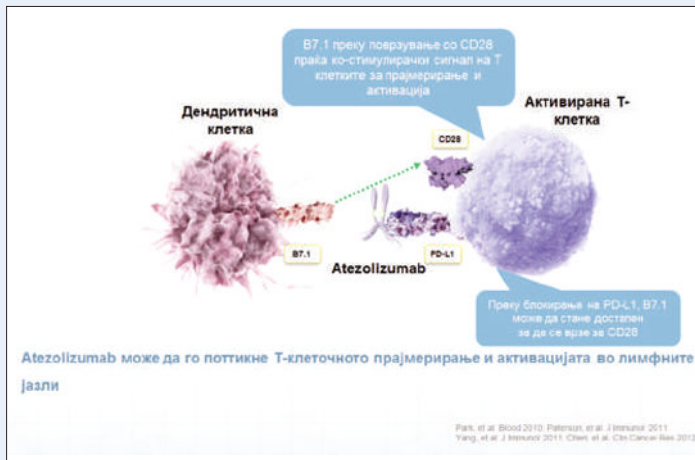
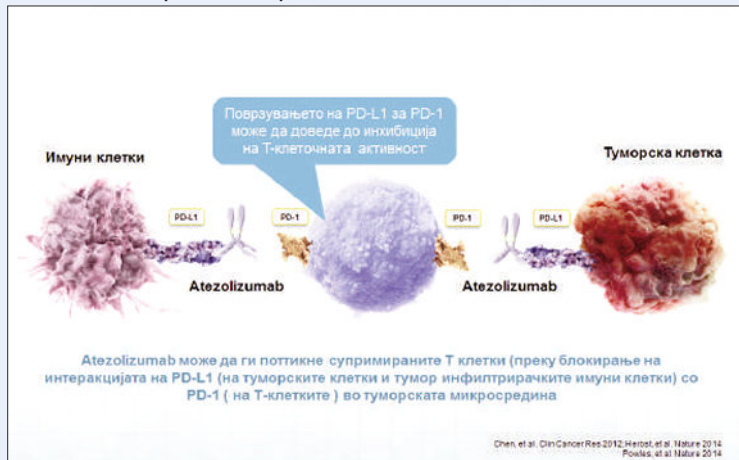
PD-L1 инхибицијата е клинички валидиран пристап за поттикнување на постојниот имунитет. Меѓутоа, туморите имаат различни механизми за избегнување на имуниот одговор, со што се нарушува имуниот циклус на канцерот.

Поради тоа може да биде потребен комбиниран пристап заснован на постоењето на различни имуни фенотипови за да се генерираат есенцијалните Т-клеточни активности потребни за секој пациент.^{1,2,3}



Atezolizumab: појдовна точка за комбинации со канцер имунотерапија

Директно дејство: го таргетира PD-L1 на туморските клетки и на тумор инфилтрирачките клетки за да ги реактивира Т клетките. – слика 2

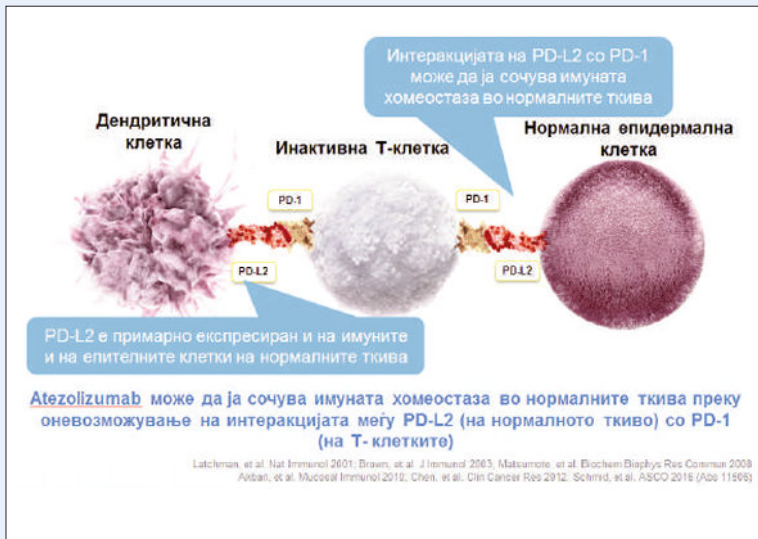


Комплетно дејство: обезбедува двојна блокада и на PD-1 и на B7.1, со што може повторно да ги поттикне супримираните Т клетки да ги уништат туморските клетки (преку PD-1) и може да го подобри Т-клеточното прајмерирање во лимфните јазли (преку B7.1). – слика 3

Селективно дејство: Ги поштедува PD-L2/PD-1 интеракциите со што помага да се минимизираат автоимуните реакции во нормалното ткиво.

Atezolizumab е веќе одобрен во Европската Унија, САД и повеќе од 50 земји за:

- пациенти со претходно третиран метастатски NSCLC
- пациенти со локално напреднат или метастатски уротелијален канцер (mUC) кои не се подобни за хемотерапија со цисплатин или кои имале прогресија на болеста за време или по терапија на база на платина.



Освен во одобрените индикации во моментот траат или се веќе завршени и студии кои испитуваат разни терапевски коомбинации со atezolizumab во разни стадиуми на болеста во следниве индикации:

- неситноклеточен карцином на бели добови;
- ситноклеточен карцином на бели дробови;
- карцином на реналните клетки;
- канцер на мочен меур (бешика);
- канцер на дојка.

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 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.
- 3 Roche website. http://www.roche.com/research_and_development/what_we_are_working_on/oncology/cancer-immunotherapy/collaboration-incancer-immunotherapy.htm. Accessed July 12, 2018.

www.roche.mk.

Здравствените проблеми на возрастните луѓе со АУТИЗАМ

Иако луѓе со ASD стареат како и останатите 'нормотипикалци', нивните социјални и здравствени потреби ги надминуваат оние кај останатата стара популација, а големиот број на акутни медицински заболувања кои ги пратат децата со аутизам од раното детство преминуваат во хроничитет и се присутни низ целиот животен спектрум кај возрастните и старите луѓе со ASD

Резиме

Иако луѓето со аутистично спектрум нарушување (или Autistic Spectrum Disorder; ASD) стареат како и останатите 'нормотипикалци', нивните социјални и здравствени потреби ги надминуваат оние кај останатата возрастна популација. Хроничитетот на нивните заболувања има влијание и врз нивните психолошки функции и не ретко влошувањето на нивната ментална состојба ќе ги доведе да побараат здравствен совет и лекување. Кај нас дијагнозата и лекувањето главно се бараат од страна на родителите за нивните мали деца. Но, децата со аутизам стареат, стануваат возрастни и ги носат со себе своите здравствени проблеми. За жал, многумина од возрастните луѓе со ASD немаат дијагноза и се соочуваат со животните проблеми или се заштитени од страна на своите семејства или, пак, се под 24 - часовна институционална нега. Едукацијата на здравствените работници е неопходна во препознавање на ASD кај возрастните лица, како и адаптација на севкупната медицинска интервенција во ублажувањето на голем дел на долготрајните здравствени проблеми кои возрастните и старите луѓе со ASD ги имаат. Во овој преглед на литературата се осврнуваме на очекуваната распространетост на ASD во Македонија и здравствените проблеми на возрастните луѓе со ASD.

Главни зборови: аутизам, стареење, дијагноза, здравствени проблеми, едукација.

Што е аутизам?

Аутизмот е развојно нарушување кое се карактеризира со тешки абнормалности во однесувањето и реперкусии во сите основни области на општото функционирање на личноста. Првите знаци на аутизам многу често се забележува во раното детство, вообичаено на возраст од две -две и пол години, кога децата забележително заостануваат зад своите врстници.

Аутизмот не е болест, туку синдром што е дефиниран со карактеристични промени на однесувањето, а не ретко и ментална заостанетост. Иако етиологијата на аутизмот сè уште не е доволно разјаснета, главно е прифатено дека синдромот се должи на повеќе етиологии, вклучувајќиу генетска предиспозиција, невробилошки промени (базирано на низа документирана промени на нивото на мозочните невротрансмитери во голем број на невропатолошки студии), како и метаболни нарушувања. Дополнителен проблем е разновидноста на клиничката презентација – клиничките симптоми не само што се разно-

видни, туку и нивниот интензитет варира, така што постојат низа контроверзности во поглед на дијагнозата, лекувањето и севкупниот менаџмент на синдромот. Затоа и најновата прифатена терминологија за овој синдром е Autistic Spectrum Disorder (ASD), односно аутистично спектрум нарушување.

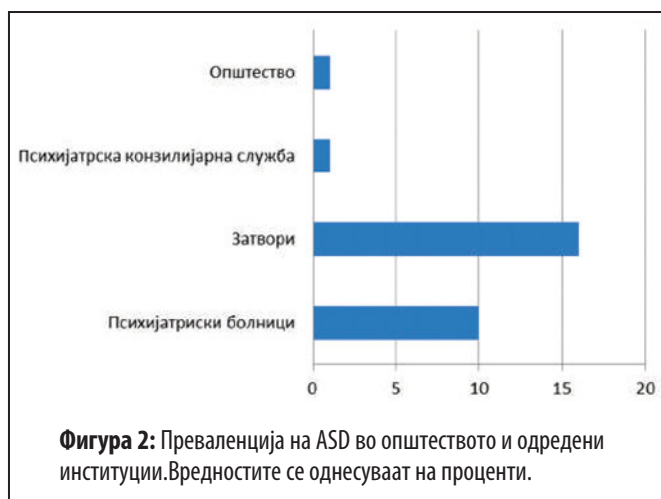
Распространетоста на аутизмот во општеството е константна и не се менува со возраста (Brugha и др. 2012). Така, студија направена во урбана средина на деца на возраст од 9-10 години ни покажува дека аутизмот се јавува кај 1.16% од популацијата (Baird и др. 2006). Слична распространетост е пронајдена и кај возрастната популација во Велика Британија, односно преваленцијата на ASD е 1%-1.1% од општата популација (Brugha и др. 2011, 2012). Според ова, доколку вкупниот број на жители во Р. Македонија е 2,083,385 (world population review), а 1% од жителите имаат аутизам, вкупната бројка на лица кои моментално живеат со аутизам во нашата земја изнесува 2.833 жители. Од нив, најголемиот број ќе бидат мали деца или адолесценти, кои живеат во поголемите градови и имаат пристап до специјализирани здравствени служби, како на пр. педијатрија и/или детска психијатрија, додека некаде околу 2.700 луѓе ќе бидат во понапредни години, над 65 - годишна возраст. Колкава е застапеност на ASD во Македонија најдобро се илустрира доколку се спореди овој број со бројот на жители на некои од поголемите градови во Земјата. Така, вкупниот број на луѓе со ASD во Македонија е незначително помал од бројот на жители на неколку градови во Македонија, како на пр. Кавадарци, Кочани или Кичево. Во исто време, бројот на постари луѓе со ASD е еднаков на оној од Демир Капија, Пехчево, Дојран или пак Демир Хисар (фигура 1). Важно прашање што секој ќе си го постави е: каде се тие? Каде се возрастните/старите луѓе со аутизам? Зарем е возможно овие ASD 'гратчиња' да имаат исчезнато од географијата на нашата сегашност?



Фигура 1:
Фигуративна претстава за преваленцијата на ASD во Македонија. Подетално објаснување се наоѓа во текстот.

Каде се возрасните со аутизам?

Присуството на ASD е пораспространето кај луѓето од пониски социо-економски класи (Rai и др. 2012), мигранти (Magnusson и др. 2012), и во некои одредени средини, на пример психијатриски установи (Mandell и др. 2012) или затворската популација (Hayward и др. 2014). Така, во психијатриските болници бројот на пациенти со аутизам е значително поголем (10%), и клиничките симптоми во најголема мера се манифестираат преку пречки во учењето, а поретка е криминалната историја или пак болести на зависност (Mandell и др. 2012). Спротивно на ова, во затворските институции има значително поголем број на луѓе со ASD (16%), а само 1.3% од нив имаат претходна дијагноза на ASD (Hayward и др. 2014) (фигура 2).



Фигура 2: Преваленција на ASD во општеството и одредени институции. Вредностите се однесуваат на проценти.

Возрасните со ASD имаат зголемен број на психијатриски заболувања, вклучувајќи депресија и генерализирано анксиозно заболување (27-30%). Самиот податок дека секој шести затвореник и секој десети психијатриски пациент може да бидат на ASD спектрумот доволно говори за неопходноста за точна и благовремена дијагноза, за да се одбегне нивното несоодветно лекување и третман. Имено, голем број на овие возрасни се лекуваат за некое друго психолошко нарушување и најчесто се под долготрајно лекување со несоодветни лекови, како седативи, невролептици или пак антидепресиви (Axton и др., 2017), и не ретко се лекувани со несоодветни и високи дози. Не е зачудувачки дека во најголем број ваквото лекување не доведува до подобрување на психичките функции на возрасните луѓе со ASD. Исто така, и во затворите, луѓето со аутизам не ја добиваат потребната нега што им е потребна. Во мала студија од Велика Британија, 548 затвореници имале недијагностициран аутизам. За жал, во Македонија се уште немаме податоци за вкупниот број на луѓе со ASD, колкумина од нив се деца, возрасни или пак стари лица, а уште помалку колкумина од возрасните/старите со ASD живеат самостојно во општеството или пак се институирани во психијатриските болници, затвори или останати установи за 24 часа нега или пак затвореници.

Што е уште поинтересно, повисоко ниво на депресија и анксиозност (48%) биле добиени по извршувањето на онлајн анкета на старата ASD популација во Велика Британија (Stuart-Hamilton и др. 2009; Stuart-Hamilton и Morgan 2011). Неодамнешна студија исто така го свртува вниманието на чудната поврзаност помеѓу депресија и ASD. Имено, 31% од старите луѓе со депресија имале и симптоми на ASD (Geurts, Stek, и Comijs 2016), што говори за неупатеноста на медицинската професија да го препознае аутизмот кај оваа популација.

Овие резултати ни ја покажуваат потребата за детални прегледи и дијагноза на аутизмот кај возрасните и особено кај постарата популација, за да се спречи девијантно психолошко однесување (на пример самоубиства) и да се одговори соодветно на долгорочните медицински проблеми (на пример: лоша здравствена состојба, или пак физички коморбидитети како резултат на пролонгиран стрес) кај лицата со ASD. Една од превентивните мерки за ваквите драстични последици директно поврзани со стареењето е проширување на потрагата за ASD кај старите лица кои се веќе сместени во домовите за стари, или пак да се охрабрат да имаат контакт со социјалната или здравствената служба за да имаат дополнителни испитувања за дијагностицирање и соодветен третман на синдромот.

Тука настанува и дополнителен проблем, бидејќи дијагностицирањето на стари лица со ASD е многу потешко. Најголем број на високо функционирачки луѓе со ASD се навикнати да функционираат во општеството и инстинктивно ги прикирваат симптомите на ASD, кои може да се појават само за време на криза (Balfé, Tantam, и Campbell 2011; Fein и др. 2013). Исто така, многу често се прави грешка при дијагностицирањето кога наместо ASD се дијагностицира пациентот со различни форми на растројства на личноста (Fitzger и др. 2002), или пак психијатриски заболувања како на пр. шизофренија и депресија, кои се најчестите погрешни дијагнози кај лицата со аутизам, и како такви може да влијаат врз започнување на несоодветен третман кај овие личности.

DSM-V критериум за ASD

Најновиот критериум за дијагностицирање на ASD вклучува повеќе карактеристични симптоми, кои не бараат медицински или пак историски докази, туку дијагнозата може да се постави само врз веќе направени опсервации. Така, DSM-V критериумот (American Psychiatric Association, 2013) содржи само две главни подрачја кои треба да се испитаат:

- тешкотии во комуникацијата и
- ограничени и повторливи однесувања, вклучувајќи и присуство на необични сетилни реакции кон животната средина.

Медицински коморбидитет кај лица со ASD

Различни медицински состојби се наведени како состојби што се јавуваат кај децата со ASD, а некои од нив исто така се потврдени дека се јавуваат и кај возрасните личности со аутизам. Така, адолесцентите (16-19 год.) со ASD најчесто имаат епилепсија, додека пак кај децата од 11-15 години низа психијатриски проблеми се најчестите здравствени проблеми. Сепак, ваквите податоци се недостапни за најголемиот број на возрасните луѓе со аутизам (Ianuzzi и др. 2014). Неодамнешна студија базирана на ревизија на клиничките истории на болест на 1.507 возрасни лица со ASD го свртува вниманието на големата застапеност на поголем број на медицински заболувања, но истовремено и потврдува дека психијатриските заболувања сè уште претставуваат најголем проблем кај возрасните ASD луѓе (табела 1, Croen и др. 2015). Меѓу поголемиот број на заболувања, авторите наведуваат голема преваленца на имуни заболувања (нпр. алергии или астма), метаболни заболувања, како на пр. дијабетес, срцеви заболувања или моторни заболувања, на пр. Паркинсонова болест и церебрална парализа. Иако поголем број претходни студији имаат наведено генетска поврзаност помеѓу ASD и малигни заболувања, Croen и др. (2015) не потврдуваат поголема присутност на малигни заболувања кај возрасните со ASD. Овие податоци говорат за општата лоша здравствена состојба на возрасните со ASD и го свртуваат вниманието за потребата за внимателно лонгитудинално следење

Испиражување

Табела 1: Преваленција на здравствени заболувања кај возрастни со ASD. По Стоеп и др. 2015.		
Заболувања	ASD	Нормтипични
Ментални заболувања		
Депресија	38%	17%
Анксиозност	39%	18%
Биполарно заболување	30%	9%
Суицидален обид	1.6%	0.3%
Медицински заболувања		
Дијабетес	6%	4%
Гастроинтестинални заболувања	47%	38%
Епилепсија	12%	1%
Нарушувања на сонот	19%	10%
Покачен холестерол	26%	18%
Покачен крвен притисок	27%	19%
Морбидна дебелина	27%	16%

на здравствената состојба на сите лица со ASD, како и за неопходноста здравствените работници да бидат обучени да работат со оваа популација во својата секојдневна клиничка работа. Во понатамошниот текст накратко се осврнуваме на најчестите здравствени проблеми кои ги имаат возрастните со ASD.

Здравствени проблеми кај лицата со ASD Метаболен синдром

Ограничениот број на истражувања направени во полето на здравствените проблеми кај постарите луѓе со ASD ја потврдуваат големата распространетост на преголемата дебелина кај пациентите со аутизам кои имаат над 50 години (26-48% наспроти 10% кај лицата без ASD). Ова е особено застапено кај жените со ASD, кои се во поодминати години, немаат големо интелектуално попречување, пациентите со ASD кои можат самите да купуваат прехранбеби артикли и да приготвуваат јадење, јадат самостојно, како и луѓе со ASD кои се физички неактивни и се лекуваат долготрајно со невротлептици (De Winter и др. 2012a), лекови кои се применуваат за да се регулира немирот присутен кај многумина од нив. Заради ова не е изненадувачки дека дебелината и лошата исхрана се тесно поврзани со хипертензија (покечен крвен притисок, Lin и др. 2012), шеќерна болест (дијабетес), покачени липиди во крвта (хиперхолестерелемија), и метаболен синдром (комбинација на сите претходни заболувања), кои се среќаваат кај 45-96% од старите луѓе со ASD и интелектуална попреченост, а кои живеат самостојно (De Winter и др. 2012b). Ова покажува дека старите и послобни луѓе со ASD се под зголемен ризик за срцеви и мозочни заболувања (кардиоваскуларни и цереброваскуларни инциденти), и поради тоа им е потребно поголемо ниво на специјалистичка медицинска нега.

Стомачни (гастроинтестинални) здравствени проблеми

Покрај големата распространетост на метаболниот синдром, луѓето со ASD исто така често имаат стомачни, таканаречени гастроинтестинални нарушувања (ГН). Дури 76% од нив имаат

уште од раното детство различни ГН симптоми, вклучувајќи мризливи и течни столица, наизменична или хронична ретка столица (дијареа, 20%), целијачна болест, тврда столица (констипација), стомачни грчеви и надуеност. Што е најважно, сите овие симптоми имаат влијание и врз однесувањето на пациентот, особено зголемена иритабилност и проблеми со спиењето. Исто така, слаба активност на дисахаридазните ензими (лактаза, малтаза, сукраза, палатиназа и глюкоамилаза) се присутни кај 58% од децата со аутизам (Horvath и др. 1999), и овој процент е малку зголемен кај постарите луѓе со ASD. Така, и поголемиот дел од постарите луѓе со ASD (65% кај пациентите над 65 години) имаат дефицит на лактаза (Kushak и др. 2011). Имајќи во превид дека симптомите на ГН се поврзани со голем број на хистолошки абнормалности во хранопроводот, желудникот, тенкото и дебелото црево, дисфункција на црниот дроб и интестинална пропустливост, не е изненадувачки дека овие симптоми опстануваат во текот на целиот живот и може да станат еден од најголемите здравствени проблеми во староста кај луѓето со ASD.

Останати заболувања - болка, нарушување во одењето, митохондријални нарушувања

Постарите пациенти со ASD, исто така, повеќе се жалат на болки, послаба подвижност, анксиозност и депресија, отколку општата популација (Kind и др. 1998).

Голем број на истражувања (Napolioni и др. 2011; Frye и Rossignol 2011; Rossignol и Frye 2012; Legido, Jethva, и Goldenthal 2013) ја поврзуваат дисфункцијата на митохондриите (енергетскиот дел на клеточниот материјал) со поголемиот дел од медицинските симптоми кај пациентите со ASD, бидејќи дисфункцијата на митохондриите влијае врз активацијата на имуниот систем, абнормалниот метаболизам на калциумот и митохондријално-индуциран оксидативен стрес.

Постари пациенти со ASD во акутни медицински услови

Не е изненадувачки дека голем број на возрастните и старите луѓе со аутизам имаат потреба од специјалистичка медицинска нега, но поголемиот дел од нив немаат формална ASD дијагноза кога се примени на лекување. Со оглед на сериозноста на нивните здравствени проблеми, вклучувајќи и низа симптоми што го намалуваат нивниот животен век, потребен е мултидисциплинарен пристап во нивното лекување. Ова ќе придонесе за обезбедување не само на адекватна нега, туку и на неопходната психолошка поддршка на самиот ASD пациент и нивната фамилија, а истовремено ќе овозможи да се подготват и едуцираат медицинските лица кои ја овозможуваат ваквата нега. Најголемиот број на лекари имаат многу малку знаење како да лекуваат луѓе со ASD или, пак, и не знаат дека имаат вакви пациенти (Zerbo и др., 2015), податок што уште повеќе говори за потребата за дополнителна едукација на здравствените работници за работа со ASD пациентите. Ова е приоритет, со оглед дека многумина од возрастните, а особено старите лица со ASD, во најголем број случаи за првпат ќе бидат видени од специјалисти психијатри кога ќе имаат сериозни здравствени потреби. Со оглед дека конзилијарната психијатрија е се уште во развој кај нас, и најчесто достапна само во поголемите медицински центри и градови, потребна е едукација на сите структури на здравствени работници да ги препознаат знаците на ASD и да го прилагодат соодветно пристапот кон овие болни.

Еден начин за да се унапредат односите помеѓу ASD пациентот и медицинското лице е подобро познавање на ваквите пациенти. Во Велика Британија е воведен т.н. "Мојот болнички пасош", документ кој се користи во тамошните болници и кој

има за цел да ја унапреди комуникацијата помеѓу лицата со ASD и медицинскиот персонал, и ги содржи личните и основните информации за аутизмот. Брошурата е наменета да ги придружува основните медицински белешки и му овозможува на медицинскиот персонал да го запознае подобро својот пациент и да ја адаптира негата во согласност на потребите на пациентот со ASD.

Заклучок

Иако луѓе со ASD стареат како и останатите 'нормотипикалци', нивните социјални и здравствени потреби ги надминуваат оние кај останатата стара популација. Големиот број на акутни медицински заболувања кои ги пратат децата со аутизам од раното детство преминуваат во хроничитет и се присутни низ целиот животен спектрум кај возрасните и старите луѓе со ASD. Не ретко, влошувањето на нивната ментална состојба се должи директно на влошувањето на нивната здравствена состојба. Хроничитетот на нивните заболувања има влијание и врз нивните психолошки функции. За ова е потребна подготвеност на медицинските работници не само да ги лекуваат здравствените и менталните проблеми на возрасните со ASD, туку и да можат да ги препознаат ASD симптомите кај оваа популација, зашто најголем број од ASD возрасните и старите лица немаат соодветна дијагноза. Во ова конзилијарната психијатриска служба може да одигра важна улога во идентификацијата, дијагнозата и имплементацијата на соодветното здравствено лекување кај овие луѓе.

**Милка С. Мукаетова¹, Елизабета Б. Мукаетова-Ладинска²,
1-Yahya Kemal College, Карпови, Скопје, Македонија
2- Institute of Neuroscience, Newcastle University, Newcastle
upon Tyne NE4 5PL, UK**

Литература

- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Axmon, A., Kristensson, J., Ahlström, G., Midlöv, P. (2017) Use of antipsychotics, benzodiazepine derivatives, and dementia medication among older people with intellectual disability and/or autism spectrum disorder and dementia. *Research in Developmental Disabilities*;62, 50-57.
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., и др. (2006) Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet* 368, 9531, 210-5.
- Balfé, M., Tantam, D., и Campbell, M. (2011) Possible evidence for a fall in the prevalence of high-functioning pervasive developmental disorder with age? *Autism Research and Treatment* 2011, 325495.
- Brugha, T.S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., и др. (2011) Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of General Psychiatry* 68, 5, 459-65.
- Brugha, T.S., McManus, S., Smith, J., Scott, F.J., и др. (2012) Validating two survey methods for identifying cases of autism spectrum disorder among adults in the community. *Psychological Medicine* 42, 3, 647-56.
- Croen, L.A., Zerbo, O., Qian, Y., Massolo, M.L., и др. (2015). The health status of adults on the autism spectrum. *Autism*. 19, 814-23.
- De Winter, C.F., Bastiaanse, L.P., Hilgenkamp, T.I., Evenhuis, H.M., Echteld, M.A. (2012a) Overweight and obesity in older people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities* 33, 398-405.
- De Winter, C.F., Bastiaanse, L.P., Hilgenkamp, T.I., Evenhuis, H.M., Echteld, M.A. (2012b) Cardiovascular risk factors (diabetes, hypertension, hypercholesterolemia and metabolic syndrome) in older people with intellectual disability: results of the HA-ID study. *Research in Developmental Disabilities* 33, 6, 1722-31.
- Fein, D., Barton, M., Eigsti, I.M., Kelley, E., и др. (2013) Optimal outcome in individuals with a history of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 54, 2, 195-205
- Fitzgerald, M. (2002) Misdiagnosis of Asperger syndrome as anankastic personality disorder. *Autism* 6, 435.
- Frye, R.E., Rossignol, D.A. (2011) Mitochondrial dysfunction can connect the diverse medical symptoms associated with autism spectrum disorders. *Pediatric Research* 69, 5 Pt 2, 41R-7R.
- Geurts, H.M., Stek, M., Comijs, H. (2016) Autism Characteristics in Older Adults with Depressive Disorders. *American Journal of Geriatric Psychiatry J Geriatric Psychiatry* 24, 161-9.
- Hayward, H.L., Underwood, L., McCarthy, J.M., Chaplin, E., and Murphy, D.G. (2014) Traits of autism spectrum disorder and co-occurring mental health problems among prisoners. 124.157 157 Abstract. International Meeting for Autism Research in Atlanta.
- Horvath, K., Papadimitriou, J.C., Rabsztyan, A., Drachenberg, C., Tildon, J.T. (1999) Gastrointestinal abnormalities in children with autistic disorder. *Journal of Pediatrics* 135, 559-63.
- Iannuzzi, D.A., Cheng, E.R., Broder-Fingert, S., и Bauman, M.L. (2014) Brief Report: Emergency Department Utilization by Individuals with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* [Epub ahead of print].
- Kushak, R.I., Lauwers, G.Y., Winter, H.S., и Buie, T.M. (2011) Intestinal disaccharidase activity in patients with autism: effect of age, gender, and intestinal inflammation. *Autism* 15, 3, 285-94.
- Legido, A., Jethva, R., и Goldenthal, M.J. (2013) Mitochondrial dysfunction in autism. *Semin Pediatr Neurol* 20,3, 163-75.
- Lin, L.P., Liu, C.T., Liou, S.W., Hsu, S.W., и Lin, J.D. (2012) High blood pressure in adults with disabilities: influence of gender, body weight and health behaviors. *Research in Developmental Disabilities* 33, 5, 1508-15.
- Magnusson, C., Rai, D., Goodman, A., Lundberg, M. и др. (2012) Migration and autism spectrum disorder: population-based study. *British Journal of Psychiatry* 201, 109-15.
- Mandell, D.S., Lawer, L.J., Branch, K., Brodtkin, E.S., и др. (2012) Prevalence and correlates of autism in a state psychiatric hospital. *Autism* 16, 6, 557-67.
- Napolioni, V., Persico, A.M., Porcelli, V., и Palmieri, L. (2011) The mitochondrial aspartate/glutamate carrier AGC1 and calcium homeostasis: physiological links and abnormalities in autism. *Molecular Neurobiology* 44, 1, 83-92.
- Rai, D., Lewis, G., Lundberg, M., Araya, R., и др. (2012) Parental socioeconomic status and risk of offspring autism spectrum disorders in a Swedish population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 51, 5, 467-76.
- Rossignol, D.A. и Frye, R.E. (2012) Mitochondrial dysfunction in autism spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry* 17, 3, 290-314.
- Stuart-Hamilton, I. и Morgan, H. (2011) What happens to people with autism spectrum disorders in middle age and beyond? Report of a preliminary on-line study. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities* 5, 22, 8.
- Stuart-Hamilton, I., Griffith, G., Totsika, V., Nash, S., и др. (2009) The circumstances and support needs of older people with autism. *Autism Cymru, Cardiff*.
- Zerbo, O., Massolo, M.L., Qian, Y., Croen, L.A. (2015) A Study of Physician Knowledge and Experience with Autism in Adults in a Large Integrated Healthcare System. *J Autism Dev Disord* 45, 12, 4002-14.

Новини од медицината

КЛЕТКИТЕ ЗА ХРАБРОСТ ЖИВЕАТ ВО ХИПОКАМПУСОТ

Зошто некои луѓе може бестрашно да одат по жица помеѓу облакордери, или пак да се спуштаат во буре низ водопадите на Нијагара, додека многумина ќе бидат престрашени и при самата помисла на користење на ескалатор или, пак, лифт? Одговорот е едноставен и лежи во клетките за храброст кои се наоѓаат во нашиот хипокампус.

Сите различно реагираме во опасни или ризични ситуации. Однесувањето кон опасност се разликува и меѓу идентични близнаци. Невралниот механизам што го одредува ваквото однесување досега не беше познат. Научници од Катедрата за невронаука од Универзитетот во Упсала, Шведска, и Институт за мозок во Бразил неодамна опишаа нервни клетки во хипокампусот што имаат главна улога при ризично однесување и анксиозност.

Невроните, познати како OLM клетки, кога се стимулирани, произведуваат мозочен ритам што е присутен кога животните се чувствуваат сигурно во средина каде што демне опасност (на пр. кога се кријат од предатор, но се свесни за близината на предаторот). Манипулацијата на овие OLM клетки го регулира стравот и анксиозноста. Откривањето на начин брзо и ефикасно да се модулира однесувањето при ризични ситуации е важно во лекувањето на патолошка анксиозност. Адаптивната (или нормална) анксиозност е есенцијална за преживување зашто не штити од повреди. Но, кај голем број луѓе анксиозноста може да биде дисфункционална и да влијае врз секојдневниот живот. Во овие случаи, најчесто се применуваат антидепресиви да се коригира аксиозноста. Со оглед дека овие лекови делуваат на целокупното мозочно ткиво, а не на изоларани мозочни центри, не е чудно дека даваат и нулефекти. Заради ова, третман што би делувал само на одреден мозочен регион и кај специфична група на клетки што ја контролираат анксиозноста претставува голем напредок во лекувањето на анксиозноста и асоцијативните заболувања, како депресијата. Овие OLM клетки може, исто така, да бидат контролирани и со фармаколошки препарати, а се сензитивни на никотин.

Nat Commun 2018; 9 (1) DOI: 10.1038/s41467-018-05907-w

ПОЗИЦИЈАТА НА ГЛАВАТА И ВРАТОТ ГО ОДРЕДУВААТ РИЗИКОТ ЗА КОНТУЗИЈА

Позицијата на главата и вратот за време на удар имаат големо влијание врз ризикот за контузија – се чини дека тензијата во вратот не го намалува ризикот. Туку, напротив.

Доколку удриете со глава при пад/судар, вообичаениот рефлекс е да се зголеми тензијата во вратот, за да се стабилизира ударот. Но, ова изгледа дека не е најдобриот начин, зашто позицијата на главата при ударот има поголемо влијание отколку тензијата во вратот. Начинот на кој главата акцелерира напред при удар е многу поважна. Мекото ткиво, мускулите, лигаментите и тетивите не влијаат како главата се ротира непосредно при удар, додека само мала промена на аголот на главата/вратот влијае врз ротацијата на главата, а со тоа и врз ризикот за контузија.

Иако овие наоди доаѓаат од стимулиран модел на човечка глава и врат, овој модел е веќе практикуван во природата, од страна на клукајдрвците, кои имаат екстремна акцелерација (10 пати поголема од онаа евидентирана кај професионални атлети!) кога клукаат по дрвјата. Аголот помеѓу нивниот врат и главата ги заштитува од повреда на мозокот.

Оваа студија, исто така, укажува дека мозочните повреди може да се превенираат, но и потенцијално да ги зголемат мозочните повреди кај другата личност којашто е вовлечена во ударот. Но, најголемиот бенефит ќе биде врз дизајнот на нов вид на кациги што би ги користеле професионалните атлети, како и велосипедистите и возачите на мотори.

www.sciencedaily.com/releases/2018/08/180822141049.htm

ЗОШТО УПОРНО ИМ ВЕРУВАМЕ НА ЛАЖНИТЕ ФАКТИ?

Сте се запрашале ли некогаш зошто луѓето упорно веруваат во духови и магии, убедени се дека земјата е рамна, или пак го негираат Холокаустот, и покрај големиот број на спротивни докази? Нова студија укажува дека фитбек, а не докази, придонесуваат луѓето да веруваат во новонаученото и прават разлика помеѓу што е вистина, а што не е.

Човековите верувања се базираат врз позитивни и негативни реакции што ги примаат како резултат на некое мислење, работа или пак интеракција, а не на логика, размислувања или, пак, научни податоци. Накратко, доколу сметате дека знаете многу една тема (иако вистината не знаете), нема да бидете мотивирани и љубопитни да дознаете повеќе и на тој начин нема да научите колку всушност многу малку знаете. Оваа когнитивна динамика постои и во вистинскиот и виртуелниот живот, вклучувајќи ги и социјалните и е-медиумите и објаснува зошто некои луѓе се лесно манипулирани од страна на шарлатани.

Оваа студија испитувала што влијае врз луѓето додека учат нов материјал и опишува дека сигурноста од новонаучениот материјал доаѓа од неговата најнова примена/задоволство, а не од страна на долгогодишното кумулирано знаење. Ваквите резултати се базирани на наодите од над 500 возрастни луѓе кои биле испитани додека разгледувале различни комбинации на обоени форми на нивните компјутери, а требале да ги идентифицираат обоените објекти како 'Дахху', измислена објект/форма за овој експеримент од страна на научниците. На испитаниците не им биле дадени податоци што е Дахху и кои се неговите својства. Тие требале сами да погодат кои се деловите на Дахху додека гледале 24 различни обоени форми, и добиле фитбек дали одговорот е точен или, пак, не. Самите испитаници, исто така, декларирале дали сметале дека точно ја погодиле формата или не.

Резултатите укажуваат дека учесниците се изјасниле за точноста на своите одговори базирано на нивните 4-5 последни одговори, а не на информациите што ги добивале претходно. Заклучокот на овој експеримент е дека доколку целта е да се дојде до вистината, примената на последниот фитбек а не на целокупното искуство е лоша стратегија. Сега ја знаете тајната на големината на лажните вести – се верува во тоа што последно се слуша, а не на разумот и знаењето!!!!

Open Mind, 2018; 1 DOI: 10.1162/opmi_a_00017

ДАЛИ AI РОБОТИТЕ МОЖЕ ДА РАЗВИЈАТ ПРЕДРАСУДИ САМИ ОД СЕБЕ?

Манифестацијата на предрасуди кон други лица не изискува големо ниво на когнитивна способност и може лесно да



се манифестира и од страна на машини со артефицијална интелигенција. Во студија од страна на Универзитетот Кардиф и MIT, автономни машини демонстрирале предрасуди преку едноставна идентификација, копирање и учење од други лица.

Иако некои компјутерски алгоритми досега имаат покажано предрасуди (како на пр. расизам или, пак, сексизам, базирани на достапни јавни податоци, или податоци достапни од страна на луѓе), оваа најнова студија демонстрира дека машините со артефицијална интелигенција (AI) може сами да развијат предрасуди.

Во компјутерска стимулација, во која учествувале поединци, како и AI, во рамките на игра, секој учесник донесува одлука дали да дарува некого во рамките на својата група, или, пак, надвор од групата, зависно од репутацијата на индивидуата, како и сопствената стратегија за наградување, што вклучува предрасуди кон тие кои се вон од групата за времетраењето на играта. Во текст на играта, суперкомпјутерот изведува илјадници симулации и секој учесник почнува да учи нови стратегии преку копирање на однесувањето на другите ученици. Преку овие стимулации, научниците веруваат дека научиле како предрасудите се формираат и кои се условите тие да се појават или да исчезнат.

Sci Rep 2018; 8 (1) DOI: 10.1038/s41598-018-31363-z

ВО 2018 ВАКЦИНАТА ПРОТИВ ГРИП ЌЕ ИМА САМО 20% ЕФИКАСНОСТ

Нова студија на 6.610 хумани ДНА секвенции на грип предвидува дека оваа есен вакцина за грип ќе има намалена ефикасност спрема доминантниот циркуларачки вид на influenza тип А, со оглед дека вакцина има сличност со таа која беше дадена во 2016 и 2017 години. Ова се должи на мутацијата на вирусот со оглед дека вакцина се произведува во јајца.

Rise методата, исто така позната како rEritore е воведена пред 10 години, како брза, евтина алтернатива за продукција на потребни вакцини против настинки. rEritore, исто така, е најдобриот предиктор за ефикасност на новите вакцини.

Иако ефикасноста за 2017-2018 година сè уште е некомпетирана, rEritore укажува дека вакцина има 19% ефикасност спрема H3N2, influenza тип А од којашто најголем број луѓе се имаат разболело во текот на изминатите две години. Оваа

ефикасност е речиси идентична на 20% ефикасност на вакцина од 2016 година.

Вакцините кои се произведени во јајца покажуваат намалена ефикасност, за разлика од оние што се произведуваат во клетки и на тој начин ги избегнуваат мутациите што се јавуваат во јајцата, како резултат на енвиронментални фактори. Така, истата вакцина произведена во клетки има 47% ефикасност.

Clin Infect Dis 2018; DOI: 10.1093/cid/ciy323

ДЕЦАТА САКААТ ХРАНАТА ДА ИМ БИДЕ СЕРВИРАНА НА ПОСЕБЕН НАЧИН

Многу родители се мачат да ги натераат своите деца да ја јадат храната што им ја приготвуваат. Трикот во ова не е до квалитат на храната, туку во начинот на којшто таа е сервирана на чинијата за јадење и зависи од полот и возраста на детето. Ова ќе има големо влијание не само врз домашната динамика, туку и при оптимизирање на оброците како во училиштата, така и на тие што се продаваат.

Децата преферираат овошја и зеленчук кога се сервирани во мали порции и доколку можат самите да си земат и консумираат. Исто така, визуалната презентација е прилично важна. Овие опсервации се претежно анекдотни и сè до оваа студија не се знаеше дали аранжирањето на храна навистина има и беневијание врз консумирањето на храна од страна на деца.

Во оваа студија 100 деца на училишна возраст, на старост од 7-8 години и од 12-14 години, биле замолени да направат приоритетна листа на шест различни јадења на три начина:

- Храната е презентирани поединечно, така што хранителни елементи не се допираат.
- Мешавина на поединечни состојки, како и состојки кои се измешани.
- Сите состојки се измешани заедно.

Помладите девојчиња (на возраст од 7-8 години) преферираше храната да биде сервирана поединечно, додека момчињата на оваа возраст немале став околу аранжирањето на храната. Од друга страна, поголемите деца (12-14 години) сакале храната да биде измешана, или пак сервирана како мешавина на поединечни и измешани составни делови. Едно од објаснувањата зошто девојчињата преферираат поединечно презентирани храна е

дека можеби сакаат да консумираат храна по некој ред, или пак да имаат опција сами да ја измешаат. Интересно, во Велика Британија веќе подолго време, пред оваа студија да биде спроведена и објавена, во супермаркетите има поставено мали тезги со овошје (јаболка, мандарини или банани) за децата сами да се послужат додека родителите пазарат

J Sens Stud 2018; e12445 DOI: 10.1111/joss.12445

КАРБОХИДРАТИТЕ ВО ИСХРАНАТА МОЖЕ ДА ДОВЕДАТ ДО ОСТЕОАРТРИТИС

Имате ли болки во колената? Исфрлете ги јаглено-хидратите од исхраната и presto – проблемот е решен!!! Покачената телесна маснотија одамна е докажана дека влијае врз зголемувањето на ризикот за остеоартритис, но влијанието на диетата врз ова заболување до неодамне беше многу малку истражено.

Остеоартритис (ОА) е една од најчестите форми на артритис од која страдаат дури 27 милиони Американци. Во ОА перницијата на коските на зглобовите се абат, предизвикувајќи коските да се тријат едни со други. Зголемена физичка активност, претходни повреди на зглобовите, како и генетските фактори доведуваат до развој на ОА, како и зголемена телесна тежина.

Во студија на животни, глувците биле ставени на различни видови на диета. Диетата со карбохидрати била доволна да се развие ОА. Главните причинители за ова се шеќерите и влакната во исхраната. Диетата со големо внесување на сукроза (шеќер што го користиме дневно) ја зголемила инфламацијата на зглобовите, додека диетата со големо внесување на влакна придонела за промени во генетскиот материјал на 'рскивицата и целуларниот стрес. Авторите на оваа студија сега го прошируваат своето истражување да го опфати микробиомот, како и стомачните бактерии и нивното влијание врз развојот на ОА.

Dis Model Mech 2018; dmm.034827 DOI: 10.1242/dmm.034827

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



31. БАЛКАНСКО ПРВЕНСТВО ЗА ДОКТОРИ ВО ТЕНИС, ОХРИД, 26.8 - 1.9. 2018 ГОДИНА

Најмасовен турнир во беспрекорна организација

Под мотото: Јанина 1988 - Скопје 2018, 30 години пријателство и заемно почитување, во последната недела на август, на тениските терени во СЦ “Билјанини извори”, во Охрид, се одржа 31. Балканско првенство за доктори во тенис. Покровител на првенството, како и досега, беше Лекарската комора на Македонија, а организатор Тениската секција при Комисијата за спортски активности на Комората. Македонија, секоја петта година е домаќин на докторите - тенисери од Бугарија, Грција, Турција и Романија, па така ова е петти пат да бидеме домаќини, по првенствата одржани 1998 и 2013 во Скопје, и 2003 и 2008 во Охрид.

На првенството учествуваа 73 доктори - тенисери од странство и 19 од Македонија. Вкупниот број на гости од странство, заедно со членовите на нивните семејства, изнесуваше 154 лица. Најбројна беше екипата на Романија со 60, Бугарија со 54, Турција со 34, Грција со 6 учесници. Гостите беа сместени во хотелскиот комплекс “Метропол-Белви” и во “Инекс Горица”. Беше обезбеден автобуски превоз од хотели-те до терените.

Првенството свечено беше отворено на 27август во 9 часот, а потоа пет дена, од понеделник до петок, се играа натпреварите од 9 до 21 часот, секој ден. Се играше во 9 категории, 5 поединечни и 4 во двојки. СЦ “Билјанини извори” располага со два земјани терена и три бетонски. Категориите 50+ и 60+ се играа на земја, како и категоријата двојки 50+. Остантите категории се играа на бетонски терени. Се одиграа вкупно 144 мечеви. Ручекот беше организиран во блискиот прекрасен ресторан сместен на самите извори.

Екипата на Македонија постигна резултат сличен на оној пред пет години во Скопје, кога беа освоени 10 трофеи, но



Гостите одушевени од гостопримството и убавините на Охрид.

Осум трофеи за македонските доктори

тогаш бројот на учесници беше двојно помал, па и конкуренцијата беше послаба. Сега беа освоени 8 трофеи, 2 за втори и 6 за трети места. Вкупен победник, со најмногу собрани поени - 848 е Романија.

Натпреварите поминаа во најдобар ред, се играше фер под надзор на главниот судија Миловој Крестевски - Мико од Охрид. Времето, освен првиот ден, во понеделникот, беше сончево, без ветер и не премногу топло. Се играше само на пет терени, а евентуалните силни врнежи сериозно ќе го нарушеа одигрувањето на 144 мечеви. Во социјалната програма, со многу танц започна коктелот за добредојде во неделата вечер во хотелот “Метропол”. Беше организирана и прошетка со брод од кој можеше да се ужива во фасцинантниот залез на сонцето зад Јабланица и во палењето на светлата во стариот Охрид. Стотици фотографии од гостите ја овековечија една од најфотогеничната цркви во светот, Св Јован Канео. Во четвртокот навечер беше организирана заедничка вечера во ресторанот “Белведере” во центарот на Охрид на завршната вечер, на 31 август во “Белви” беа поделени пехарите. Големиот пехар за најдобра екипа го прими проф. д-р Дору Филипеску, лидерот на екипата од Романија, по што следуваше вечер на балкански песни и игри до полноќ.

Организацијата одеше прилично тешко поради ограничени средства од спонзори и донатори. Најголема

Од свеченото отворање, екипите на Турција и Македонија





Од свеченото отворање, претставување на д-р Атанас Михов, Бугарија, најуспешниот тенисер во изминативе 30 години. Во заднина екипите на Романија и Бугарија



Освојувачите на 10-те пехари за Македонија



Големiot пехар за најуспешна екипа во рацете на проф. д-р Дору Филипеску, Романија

помош добивме од покровителот ЛКМ во износ од околу 100.000 денари со кои се покрија пехарите и топчињата. Главни спонзори беа: “Плива”, “Промедика” и “Рифам”, а помогнаа и “Реплек-фарм”, “Биотек”, “Веста веледругерија”, “Снибе”, “Алкалоид”, “Фротирка”, “Горска вода”, “Магронидобра вода”, “Натусана” со производите Алга-Сан и “Витаминка”. И со ова првенство докторите преку својата благородна професија, преку спортот и тенисот докажаа дека луѓето на Балканот можат да живеат во пријателство и заемна почит и разбирање. Следното 32. Балканско првенство за доктори во тенис ќе се одржи во септември во Романија, во градчето Сибиу или во Букурешт.

Проф. д-р Никола Пановски

Преглед на резултатите по категории

- 1 Опен категорија мажи (12 учесници): 1. Николеску (Ром), 2. Симион (Ром). Во оваа категорија од Македонија учествуваа: Милош Милутиновиќ, Дарко Андоновски и Ѓорѓи Стојковски.
- 2 Мажи 40+ (14 учесници): 1. Елкенциоглу (Тур), 2. Александар Петличковски (МКД). Во оваа категорија од Македонија учествуваа и Гоце Бабоски (четвртфинале).
- 3 Мажи 50+ (20 учесници): 1. Џамбазов (Буг), Оксозоглу (Тур), 3-4 Љупчо Милановски (МКД). Во оваа категорија од Македонија се натпреваруваа и: Вело Марковски (четвртфинале), Антонио Дојчиновски и Мирослав Гроздановски.
- 4 Мажи 60+ (24 учесници): 1. Михов (Буг), 2. Чесур (Тур) 3-4. Љупчо Стаменков (МКД). Во оваа категорија од Македонија учествуваа и: Никола Пановски (четвртфинале), Миодраг Милутиновиќ и Кирил Андонов.
- 5 Докторки (20 учеснички): 1. Червазе (Ром), 2. Сарикаи (Тур), Во оваа категорија од Македонија учествуваа: Софија Милановска-Јордановска (четвртфинале), Софијанка Гламочанин, Сандра Арсовска, Снежана Драгиќ дип.фарм., Јулија Крстевска и Јана Гапковска-Милутиновиќ.
- 6 Мажи, двојки опен категорија (16 двојки): 1. Николеску/Добра (Ром), 2. Окузган/Мурад (Тур). Во оваа категорија од Македонија учествуваа: Бабоски/Андонов, Петличковски/Милутиновиќ и Стојковски/Андоновски.
- 7 Мажи, двојки 50+ (19 двојки): 1. Михов/Џамбазов (Буг), 2. Филипеску/Сечил (Ром), 3-4. Пановски/Марковски (МКД). Во оваа категорија од Македонија учествуваа и Милутиновиќ/Милановски (четвртфинале) и Стаменков/Дојчиновски.
- 8 Докторки, двојки (8 двојки): 1. Червазе/Соаре (Ром), 2. Хава/Заиде (Тур) 3-4. Арсовска/Милановска-Јордановска (МКД). Во оваа категорија од Македонија учествуваа и Драгиќ/Гапковска-Милутиновиќ.
- 9 Мешани двојки (20 двојки), во оваа категорија играат и членови на семејствата, двојките беа од различни земји, одредени со жрепка, во секоја двојка најмалку еден е доктор/докторка): 1. Динкова (Буг)/Ристеа (Ром), 2. Небојша Милутиновиќ (МКД), Ајсеџул (Тур), 3-4. Целепова (Буг)/ Милош Милутиновиќ (МКД), 3-4. Горјан Милановски (МКД)/ Зајде (Тур). Во оваа категорија од Македонија учествуваа и: Софија Милановска-Јордановска (четвртфинале), Јана Гапковска, Снежана Драгиќ.

Доајени

ЗА ДОАЈЕНИТЕ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ

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

Медицинскиот факултет во Скопје, основан во 1947 г., одигра клучна улога во развојот на македонската медицина и образование на медицинските професионалци, подобрување на локалната здравствена состојба на населението и целокупниот 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 потоа, беше од суштинско и неопходно 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 групи стиручна-наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиники и катедри во новоформирано Медицински факултет во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговото развој.

Медицинскиот факултет во Скопје, Македонската лекарска друштво и Лекарската комора на Македонија им должат неизмерна благодарност на првите лекари-наставници од Македонија и на оние кои дошле во Скопје од други републики во тогашната ФНР Југославија, особено од Србија и од Хрватска, и од други земји во Европа, за нивниот ентузијазам и несебично залагање, професионална и академска работа и посветеност, и огромниот придонес во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје и развојот на медицината во Македонија, а со тоа 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 стиручно-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 почин и признание на првите наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.



Никола ГЕОРГИЕВСКИ,

доцент по хигиена и социјална медицина, министер за здравство и експерт на СЗО

Доколку не направиме нешто за дужините, тогаш не сме направиле ништо ниту за себе. Најубаво во живото на човекот се неговите мали и незајамени дела на добрина и радост - г-р Јован Дамјановски

Д-р Никола Георгиевски е роден на 15.12.1922 г. во Скопје, како прво од пет деца (Никола, Мариола, Коста, Теодора и Тодор), во занаетчиско-трговско семејство, од мајка Хариклиа и татко Сотир Георги Штабе. Основно и средно гимназиско образование (приватен француски лицеј) завршил во родниот град. Во 1941 г. запишал студии по медицина во Софија, а по две години го прекинал студирањето поради воените услови. По војната продолжил и дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Загреб во 1949 г.

Кон крајот на студиите во Загреб ја запознал својата животна сопатничка од благородно (графовско) потекло од Равена-Тревизо, Италија, Дорја Циноти, ќерка на реформиран правник и претседател на Врховен суд на Хрватска, д-р Емануел Циноти. Во нивниот брак се родиле три деца: ќerkите Валдарез (дипл. правник) и Жолен (политиколог), кои живеат во Торонто, Канада, и синот Сашо (политиколог и дописник во Хрватска на дневниот весник „Нова Македонија“ и на агенцијата MKD.mk), кој е претседател на НВО „Хрватско-македонска тангента“, со седиште во Шибеник, Хрватска, каде живее заедно со сопругата Милена и синот Леон.

Д-р Н. Георгиевски завршил специјализација по хигиена во Загреб во

1954 г. Потоа бил избран за универзитетски предавач по предметот хигиена (1956) и доцент по хигиена и социјална медицина (1961) на МФ-Скопје. Бил министер за народно здравје на Македонија (1963-65) и сојузен министер за здравство и социјална политика на СФР Југославија (1967-72), како и претседател на Црвен крст на Југославија (1972-76). Во 1977 г. се приклучил на СЗО како шеф на мисијата на СЗО во Индокина (Ханој), а во 1980 г. продолжил уште две години да предводи мисија на СЗО во Манила, Филипини. Во 1994 г. се преселил во Торонто, Канада, каде основал хуманитарна организација „Канадски пријатели на деца со загрозувано здравје“.

Доц. д-р Никола Георгиевски почина во Торонто, Канада, на 3.2.2000 г., во 78-та година од животот.

Општествено-политичка дејност

Пред војната, уште како ученик, припаѓал на напредното младинско движење. За време на војната го помагал народноослободителното движење, а на 5.9.1944 г. стапил во партизанските одреди. Во НОВ извршувал функции на санитарски референт на баталјон и бригада. На 30.3.1945 г. бил примен како член во Сојузот на комунистите и повеќе пати бил избиран за член на факултетски и универзитетски комитет на СКЈ во Загреб и во Скопје.

Лекар хуманист, наставник и едукатор

По дипломирањето започнал специјализација по хигиена во Загреб. Завршил едногодишен курс за хигиена на трудот во Загреб и во септември 1951 г. бил избран за асистент по хигиена на МФ-Скопје. Во истата година бил



Киро Глигоров, претседател на Собранието на СФРЈ, врачува Награда АВНОЈ на д-р Н. Георгиевски за успешно раководење на Црвениот крст на Југославија 1975 г.

вработен и именуван за шеф на Одделението за хигиена, а од 1954 г. и помошник-стручен советник на директорот на Централниот завод за заштита на народно здравје на НР Македонија. Како стипендист на СЗО, во 1952-53 г. д-р Н. Георгиевски завршил постдипломски курс по хигиена на трудот во Париз, а во 1954 г. го положил специјалистичкиот испит по хигиена во Загреб. Потоа бил избран за универзитетски предавач по предметот хигиена (1956) и, по одбрана на хабилитација врз основа на трудовите од областа хигиена, за доцент по предметот хигиена и социјална медицина (1961) во МФ-Скопје.

Во наставната програма на првиот шест годишен план и режим на студии на МФ-Скопје е вклучен предметот хигиена, со содржини и од областа на социјална медицина, со 90 часа теоретски предавања и 120 часа практични вежби и теренска работа/посети. Првиот наставник за предметот хигиена, од 1947-52 г., бил проф. Стерјо Боздов. За наредниот четиригодишен период (1952-56) теоретската настава по овој предмет ја реализирал како хонорарен предавач проф. Богдан Каракашевиќ, а за практичната настава и теренски вежби бил одговорен асс. Н. Георгиевски. Во 1956 г. асс. Н. Георгиевски бил избран во универзитетски предавач по хигиена и ја презел одговорноста за реализација на теоретските предавања по овој предмет, од 1959 г. со нов наслов „Хигиена со статистика и социјална медицина“, додека практичната и теренска настава ја пре-

зел новоизбраниот асистент по хигиена д-р Георги Панов. По изборот на д-р Георгиевски за доцент по хигиена и социјална медицина во 1961 г. продолжил да ја реализира теоретската настава по тој предмет до 1965 г. кога одговорноста за тоа, како избран хонорарен предавач, ја презел д-р Георги Панов. Во 1964 г. се менува името на предметот и подоцна, во 1982 г., е формирана соодветна Катедра за хигиена со социјална медицина и медицина на трудот, а за нејзин шеф е избран проф. Георги Панов.

Професионалните и наставни активности на доц. Н. Георгиевски се одликувале со висока организираност, исполнителност и самодисциплина.

Иницијатор, организатор и општественик



Д-р Никола Георгиевски (во средина) и пред него ќерката Жолен, основачи на HBO Canadians for Children at Health Risk, Торонто, Канада, 1995 г.

Д-р Н. Георгиевски бил општествено и политички мошне активен и извршувал повеќе високи функции на републичко и сојузно ниво. Бил член на Советот на МФ-Скопје од 1954-57 г., и член на повеќе републички и сојузни стручни комисии, а од 1954 г. член на Републичкиот совет за народно здравје. Како голем македонски хуманист и еден од пионерите на организацијата на Црвениот крст на Македонија, учествувал во активностите, од првите денови по нејзиното формирање на 17 март 1945 г., за развој на здравствено-просветната и хуманитарна дејност, крводарителството, првата медицинска помош, борба против заразните и паразитни болести и болестите на зависност, како и за санирање на последиците од големата поплава во Скопје во 1962 г. и катастрофалниот земјотрес во 1963 г. и обновата и изградбата на Скопје како град на свтската солидарност. Повеќе години бил потпретседател на Црвениот крст на Македонија во 1950-те и раните 1960-ти, а потоа потпретседател и претседател на Црвениот крст на Југославија (1972-76). Притоа го давал својот придонес за оформувањето, подемот и проширувањето на активностите на оваа најмасовна и најхумана организација во светот. Посебно се ангажирал во одржувањето на Конференцијата на Црвениот крст и Црвената полумесечина за мирот, во Белград во 1975 г., во која година му била доделена и високата сојузна награда АВНОЈ.



Доајени



Отворање на I. Конгрес на лекарите од превентивна медицина, "Десарет", Охрид, 1998 г. Од лево седат во прв ред: проф. Милчо Богоев, декан на МФ-Скопје, проф. Дончо Донеv, ген. секретар на конгресот, проф. Никола Георгиевски, почесен гостин на конгресот

Во 1962 г. бил именуван за заменик-директор на Централниот хигиенски завод во Скопје. Бил републички секретар за народно здравје и социјална заштита на НРМ и претседател на Советот (во ранг на министер) за народно здравје на НР Македонија (1963-65).

Д-р Н. Георгиевски покажувал вонредна активност и во стручните здруженија на републичко и сојузно ниво. Бил прв секретар на Хигиенската секција при МЛД, формирана во раните 1950-ти по иницијатива на проф. Б. Каракашевиќ како прв претседател. Подоцна бил избран за генерален секретар на Здружението за превентивна медицина на Југославија.

Д-р Н. Георгиевски се одликувал со висока елоквентност и комуникациски способности. Зборувал течно француски, англиски, германски и италијански јазик.

Функционер на сојузно ниво во СФР Југославија и шеф на меѓународни мисии на Светската здравствена организација

На федерално ниво д-р Георгиевски бил зам. претседател (1965-66) и претседател на Сојузниот совет (во ранг на сојузен министер) за здравство и социјална политика на СФРЈ (1967-72). Во тој период за неговото име се врзува донесувањето на неколку мошне авангардни сојузни закони од областа на здравствената легислатива, како и успешната контрола и сузбивање на повеќе епидемии на карантински зараз-

ни болести (колера, големи сипаници) поради што се стекнал со епитет прв стручњак за борба против карантински болести на југословенските простори. На негова покана и заслуга прочуениот американски кардиохирург проф. Мајкал Дебејки дошол во Белград во 1969 г. и потпишал договор за повеќегодишна стручна помош за унапредување на младата југословенска кардиохирургија. Во 1972 г. д-р Георгиевски бил именуван за државен советник при Владата на СФРЈ и претседател на Црвениот крст на СФРЈ, како прв Македонец на таа функција во повоена Југославија (голем придонес за тоа дал Даре Џамбаз). Овие функции д-р Георгиевски ги извршувал до 1976 г.

Во април 1977 г., на предлог на Владата на СФРЈ, д-р Н. Георгиевски се приклучил на СЗО како шеф на мисијата во Индокина (Ханој, Виетнам), до крајот на 1980 г. Таму, за мошне кус период, покажал голем успех во здравствената едукација на населението, посебно во борбата против регионалната чума – туберкулозата, за што бил одликуван од претседателот на Владата на Виетнам, Фам Ван Донг, во 1980 г. Во почетокот на 1981 г. продолжил со двегодишна мисија во Регионалната канцеларија на СЗО во Манила за Западен Пацифик.

По враќањето во Југославија, во 1983 г., бил назначен за потпретседател на Сојузниот комитет за труд, здравство и социјална политика и директор на

Сојузниот санитарен инспекторат во рамки на Комитетот. Овие функции ги извршувал до неговото пензионирање во 1988 г. Во тој период, определено време (2 години) бил в.д. директор на Сојузниот завод за здравствена заштита-Белград, а раководел и со Сојузната комисија за СИДА.

Во 1994 г., д-р Н. Георгиевски се преселил во Торонто, Канада, каде основал и бил прв претседател на хуманитарната организација Канадски пријатели на деца со загроено здравје. По неговата смрт, во 2000 г., хуманитарната организација, како претседател, ја презела и ја води неговата ќерка Жолен.

Придонес во намалување на смртноста на доенчињата, подобрување на санитарно-хигиенската и епидемиолошка состојба и ерадикација на маларијата

Во раните 1960-ти години, д-р Н. Георгиевски иницирал изготвување и спроведување на две специјални превентивни годишни програми, за кои Владата на СР Македонија секоја година, до 1990 г., доделуваше буџетски средства и усвојуваше извештаи за нивната реализација:

- Програма за намалување на смртноста кај доенчињата и малите деца во Македонија, и

- Програма за подобрување на санитарно-хигиенската и епидемиолошката состојба во Македонија воопшто, и посебно во селата преку градење на централни водоводи.

На тој начин се постигнати многу значајни резултати во подигањето на здравствената просветеност и култура на населението и, посебно, во намалувањето на смртноста на доенчињата, од 112,3 во 1961 на 28,2% во 1991 г. Стапката продолжи да опаѓа и понатаму достигнувајќи најниска вредност од 7,6 умрени доенчиња на 1000 живородени во 2010 г. До 1990 г. изградени се водоводи во околу 600 села што овозможило хигиенско снабдување со вода во домот на 70-80% од селското население и драстично намалување на стапките на морбидитет и морталитет од црвени заразни болести во селските подрачја и во Р. Македонија воопшто. Во 1961 г. е донесено Упатство и воспоставена континуирана задолжителна про-



грамска вакцинација со висок опфат на подложните. Постигната е ерадикација на некои заразни болести (дифтерија, пертусис, пегав тифус) и драстично намалување на морбидитетот и морталитетот од мали сипаници, тетанус, туберкулоза, полиомиелитис и др.

За името на д-р Н. Георгиевски се врзува и успешното искоренување на ендемската маларија во Р. Македонија, од која заболувале околу 300.000 лица годишно во Македонија во повоените години. Тој ги продолжил започнатите, во 1947 г., плански организирани активности и напори на своите претходници и современици: проф. С. Боздов, проф. Г. Гаврилски, проф. Б. Каракашевиќ, проф. С. Стефков, д-р В. Попадик, прим. Г. Тофоски, прим. Н. Хаџи Здравев и др. Согласно склучениот договор меѓу СЗО и Владата на Југославија, во 1958 г., за ерадикација на маларијата во СФРЈ, д-р Н. Георгиевски раководел со Одделението за борба против маларијата во Министерството за здравство и, во соработка со Централниот хигиенски завод во Скопје, активно и успешно ги координирал активностите на сите институции и фактори за формирање антималярични служби и инспекторати во републиката, здравствена едукација и асанационо-мелиорациони работи на теренот, обезбедување превозни средства и опрема, лекови (дараприм) и инсектициди (ДДТ) за резидуално прскање, се до 1965 г. кога првпат не е забележан ниту еден автохтон случај на маларија во Р. Македонија. Придонесот во ерадикацијата на маларијата се смета, како што и самиот велеше, еден од најголемите негови дострели и успеши во професионалната кариера.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Д-р Н. Георгиевски развил плодна педагошка, научна и стручно-општествена и публицистичка дејност во областа на превентивната медицина. Материјал за своите стручно-научни публикации и реферати за учество на стручни собири и конгреси во земјата и во странство црпел од теоријата и практика во областите хигиена, посебно хигиена на трудот, и социјална медицина. Автор е на многу стручно-научни и

здравствено-популарни статии, на брошурага „Значењето на добрите климатски услови при работата“ (1956), како и на поглавјето „Вода и снабдување со вода“ во учебникот Превентивна медицина од Груица Жарковиќ и сор.

Д-р Н. Георгиевски учествувал активно, со презентирање трудови, на многубројни стручни собири и конгреси во Р. Македонија, Југославија и во странство. Во периодот на неговиот престој како шеф на СЗО мисиите во Ханој и Манила публикувал повеќе трудови поврзани со здравствената проблематика во тие региони.

Во 1950-те бил член на Уредувачкиот одбор и потоа главен уредник на списанието „Народно здравје“, а во периодот од 1955-56 г. бил член на Редакцискиот одбор на ММП.

Спомени, признанија и награди

Д-р Н. Георгиевски останува трајно во колективната меморија и историјата на медицината во Р. Македонија, како наставник со висока елоквентност, педагошки и морални квалитети, пионер и доајен на превентивната медицина, висок достоинственик на Црвениот крст, републички и сојузен функционер со поливалентни функции во поранешна СФР Југославија и носител на две мисии во Далечниот Исток како експерт на СЗО. Моралниот лик, педагошките карактеристики и другарскиот однос кон соработниците и студентите, како и стручно-општествената дејност и севкупното негово дело служи како пример за младите генерации. По повод 85-годишнини од раѓањето на д-р Н. Георгиевски, на 25.10.2007 г. беше одржана свечена академија во големата сала на ДХО „Даре Џамбаз“-Скопје, во организација на МФ-Скопје и Црвениот крст на Македонија.

За неговата професионална и општествено-политичка дејност д-р Никола Георгиевски е одликуван со повеќе престижни републички и сојузни награди, и тоа: Медал за храброст, Медал за заслуги за народ, Орден на трудот од III ред и Орден на трудот со златен венец, како и на низа други писмени и усни пофалби, дипломи и награди, а во 1975 г. му била доделена наградата АВНОЈ.

Проф. д-р Дончо Донев



Проф. Никола Георгиевски, промотор на НВО „Canadians for Children at Health Risk“, Торонто, Канада, 1998 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Донев Д, уредник. Промоција на здравјето и здравствено воспитание - учебник за студентите на МФ-Скопје. МФ при УКИМ-Скопје, 2014: 292 стр.
2. 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>
3. Костиќ Б, Каракашевиќ Б, Андреевски А, рецензенти. Реферат за избор на доцент по хигиена (Никола Георгиевски) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 38, април 1961: 1-4.
4. Кочубовски М. Катедрата за хигиена – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Гдини Медицински факултет во Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, Скопје, 2017: 171-5.
5. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, Чапароски Р, Главаш Е. Развој на институциите во рамките на МФ-Скопје – Хигиена со социјална медицина и медицина на трудот. Во: Лазаревски М, уредник. МФ-Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987: 351-5.
6. Ристовски Б, Главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел I. МАНУ, Скопје, Скопје, 2009: 350.
7. Станковиќ И. Кој е кој во Југославија - 1 доктори. Сојуз на лекарските друштва на Југославија, Белград, 1968: 127.
8. Стикова Е. Републички завод за здравствена заштита 1945-1995. Р333-Скопје 1995: 50 стр.
9. Топузовска Г. Активностите на хигиенскиот завод за ерадикација на маларијата во Македонија. Зборник на трудови/18-Битола, Завод за заштита на спомениците на културата и музеј - Битола, 2015, 69-77.
10. Тофоски Ј, уредник. 60 Гдини Македонско лекарско друштво 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.

Доајени



Богдан КАРАКАШЕВИЌ,

Професор и директор на Институтот за микробиологија и паразитологија при Медицинскиот факултет во Скопје

„Да ѝ научуваш е благодородна професија... ако луѓето те забележат како добар училец, тоа ќе биде најголема чест за мене” - А. П. Ј. Абдул Калам

Д-р Богдан Александар Каракашевиќ е роден на 21.8.1908 г. во Кленак кај Рума, Србија. Дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Загреб во 1934 г. Завршил специјализација по микробиологија и епидемиологија во Загреб во 1941 г. Своето образование и експертиза ги унапредувал во Берлин, Париз и други европски центри.

Проф. Каракашевиќ дошол во Скопје во 1951 г. и бил именуван за директор на Централниот хигиенски завод. Во 1952 г. бил избран во звање вонр. професор по микробиологија и ангажиран за хонорарен предавач по епидемиологија и хигиена на МФ-Скопје, а во ред. професор по предметот микробиологија бил избран во 1957 г.

Проф. Б. Каракашевиќ бил прв директор на Институтот за микробиологија, во периодот од 1952 до неговото пензионирање во 1978 г. Тој бил трудољубив и посветен наставник, со голема љубов и култ кон наставата.

Проф. д-р Богдан Каракашевиќ почина во Скопје на 2.12.1996 г., во 89-та год. од животот.

Лекарска и наставно-едукативна дејност

По дипломирањето на МФ во Загреб во 1934 г. работел две години како волонтер-лекар во Одделението за уво, нос и грло во Државната болница во Загреб, а од 1936 г. како лекар во Одделението за бактериологија во

Хигиенскиот завод во Загреб кога ја започнал својата специјализација по микробиологија и епидемиологија. Следната година бил на едногодишно усовршување во Берлин, во Институтот „Роберт Кох“, а до 1940 г. престојувал во повеќе познати превентивни школи, меѓу кои Институтот „Луј Пастер“ во Париз и институтите за тропски болести и хигиена во Амстердам, Хамбург, Франкфурт на Мајна и Прага. Во 1940 г. се вратил во Загреб каде што го положил специјалистичкиот испит по микробиологија и епидемиологија во 1941 г. Во истата година бил преместен да работи во Одделението за бактериологија и, потоа, како шеф во Отсекот за епидемиологија во Централниот хигиенски завод во Белград, до октомври 1944 г. Притоа, како лекар на терен, раководел со борбата против пегавиот тифус и други заразни болести во западниот дел на Србија и Санџак.

Во октомври 1944 г. стапил во НОВ и бил поставен за управник на Болницата за заразни болести на Петата краишка дивизија, па како командант на Хигиенско-епидемиолошкиот одред на Првиот пролетерски корпус и, потоа, на 1. Армија на ЈНА. Во 1947 г. бил преместен на работа во Военохигиенскиот завод при Главната воена болница, подопна Военомедицинска академија во Белград, а во 1949 г. бил поставен за началник на Институтот за микробиологија и зам. началник на Катедрата за хигиена во тој Завод.

Во 1951 г. мајорот д-р Б. Каракашевиќ бил демобилизиран и поставен за директор на Централниот хигиенски завод во Скопје, а на 21.1.1952 г. бил именуван и за директор на Институтот за микробиологија при МФ-Скопје. Притоа бил избран во наставно звање вонр. професор и шеф на Катедрата за микробиологија. Како

хонорарен наставник реализирал настава по предметите епидемиологија, од 1952-78, и хигиена, од 1952-56 г., на МФ-Скопје.

Во 1956 г. проф. Б. Каракашевиќ одбрал хабилитација во МФ-Скопје на тема: „Промени во бактериската цревна флора кај акутни ентероколитни пациенти по третман со хлорамфеникол и терамицин“. Во следната 1957 г. бил избран во звање редовен професор по предметот микробиологија на МФ-Скопје.

Институтот за микробиологија ги започнал своите наставни активности во академската 1949-50 г. со само еден асистент по микробиологија (д-р Р. Скалова), одговорен за сите практични предавања и лабораториски вежби на првата генерација студенти. Теоретските предавања по микробиологија преку интензивни курсеви за првата генерација студенти биле реализирани од проф. Александар Ѓорѓевиќ од МФ-Белград. Потоа, теоретските предавања и испити по микробиологија ги реализирал проф. Димитар Мицев од Земјоделско-шумарскиот факултет во Скопје. Проф. Б. Каракашевиќ бил прв вработен наставник и прв директор на Институтот за микробиологија во периодот од 1952 до 1978 г.

Посебно внимание проф. Б. Каракашевиќ посветувал на опремувањето и кадровското екипирање и усовршување на своите соработници пренесувајќи ги своите знаења и искуства во истражувачката и рутинската лабораториска и теренска работа. Кадровската состојба во Институтот се подобрила во 1955 г. кога, покрај асс. С. Стефков и д-р Г. Несторов, биле вработени д-р Л. Несторова и д-р П. Наумовска и, потоа, избрани во асистенти во 1957 г. Во 1958 г. асс. С. Стефков е избран во звање доцент, а во Институтот биле вработени и избрани во асистенти д-р Н. Каранфилска и д-р Е. Ефремова. Во 1960-61 г. се вработени д-р А. Ковачева, д-р В. Стојменска и д-р М. Поп-Ацева. Двајца наставници и 7 асистенти можеле да одговорат на зголемениот обем на настава во редовните и вонредни студии по медицина и стоматологија на МФ-Скопје во 1960-те и потоа.

Проф. Б. Каракашевиќ беше трудољубив и посветен наставник со голема организираност, љубов и пиетет кон



Проф. Б. Каракашевиќ во својот кабинет, 1953 г.

наставата, посебно по микробиологија, на МФ-Скопје. Неговите предавања, во полниот амфитеатар, студентите ги доживуваа како свечен чин и класика од реторички инспириран професор со исклучителна меморија и елоквентност, беспрекорно облечен во складен костум комбиниран со вратоврска и марама во ист дезен и боја, во споредба со денешната ера на настава со честа ноншалантност, импровизација и неконвенционалност до наставник со фармерки. Свечената „церемонија“ започнуваше со влегување на проф. Б. Каракашевиќ во амфитеатарот со прецизна точност за почеток и времетраење на предавањето кое, по правило, започнуваше во апсолутна тишина откако по него ќе влезат и седнат во првиот ред во амфитеатарот сите 7 асистенти/тки, пристojно облечени со бели мантили. Неговата елоквентност и брилијантни предавања, во речиси тридеценискиот период на МФ-Скопје, му донесе епитет златоуст меѓу соработниците, лекарите и студентите.

Општествени и организационостручни активности

Проф. Б. Каракашевиќ, со доаѓањето во нашата средина, се втемели и даде голем придонес во развојот и унапредувањето на микробиологијата и епидемиолошката заштита, како и севкупната превентивно-медицинска дејност во Р. Македонија. Функцијата директор на

Централниот хигиенски завод во Скопје ја извршува од есента 1951 до 1.06.1954 г.

Како истакнат експерт во областа на превентивната медицина бил именуван или биран за разни функции и бил активен член на многу републички и сојузни тела меѓу кои: член на Советот за народно здравје на Македонија, член на Комисијата на Сојузното собрание и Сојузниот извршен совет за унапредување на организацијата и законската регулатива во здравството, претседател на Републичкиот и член на Сојузниот здравствен центар, член на сојузните комисии за епидемиологија и за хигиена и претседател на Комисијата за бактериологија при Сојузниот завод за народно здравје, како и член на Претседателството на Сојузот на лекарските здруженија на Југославија и на Сојузната комисија на Заедницата на медицинските факултети за издавање учебници. Бил член на Управниот одбор на Црвениот крст на Македонија и прв претседател на Секцијата за хигиена при МЛД, формирана во раните 1950-ти, и др. Сороботувал со СЗО и со здруженијата за микробиологија и хигиена на Австрија и Германија.

Проф. Б. Каракашевиќ учествувал на голем број стручно-научни собири во Македонија, Југославија и странство. Бил иницијатор и организатор на значајни масовни собири, во повеќеденесниски период, на микробиолозите и епидемиолозите, со проширени теми за

современа епидемиологија и организација на здравствената заштита, со интерес за хроничните незаразни болести и заштита на животната средина. Организирано околу 30 конгресни собири, кои традиционално се одржувале во Пула, Хрватска, со масовна посетеност на околу и над 1000 учесници, главно лекари - специјалисти од превентивните области на медицината и примарната здравствена заштита од цела Југославија, со значајна партиципација на стручњаци од МФ-Скопје и лекари од цела Македонија.

Научно - истражувачка и публицистичка активност

Научно-истражувачката активност на Институтот за микробиологија се изведувала од основањето и првите години на развојот, паралелно со наставната и другите основни дејности. Проф. Б. Каракашевиќ се занимаал со прашања од речиси сите области на превентивната медицина. Посебно внимание посветувал на клиничката микробиологија на заразните болести, со продлабочен интерес за истражувањата на лептоспирозите кај нас, ентероинфекциите кај децата и возрасните, примената на мембранската филтрација во изолирање на бактерии и др.

Проф. Б. Каракашевиќ како раководител и соработник покажувал вонредна активност во стручната и научно-истражувачка работа (НИР). Резултатите од



Промоција на дипломирани лекари на МФ-Скопје, 1960 г. Од лево седат: проф. Богдан Каракашевиќ, проф. Драгослав Милетиќ и доц. Епса Урумова

Доајени



Проф. Б. Каракашевиќ, председател на Организациониот одбор на 27. Научен состанок на микробиолозите, епидемиолозите и инфектолозите на Југославија, Пула, 10-15.06.1985 г.

својата НИР во врска со доминантните заразни и паразитарни болести ги пренесувал во живот и акција на теренот. Непрегорната стручно-научна и педагошка активност била следена со вонредно продуктивна публицистичка активност.

Публикувал голем број стручни и научни трудови, експериментални студии и извештаи, како и публикации од учебнички карактер и монографии. Автор е на широк спектар публикации од областа на применетата микробиологија, епидемиологија и хигиена, почнувајќи од раните 1950-ти со печатење на учебник Бактериологија I и II дел и монографија Проблеми на превентивната медицина на НР Македонија, а потоа и на поглавјето Епидемиологија во учебникот Превентивна медицина од Груица Жарковиќ.

Со ангажирање стручњаци-соработници ширум Југославија, проф. Б. Каракашевиќ го изготвил познатиот југословенски учебник Микробиологија и паразитологија, објавен во 1962 г., препечатен во вкупно шест изданија до крајот на 1980-те, како основен учебник за студенти на факултетите за медицина и стоматологија и за лекари на специјализација по микробиологија и други специјалности. Автор е на „Прирачник за превентивна медицина“, печатен во 1960 и 1970 г., на повеќе монографии од подрачјето на превентивната медицина и над 200 научни труда. Изготвил и практикум „Прирачник на стандардни методи за микробиолошка рутинска работа“ за лабораториите во Југославија. Уредник е на сите зборници на трудови од стручните собири одржани во Пула

во негова организација. На тој начин проф. Б. Каракашевиќ придонел за создавање значајна многуволуминозна библиотека од сите области на превентивната медицина.

Бил член на уредувачки одбори на повеќе превентивни списанија и еден од уредниците на стручните списанија „Хигиена“ и „Епидемиологија, инфектологија и микробиологија“.

Спомени, признанија и награди

Проф. Б. Каракашевиќ се втемели во развојот на Институтот и Катедрата за микробиологија со паразитологија, со кои раководел во период подолг од 25 години, од 1952-78 г., но и во развојот на катедрите за епидемиологија и за хигиена, а со тоа и во развојот на МФ-Скопје. Во поширока смисла, проф. Б. Каракашевиќ останува во колективната меморија во Р. Македонија и пошироко како голем ерудит и педагог, истражувач и пасиониран превентивец во сите области на медицината, со висока посветеност на професијата, амбиција и стремеж во барањето и постигнувањето на новото и врвното. Тој дал голем придонес и за менување на архаичното гледиште на епидемиологијата како исклучиво мериторна наука и дејност само во контагиозната патологија. Современиот концепт на епидемиологијата и нејзината практична примена во сите области на медицината и биологијата преовладува над конвенционалното сфаќање и концепции од минатото.

Проф. д-р Богдан Каракашевиќ бил добитник на повеќе признанија од МФ-Скопје и МЛД, но и на високи републички и сојузни признанија, меѓу кои

Орден за заслуги за народ од II и III ред, Орден на трудот од II ред и Орден на трудот со златен венец.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Donev D, Polenaković M. Contributions of the doctors from Serbia to the establishment and initial development of the Faculty of Medicine in Skopje, R. Macedonia. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2012;33(1): 319-46. Available from:

<http://www.manu.edu.mk/prilozi/july2012/CONTRIBUTIONS%20OF%20DOCTORS%20FROM%20SERBIA.pdf>

2. Каракашевиќ Б. Годишен извештај за работата на Секцијата за хигиена при МЛД. ММП 1957; 12(5-8): 67-8.

3. Каракашевиќ Б, уредник. Зборник на резимеата на XXXI/XXXII научен состанок на микробиолози, епидемиолози и инфектолози на Југославија, Пула, 05-11.06.1989 и 11-17.06.1990. Здружение за унапредување на превентивно медицинска заштита на Југославија, 1991. Достапно на:

http://www.worldcat.org/search?q=su%3AMedicina+zbornik+saz%CC%8Cetaka.&qt=hot_subject

4. Корнети-Пекеvsка К. Проф. д-р Богдан Каракашевиќ – In Memoriam. ММП 1996; 50(1-2): 76-7.

Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, и др. Развој на институциите во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.

5. Машек З. Редовен годишен состанок на микробиолозите на Југославија, Пула, 10-15.06.1985. Достапно на:

[file:///C:/Users/Freeware%20Sys/Downloads/VJESTI_Sastanak_mikrobiologa%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Freeware%20Sys/Downloads/VJESTI_Sastanak_mikrobiologa%20(1).pdf)

6. Ристовски Б, главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел I. Македонска академија на науките и уметностите. Скопје, 2009: стр. 670.

7. Стојковски Г. Македонските уметници во медицината. НП „Култура“ – Скопје, Скопје, 2001: 354.

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

9. Тодоровиќ К, Гуришиќ М, Никетиќ Б, Берик М, рецензенти. Реферат за избор на редовен професор по предметот микробиологија (Богдан Каракашевиќ) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 7, 1957: 86-95.

10. Цековска Ж. Катедрата за микробиологија и паразитологија – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Години Медицински факултет во Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, Скопје, 2017: 82-6.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 38, октомври 2018 година

ПРЕНАТАЛНА ДИЈАГНОЗА НА ОРОФАЦИЈАЛНИТЕ ГЕНЕТСКИ ЗАБОЛУВАЊА

В. Амбаркова

КАКО ДО ЕФИКАСНИ РЕФОРМИ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ СИСТЕМИ

М. Маџовски
Т. Пиперковски

**НОВИ ПЕРСПЕКТИВИ И ПОГОЛЕМА МОЖНОСТ ЗА ПЕРСОНАЛИЗИРАН
ТРЕТМАН НА МУЛТИПЛА СКЛЕРОЗА**

Д. Ристиќ
П. Атанасовски

РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

Во програмата на Уредувачкиот одбор на „Vox Medici“ важно место има можноста за објавување на вашите стручни и научни трудови, со цел за ваша едукација, не само онаа што произлегува од читањето на објавените трудови, туку и за подготвување на нивоито на знаење за целиот процес од подготвка до објавување на манускрипт. 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. Одлуката дали манускриптите ќе се објават или не, или ќе се модифицираат пред објавувањето, ја донесува едиторот на списанието врз основа на мислењето на еден или повеќе рецензенти. Овој процес треба да ги охрабри и поттикне авторите да се придржуваат на професионалните стандарди на нивната дисциплина и да сиречи дисеминација на релевантни наоди, неопходни тврдења, нејпристрасни интерпретации и лични видувања. На научните публикации што не поминат низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудовите кои илудираат 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 спекнување 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 илашат дури и да се обидат да испратат труд за објавување, а илесте, се озорчени, лушти, навредени.

Се разбира, секој има право да не се согласи со мислењето на рецензентот или на едиторот, и доколку успеет 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 професионалното едно списание, унапредувач на квалитетот и учител за стандардите за публикување на стручно-научни трудови.

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 101 од декември 2018 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 ноември 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.

ПРЕНАТАЛНА ДИЈАГНОЗА НА ОРОФАЦИЈАЛНИТЕ ГЕНЕТСКИ ЗАБОЛУВАЊА

Весна Амбаркова

Клиника за детска и превентивна стоматологија, Стоматолошки факултет, Универзитет “Св.Кирил и Методиј” - Скопје

Пренаталната дијагноза подразбира серија методи и постапки со кои може да се дијагностицираат дефекти, малформација или наследна болест во текот на бременоста. Пренаталната дијагноза станува се повеќе рутински пристап кај болестите што се наследуваат, но таа влегува и во обработката на сите бремени жени (на пример, преку ултразвукот). Овој приод има цел точно информирање на семејството за состојбата на плодот што го носи мајката за да можат идните родители да донесат одлука врз основа на соодветно информирање во врска со нивното неродено дете. Со пренаталната дијагноза, исто така, се обезбедува спречување на некои од многу тешките и инфаустни генски дефекти, значи, може да се влијае превентивно.

За пренатална дијагноза се користат неинвазивни и инвазивни техники од кои секоја има предности и недостатоци. Во неинвазивните методи спаѓаат: тестирањето на мајчината крв, ултразвук, додека во инвазивните методи спаѓаат амниоцентезата, биопсијата на chorion frondosum, кордоцентеза и фетоскопијата.

Превентивната дијагноза носи и многу предизвици. Потребни се голема сигурност и доблест да се донесе соодветно решение ако пренаталната дијагноза покаже постоење аномалија кај плодот, па дури и најмала. Секоја брачна двојка по правило исчекува раѓање на здраво, убаво и паметно дете. Секоја конфронтација со некој дефект води често кон тешки дилеми и фрустрации. Во таа смисла, многу етички прашања се врзани со пренаталната дијагноза.

Во последниве години превентивната дијагноза се повеќе се прави со цел да се откријат и да се применат нови начини за пренатално лекување. Навременото откривање на некои од малформациите е предуслов за успешно хируршко интраутерино лекување. Кога генската терапија ќе биде можна за повеќе генски дефекти, пренаталната дијагноза ќе биде неопходна за да се почне рано интраутерино со генска терапија и да се спречи ирреверзибилното оштетување на плодот.

Клучни зборови: пренатална дијагноза, генетски заболувања

ВОВЕД

Пренаталната дијагноза подразбира серија методи и постапки со кои може да се дијагностицираат дефект, малформација или наследна болест во текот на бременоста^(1,2). Пренаталната дијагноза станува се повеќе рутински пристап кај болестите што се наследуваат, но таа влегува и во обработката на сите бремени жени (на пример, преку ултразвукот).

Prenatal diagnosis of orofacial genetic diseases

The prenatal diagnosis involves a series of methods and procedures that can diagnose defects, malformation or hereditary disease during pregnancy. Nowadays, the prenatal diagnosis is becoming more and more routine approach in the detection of inherited diseases. It's included in the processing of all pregnant women by ultrasound. This approach has to accurately inform the family about the condition of fetus bearing by mother so that prospective parents can make a decision based on appropriate information about medical condition of their unborn child. The prenatal diagnosis also prevents some of the very difficult and fatal genetic defects.

In the group of noninvasive methods testing the maternal blood and ultrasound are included, while the invasive methods are amniocentesis, biopsy of chorion frondosum, cordocentesis and fetoscopy.

The preventive diagnosis brings many challenges. It takes great confidence and courage to take the appropriate decisions if fetus anomalies, even the slightest are diagnosed by prenatal diagnosis. Normally, each couple are waiting for the birth of a healthy, beautiful and bright child. Each confrontation with a defect often leads to difficult dilemmas and frustrations. In this sense, many ethical issues are related to the prenatal diagnosis.

The preventive diagnosis are increasingly doing in order to discover and apply new ways of prenatal treatment in recent years. Early detection of the malformations is a prerequisite for the successful surgical intrauterine treatment. When gene therapy for multiple gene defects would possible be discover, prenatal diagnosis will have to be started early with the application of gene therapy in uterus and prevent irreversible damage of the fetus.

Key words: prenatal diagnosis, genetic diseases

кот). Со пренаталната дијагноза, исто така, се обезбедува спречување на некои од многу тешките инфаустни генски дефекти, значи, може да се влијае превентивно^(1,2,3,4).

Во индикации за пренатална дијагноза спаѓаат повеќе аномалии и хромозомски и генетски болести кои го оптоваруваат семејството.

Методи за пренатална дијагноза кои се користат при оптовареност на семејството со малформации се ултразвукот, фетоскопијата, РТГ, алфа-фетопротеини. Методи за пренатална дијагноза кои се користат при оптовареност на семејството со хромозомопатии се: амниоцентеза, кордоцентеза, биопсија на chorion frondosum. Додека пак методи за пренатална дијагноза кои се користат при оптовареност на семејството со генопатии се кордоцентеза за екстракција на ДНК, амниоцентеза, хормони во амнионска течност, биопсија на фетални ткива преку фетоскопија.

Стручни и научни трудови

Индикации за пренатална дијагноза се:

- претходно дете со малформации;
- претходна патолошка бременост
- (спонтани абортуси, полихидрамн, олигоамнион);
- наследни болести во семејството;
- малформации во семејството;
- хромозомопатии во семејството;
- возраст на мајката >35г, и татко >г.;
- хронични болести кај мајката;
- инфекции и паразитарни болести во бременоста;
- консангвини бракови;
- носители на балансиран транслокации;
- хетерозиготи за генетски болести;
- покачен АФП кај мајката;
- лекуван стерилитет.

Цели на пренаталната дијагноза се да обезбедат опсег на информиран избор за родители со ризик за дете со абнормалности, да обезбедат поддршка и намалување на анксиозноста, особено меѓу високоризичните групи, информирање на родителите со ризик за присуство или отсуство на нарушување за постоење потврдно тестирање, давање можност на родителите за соодветно информирање (психолошко, бременост/породување, постнатално), како и да се овозможи пренатално лекување на засегнат фетус доколку е тоа можно.

Во некои од заболувањата за кои е достапна пренаталната дијагностика спаѓаат: конгениталните малформации, хромозомските заболувања, не генетските фетални заболувања (Fetal infections, Hydrocephalus, Fetal effects of maternal drugs e.g valproic acid), како и заболувањата од поединечни гени: мултипли малформациони синдроми (Holt oram, Craniosynostosis, Orofacial digital syndromes), хематолошките заболувања (Thalassemias, Hemophilia) ^(5, 6), метаболните

заболувања (Tau sachs, Wilson, MPS, CAH), како и невромускулните заболувања (Huntington chorea, Myotonic dystrophy, DMD, Fragile X).

Методите за пренатална дијагностика се делат на: неинвазивни (ултразвук, тестирање на крв, откривање фетални клетки во мајчината циркулација, магнетна резонанса) ⁽⁷⁾ и инвазивни (амниоцентеза, биопсија на chorion frondosum, преимплантациска генетска дијагноза (PGD)). Трипл тестот ги скенира феталните заболувања прикажани на табела бр 1.

Скринингот на серумот на мајката најчесто се прави во првиот и вториот триместар од бременоста. Серумски маркери кои се испитуваат кај мајката за да се открие Дауновиот синдром во првиот триместар се плацентарниот протеин А {Preg. asso. Placental Protein A (PAPP-A)} ⁽⁸⁾, додека најзначаен фетален маркер претставува нухалниот набор. Серумски маркери кои се испитуваат во вториот триместар кај мајката за да се детектира Даунов синдром се AFP, E3, hCG и инхибинот А. Со сите овие тестови заедно може со 94% сигурност да се утврди Дауновиот синдром.

Методите за детекција на мутациите се базирани врз методата на хибридизацијата (SSCP, ASO, array, melting curves), врз методата на полимеризација (секвенционирање, PCR, алелна дискриминација), како и оние базирани на расцепување (RFLP, расцеп со нуклеаза).

Во последниве години тридимензионалните ултразвучни (3D) и четири-димензионален ултразвучен апарат (4D) почнаа да играат поголема улога во пренаталната дијагноза. Тие можат да се применат во оценување на карактеристики на лицето, абнормалности на централниот нервен систем и скелетните дефекти. Ограничувањата во ултразвучната постапка се тие што наодите се базирани врз ставовите на фетусот, проценетата гестациска возраст, искуството на сонограферот и степенот на сериозноста на аномалија.

Магнетна резонанца се користи во комбинација со ултразвук, обично на или по 18 гестациски недели. Таа претставува алатка за испитување на жени со големи или комплексни аномалии и визуелизација на абнормалност во однос на целото тело на фетусот. Таа е метод без ризик.

Во групата на инвазивни методи на пренаталната дијагноза спаѓаат амниоцентеза, кордоцентезата, фетоскопијата, како и биопсија на chorion frondosum која може да се биде изведена трансабдоминално и трансвагинално.

Амниоцентезата се изведува во 16-18 недела, при што доволни се 10-20 мл. Супернатантот може да се користи за биохемиско тестирање (α -фетопротеин), седимент е составен од амниоцити, додека хромозомската анализа се врши по две недели засадување култура. Молекуларната анализа на ДНК бара подолго време.

Биопсија на хорионските ресички (chorion frondosum) се изведува во или после десетата недела на бременоста, CVS (Chorionic villus sampling) обезбедува, односно е можно порано откривање на генетски абнормалности на фетусот преку анализа на трофобластните клетки. Трансабдоминалната биопсија CVS исто така, може да се користи, дури во третиот триместар кога амнионската течност не ни е достапна или кога не може да се врши земање примероци на крв од плодот. Биопсија на хорионските ресички (CVS), доколку се изврши пред 10 недела од бременоста, може да биде проследено со зголемен ризик од дефекти на плодот, намалување на екстремитетите и оромандибуларни малформации ⁽⁹⁾.

Табела бр 1. Трипл тест кој ги скенира феталните заболувања

Заболување	MSAFP	uE3	Beta hCG	Inhibin A (гликопротеински хормон)
Open NTD	increased	No change	No change	No change
Downs syndrome	decreased	decreased	increased	Increased
Trisomy 18	decreased	decreased	No change	No change

Легенда:

Open NTD neural tube defect дефекти на неуралната туба
free b HCG (beta human chorionic gonadotropin)

uE3 Unconjugated estriol

MSAFP Alphafetoprotein

Инхибин А-гликопротеински хормон



Се аспирираат клетки од трофобластот, а мајчините клетки од децидуата, кои по правило се наоѓаат во аспирирот, мора да се елиминираат пред да се почне каква било анализа на примерокот. Добиените ресички се состојат од брзоделечки клетки, па може да се прави директна хромозомска анализа што ќе даде резултати во рок од 24 часа, а за молекуларната анализа има доволно ДНК што дава гарнција за сигурна молекуларна дијагностика. Целата постапка трае 8 - 12 дена.

Кордоцентезата е дијагностички тест со кој преку феталната крв ги откриваме аномалиите на фетусот. Кордоцентеза се врши по 17 недели од бременоста. Најнапред со ултразвук се одредува локацијата каде што папочната врвца се поврзува со плацентата. Со асистенција на ултразвукот со тенка игла се пристапува кон папочната врвца преку сидовите од стомакот и матката. Тенката игла се вметнува во папочната врвца за да се добие мал примерок на фетална крв. Оваа инвазивна пренатална метода може да помогне во дијагнозата на: малформации на плодот, фетална инфекција (т.е. токсоплазмоза или рубеола), одредување на бројот на фетални тромбоцити во мајчината циркулација, феталната анемија, како и во имунизацијата. Компликации кои можат да се јават се загуба на крв од местото на пункција, инфекција, Пад на феталната срцева фреквенција, предвремена руптура на мембраните (premature rupture of membranes), треска, како и протекување на амнионска течност.

Самата метода фетоскопија се состои од внесување ендоскоп во амнионскиот простор и набљудување на фетусот барајќи помали абнормалности, како хексадактилија, промени на кожата, земање биопсија од црниот дроб или кожата, како земање крв од умбиликална вена (кордоцентеза), ако треба да се исклучи хромозомски мозаицизам. Методата се изведува доцна во бременоста, во вториот триместар. Таа се повеќе се заменува со многу добрите ултразвучни апарати, како и со можностите за откривање сингл ген аномалии со помош на ДНК од chorion frondosum.

Преимплантациската дијагноза се изведува само во неколку високо развиени светски центри за *in vitro* фертилизација. Со развојот на *in vitro* фертилизацијата се повеќе се јавува проблемот на желба за осигурување здраво потомство кај двојки што се подложиле на оваа процедура.

За да се примени преимплантациска генетска дијагностика (PGD) потребна е *in vitro*/асистирана репродуктивна технологија. Со оваа метода постои можност фертилизираниот ооцит да се култивира во лабораториски услови сè додека не стигне во стадиум со 8 клетки. Една од овие клетки може да се издвои и да се испита со помош на PCR техниката, а преостанатите 7 бластомери да се имплементираат во мајчиниот утерус. Бројот на вака родените деца е сè уште ограничен, но сепак изгледа дека отстранувањето на една бластомера нема негативно влијание врз развојот на плодот. Најголемата предност на оваа метода е што генетските информации и на двајцата родители може да се изучува.

Од цитогенетските испитувања најчесто се изведуваат хромозомската анализа, како и FISH Fluorescence *in situ* Hybridization. Со молекуларната генетика се врши директна ДНК анализа, индиректна ДНК анализа, како и ДНК секвестрација⁽¹⁰⁾.

Денеска генетичарите и лекарите се занимаваат главно со обиди да дојдат до прецизна дијагноза на вродените и наследните болести, да даат добар генетски совет, да откријат рано некои генетски болести. Врвниот дострел е секако мапирањето на хуманиот геном. Под поимот генска терапија се подразбира терапија која содржи внесување ДНК или РНК во пациент со тераписка цел.

Досега во САД се одобрени 106 протоколи за генска терапија и тие се применети кај 597 пациенти со различни болести. Ниеден од споменатите протоколи не покажа оправданост за рутинска примена во клиничката практика. Иако повеќе од 20 години се прават обиди за генска терапија, сепак овој начин на лекување е се уште во рана експериментална фаза (1).

Мапирање на геномот кај човекот започна во април 2003 година, додека во октомври 2004 година е утврден точниот број на гени.

Геномиката е научна област која настанала како резултат на достигнувањата на молекуларната биологија и развој на техники со кои може да се одреди редоследот на нуклеотидите во молекулите на нуклеинските киселини.

Иднината на геномиката е во примената на нејзините достигнувања во многу науки, кои секако придонесоа за развој на нови дисциплини, како што се: агрономија (agrogenomika), фармакологија (farmakogenomika), медицина (genomska medicina).

Заклучок

Морален тест на секое општество и секоја влада е да ги лекуваат лицата со генетски заболувања. Генетските истражувања се неопходни за развојот на науката, но и за подобрување и осовременување на дијагностичките и терапевтските процедури.

Литература

1. Кочова М и сор. Медицинска генетика. Скопје: Бато и Дивајн, 2013.
2. Barilan YM, Ilana Löwy: Imperfect pregnancies: a history of birth defects & prenatal diagnosis : Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2017, 277 pp. Med Health Care Philos. 2018 Jul 12.
3. José Figuinha Milani H, Quinderé de Sá Barreto E, Hong Chau, Ha To N, Fernandes Moron A, Meagher S, Da Silva Costa F, Araujo Júnior E. Prenatal diagnosis of closed spina bifida: multicenter case series and review of the literature. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018 Jul 12:1-11.
4. Yeo L, Markush D, Romero R. Prenatal diagnosis of tetralogy of Fallot with pulmonary atresia using: Fetal Intelligent Navigation Echocardiography (FINE). J Matern Fetal Neonatal Med. 2018 Jul 12:1-4.
5. Ambarkova V. Dental Aspects of Thalassemias. EC Dental Science 17.6 (2018): 638-639.
6. Jaripour ME, Hayatigolkhatmi K, Iranmanesh V, Zand FK, Badiei Z, Farhangi H, Ghasemi A, Banihashem A, Esfehiani RJ, Sadr-Nabavi A. Prevalence of β -Thalassemia Mutations among Northeastern Iranian Population and their Impacts on Hematological Indices and Application of Prenatal Diagnosis, a Seven-Years Study. Mediterr J Hematol Infect Dis. 2018 Jul 1;10(1):e2018042.
7. Cheng WL, Hsiao CH, Tseng HW, Lee TP. Noninvasive prenatal diagnosis. Taiwan J Obstet Gynecol. 2015 Aug;54(4):343-9. doi: 10.1016/j.tjog.2015.05.002.
8. Kozłowski P, Burkhardt T, Gembruch U, Gonser M, Kähler C, Kagan KO, von Kaisenberg C, Klaritsch P, Merz E, Steiner H, Tercanli S, Vetter K, Schramm T. DEGUM, ÖGUM, SGUM and FMF Germany Recommendations for the Implementation of First-Trimester Screening, Detailed Ultrasound, Cell-Free DNA Screening and Diagnostic Procedures. Ultraschall Med. 2018 Jul 12.
9. Bruno V, Martelli F, Capogna MV, Youssef A, Bruno A, Ticconi C, Piccione E, Pietropolli A. Effect of chorionic villus sampling on placental volume and vascularization in the first trimester of pregnancy. J Matern Fetal Neonatal Med. 2018 Jul 12:1-11.
10. Li N, Yu P, Rao B, Deng Y, Guo Y, Huang Y, Ding L, Zhu J, Yang H, Wang J, Guo J, Chen F, Liu Z. Molecular genetics of tetrahydrobiopterin deficiency in Chinese patients. J Pediatr Endocrinol Metab. 2018 Jul 12. pii: /j/jpem.ahead-of-print/jpem-2018-0037/jpem-2018-0037.xml.



Како до ефикасни реформи на здравствените системи

Д-р Марјан Ј. Маџовски¹

Прим. д-р Тодор Х. Пиперковски, м-р²

1. Собрание на Република Македонија
2. ЈЗУ Универзитетска клиника за трауматологија, ортопедски болести, анестезија, реанимација, интензивно лекување и ургентен центар
- Одделение за ортопедија

Апстракт

Цел на трудот: Истражување на клучните фактори и прашања кои можат да помогнат или да попречат процес на реформи, генерално и во здравствениот сектор.

Користена е метода на анализа на содржина на повеќе релевантни студии и друга литература, особено анализи на ОЕЦД.

Реформата на здравствениот систем е комплексен, повеќестепен процес, кој може да биде разгледуван низ следниве клучни прашања: постоење на соодветни институции за поддршка на реформата од одлучувањето до спроведувањето; влијание врз засегнатите од реформата и нивните реакции; постоење на реформска агенда, временски распоред и интеракции со различни области на политиката; и улога на показателите и меѓународните организации за одржливост на реформата. Посебни прашања се: улогата на монополите (фондови) кои обезбедуваат здравствени услуги; улогата на утврдените факти; улогата на компаративните искуства и споредби на перформансите; јасната дијагноза и релевантниот дизајн за реформа; искористување на политичките „прозорци на можности“; соработката меѓу поборниците на реформите и другите засегнати страни; користењето на стимулации за усогласување на интересите на засегнатите страни и обезбедување доволни ресурси за глатко одвивање на промените.

Заклучок: Политичкиот мандат и

лидерство е клучно за реформите. Компетентните анализи и соодветните институции за спроведување се важни. Треба да се спроведат сите фази на реформата пред да може да се рече дека таа е успешна. Понекогаш содржината на реформата е помалку важна при добивањето на јавна и законодавна поддршка од начинот на кој реформата е претставена, од јавните дебати со засегнатите страни и многу други фактори.

Клучни зборови: реформа на здравствени системи, изборен мандат, лидерство, компаративни искуства, засегнати страни

Вовед

Здравствениот систем е во центарот на континуиран интерес на јавноста. Фокус на интересот е прашањето како да се организира здравствената заштита на најефикасен начин и како да се финансира. Обликувањето на здравствениот систем, гледано и порано и сега е определено со голем број на фактори: економската рамка; демографските трендови; епидемиолошките трендови; социјалниот контекст и државната организација.

Реформите во здравството имаат за цел да ги подобрат перформансите во една или повеќе димензии и тие можат да бидат успешни или неуспешни. Прашањето е што треба да се направи за да се зголемат изгледите за успешност. Генерално сите реформски процеси делат некои заеднички особини. Такви се: постоење на стабилни јавни

финансии; постоење на изборен мандат за реформи; ефикасна „реформска“ комуникација; креирање на политиката поткрепено со цврсти истражувања и анализи; потреба од соодветни институции за да се направи транзиција од одлука до имплементација; успешните структурни реформи бараат време и честопати бараат неколку обиди; лидерството е клучно; повеќе се исплаќа да се вклучат противниците на реформите наместо да се избегнува нивното противење и прашањето дали, кога и како да се компензираат засегнатите од реформите.

Предизвици, компаративни искуства и реформски закономерности

За здравствениот систем е важно да се подобри ефикасноста, односно добивање соодветна вредност на потрошените пари и да се подобрат индикаторите за квалитет. Ефикасноста подразбира и изнаоѓање на „вистинско“ ниво на здравствени трошоци наспроти трошење на други добра и услуги. Работата на групата на индикатори за квалитет на здравствената заштита на ОЕЦД (HCQI) покажува постојани празнини во здравствените резултати во земјите.

И покрај економските разлики постои широко распространет договор за спроведување еднаквост во пристапот до основната здравствена заштита низ целата популација, правичност во нејзиното плаќање и обезбедување финансиска заштита од катастрофални трошоци за медицинска нега, особено за сиромашните.

Компаративните студии и размената на искуства можат да го забрзаат процесот на „учење политики“, овозможувајќи им на владите да учат искуства едни од други и да избегнат повторување на исти грешки. И покрај широкиот консензус за потребата од реформи во многу области, нивната длабочина, опсег и временски опфат значително



се разликуваат и по земји и по области. Реформите често знаат да бидат блокирани, а некои од процесите се одвиваат во обратна насока. Политичките и техничките предизвици вклучени во реализација на реформите се огромни.

Иако земјите се соочуваат со голем број на заеднички реформски предизвици, анализите не укажуваат на една формула за надминување на пречките за реформа. Дури има разлики и во идентификување и на најитните реформски приоритети. Предизвиците со кои се соочуваат потенцијалните реформисти многу се разликуваат низ времето и просторот. Дизајнирањето на политиките и стратегиите за усвојување на реформите треба да го одразуваат специфичниот институционален и културен контекст на земјата. Дури и кога во различни земји може да се идентификуваат заеднички проблеми, специфичните карактеристики на уставниот поредок, политичката конјunktura и други аспекти не овозможуваат еднаставна „трансплантација“ на политики и институции од една на друга средина. Вообичаено е потребен одреден степен на прилагодување.

Компаративните пристапи особено се корисни за земјите во транзиција. Таму системите на социјалната политика се двојно условени. Тие самите се предмет на реформи, а преку нив и најочигледно се рефлектираат последиците од целокупната трансформација. Во низа земји во Централна и Источна Европа право на јавност добија дотогаш јавно неартикулирани прашања. Во областа на здравството тоа се прашањето на финансирањето и трошоците на системот за здравствена заштита, нееднаквостите во здравството и социјалната исклученост од здравствена заштита, приватизација и маркетингизација во здравството и слично. Компаративниот пристап, сепак, се соочува со голем број тешкотии, од кои вреди да се нагласат два. Првиот се занимава со проблемот на споредба на статистичките и други показатели на здравствената заштита, кои често се одраз на проблемот на методологијата и општествениот приод на собирање податоци. Вториот проблем ги одразува историско-социјалните разлики

меѓу одделните земји, па така истите теми и прашања треба да се контекстуализираат многу поинаку.

Согласно европските искуства можно е да се идентификуваат четири области во кои може да се проучат трендовите во реформите во здравството. Тие се: изменетата улога на државата и пазарот во здравството, реорганизацијата на здравствениот систем, граѓанските права и правата на пациентите, и улогата на јавното здравје.

Иако универзален „прирачник“ за реформатори не постои, сепак постојат голем број на закономерности кои се одвиваат на патот на реформските процеси. Во продолжение се анализираат главните.

Еден од најсилните наоди кои произлегуваат од студиите е важноста на постоење на изборен мандат за правен реформи од страна на владата. Имено, не е доволно да се победи на избори или да се има парламентарно мнозинство, туку, исто така, многу е важно ако владата, пред избори, на гласачите им ги претстави реформите. Макијавели, уште во 1513 година, напишал: „Нема ништо потешко за справување, подубиозно за постигнување, ниту пак потешко за успех... отколку да се иницира нов поредок. Реформаторот има непријатели во сите оние кои профитираат од стариот поредок и само млади бранители во сите оние кои ќе профитираат од новиот поредок“. Затоа, секоја промена полесно може да се спроведе доколку е најавена и се очекува од новата власт. Така реформите се многу повеќе легитимни и се спроведуваат полесно. Неколку студии на случаи, особено оние за Кореја, Мексико и Турција, се чини дека илустрираат прилики кога новоизбраните власти со силно лидерство и силни мандати од граѓаните ги искористија политичките „прозорци на можности“ за да направат структурни реформи во здравствените системи. За тоа можеби придонел фактот дека Кореја и Турција се релативно централизиран држави со малку субјекти кои можат да ги блокираат реформите. Во Турција, координацијата во неколку министерства со одговорности во здравствениот сектор, исто така,

помогна да се спроведат реформите.

Успешните реформи обично се придружени со конзистентни, координирани напори за убедување на гласачите и засегнатите страни за потребата од реформи и, особено, да се расправа и за трошоците кои произлегуваат од неправеењето реформи. Затоа, јасна комуникација за долгорочните цели на реформата е особено важна во време на криза. Соработката со засегнатите страни, исто така, вклучува разбирање на нивните грижи, и може да резултира со некои модификации на реформските предлози. Ова може да го подобри квалитетот на предлозите и изгледите за нивно усвојување и имплементација. Сето ова укажува на потребата креирањето на политиката да биде поткрепено со солидно истражување и анализа. Добрите и издржани анализи се корисни за подобрување на квалитетот на политиката и за подобрување на перспективите за усвојување на реформите. Со оглед на релативната изолираност на системите за здравствена заштита, еден од друг и различните институции и идеологии кои коегзистираат во областа на здравствената заштита, се чини доста значајно континуирано да се обезбедуваат меѓународни податоци и анализи за тоа што работи и што не работи во здравствената политика - и кои се детерминантите на успехот во реформите во здравствениот систем.

Ако застапниците на реформата можат да изградат широк консензус за нејзината основаност, тогаш тие се во посилна позиција кога се справуваат со противниците на реформата. Последната голема реформа во швајцарскиот здравствен систем беше усвојувањето на LAMal од страна на тесно мнозинство на референдумот во 1994 година. Тоа беше проследено со дискусии со сите засегнати страни кои започнаа во 1991 година. Законот воведо важни аспекти на сегашниот систем како универзално здравствено осигурување, унифициран основен пакет на грижа, државни субвенции за сиромашните, слободен избор на осигурител, механизам за изедначување на ризикот и непрофитен статус на осигурениците. Успешното поминување на LAMal, кој беше воведен од социјалде-





Стручни и научни трудови

мократската администрација, може да се припише на растечкиот консензус во Швајцарија дека сите швајцарски државјани имаат право на заштита од катастрофални медицински трошоци и право на пристап до висококвалитетна медицинска нега.

Реализацијата на реформите е поизвесна таму каде што постојат институции способни за анализа и поддршка на реформите, и тоа од донесување одлука, па до спроведување. Сепак, институциите способни да обезбедат експертиза не е сè што е потребно, туку се потребни ефективни институции кои водат и следат имплементација, кои постојано треба да се градат и оспособуваат. Натаму, практично сите студии укажуваат на важноста на силното политичко лидерство. Исто така, важна е владината кохезија за поддршка на реформите. Владата мора да е обединета околу реформскиот предлог, во спротивно ќе испрати мешани пораки, а опонентите на реформите ќе ја искористат поделеноста и нерешителноста. Резултатот кој се појавува, обично е пораз. На силното лидерство не треба да се гледа како на приод кон реформата од горе надолу. Потоа, успешно спроведените реформи бараат време, односно потребни се неколку години за да се подготват и усвојат, а често бараат многу подолго време за да се имплементираат. Спротивно на тоа, најмалку успешните реформски обиди се преземени во брзање, често како одговор на итни притисоци. Сепак, кризите можат да бидат „прозорци на можности“ за да се продолжи напред со реформите. Но, во секој случај, успешните реформи честопати бараат неколку обиди. Многу од најголемите реформски успеси се проследени со пречки. Но, и на помалку успешни реформски обиди често може да се гледа позитивно, пред се во смисла дека помогнале да се постави сцената и предусловите за идните реформски иницијативи.

Прашањето за справување со опонентите на реформите варира во смисла на природата и интензитетот на спротивставување на реформите. Искуствата и принципите на добро менаџирање покажуваат дека повеќе се исплати да бидат вклучени оние кои

најмногу ќе бидат погодени од реформите. Сепак, има и контрадикторни примери. Со капитацијата во примарното здравство во Република Македонија, најпогодени беа лекарите и медицинските сестри. Дискутабилно беше колку тие реално беа вклучени во консултациите за промените, а сепак можеме да потврдиме дека реформата работи. Инклузивноста не е гаранција за отсуство на конфронтации, но факт е дека таа со текот на времето дава резултати и овозможува поголема доверба меѓу вклучените страни. Во Кореја првичниот обид во 2000 година да се оддели издавањето на лекови од пропишување доведе до серија штрајкови од страна на лекарите, и покрај претходниот договор за оваа реформа. Реформата мораше да биде спасена со голем пораст на надоместите за лекарите - што укажува на тоа дека е платена висока цена. Спротивно на тоа, во Финска, воведувањето на клинички упати - со цел да се намалат варијациите во нивоата на лекување и да се определи време на чекање - беше успешна бидејќи медицинската професија претходно го имаше стандардизирањето на протоколите за третман. Во Турција значајните зголемувања на платите на лекарите, во комбинација со нови стимулации за ефикасноста, помогнаа многу од лекарите со ентузијазам да соработуваат со реформите, и покрај гласно противење од Турската лекарска асоцијација. Натаму, потребно е да се подобрат перспективите на погодените групи од реформата без тоа да е контрадикторно со нејзините цели. Неуспехот да бидат компензирани може да го зајакне противењето, но прекумерната компензација може да биде скапа или може да ги затрупа ефектите.

Дискусија

Дизајнирањето и спроведувањето на реформите во здравствениот систем може да се смета како кружен процес на подобрување. Прво, процената на перформансите на здравствениот систем од страна на владата или од други заинтересирани страни најверојатно ќе ги откријат недостатоците во ефикасноста или правичноста на системот. Второ, оваа дијагноза може да ја

наведе владата или другите да дизајнираат и да предложат структурни реформи насочени кон справување со недостатоците. Трето, ако владата е убедена во реформите и има адекватно лидерство и политичка власт за да го придвижат процесот напред, може да бара донесување на законска регулатива или други мерки, отворајќи го патот кон реформи. Четврто, регулацијата мора да се спроведе од страна на агенциите кои се занимаваат со финансирање на здравствениот систем или со испорака на услуги, доколку треба да се подобрат перформансите. Конечно, кругот ќе биде затворен ако влијанието на реформите врз работата на здравствениот систем е предмет на евалуација. Значајно е да се има предвид дека постои зависност меѓу последовните фази на реформата – секоја фаза може да се смета за неопходна, но не и сама како доволен услов за успешен исход. Треба да се има предвид дека оваа рамка овозможува разгледување на две различни прашања. Тоа се: кои се причините на успехот во процесот на реформи во здравствениот систем и кои се причините на успехот во исходите? Можно е добро да се имплементираат „погрешни“ реформи и можно е да не се успее добро да се имплементираат „вистинските“.

Здравствените системи се повеќе се анализираат од аспект на пристапот до здравствена заштита и социјална исклученост. Реформите доведоа до последовни проширувања на здравственото осигурување за различни групи во популацијата во текот на многу години. Ова во повеќето земји кулминираше со остварување на универзално здравствено осигурување, обично со значаен елемент на задолжително осигурување и значителна прераспределба на приходот. Тоа охрабри воведување на мерки за контрола на трошоците од страна на владите. Сепак, трошоците продолжија да растат поради технолошкиот напредок во медицината и стареењето на населението.

Типот на реформата - без разлика на што се однесува, на пример, на еднаквоста на пристапот, на трошоците или микроекономската ефикасност - се чини дека исто така има влијание врз





предизвиците со кои се соочуваат реформаторите. Така, реформите донесоа универзално здравствено осигурување (УН) дополнително во Швајцарија во 1996 година и во Турција во 2008 година. Во меѓувреме, Мексико направи големи чекори кон УН во 2004 година. Се чини дека движењата кон УН политички беа полесно да се постигнат отколку другите реформи во здравствениот систем. Иако има губитници од таквите реформи (главно, оние со повисоки примања и оние со добро здравје), постои општо распространет алтруизам кај повеќето избирачи кога станува збор за обезбедување пристап до основна здравствена заштита за целата популација.

Шибр (Schieber, 1995) разгледувајќи ги „предусловите“ за здравствени реформи, согласно искуствата од земјите на ОЕЦД, идентификува повеќе фактори кои треба да помогнат во реформите во секој здравствен систем. Според него, тоа се: достапност на информации и истражувања за работата на здравствените системи; различни институционални фактори кои го поддржуваат доброто владеење; политичко раководство, особено врвот на владата; и техничка компетентност кај персоналот задолжен за спроведување на реформите. Во делот на факторите кои им помагаат или ги спречуваат реформите, Каролин Туохи (Tuohy, 1999), извлекува два политички заклучоци. Првиот е дека политичките „прозорци на можности“ кои можат да

обезбедат структурни промени на здравствените системи се ретки, па затоа, креаторите на политиките треба однапред да ги разработат своите стратегии и да делуваат брзо кога ќе се појави политичка можност. Второ, дејствијата на периодична храброст треба се вкрстуваат со долги периоди на постојана внимателност.

Резиме

Реформата на здравствените системи е сложен, повеќестепен процес и сите фази во процесот мора да бидат успешно завршени. Успешните реформи бараат соработка на монополите кои обезбедуваат здравствени услуги. Идентификувани се различни фактори кои можат да помогнат или да го попречат процесот на реформи. Информациите и доказите се корисни во утврдувањето на состојбите. Компаративните споредби на перформансите на она што функционира во здравствените установи се корисни за повеќето земји. Изработката и објавувањето на јасна дијагноза и релевантен дизајн за реформа често претставува клучен, иницијален чекор во процесот на градење консензус или мнозинство за промена. Се претпоставува дека ретко се отворени политичките „прозорци на можности“ за правење големи, структурни реформи за здравствените системи во демократските земји. Но, поборниците на реформи треба да бидат подготвени да го искористат секој опортун политички момент за промптен старт на веќе подготвена

реформа. Претходната подготовка на реформата може да биде помогната и олеснета со составување соодветно тело за изготвување предлози за реформи. Комуникацијата меѓу поддржувачите на реформите и другите клучни засегнати страни, особено оние што имаат право на блокирање, можат да помогнат да се спречат блокадите или враќањето на промените по првата политичка промена на власта.

Литература

Alford, R.R. (1975), Health Care Politics: Ideological and Interest-group Barriers to Reform.

De Looper, M. and G. Lafortune (2009), “Measuring Disparities in Health Status and in Access and Use of

Health Care in OECD Countries”, OECD Health Working Papers, No 43, Paris. Leu, R.E., et al., (2007), A Tale of Two Systems: the Swiss and Dutch Health Care Systems Compared.

OECD (2003), OECD Reviews of Health Systems: Korea.

OECD (2005a), OECD Reviews of Health Systems: Mexico.

OECD (2005b), OECD Reviews of Health Systems: Finland.

OECD (2006), OECD Reviews of Health Systems: Switzerland.

OECD (2004), Towards High-Performing Health Systems, Paris.

OECD (2009), Achieving Better Value for Money in Health Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264074231-en>.

OECD (2008b), Making Reform Happen: Project Framework and Plans, SG/MRH(2008)1, Paris.

Hurst, J. (2010), “Effective Ways to Realise Policy Reforms in Health Systems”, OECD Health Working Papers, No. 51, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/5kmh37714n9x-en>

OECD (2009a), Health at a Glance, 2009

Schieber, G. (1995), “Preconditions for Health Reform: Experiences from the OECD Countries”, Health Policy 32; 279-293.

Tuohy, C. (1999), Accidental Logics: the Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada, OUP.

OECD (2008a), OECD Health Data, Paris.



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk



НОВИ ПЕРСПЕКТИВИ И ПОГОЛЕМА МОЖНОСТ ЗА ПЕРСОНАЛИЗИРАН ТРЕТМАН НА МУЛТИПЛА СКЛЕРОЗА

Даниела Ристиќ
Петар Атанасовски

Градска општа болница "8 Септември"
Скопје, Р.Македонија,
Одделение за неврологија

Апстракт

Мултипла склероза (МС) претставува хронична, имунопосредувана, демиелинизирачка болест на централниот нервен систем која се манифестира со следниве клинички форми: релапсно-ремитентна, секундарно прогресивна и примарнопрогресивна МС. Покрај традиционалните видувања за улогата на Т клетката, Б клетката исто така има клучна улога во патофизиологијата на МС.

Најефикасните третмански опции се развиени токму со таргетирање на координираната интеракција помеѓу двете клеточни популации. Различни терапии кои го модифицираат текот на болеста (disease modifying treatments - DMTs) се достапни и претставуваат можност за персонализиран третман на сите форми на МС. Покрај бројните терапевтски опции, сепак постои потреба за детални водичи кои дополнително ќе бидат приспособени во однос на генерален консензус, со цел дефинирање на ефикасноста на третманот на индивидуално ниво и надминување на дилемите кои постојат за замена на една терапија со друга.

Клучни зборови: мултипла склероза, Б-клетка, патофизиологија на МС, лекови кои го менуваат текот на болеста

Вовед

Мултипла склероза (МС) претставува хронична, инфламаторна, имунопосредувана, демиелинизирачка болест на централниот нервен систем (ЦНС) од која боледуваат околу 2,5 милиони луѓе низ светот^[1] и најчесто се дијагностицира кај лица на возраст од 20 до 40 години^[2]. МС се манифестира со следниве клинички форми: релапсно-ремитентна, секундарно прогресивна и примарно прогресивна форма. Релапсно-ремитентната форма опфаќа околу 85% од случаите со МС^[3] и се карактеризира со акутни релапси со

целосно или делумно опоравување^[4]. Секундарно прогресивната форма започнува како релапсна форма и кај 50% од пациентите после десетина години продолжува со прогресивен тек со или без релапси^[4,5]. Примарно прогресивната мултипла склероза афектира околу 10-15% од лицата со МС и се карактеризира со прогресивен тек од самиот почеток на болеста, без појава на релапси^[4,6]. Оваа болест се развива како резултат на интеракција на низа генетски фактори и фактори на животната средина. Генетските фактори имаат приближно 33% удел во развојот на болеста (досега се откриени над 100 полиморфни региони). Факторите на животната средина вклучуваат вирусни инфекции (Epstein barr virus-EBV, Cytomegalovirus-CMV, human herpes simplex virus 6), недостаток на витамин Д, пушење и нарушување на циркадијалниот ритам^[7].

Патофизиолошки механизми инволвирани во настанување на МС

1) Улога на клеточниот имунитет во патофизиологијата на МС

Т клетките сочинуваат 10% од вкупната клеточна популација на инфламаторни клетки кои се присутни во демиелинизирачките лезии во МС^[8]. Се верува дека CD4+ Т клетките посредуваат во патогенезата на МС, иако овие клетки не се присутни во хроничните лезии^[9]. Различни суптипови на Т клетки продуцираат различни цитокини. Т helper 1 CD4+ клетките (TH1) продуцираат интерферон гама (IFN- γ), тумор некротичен фактор алфа (TNF- α), интерлеукин 2 (IL-2) и азотен оксид. Од друга страна, Т helper 2 CD4+ продуцираат IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-13 и трансформиращки фактор на раст-бета (TGF- β). Друг суптип на CD4+ клетки кои

се вклучени во автоимуниот процес се Т helper 17 клетки, кои се одговорни за експресијата на проинфламаторните цитокини, како што е IL-17^[10]. Ова укажува дека TH1 и TH17 клетките преку ослободување на проинфламаторни цитокини посредуваат во ткивното оштетување, додека TH2 клетките ги модулираат нивните ефекти. Не треба да се занемари улогата на CD8+ Т клетките, со оглед на клонална и олигоклонална експанзија токму на овие клетки е детектирана во МС лезиите.

Автораективните Т клетки се способни да препознаат автоантигени, како што се базичниот протеин на миелинот, протеолипидните протеини и миелин олигодендритичен гликопротеин, предизвикувајќи оштетување на белата мозочна маса.

2) Улога на хуморалниот имунитет во патофизиологијата на МС

Покрај фактот што примарно Т клетките играат улога во патофизиологијата на автоимуните заболувања, не треба да се занемари улогата и на хуморалниот имунитет посредуван од Б клетките. Нивната улога во патофизиологијата на МС е евидентна преку континуирана продукција на олигоклонални имуноглобулини во цереброспиналната течност, развој на секундарни лимфоидни структури во мозокот (ектопични лимфоидни агрегати на менингите) кои се детектирани во прогресивните форми на МС^[11].

Б клетките се вклучени во патофизиологијата на МС преку 4 механизми: презентација на антигени, продукција на проинфламаторни цитокини и регулација на цитокини, продукција на автоантитела преку активација на макрофаги и природни клетки убијци и формирање на ектопични лимфоидни структури кои директно се вклучени во кортикалната демиелинизација и невродегенерација^[12,13].

3) Улога на генетските фактори

Откриена е генетската асоцираност меѓу HLA генетскиот комплекс (17-60% од случаите)^[14] и единечниот-нуклеотиден полиморфизам во алфа веригите на IL-2 и IL-7 рецепторите кои се suscетпбилни (осетливи) за МС^[15].



Терапевтски стратегии

Земајќи ја предвид координираната интеракција помеѓу Т и Б клетките вклучени во патофизиологијата на МС, најдобрите терапевтски ефекти би биле очекувани при таргетирање на двете претходно спомнати клеточни популации.

Третман на релапсио-ремитентната МС

Главниот фокус во третманот на РРМС претставува имуномодулацијата.

-Интерферон-βeta 1b (betaseron) првпат бил одобрен од страна на Американската агенција за лекови- FDA (Food and Drug Administration) во 1993 година; интерферон-βeta 1a (Avonex) како интра-мускулна форма е одобрен во 1997 година, а супкутаната форма (Rebif) во 2002 година. Како прва линија на имуномодулаторната терапија интерфероните ја редуцираат стапката на релапси, ја намалуваат активноста на болеста (потврдено со магнетна нуклеарна резонанца), како и ризикот за онеспособеност по двегодишен третман. Нивното имуномодулаторно дејство го остваруваат преку поддршка на смената на TH1 во TH2 клетките, а интерферон-βeta 1b поседува антивирусни и антиинфламаторни својства. Како најчести несакани ефекти од интерферонската терапија се хематолошки абнормалности (леукопенија, тромбоцитопенија) и пораст на хепаталните ензими.

- Glatiramer acetate (соpaxone) е одобрен од страна на FDA во 1996 година. Својот имуномодулаторен ефект го остварува преку менување на Т клеточната диференцијација, поточно промовирање

на развојот на TH2 GA поларизирани CD4+ Т клетки, кои имаат способност да ја намалат инфламаторната реакција во централниот нервен систем. Покрај влијанието врз Т клетките, glatiramer acetate учествува и во модулација на антиген презентирачките клетки, кои учествуваат во вродениот иминитет^[16].

- Natalizumab (2003) ја претставува втората генерација на имуномодулаторни лекови во третман на МС. Преку блокирање на преминување на автореактивните Т клетки низ крвномозочната бариера, овој лек обезбедува подобра клиничка ефикасност. Според некои клинички студии, употребата на natalizumab ја намалува стапката на релапси за повеќе од 60% за период од две години. Со оглед дека Т клетките го обезбедуваат антивирусниот имунитет, пациентите третирани со natalizumab имаат повисок ризик за развој на прогресивна мултифокална леукоенцефалопатија (Progressive multifocal leukoencephalopathy-PML), предизвикана од JC вирусот, која може да биде фатална или да резултира со сериозен инвалидитет^[17]. Вкупната инциденца на PML е приближно 4.18 на 1.000 пациенти третирани со natalizumab (95% CI: 3.88-4.51 на 1.000 пациенти)^[17].

-Fingolimod (FTY720), откриен во 2010 година, претставува сфингозин-1-фосфат рецепторен модулатор, кој го инхибира излегувањето на лимфоцитите од лимфоидното ткиво, а со тоа го спречува навлегувањето на автореактивните лимфоцити во ЦНС. Како најчести пријавени несакани ефекти се зголемената застапеност на херпес вирусни инфекции и брадикардија, а пациентите кои биле вклучени во фаза 3 од клиничките студии биле мони-

торирани за евентуално постоење на макуларен едем и малигноми на кожата.

-Alemtuzumab (2014) е хуманизирано IgG1 моноклонално антитело кое се врзува за CD52 рецепторот, по состав глико-протеин експресиран на површината на лимфоцитите. Alemtuzumab обезбедува значителен бенефит во третманот на РРМС, особено кај лицата кои имале несоодветен тераписки одговор на два или повеќе имуномодулаторни лекови. Како најчесто пријавувани несакани ефекти од примената на овој лек се лимфопенијата и зголемената стапка на аутоимуни и малигни заболувања.

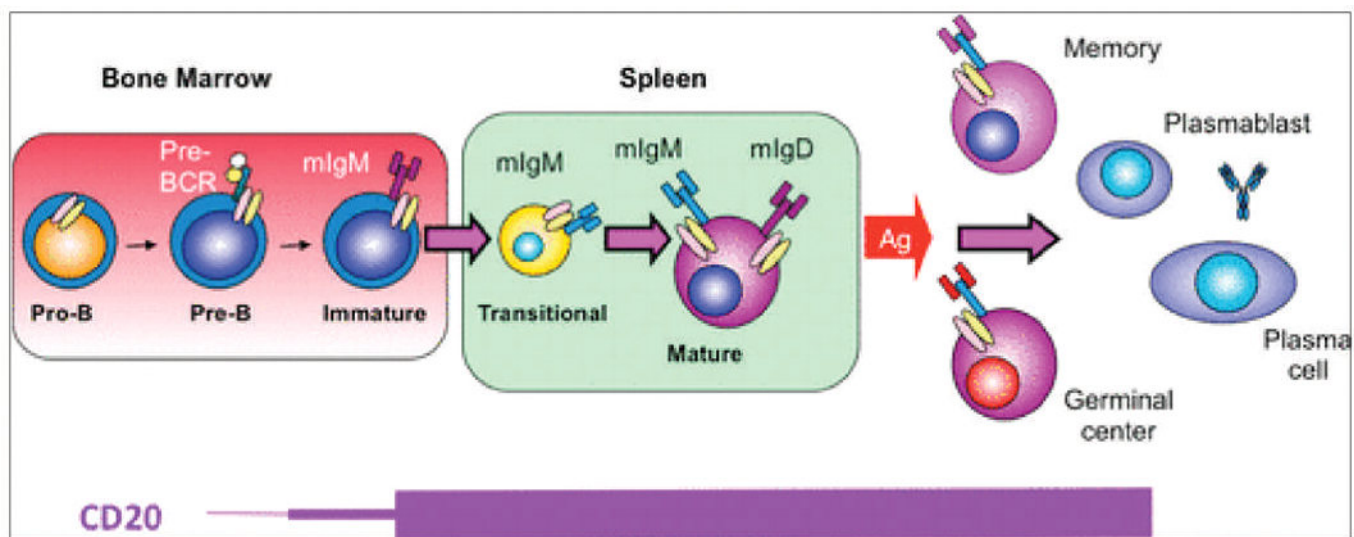
-Ocrelizumab (2018) е најнов одобрен лек кој претставува хуманизирано моноклонално антитело кое селективно ги уништува CD20+ Б клетките. CD20 протеинот е експресиран на површината на пре-Б клетките, зрелите Б клетки и мемориските Б клетки, но не и на лимфоидните матични клетки, ниту пак плазма клетките, со што овозможува зачувување на стекнатиот имунитет (слика 1). Ocrelizumab го намалува и бројот на T1 Gd+ лезии за повеќе од 90% во споредба со interferon beta-1a^[18].

На слика 2 се прикажани лековите кои ја модифицираат болеста во третман на РРМС во однос на нивната ефикасност и безбедност^[19].

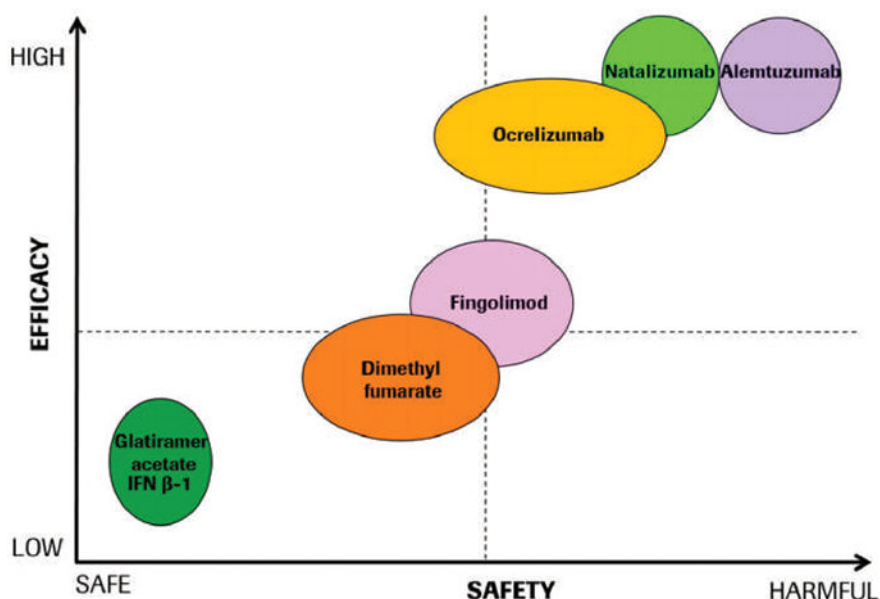
Третман на секундарно прогресивна МС

Во согласност со последните ревидираниECTRIMS/EAN водичи за фармаколошкиот третман на лица со мултипла склероза се препорачува да се земе предвид третманот со ocrelizumab или cladribi-

Слика 1. Експресија на CD20 во тек на диференцијација на Б клетки



Стручни и научни трудови



Слика 2. Приказ на DMTs во третман на РРМС по однос на ефикасност и безбедност

не кај лица со активна форма на секундарно прогресивна МС [20].

Cladribine е антинеопластичен лек кој врши селективна деплеција на Б и Т клетките. Во 2017 година од страна на канадските експерти е препорачана употребата на cladribin-от како монотерапија во третман на РРМС.

Третман на примарно прогресивна МС (ППМС)

Досега, ocrelizumab е единствениот ефикасен лек одобрен од страна на FDA, EMA и други регулаторни тела во светот, за третман на примарно прогресивна МС [21]. Лековите кои го менуваат текот на болеста и моментално се користат за третман на релапсни форми на МС, примарно ја таргетираат инфламацијата присутна во ЦНС. Со оглед на фактот дека инфламацијата игра помалку важна улога во патогенезата на примарно прогресивната во однос на релапсно-ремитентната форма на МС, голем број лекови кои ја редуцираат инфламацијата се неуспешни во третман на ППМС, вклучувајќи glatiramer acetate (PROMISE) [22], natalizumab (ASCEND), fingolimod (INFORMS) [23], rituximab (OLYMPUS) [24].

Одобрението на ocrelizumab се базира на резултатите од клиничката студија ORATORIO, фаза III, рандомизирана, двојна слепа, глобална, мултицентрична клиничка студија која врши проценка на ефикасноста и безбедноста на ocrelizumab во споредба со плацебо кај 732 лица со ППМС [21].

Заклучок

Целта на лековите кои го менуваат текот на болеста (DMT) е редукција на фреквенцијата на релапси и нивната сериозност, редукција на стапката на акумулирани лезии во белата мозочна маса и забавување на прогресијата на болеста и инвалидитетот. Прволинскиот третман на релапсно ремитентна МС вклучува IFN- β 1a, glatiramer acetate, dimethyl fumarate и ocrelizumab.

Кај пациенти со активна МС (≥ 2 релапси во текот на најмалку 2 години или 1 релапс во претходната година, нова Gd⁺ лезија и/или нови или зголемени T2 лезии дефинирани преку MRI) индицирани се ocrelizumab, alemtuzumab и teriflunomide.

За пациентите со високо активна РРМС, покрај комплетен и соодветен третман со најмалку еден тип на DMT, или ≥ 2 инвалидизирачки релапси во тек на 1 година и со ≥ 1 T1 Gd⁺ или сигнификантно зголемување на T2 лезиите во споредба со претходниот MRI наод, се сугерира третман со natalizumab, cladribine или fingolimod.

Во согласност со ревидираните публикации ECTRIMS/EAN водичи, ocrelizumab или cladribine може да се користат во третманот на пациенти со активна форма на секундарно прогресивна МС. По однос на третманот на ППМС единствениот одобрен лек е ocrelizumab.

Зголемувањето на бројот на регистрирани лекови за мултипла склероза овозможува нови перспективи и можност за персонализиран пристап во третман на МС. Секако, детални водичи треба дополнително да бидат креирани, базирајќи се на општ консензус, со цел дефинирање на ефикасноста на третманот на индивидуално ниво.

Референци:

- Murray TJ. BMJ 2016, 322 (7540):525-527.
- Multiple Sclerosis International Federation. Atlas of MS 2013. Достапно на: <http://www.msif.org/about-us/advocacy/atlas/>.
- Leray E, et al. PLoS One 2015;10(7):e0132033;
- Lublin FD, Rengold SC. Neurology 1996; 46: 907-911.
- Healthline. Достапно на: <http://www.healthline.com/health/multiple-sclerosis/facts-statistics-infographic>.
- Lublin FD, et al. Neurology 2014;83(3):278-86.
- Peter Chin and Andrew C. Chan. Ocrelizumab: A New Therapeutic Paradigm for Multiple Sclerosis, Biochemistry, 2018, 57 (5), pp 474-476.
- Charo IF, Ransohoff RM. The many roles of chemokines and chemokine receptors in inflammation. N Engl J Med 2006;354(6):610-621.
- Chitnis T. The role of CD4 T-cells in the pathogenesis of multiple sclerosis. Int Rev Neurobiol 2007; 79:43-72.
- Harrington LE, Hatton RD, Mangan PR, et al. Interleukin-17-producing CD4⁺ effector T cells develop via a lineage distinct from the T helper type 1 and 2 lineages. Nat immunol 2005;6(11):1123-1132.
- Owens GP, Bennet JL, Gilden DH, et al. The B cells response in multiple sclerosis. Neurol Res 2006; 28(3):236-244.
- Li R, Rezk A, Miyazaki Y, et al. Proinflammatory GM-CSF-producing B cells in multiple sclerosis and B cell depletion therapy. Sci Transl Med 2015;7.
- Serafini B, Rosicarelli B, Magliozzi R, Stigliano E, Aloisi F. Detection of ectopic B-cell follicles with germinal centers in the meninges of patients with secondary progressive multiple sclerosis. Brain Pathol 2004;14:164-174
- Hauser SL, Oksenberg JR. The neurobiology of multiple sclerosis: genes, inflammation and neurodegeneration. Neuron 2006;52(1):61-76.
- Hafler D, Compston A, Sawcer S, et al. Risk alleles for multiple sclerosis identified by a genome-wide study. N engl J Med 2007;357(9):851-862.
- Weber MS, Hohlfeld R, Zamvil SS. Mechanism of action of glatiramer acetate in treatment of multiple sclerosis. Neurotherapeutics. 2007 Oct;4(4):647-53.
- Biogen Idec, data on file.
- Hauser SL, et al. N Engl J Med 2017 19;376(3):221-234.
- Gavin Giovannoni, DMT Update MS Life Manchester 2014.
- Xavier Montalban et al. ECTRIMS/EAN Guideline on the pharmacological treatment of people with multiple sclerosis, Multiple Sclerosis Journal 2018;1-25.
- Montalban et al. N Engl J Med 2017;376:209-220.
- Wolinsky JS, et al. Ann Neurol. 2007;62:14-24.
- Lublin FD. AAN 2015. Abstract 006.
- Hawker et al. Ann Neurol 2009; 66: 460-471.



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 апстракти, „непублицирани податоци“ и „лични комуникации“. Може да се користат референци, трудови прифатени, но сè уште не публикувани - напишете го списанието и додадете „во печат“.

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

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





ИЗВОРСКА

ИЗВОР НА

Матувања

TEVA

Respiratory



Интуитивен дизајн и нема дилема.



- Награден дизајн¹
- Готов со еден преклоп на капачето
- За астма и ХОББ²

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. Паранунов 66, Скопје
Датум на подготовка: јуни 2016 09-17-DRS-04-NO/22-17/09-19



**DuoResp®
Spiromax®**
budesonide/formoterol

Инспириран од интуитивен дизајн