

година XXVII • број 103 • јуни 2019



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА



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

НОВО!



Докажана 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; *достапен во Македонија; **во студијата LEADER, Victoza® споредено со плацебо го намали КВ ризик (КВ смрт, нефатален МИ или нефатален мозочен удар) кај пациенти со ДМ тип 2 со висок КВ ризик третирани со стандардна заштита (КВ-кардиоваскуларна/а; МИ- миокарден инфаркт).

Скратено упатство за пропишување

Victoza® (liraglutide)

Пред да го пропишете лекот, Ве молиме прочитајте го Збирниот извештај со особините на лекот. **Фармацевтска форма:** Претходно наполнетото пенкало за еднократна употреба содржи 18 mg лираглутид во 3 ml раствор. **Индикации:** Victoza® се пропишува за третман на возрастни лица со недоволно контролиран дијабетес мелитус тип 2; како дополнување на дијета 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 гастро-интестиналната 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 сулфониуреа или инсулин, треба да се земе предвид потребата од намалување на дозата на сулфониуреа 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 возрастни 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 цревно заболување и со дијабетична гастропареза. Употребата на лираглутид се поврзува со транзитори 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 смее да се почнува повторно со лираглутид. Несакани дејства врз тироидната жлезда, како што е гушавање беа пријавени за време на клиничките студии и тоа воглавно кај пациенти кај кои претходно постоело заболување на тироидната жлезда. Поради тоа, кај овие пациенти лираглутид треба да се применува претпазливо. Пациентите кои примаат лираглутид во комбинација со сулфониуреа или инсулин можат да имаат зголемен ризик од хипогликемија. Пациентите кои примаат лираглутид треба да бидат советувани за потенцијалниот ризик од дехидратација поврзана со гастро-интестинални несакани дејства и да преземат мерки на претпазливост за да избегнат губиток на течности. **Бременост:** Лираглутид не треба да се употребува за време на бременост и наместо тоа се препорачува употреба на инсулин. Доколку пациентката сака да забремене, или доколку забремене, треба да го прекине третманот со Victoza®. **Доене:** Victoza® не треба да се употребува за време на доенето. **Несакани дејства:** Најчесто пријавувани несакани реакции за време на клиничките студии беа гастро-интестинални пореметувања: гадење и дијареа беа многу вообичаени, додека повраќање, констипација, болки во stomакот и диспепсија беа вообичаени. На почетокот на терапијата, овие гастро-интестинални несакани реакции можат да се појавуваат почесто. Овие реакции обично се намалуваат по неколку дена или седмици при континуиран третман. Вообичаени беа и главоболка и назофарингитис. Понатаму, хипогликемијата беше вообичаена и многу вообичаена при комбинација на лираглутид со сулфониуреа. Тешка хипогликемија примарно е забележана при комбинација со сулфониуреа. 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: 11-9201/2 од 28.09.2018. Victoza® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск А/С, 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 особините на лекот <https://lekovi.zbirno.gov.mk/drugregister/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 lisdexenatide as add-on to metformin in type 2 diabetes: a 26-week randomised controlled clinical trial. *Diabetes Care.* 2016;39(9):1501-1509. 5. Buse JB, Nauck M, Forst T, et al. Exenatide once weekly versus liraglutide once daily in patients with type 2 diabetes (DURATION-6): a randomised, open-label study. *Lancet.* 2013;381(9861):117-124.

6. Pratley RE, Nauck MA, Barnett AH, et al. Once-weekly albiglutide versus once-daily liraglutide in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on oral drugs (HARMONY 7): a randomised, open-label, multicenter, non-inferiority phase 3 study. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2014;2(4):289-297. 7. Buse JB, Rosenstock J, Sesti G, et al; for the LEAD-6 Study Group. Liraglutide once a day versus exenatide twice a day for type 2 diabetes: a 26-week randomised, parallel-group, multinational, open-label trial (LEAD-6). *Lancet.* 2009;374(9683):39-47. 8. Dungan KM, Provedano ST, Forst T, et al. Once-weekly dulaglutide versus once-daily liraglutide in metformin-treated patients with type 2 diabetes (AWARD-6): a randomised, open-label, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet.* 2014;384(9951):1349-1357. 9. Pratley RE, Nauck M, Bailey T, et al; for the 1860-LIRA-DPP-4 Study Group. Liraglutide versus sitagliptin for patients with type 2 diabetes who did not have adequate glycaemic control with metformin: a 26-week, randomised, parallel-group, open-label trial. *Lancet.* 2010;375(9724):1447-1456. 10. Internal calculations based on IMS MIDAS database September 2017.



Ново Нордиск е регистрирана марка на Ново Нордиск А/С
Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
ул. Никола Клушев бр 11, Скопје, Македонија
тел: +389 2 2400 202; www.novonordisk.com

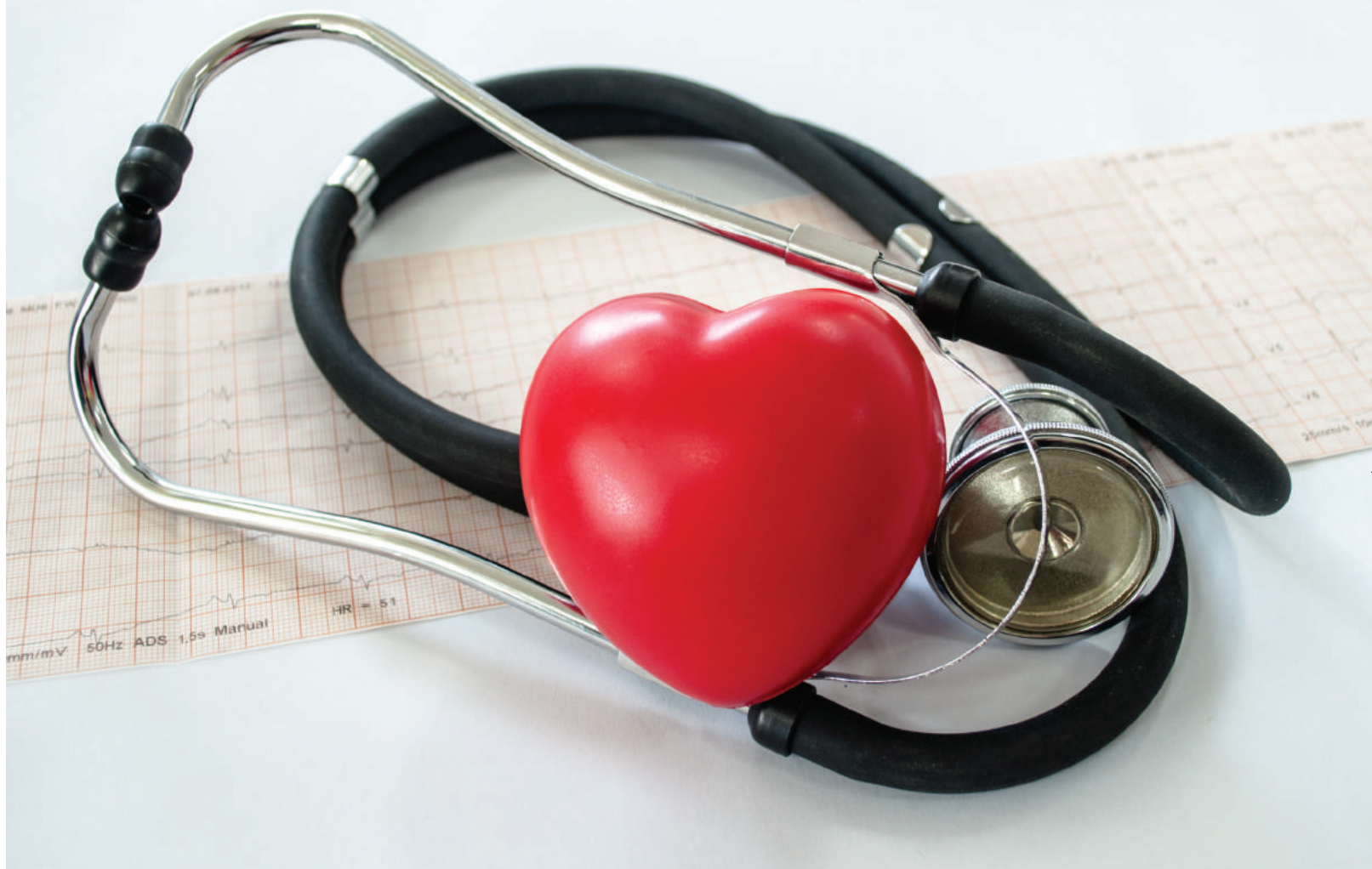
D-02/01-03/2019

Овој материјал е наменет само за здравствени работници

VICTOZA®
liraglutide injection



ТРЕТОГЕНЕРАЦИСКИ ВИСОКОСЕЛЕКТИВЕН β-БЛОКАТОР



Massido

nebivolol

таблети од 5 mg


**АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ**
Здравјејќио људг сѐ
www.alkaloid.com.mk

Содржина

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 8 | Јубилеј
Лекарската комора на Македонија одбележа 27 години од основањето

“Св. Наум Охридски” за д-р Виолета Атанасовска од Делчево

Награди за најдобрите дипломирани студенти на медицина | 38 | Практика
Македонија е една од ретките држави со воспоставен одржлив систем за следење и превенција на јодниот дефицит |
| 14 | Регулатива
Закон за лекарска дејност | 44 | Спорт
Јубилеен 25. МЕДИКАЛ ОПЕН, ТК „Акватен“, Кочани |
| 26 | Неврологија
Вирусната теорија за Алцхајмерова болест повторно е лансирана | 46 | Дојени
Аврам САДИКАРИО, Професор и основоположник на современата македонска педијатриска хематоонкологија |
| 34 | Ендокринологија
Хипогликемија и гликемиска варијабилност кај пациенти со дијабетес - бариери за оптимален менаџмент на дијабетесот | 50 | Иван БЕРКЕШ,
Професор и основоположник на Институтот за биохемија при Медицинскиот факултет во Скопје |

Прилог: Стручни и научни трудови

- 00563 | **Весна Амбаркова**
 Стоматолошки третман на деца со оштетен слух-литературен преглед



ОДОБРЕНА ТЕРАПИЈА

18 циклуси кај пациенти со HER2+ ран карцином на дојка со висок ризик од повторување на болеста

Целта е излекување. Дополнително намалување на HER2 ризикот

со предностите кои ги дава
комбинацијата на PERJETA-HERCEPTIN.

Комбинацијата на PERJETA-Herceptin и хемотерапија го намалува ризикот од повторување на болеста за 25% кај пациентите со висок ризик во фаза на третман кога е возможно излекување

Терапевтски индикации

Ран канцер на дојка – неoadјувантен третман и адјувантен третман на возрасни пациенти со HER2 позитивен ран канцер на дојка со висок ризик за рекуренца

Метастатски канцер на дојка – HER2 позитивен метастатски или локално рекурентен нересектабилен канцер на дојка, кои претходно за својата метастатската болест не примале анти-HER2 терапија или хемотерапија



ДВОЈНА HER2 БЛОКАДА. ДОКАЖАНА СИНЕРГИЈА.

Предупредување: PERJETA-Herceptin не се препорачува да се употребува за време на бременост и кај жени во репродуктивен период кои не користат контрацепција. Жените во репродуктивен период треба да се советуваат да користат ефикасна контрацепција за време на терапијата со PERJETA и/или Herceptin и 7 месеци по завршување на третманот.



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

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

Ќе го „спакуваме“ ли нашиот Закон?!



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

Дали долгогодишната заложба за посебен закон за лекарска или, како што некои повеќе милуваат, докторска дејност - конечно ќе вроди плод. Како што се одвиваат работите, верувам дека сме на добар пат: нашата иницијатива е прифатена од Министерството за здравство и шекот на ова законско решение е поставен на ЕНЕР. Поинку кажано, со оглед дека ЕНЕР е отворен за коментари, забелешки, предлози и сугестии, несомнено е дека тоа е една форма на јавна расправа по шекот на законот во која може да се вклучи секој што има што да каже во функција на подобрување на понудените решенија. Токму од тие причини, збунуваат реакциите од одредени кругови кои се априори против предложениот законски проект и јавно декларираат дека се иземаат од процедурата и постапката за донесување на закон за кој како еснаф со децении говориме и го бараме. Пошто, некој јавно бара и негово целосно повлекување. Во целата оваа „приказна“ нејасно останува причината да не се делува инстинктуално, односно јавноот отпор кон законот уште пред да биде официјално ставен во процедура.

Да бидеме начисто, можеби и јас лично, а и други колеги, сметаме дека сите понудени решенија не се идеални, дека некои одредби можеби треба да се преформулираат поинаку, некои работи да се доодаат, прецизираат, други да се иземаат... Но, за тоа имаме можност, не само преку ЕНЕР, туку и постоа, како еснаф, преку инстинктуалните на ситемот, собраниските комитети, Министерството, јавните расправи.... Вака некако, сè ми се чини, дека бараме нешто што некои од нас, од само нив познати причини, не сакаат да го имаме.

Пошто, со законот за лекарска дејност се уредуваат условите и начинот на вршење на лекарската дејност во целина, вклучително и спецификите на оваа професија, правата и должностите на докторите на медицина во вршењето на лекарската дејност, но и други прашања, меѓу кои и јавните овластувања на Комората. Предложените решенија треба да ја достигнат крајната цел, а тоа е унапредување на регулативата со која се определува постапката на лекарите во однос на професијата што ја вршат и нивните права и должности во вршењето на професијата. Со ова започнува процедурата за донесување на законот за лекарска дејност.

Законскиот проект со кој, како и во земјите од регионот, нашата професија е регулирана со посебни закони насловени: „Zakon o liječništvu“, „Zakon o zdravniški službi (ZZdrS)“, „Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)“, „Zakon o liječnistvu“....

ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА ОДБЕЛЕЖА 27 ГОДИНИ ОД ОСНОВАЊЕТО

Комората се втемелува како вистински партнер во здравството



“Како самостојна и професионална организација на докторите по медицина во Лекарската комора се обединети околу 9.000 доктори од различни специјалности. Во изминатиов период Комората настојува да се наметна како партнер во општеството и во креирањето на здравствените политики. Некогаш со повеќе, некогаш со помалку успех. Со многу енергија, залагања и знаење неспорно е дека Комората многу направи. За тоа, се разбира, треба да им се оддаде признание на сите оние кои во изминативе 27 години ја водеа Лекарската комора, кои беа вклучени во нејзините органи и тела, во реализацијата на коморските активности. Меѓутоа, недвојбено е дека пред Лекарската комора на Македонија, односно пред докторите се отворени уште многу предизвици кои треба да се реализираат за таа да стане она што сите ние посакуваме. Цврсто опстојувајќи на зацртаните определби за компетентност, принципиелност, кооперативност и отвореност за соработка

при што ќе продолжиме да дејствуваме транспарентно и одговорно”, истакна претседателката на Лекарската комора на Македонија, доц. д-р Калина Гривчева Старделова на Свечениот собир по повод 5 Јуни - Денот на Комората, што на 6 јуни се одржа во конференциската сала во хотелот “Меркур” во Тетово.

Во присуство на голем број гости, меѓу кои и претставници на министерствата, на медицинските факултети, професионални асоцијации и здруженија, претседателката Гривчева Старделова, истакна дека во изминативе 27 години од (ре)основањето, Лекарската комора се втемели како самостојна, професионална организација на докторите и се наметна како вистински партнер во општеството и во креирањето на здравствените политики, односно стана почитувана и компетентна професионална асоцијација со јавни овластувања. Ваквите собири, според неа, несомнено се и можност и да се осврнеме на оствареното, да

направиме пресек до каде сме, но истовремено да согледаме што ни останало недоработено, што ни претстои, кои ни се приоритетите во натамошниот период.

“Како претседател на Комората дозволете да Ве информирам дека долгогодишната заложба за посебен закон за лекарска дејност конечно вроди плод. Нашата иницијатива е прифатена од Министерството за здравство и текстот на ова законско решение е во јавна расправа. Поточно, согласно зацртаната процедура е поствен на ЕНЕР на кој може да се дадат коментари, предлози и сугестии за да се подобрат понудените решенија. Со Законот за лекарска дејност се уредуваат условите и начинот на вршење на лекарската дејност во целина, вклучително и спецификите на оваа професија, правата и должностите на докторите на медицина во вршењето на лекарската дејност и условите и начинот на вршењето на јавните овластувања на Комората.

Предложените решенија треба да ја достигнат крајната цел, а тоа е унапредување на регулативата со која се определува статусот на лекарите во однос на професијата што ја вршат и нивните права и должности во вршењето на професијата. Со ова започнува процедурата за донесување на законот за лекарска дејност”, истакна Гривчева Старделова.

Лекарската комора, според претседателката, активно е вклучена и во подготовките за донесување на новиот закон за здравствена заштита, во измени и корекции во системот “Мој термин”, во измените во правото за дополнителна дејност за докторите, создавање на единствена мрежа на здравствени установи и единствен здравствен електронски картон.... Таа истакна дека Комората се залага и за промена во концептот на избор на лекар, односно потребата пациентите да избираат матична

установа, за неопходноста за нов систем на специјализации.

Лекарската, Стоматолошката и Фармацевтската комора на Македонија, согласно Меморандумот за соработка, и натаму својата активност ја насочуваа кон поттикнување и афирмација на областите од заеднички интерес, во унапредување на соработката и заеднички настапи пред надлежни органи и институции и делуваа во креирањето на здравствените политики, подготовките на законските проекти и настапите пред Министерството за здравство, ФЗОМ и други органи, институции и асоцијации во државата и надвор од неа.

Преку претставник на Комората во Управниот одбор на ФЗОМ, активностите на Комората беа насочени и кон преговори за актуелни проблеми со кои се соочуваат докторите во работењето, како и договори во врска со анекс - договорите за плаќање на здравствени услуги.

Комората оствари работни средби и со пратениците - доктори членови на Комисијата за здравство во Собранието на Р. Северна Македонија работи и на законските решенија, на законот за лекарска дејност, како и на другите отворени прашања од здравствениот сектор кои бараат брзо решавање. На ваков начин истапуваме со единствени предлози и барања кои се од интерес на докторската професија, без разлика на нивната идеолошка или политичка при-



падност, и ќе се направи исечок во напорите да се задржат младите доктори да не заминуваат во странство и да се решат клучните системски прашања со кои се соочува системот. Во тој контекст беа и средбите со претставници од Управата за електронско здравство – “Мој термин” на кои беа отворени прашањата за проблемите со кои се соочуваат докторите од примарно, секундарно и терцијарно ниво. Исто така, беа образложени измените и новините кои се прават во системот на упатување и неколкуте нови обрасци за извештај на

дежурна служба, извештај од рурален лекар и образец за обдукција.

Во рамките на програмските активности во минатата година беа организирани девет испитни сесии за полагање на стручен испит со доктори кои за првпат се стекнале со лиценца за работа, вонредни стручни надзори, а се акредитирани и голем број стручни активности.

“Ми претставува големо задоволство што Лекарската комора го препозна проблемот и ги поддржа младите колеги кои се на специјализација во барање-



Јубилеј



то на решение на нивниот незавиден статус”, истакна Гривчева Старделова потенцирајќи дека Лекарската комора останува отворена за идеи, мислења, предлози, за соработка и дека во неа сите ние, како припадници на докторската професија, наоѓаме или треба да најдеме место каде што ќе ги артикулираме нашите заложби и барања. Се разбира, водејќи сметка и за општите интереси...

“Ми претставува голема чест што сум дел од екипата која со нејзината работа ја воздигна улогата на ЛКСМ во

креирање на здравствената политика во соработка со Собранието на Р. Северна Македонија, Министерството за здравство и ФЗОМ, се воспоставија врски со лекарите низ цела држава, за да се слушнат сите проблеми и тешкотии на кои наидуваат нашите колеги. Како што можевте сите да се запознаете дека особено сме горди на внесувањето во процедура на законот за лекарска дејност, кој е голем чекор во заземањето на заслуженото место во општеството, да бидеме свесни дека тоа не е магичен еликсир кои во час ќе ги решат сите наши тешкотии и насобрани проблеми, но свесни сме дека и најдолгиот пат започнува со првиот чекор, а тој чекор се направи сега сите ние како фела, како еснаф треба да се вклучиме во подобрување на овој предлог - закон. Се надевам дека ние како фела ќе се вклучиме во подобрување на нашиот здравствен систем заедно со сите чинители на нашиот систем во создавање на легистатива, услови и можности за сите нас, а посебно за нашите млади доктори, се надеваме дека сите овие наши активности ќе придонесат во намалување на одливот на нашите млади колеги со цел да сочуваме функционален и квалитетен здравствен систем”, истакна во своето обраќање заменик на претседателот на Комората, д-р Илбер Бесими.

Традиционално, на Денот на Комората беше доделана и

Плакетата “Св. Наум Охридски”, највисокото признание на Лекарската комора на Македонија кое се доделува за особени постигнувања во областа на здравството, на оние кои се истакнале во совесно и одговорно извршување на лекарската професија, на оние кои оствариле особено добри резултати во лекувањето на пациентите и се стекнале со доверба кај нив, но и кај колегите, доследно се придржуваат кон принципите на медицинската етика и Кодексот на медицинската деонтологија....

Добитник на највисокото признание на Лекарската комора на Македонија, Плакетата “Св. Наум Охридски” за 2018 година е д-р Виолета Атанасовска од здравствената установа “Анима медика,” - Делчево специјалист по педијатрија.

Предлогот за доделување на Плакетата “Св. Наум Охридски” на д-р Атанасовска го дадоа нејзините колеги, односно од Општинскиот одобр на ЛКМ – Делчево. Според членовите на Комисијата за награди на Лекарската комора на Македонија, д-р Атанасовска со својата работа, досегашните активности на професионален план, коректноста кон колегите, професионалниот однос и довербата што ја има кај пациентите, секогаш придржувајќи се на медицинската етика и Кодексот на медицинска деонтологија, го заслужи ова признание.

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

Д-р Виолета Атанасовска е родена во 1955 година, вработена во ПЗУ „Анима медика,, Делчево, специјалист по педијатрија. Во 1981 година по завршување на студиите на медицина се вработува во Здравствениот дом - Делчево. Претходно работи една година во Здравствената станица во М.Каменица.

Д-р Атанасовска како доктор својата кариера ја гради како лекар по општа медицина во Делчево, а двапати наедно ги посетува и околните села. Притоа со својата работа помага и во најоддалечените населени места. Така,



За несебично залагање во работата и посветеност на пациентите Комората им додели благодарници на д-р Садри Зекири од Гостивар и д-р Сретимир Николовски од Крива Паланка.

Посебната награда на Лекарската комора за најдобрите студенти на медицинските факултети во земјава, која го носи името на прим. д-р Димитар Ивановски, најдобриот студент од првата генерација на Медицинскиот факултет во Скопје, кој дипломирал 1953 година.



“Св. Наум Охридски” за д-р Виолета Атанасовска од Делчево

таа созрева како доктор притоа совладувајќи ја медицинската проблематика на деца, возрасни и стари лица. Во 1991 година ја почнува специјализацијата на Медицинскиот факултет во Скопје по педијатрија. Во почетокот на 1995 година се враќа како специјалист педијатар и ја продолжува работата во Здравствениот дом “Гоце Делчев” во Делчево. Работи во предшколска амбуланта, превентива и куратива.

Во тој период вакцинациите беа 100 отсто успешни, немаше невакцинирани деца, пред се благодарјќи на целокупниот тим кој работеше на тоа Одделение. Работеше и по две смени, достапна во секое време. Вршеше прегледи на новородени во породилиштето во Делчево, а и сега како матичен лекар се уште го покрива породилиштето во Делчево и ги прегледува новородените бебиња.

Од 2007 година е матичен лекар, концесионер. Иако сега работи како матичен лекар најчесто работи со деца од предшколска и школска возраст. Работи во две смени, достапна е за пациентите и колегите и дење и ноќе, за консултации, совети и прегледи.

Д-р Виолета Атанасовска, несомнено, има со што да се гордее во нејзината биографија. Таа со својата, по многу нешта, специфична работа и досегашни активности на професионален план, коректноста кон колегите, професио-

налниот однос и довербата кај пациентите, секогаш придржувајќи се на медицинската етика и Кодексот на медицинска деонтологија, несомнено е доктор кој заслужил вакво признание.

Д-р Атанасовска секоја година редовно учествува на конгреси, симпозиуми и работилници, а во голем број од нив има активно учество со свои трудови. Во 2006 година неколку месеци посетува дополнително едукација за новороденче во едукативниот центар во Струмица. Организира и одржува

работилници за матичните лекари како предавач.

Заблагодарувајќи се на наградата “Св. Наум Охридски”, д-р Виолета Атанасовска истакна дека Плакетата многу и значи не само како лично признание за неа како доктор, особено ако се има предвид дека таа доаѓа на предлог на нејзините колеги. Токму затоа ваквото признание е и силен поттик да продолжи со својата посветеност на медицината и на пациентите и во натамошната работа.



Јубилеј

Награди за најдобрите дипломирани студенти на медицина



Посебната награда за најдобрите студенти на медицинските факултети во земјава што го носи името на прим. д-р Димитар Ивановски, најдобриот студент од првата генерација на Медицинскиот факултет во Скопје, воведена пред неколку години им беше доделена на:

■ **Никола Манев** (дипломирал со просечна оценка 10.00) Медицински факултет, Универзитетот “Св. Кирил и Методиј”- Скопје.

■ **Елиф Врајнко** (дипломирала со просечна оценка 10.00) Медицински факултет, Универзитетот “Св. Кирил и Методиј”- Скопје.

■ **Стефан Пандилов** (дипломирал со просечна оценка 10.00) Медицински факултет, Универзитетот “Св. Кирил и Методиј”- Скопје.

■ **Влатко Каранфиловски** (дипломирал со просечна оценка 10.00) Медицински факултет, Универзитетот “Св. Кирил и Методиј”- Скопје.

■ **Едита Рустеми** (дипломирала со просечна оценка 8.49), Факултет за медицински науки, Државен универзитет во Тетово.

■ **Натали Делипетрова** (дипломирала со просечна оценка 9.786), Факултет за медицински науки, Универзитет “Гоце Делчев” – Штип.

Наградата во исто време е и вредносен ваучер со кој се покриваат трошоците за полагање на стручниот испит

Vox medici



Rinoco[®] 50µg

fluticasone propionate
спреј за нос



ПЛИВИН

интраназален

кортикостероид
во терапија на
алергиски
ринит!



PLIVA  allergy

ПРЕПОРАЧАНО ДОЗИРАЊЕ

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

Препорака: по можност лекот да се примени наутро

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

Напомена: Збирен извештај за особините на лекот е достапен на барање. **Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет:** Rinoco спреј за нос 50 mcg/доза, 120 дози, 11-185/2 од 10.08.2018. **Начин и место на издавање:** се издава на лекарски рецепт, во аптека. **САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ.** **Носител на одобрение:** ПЛИВА доел Скопје, Никола Парапунов бб, Скопје. Тел. 02/3062702. MK/RIN/19/0001



ЗАКОН ЗА ЛЕКАРСКА ДЕЈНОСТ

I. ОПШТИ ОДРЕДБИ

Член 1

Со овој закон се уредуваат условите и начинот на вршење-то на лекарската дејност, правата и должностите на лекарите, издавање, продолжување, престанување и одземање на лиценца за работа за вршење на лекарска дејност, надлежноста, организацијата и работењето на Лекарска комора на Република Северна Македонија, како и други прашања кои се однесуваат на вршењето на лекарската дејност.

Член 2

(1) Лекар е здравствен работник со високо образование од областа на медицината со завршен медицински факултет и стекнат назив лекар на медицина.

(2) Лекарот е самостоен носител на здравствената дејност која е од јавен интерес за граѓаните на Република Северна Македонија која со која се обезбедува здравствената заштита на поединците и населението на Република Северна Македонија.

Член 3

Изразите, употребени во овој закон кои се родово определени, се користат неутрално и се однесуваат еднакво на лица од машки и женски пол.

II. ЛЕКАРСКА ДЕЈНОСТ

Начела за вршење на лекарска дејност

Член 4

Лекарот, како основен и компетентен носител на здравствената дејност, лекарската дејност која ја врши во согласност со следните начела:

1. постојано одржување и унапредување на квалитетот на лекарските услуги во интерес на здравјето и општествената благосостојба на населението,
2. одржување и унапредување на довербата помеѓу лекарот и пациентот, како и членовите на неговото семејство,
3. почитување на правата на пациентите,
4. независно и професионално вршење на лекарската дејност,
5. чување и унапредување на слободата и угледот на лекарската професија и
6. одржување и унапредување на достоинственото и одговорно професионално однесување во работата со почитување на прописите, правилата на струката и кодексот на медицинската и етика и деонтологија.

Член 5

(1) Целта на лекарската дејност е заштита на здравјето на поединецот, семејството и населението.

(2) Лекарската дејност опфаќа:

1. преглед со кој се утврдува постоење или непостоење на телесни или психички болести, телесни оштетувања или аномалии,
2. проценка на состојбата од став 1, точка 1) од овој член,

Во процесот на подготовка на законите согласно со Деловникот за работа на Владата на Република Северна Македонија, задолжително се спроведува проценка на влијанието на регулативата за предлог на законите (ПВР) кои се доставуваат до Владата за разгледување и утврдување.

Преку овој процес министерствата и Владата обезбедуваат почитување на основните начела за добро владеење, и тоа пред се транспарентност и отвореност - преку информирање и вклучување на засегнатите страни во целокупниот процес - од конципирање, регулирање па се до спроведување на политиките и законите.

За секој од предлозите на закони од страна на министерствата се информираат засегнатите страни најдоцна пет дена пред почетокот на процесот на ПВР и на изготвување на предлогот на закон преку објавување на известување на ЕНЕР (единствен национален електронски регистар на прописи). Известувањето за почнување на процесот за предлог - Законот за лекарска дејност е објавено на ЕНЕР на 23.5.2019 година во кој беше содржан, покрај другото, краток опис на проблемот; целта на предлогот на законот; временска рамка за изготвување на предлогот на закон и начинот на вклучување на засегнатите страни.

Потоа се пристапи кон проценка на влијанието на регулативата за што се подготви нацрт - извештајот за ПВР и предлогот на закон кои се објавуваат на ЕНЕР најдоцна 20 дена пред доставување на нацрт - извештајот за ПВР до Министерството за информатичко општество и администрација. Нацрт - извештајот за ПВР и нацрт - текстот на предлогот на закон за лекарска дејност се објавени на 28.5.2019 година на ЕНЕР со што е дадена можност сите заинтересирани страни да бидат вклучени во конципирање на законот. По завршување на рокот за давање на предлози и мислења по понудените решенија се подготвува предлог - извештај за ПВР во кој се содржани мислењата, забелешките и сугестиите кои биле вградени во предлогот на закон и мислењата, забелешките и сугестиите кои не биле прифатени од страна на Министерството и образложение за причините.

Предлогот на закон и предлог - извештајот за ПВР заедно со останатите материјали се доставуваат до Владата на Република Северна Македонија.

со помош на дијагностички инструменти, постапки и средства,

3. лекување и рехабилитација,
4. давање на крв и крвни деривати,
5. спречување на болести, здравствено образование и советување,
6. грижа за репродуктивното здравје и помош при породување,

7. пропишување на лекови, медицински средства и помага-ла,
8. земање и пресадување на органи и ткива,
9. мртвопроверителство и обдукција на умрени лица,
10. издавање на лекарски уверенија, потврди, извештаи и мислења и
11. други работи во согласност со општите и посебните прописи.

Член 6

(1) Лекарот постапува самостојно во процесот на донесување на одлуки, избор на дијагностиката и лекувањето, во согласност со дадените околности и научните знаења и стручни упатства за медицина базирана на докази кои се во согласност со современата светска медицинска практика.

(2) Лекарот е должен во вршењето на лекарската дејност особено да:

- ги почитува начелата на вршење на лекарската дејност и
- да не врши активности кои не се во согласност со угледот, достоинството и независноста на лекарското звање.

Овластување за вршење на лекарската дејност

Член 7

Лекарска дејност можат да вршат само лекари во согласност овој и друг закон.

Општи услови за вршење на лекарска дејност

Член 8

Општи услови за вршење на лекарска дејност се:

- диплома за завршен медицински факултет во Република Северна Македонија или нострифицирана диплома за завршен медицински факултет во странство,
- потврда за положен стручен испит,
- уверение за завршена специјализација односно супспецијализација за вршење на специјалистички односно супспецијалистички работи,
- државјанство на Република Северна Македонија,
- упис во Регистарот на лекари Лекарската комора на Република Северна Македонија (во натамошниот текст: Лекарска комора),
- одобрување за самостојна работа (лиценца за работа).

(2) По исклучок од ставот (1), алинеја 2 од овој член, странски државјанин може да врши здравствена дејност, ако покрај општите услови утврдени со прописите од областа на движење, престој и вработување на странци ги исполни и условите утврдени со овој закон за државјаните на Република Северна Македонија кои образованието го завршиле во странство и ако завршил дополнителна обука и проверка на стручните знаења и способности согласно со програмата за дополнителна обука и проверка на стручните знаења и способности.

(3) По исклучок од ставот (2) на овој член, за лекар кој се стекнал со квалификации во земјите членки на Европската Унија или во Швајцарија, Норвешка, Канада, Јапонија, Израел, Турција, Русија или САД не е потребна дополнителна обука и проверка на стручните знаења и способности

(4) Лекар - странски државјанин кој врши здравствена дејност во Република Северна Македонија, покрај условите од став 1 од овој член, мора да го владее македонскиот јазик и неговото кирилично писмо – ниво Б-2.

(5) Исполнувањето на условите од ставовите (1) и (4) од овој член го утврдува Лекарската комора во постапката за издавање на лиценца за работа.

Престанок на правото на вршење на лекарска дејност

Член 9

На лекарот му престанува правото да врши лекарска дејност, ако:

1. го изгуби македонското државјанство,
2. ја изгуби деловната способност,
3. стане трајно здравствено неспособен за вршење на лекарска дејност,
4. му е изречена мерка забрана на вршење на лекарска дејност,
5. со дисциплинска казна на тело на Лекарската комора го изгубил правото да врши лекарска дејност.

Организација и вршење на лекарската дејност

Член 10

Лекарот лекарската дејност може да ја врши во здравствена установа и во друго правно лице што врши здравствена дејност согласно прописите за здравствената заштита.

Забелешки, предлози и сугестии на ЛКМ на објавениот работен текст на Законот за лекарска дејност објавен на ЕНЕР:

Вреднување на докторскиот труд:

“Вреднувањето на докторската дејност како високо специјализирана дејност од исклучително значење за поединците и општеството, во мрежата на здравствена дејност се определува согласно должината на образованието, специјалистичкото, односно супспецијалистичкото усовршување и континуирана едукација во смисла на обновување на лиценцата за работа, со основна нето плата.

Основната нето плата се утврдува така што просечната плата во републиката се множи со коефициент 2,5 за општи доктори, со коефициент 2,7 за доктори специјализанти, со коефициент 3,5 за доктори специјалисти и коефициент 3,8 за доктори супспецијалисти.

Вреднување на докторската дејност при утврдување на платата на докторите во ПЗЗ се определува фиксен дел и дел по основа на капитација”

Дополнителната дејност :

“Неопходна е либерализација на дополнителната дејност по хоризонтала и вертикала. Дополнителната дејност да може да се врши во јавна и во приватна здравствена установа. Се предлага да се има контролен механизам -Тело каде што ќе се утврдуваат точните критериуми за вршење на дополнителна дејност (критериумите, времето кое треба да го помине како специјалист од одредена област и други услови да бидат регулирани со подзаконски акт) да бидат дефинирани за секоја специјалност посебно. Цените на услугите да се определуваат според пазарот. Времето да се усогласи со одредбите од Законот за работни односи.”



III. ПРАВА И ДОЛЖНОСТИ НА ЛЕКАРОТ ВО ВРШЕЊЕТО НА ЛЕКАРСКАТА ДЕЈНОСТ

Права на лекарите

Член 11

Лекарот има право да му се почитува професионалното и човечко достоинство.

Укажување и неукажување на лекарска помош

Член 12

(1) Лекарот е должен да ги спроведе потребните мерки на превенција, дијагностика и лекување, односно рехабилитација на сите лица на кои е избран лекар или кои се упатени од страна на друг лекар заради укажување на здравствена заштита или во итни случаи заради заштита на човековото здравје.

(2) Во итни случаи лекарот е должен да му укаже помош на секој пациент, без одлагање, а останатите пациенти е должен да ги прима според степенот на медицинската итност, односно спрема листата на чекање.

(3) Под итни случаи од став (2) на овој член се сметаат оние состојби кај кои заради неукажување на лекарска помош можат да настанат трајни штетни последици по здравјето (инвалидност) или по животот на пациентот.

(4) Лекарот е должен да направи тријажа според моменталната состојба и степенот на итност и да постапи според своја проценка.

(5) Лекарот може да одбие да укаже лекарска помош на лице што му се заканува или се однесува спрема него или другите здравствени работници физички агресивна или ако тоа го прават членови на семејството, освен во итни случаи.

(6) Во случајот од став (5) од овој член лекарот е должен на лицето да му укаже лекарска помош ако му е обезбедена заштита од страна на полицијата или друг вид на заштита.

Лекарска тајна

Член 13

(1) Лекарот е должен да чува како лекарска односно професионална тајна се што ќе дознае за здравствената состојба на пациентот.

(2) Обврската за чувањето на лекарската тајна е должност за лекарот и по смртта на пациентот.

(3) Лекарот може да ја открие лекарската тајна само со согласност на пациентот, по налог на судот, во случај кога чувањето на лекарската тајна ќе го загрози здравјето на други луѓе и во други случаи утврдени со прописите за заштита на правата на пациентите.

Обврска за пријавување

Член 14

(1) Лекарот е должен да поднесе пријава до полиција или јавно обвинителство кога во текот на вршењето на лекарска дејност се посомнева дека смртта или телесната повреда на пациентот настанала по насилан пат.

(2) Лекарот е должен да поднесе пријава и кога ќе се посомнева дека на малолетно лице или немоќно лице здравствената состојба му е сериозно нарушена поради запоставување или злоставување.

Водење и чување на медицинска документација

Член 15

(1) Лекарот е должен да води точна, исцрпна и датирана медицинска документација во согласност со прописите за евиденциите во областа на здравството, која во секој момент може да даде доволни податоци за здравствената состојба на пациентот и неговото лекување.

(2) Лекарот е должен медицинската документација од став (1) од овој член на писмено барање, да ја предаде на Министерството за здравство, органите на државната управа, надлежен судија и Лекарската комора или на судот во согласност со посебни прописи, прописите за евиденција во областа во здравството и прописите за заштита на личните податоци.

(3) Директорот на здравствената установа е должен при давањето на медицинската документација да обезбеди присуство на лекарот кој ја изготвил документацијата.

(4) Лекарот или одговорното лице на здравствената установа, или друго правно лице што врши здравствена дејност е должен документацијата што се чува на електронски медиум да ја обезбеди од менување, привремено или трајно уништување или неовластено користење.

(5) Лекарот е должен да му ја даде на увид целата медицинска документација на пациентот што се однесува на дијагностиката и лекувањето на неговата болест, на негово барање согласно прописите за заштита на правата на пациентите.

(6) Лекарот или одговорното лице на здравствената установа или друго правно лице што врши здравствена дејност се должни да ги чуваат податоците за лекување на пациентот во рокови утврдени со прописите за евиденциите во областа на здравството, а по тој рок се должни да постапат со податоците во согласност со прописите за архивско работење.

(7) Кога овластено лице, во согласност со посебен закон, ќе ја преземе медицинската документација од став (2) од овој член, должно е да му издаде на лекарот или одговорното лице на здравствената установа, или друго правно лице што врши здравствена дејност службена потпишана потврда за преземање, со попис на преземената документација.

Лекарски потврди

Член 16

Лекарот може да издава лекарски потврди само после

извршен лекарски преглед и/или увид во оригиналната пос-точка документација на лицето за кое се издава по точно утврдени факти: лични податоци за пациентот, време, место и наод што се потврдува со потврдата, во согласност со своето најдобро знаење и совеста.

Избор на друг лекар

Член 17

Во случај ако пациентот избере друг лекар, лекарот или одговорното лице на здравствената установа, се должни на новоизбраниот лекар да му ја предадат целокупната медицинска документација за пациентот на писмено барање, како и да архивираат потпишана изјава за преземање на медицинската документација, во согласност со прописите за водење на евиденциите во областа на здравството и за чување на медицинска документација.

Претрес на ординација на лекар

Член 18

(1) Претрес на ординација на лекар може да нареди само надлежниот суд со писмен налог, ако за тоа се исполнети условите пропишани со закон.

(2) Кога ќе се одреди претрес на ординација на лекар, судот за тоа веднаш ќе ја извести Лекарската комора.

(3) Лекарот или неговиот заменик има право на присуство при претресот на ординацијата. задолжително на двајца сведоци од кои еден е претставник на Лекарската комора.

(4) При претресот на лекарската ординација не смее да биде повредена тајноста на лекарската документација и предметите, на штета на пациентите.

(5) Претресот на ординација на лекарот ќе се ограничи само на преглед на онаа лекарска документација и предмети што се во непосредна врска со основаното сомнение за кривичното дело за кое се води постапката.

(6) Доказите прибавени во спротивност со одредбите на овој член не можат да се употребат во постапката против лекарот и неговите пациенти.

(7) При претрес на ординацијата на лекарот се води записник за затекнатата состојба и земената медицинска документација.

Меѓусебни односи на лекарите

Член 19

(1) Лекарот е должен со своето однесување и постапување да ги почитува честа, достоинството и угледот на друг лекар, почитувајќи ја неговата стручност и во согласност со Кодексот на медицинската етика и деонтологија.

(2) Ако друг лекар од лекарот побара стручен совет и/или помош, лекарот мора да му ја даде несебично и најдобро што знае.

(3) Лекарот не смее да ги придобива пациентите на своите колеги.

(4) Лекарот може да преземе грижи за пациент на друг лекар само по барање на лекарот или пациентот.

(5) Обврска е на лекарот кој го упатува пациентот кај друг лекар да го информира за деталите кои би можеле на било кој начин да наштетат односно да го загрозат здравјето или животот на лекарот.

Односот на лекарот спрема лекарската професија

Член 20

(1) Лекарот треба со своето однесување и активности да го

задржи угледот на лекарската професија.

(2) Лекарот треба да се грижи за својата професионална репутација и независност и нема да дозволи неговото име да се издвојува и поврзува со комерцијални активности заради остварување на лична корист.

(3) Лекарот треба да избегнува стекнување и ширење на углед со саморекламирање и со само промоција и неточни информации за себе и за други лекари и медицински установи во медиумите.

(4) Лекарот не смее да соработува со поединци, институции или компании кои ја злоупотребуваат довербата на јавноста застапувајќи непроверени работи и постапки наменети за лекување, чување и промоција на здравјето.

Физички и психички интегритет, личност,

достоинство и сигурност на лекарите на медицина

Член 21

(1) Лекар кога врши здравствена дејност и дава здравствени услуги се смета како службено лице кое врши службена должност врз основа на овластување дадено со закон.

(2) Физичкиот и психичкиот интегритет, личноста и достоинството на лекарот од став (1) на овој член, како и неговата сигурност мора да се почитуваат и лекарот има право на заштита на овие права кога врши здравствена дејноста и дава здравствени услуги како службена должност.

(3) Напад врз лекар при вршење на здравствена дејност и давање на здравствени услуги како службена должност се смета како напад врз службено лице при вршење на здравствена дејност и давање на здравствени услуги како службена должност.

IV. ОБЕЗБЕДУВАЊЕ НА КВАЛИТЕТ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ УСЛУГИ

Стручно усовршување

Член 22

Лекарот има право и должност на стручно усовршување, кое опфаќа:

- континуирано следење на развојот на медицинската наука,
- стекнување на нови знаења и вештини и нивна примена.

Стручен надзор над работата на лекарот

Член 23

(1) Лекарска комора врши надзор над стручната работа на лекарот, за да се обезбеди квалитет и безбедност при укажувањето на здравствената заштита.

(2) Надзорот од став (1) на овој член го врши Лекарската комора, заради контрола над стручната работа, спроведување на стручните упатства, оценка на стручната работа, како и процена на условите и начинот на укажување на здравствената заштита, како редовен стручен надзор и како стручен надзор по потреба.

(3) Редовниот стручен надзор се врши согласно со годишниот план.

(4) Надзор над стручната работа по потреба се врши на барање на пациент, член на неговото семејство и државен орган и трошоците за вонредниот стручен надзор паѓаат на товар на подносителот на барањето.

(5) Висината на трошоците од ставот (3) на овој член ја



утврдува Лекарската комора со општ акт, на кој согласност дава министерот за здравство .

(6) Министерот за здравство по потреба може да формира комисија за вршење на надзор на стручната работа на здравствените установи и другите установи кои вршат здравствена дејност и на здравствените работници и соработници.

Соработка на Лекарската комора и Државниот санитарен и здравствен инспекторат

Член 24

При вршење на стручниот надзор од член 23 на овој закон Лекарската комора соработува со Државниот санитарен и здравствен инспекторат.

Извештај за извршен стручен надзор

Член 25

(1) Лекарска комора , во рок од осум дена од денот на завршувањето на надзорот над стручната работа, доставува извештај за надзорот до министерот за здравство и до установата во која е извршен надзорот.

(2) Извештајот задолжително ги содржи следниве елементи:

- констатираната состојба,
- евентуалните недостатоци, неправилности или пропусти во вршењето на стручната работа, а особено во однос на спроведувањето на стручните упатства и условите и начинот на укажување на здравствената заштита,
- стручно мислење за состојбата во установата и настаните или можните последици по здравјето на луѓето и
- предлог за определување мерки за отстранување на недостатоците, неправилностите или пропустите и рокови за нивно спроведување.

(3) Установата во која е извршен надзорот, односно лекар на медицина кои биле опфатени со надзорот можат да поднесат приговор на извештајот од извршениот надзор до министерот за здравство во рок од три дена од денот на приемот на извештајот во установата.

(4) По исклучок од ставот (1) на овој член, ако Министерството за здравство констатира непосредна опас-

ност по животот и здравјето на граѓаните, најдоцна во рок од 24 часа организира спроведување на стручен надзор и предлага преземање соодветни мерки.

V. ОДГОВОРНОСТ НА ЛЕКАРИТЕ

Член 26

(1) Лекарот дисциплински ќе одговара ако:

- ги прекрши одредбите од овој закон,
- ги прекрши одредбите од Кодексот на медицинската етика и деонтологија на Комората,
- нестручно ја врши лекарската дејност,
- со своето однесување кон пациентот, друг лекар или трети лица го повреди угледот на лекарската професија
- не ги извршува обврските кои произлегуваат од статутот или другите општи акти на Комората.

(2) Прекршочната или дисциплинската одговорност на Лекарот во здравствената установа или друго правно лице што врши здравствена дејност не ја исклучува дисциплинската одговорност на Лекарот кон Комората.

(3) Лекарите дисциплински одговараат пред Судот на честа на Комората. Комората со општ акт се пропишуваат лесни и тешки дисциплински повреди.

VI. ВРЕДНУВАЊЕ НА ЛЕКАРСКАТА РАБОТА

Член 27

Вреднувањето на лекарската работа како високо специјализирана дејност од исклучително значење за поединците и општеството, во мрежата на здравствена дејност се определува со колективни договори, согласно должината на додипломското образование, специјалистичкото односно супспецијалистичкото усовршување и континуирана едукација за обновување на лиценцата за работа, со основна нето плата и во зависност од одговорноста за заштита на здравјето на поединците и населението.

Цената на трудот на лекарот кои вршат приватна пракса

Член 28

Заради спречување нелојална конкуренција и зачувување на дигнитетот на лекарите и нивната работа најниската цена на лекарските услуги ги определува Лекарска комора.

Дополнителна дејност

Член 29

Лекарите - специјалисти вработени во здравствена установа кои вршат специјалистичко-консултативна и болничка здравствена дејност имаат право на дополнителна дејност согласно прописите за здравствена заштита.

Волонтерска работа

Член 30

Лекарот надвор од мрежа на здравствени установи во соработка со верски, хуманитарни и граѓански здруженија може и без надоместок да врши едукација и здравствено образование.

VII. ЛИЦЕНЦА ЗА РАБОТА НА ЛЕКАРОТ

Пробна работа и стручен испит

Член 31

(1) Лекарот спроведува пробна работа заради оспособување за полагање на стручниот испит во здравствена установа.

(2) Пробната работа на лекари кои завршиле петгодишни студии трае една година, за лекари кои завршиле шестгодишни студии трае шест месеци.

(3) Пробната работа на лекарот се спроведува во здравствени установи според планот и програмата од овој закон, преку практична обука и под надзор на овластен доктор на медицина - ментор за спроведување на пробна работа.

План и програма за пробна работа на здравствените работници

Член 32

Планот и програмата за пробна работа на лекарите, образецот и начинот на водење на книшка за пробна работа ги пропишува министерот за здравство по претходно мислење од Лекарска комора.

Ментор за спроведување на пробна работа

Член 33

(1) Менторот е лекар кој го организира и следи спроведувањето на планот и програмата за пробната работа на лекарот и обезбедува дополнителни активности во случај лекарот да не успее да постигне задоволителен степен во својот напредок во текот на пробната работа.

(2) Менторот има улога на водич на лекарот во периодот на пробната работа.

(3) Менторот може да води најмногу пет лекари кои ја обавуваат пробната работа.

(4) Менторите за спроведување на пробна работа, кои се со соодветно високо образование и работно искуство во соодветната област на специјализацијата, под чиј надзор се спроведува пробната работа на докторот на медицина, ги определува Лекарска комора.

(5) Поблиските критериуми што треба да ги исполнуваат менторите за спроведување на пробната работа во однос на образованието и работното искуство од ставот (1) на овој член ги утврдува Лекарска комора со акт на кој министерот за здравство дава согласност.

Стручен испит за здравствените работници

Член 34

(1) По завршување на пробната работа, лекарите се должни да полагаат стручен испит во рок од една година од денот на завршувањето на планот и програмата за пробна работа.

(2) Ако лекарите не полагаат стручен испит во рокот од ставот 1 на овој член, повторно ја извршува пробната работа.

(3) Лекарите стручниот испит го полагаат пред испитни комисии формирани од Лекарска комора на Македонија.

(4) Составот на испитната комисија, начинот на полагање на испитот, начинот на проверката на стекнатите знаења и вештини и обрасците на уверението за положен стручен испит на докторите на медицина ги утврдува Лекарска комора со општ акт на кој согласност дава министерот за здравство.

Признавање на пробната работа и стручен испит поминат и положен во странство

Член 35

(1) Пробната работа и стручниот испит на лекарите кои ги поминале и положили во странство може да се признаат во целост или делумно ако програмата за поминатиот стаж, односно програмата за полагање на стручниот испит не отстапува од програмата за пробна работа, односно програмата за стручниот испит донесени врз основа на овој закон.

(2) Признавањето на пробната работа и стручниот испит од ставот 1 на овој член на докторите на медицина го врши Лекарска комора.

VIII. ИЗДАВАЊЕ, ОБНОВУВАЊЕ, ПРОДОЛЖУВАЊЕ И ОДЗЕМАЊЕ НА ЛИЦЕНЦА ЗА РАБОТА

Стекнување лиценца

Член 36

(1) Лекар може да се стекне со лиценца за работа ако ги исполнува условите од член 7 на овој закон.

(2) Лекар кој се стекнал со лиценца за работа во странство може да се стекне со лиценца за работа, ако покрај општите услови од член 7 на овој закон има и:

1) препорака од комората во која членувал и

2) доказ за претходно работно искуство во дејноста во која бара лиценца за работа.

Лиценца за работа на гранка на специјализација и супспецијализација

Член 37

Лекарот, по завршување на соодветна специјализација, односно супспецијализација, може да се стекне со лиценца за работа во соодветната гранка на специјализацијата, односно супспецијализацијата.

Стекнување лиценца за здравствен работник - странски државјанин

Член 38

(1) Лекар странски државјанин може да се стекне со лиценца за работа, ако ги исполнува условите од член 7 на овој закон.

(2) Лекар од ставот (1) на овој член познавањето на јазикот го докажува со потврда од овластена образовна установа за успешно положен тест за знаење на јазикот.

Програма за дополнителна обука и проверка на стручните знаења и способности

Член 39

(1) Програмата за дополнителна обука и проверка на стручните знаења и способности на лекар, составот на испитната комисија и начинот на спроведувањето на проверката ги утврдува Лекарска комора со акт, на кој министерот за здравство дава согласност.

(2) Проверката од ставот 1 на овој член ја врши Лекарска комора.

Обновување на лиценцата

Член 40

(1) На лекар може да му се обнови лиценцата за работа ако во периодот на важноста на лиценцата со континуирано стручно усовршување, преку следење на новините во медицината, стоматологијата, односно фармацијата и унапредување на сопственото знаење, се стекнал со соодветен број бодо-

ви и најмалку 60% од времето на важноста на лиценцата за работа работел во дејноста за која стекнал лиценца за работа.

(2) По исклучок од ставот (1) на овој член на лекар избран или именуван на јавна функција времето поминато во вршење на функцијата и едукативен престој во странство не му се засметува во времето на важноста на лиценцата за работа утврдено во ставот 1 на овој член.

(3) Облиците на континуирано стручно усовршување, критериумите за распоредување на облиците, критериумите за избор на спроведувачите на облиците на континуирано стручно усовршување и бодовите од ставот (1) на овој член ги утврдува Лекарска комора со општ акт на кој согласност дава министерот за здравство.

Привремено продолжување на лиценцата

Член 41

(1) На лекар кој не ги исполнува условите од членот 40 од овој закон може привремено да му се продолжи лиценцата за работа за наредните шест месеци, под услов во овој период успешно да заврши дополнителна обука и проверка на стручните знаења и способности согласно со програмата за дополнителна обука и проверка на стручните знаења и способности.

(2) На лекар кој не ги исполнува условите од ставот 1 на овој член привремено му се одзема лиценцата за работа.

Повторно стекнување со лиценца за здравствен работник на кого привремено му е одземена

Член 42

Лекар на медицина на кој му е привремено одземена лиценцата за работа може повторно да се стекне со лиценца ако во текот на годината што следи по истекот на роковите на важност утврдени со овој закон помине дополнителна обука согласно со програмата од членот 40 од овој закон и успешно ја заврши дополнителната проверка на стручните знаења и способности пред испитна комисија на комората.

Привремено или трајно одземање на лиценцата

Член 43

(1) Лекарска комора може привремено или трајно да ја одземе лиценцата за работа на лекар на медицина.

(2) Привремено одземање на лиценцата за работа на лекар на медицина може да се изврши најмногу за период од седум години, согласно критериуми утврдени во Правилник, ако лекар на медицина:

1. не ја продолжи лиценцата за работа во роковите утврдени со овој закон;
2. не ја заврши дополнителната обука во утврдениот рок;
3. не ја заврши со успех дополнителната проверка на стручните знаења и способности;
4. има судско правосилно решение со кое привремено му е забрането вршење на дејност или професија;
5. ги прибавил доказите за исполнување на условите пропишани со овој закон спротивно на законот и тоа се утврди по доделувањето на лиценцата за работа;
6. врши дополнителна дејност спротивно на закон;
7. работи надвор од лиценцата за работа или работи во услови за кои нема дозвола за работа издадена согласно со овој закон, со исклучок во случај на ургентност и кога не се

наплаќа здравствената услуга

8. сторил повреда на Кодексот на медицинската етика и деонтологија и тоа е утврдено од Судот на честа при соодветната комора.

(3) Во решението за привремено одземање на лиценцата за работа се определува дополнителната обука која лекар на медицина треба да ја изврши согласно со програмата од членот 40 од овој закон и успешно да ја заврши дополнителната проверка на стручните знаења и способности пред испитна комисија на соодветната комора за да може повторно да му се издаде лиценца за работа.

(4) Трајно одземање на лиценцата за работа се врши ако со правосилна судска одлука се утврди дека лекар на медицина сторил стручен пропуст или грешка при работата со што предизвикал трајно нарушување на здравјето или смрт на болниот.

Право на жалба против решение за привремено и трајно одземање на лиценцата

Член 44

Против решението за привремено и трајно одземање на лиценцата за работа, лекарот има право на жалба до министерот за здравство во рок од 15 дена од денот на приемот на решението.

Повторно стекнување со лиценца

Член 45

Лекар на медицина може повторно да се стекне со лиценца за работа ако помине дополнителна обука и успешно ја заврши дополнителната проверка на стручните знаења и способности согласно со програмата од членот 40 од овој закон пред испитна комисија на комората.

Акт поврзан со лиценцата

Член 46

Начинот на издавање, продолжување, обновување и одземање на лиценцата за работа и формата и содржината на образецот на лиценцата за работа на лекар на медицина поблиску ги утврдува Лекарска комора со општ акт на кој согласност дава министерот за здравство.

Трошоци

Член 47

(1) Трошоците за издавање, продолжување и обновување на лиценцата за работа паѓаат на товар на подносителот на барањето.

(2) Основни критериуми за утврдување на трошоците се реалните административни и материјални трошоци за спроведување на постапката за издавање, продолжување и обновување на лиценцата за работа.

(3) Висината на трошоците од ставот 2 на овој член ја утврдува Лекарска комора со општ акт на кој согласност дава министерот за здравство.

IX. ЛЕКАРСКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

Член 48

(1) Заради заштита и унапредување на стручноста и етичките должности и права, за подобрување на квалитетот на здравствената заштита, заштитата на интересите на својата професија, следење на односот на здравствените работници

кон општеството и граѓаните, лекарите на медицина се здружуваат во Лекарска комора.

(2) Комората од овој член донесува статут, кодекс на професионалните етички должности и права, формира суд на честа и други помошни тела.

Комората како правно лице

Член 49

(1) Комората има својство на правно лице и се запишува во Централниот регистар на Република Македонија.

(2) Ако комората го измени статутот, избере или разреши претседател или ако се измени кој било од податоците кои се запишуваат во Централниот регистар на Република Македонија, поднесува барање за измена на запишувањето во регистарот во рок од 30 дена од денот на настанувањето на промената.

(3) Кон барањето од ставот 2 на овој член комората мора да приложи записник од седницата на собранието на која биле донесени измените.

Органи

Член 50

(1) Органи на комората се: собрание, извршен одбор, надзорен одбор и претседател на комора.

(2) Комората може да има и други органи, ако тоа е определено со статутот.

(3) Структурата, надлежностите и телата, како и нивниот состав, начин на избор, правата и обврските се уредуваат со статутот и другите општи акти на Комората.

Финансиски средства за работа

Член 51

(1) Финансиските средства за работа на комората се обезбедуваат од членарина, плаќања за услугите кои ги врши комората, донации и други извори.

(2) Комората го води сметководството согласно со прописите од соодветната област.

(3) Комората гарантира за своите обврски со целиот свој имот.

(4) Членовите на комората не се одговорни за обврските на комората.

Јавни овластувања на Лекарската комора

Член 52

(1) Лекарската комора:

- издава, обновува, продолжува и одзема лиценца за работа,
- води регистар на лекари
- води регистар на издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци и
- врши стручен надзор над работата на здравствените установи и лекарите на медицина.

(2) Комората е должна два пати годишно да доставува извештај за работите што се однесуваат на издавањето, продолжувањето, обновувањето и одземањето на лиценците за работа до Министерството за здравство.

X. ЈАВНИ КНИГИ НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА

Упис во регистарот на лекари и издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци

Член 61

Упис во Регистарот на лекари и издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци на доктори на Лекарска комора на Македонија (во натамошниот текст: Регистар) се врши на барање на лекарот што ги исполнува условите пропишани со овој закон.

Член 62

(1) Лекарска комора води Регистар на лекари и издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци на лекари.

(2) Лекарска комора води посебни евиденции за приправници, специјализанти, специјалисти, супспецијалисти, за посебна оспособеност на лекарите, за како и дисциплински мерки.

(3) Регистарот на лекари и издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци на лекари е јавна книга.

(4) Регистарот од ставот (1) на овој член ги содржи следниве податоци:

- име и презиме,
- датум и место на раѓање,
- единствен матичен број на граѓанинот (ЕМБГ),
- адреса на живеалиште, односно престојувалиште,
- државјанство,
- податоци за завршено образование,
- податоци за положен стручен испит,
- податоци за специјализација, односно супспецијализација и за дополнително здобиени знаења, и
- податоци за лиценцата.

(5) Извадоците од Регистарот на лекари и издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци на лекари се јавни исправи.

(6) Формата и содржината на Регистарот на лекари и изда-





дени, обновени, продолжени и одземени лиценци лекар од став 1 на овој член ги пропишува со општ акт Лекарска комора, на кој министерот за здравство дава согласност.

Бришење од Регистарот

Член 63

Лекарот се брише од Регистарот на лекари и издадени, обновени, продолжени и одземени лиценци на лекари:

- на негово барање,
- со одлука за времено или трајно одземање на лиценцата од Лекарска комора,
- со негова смрт.

Лекарска легитимација

Член 64

(1) На лекар кој има лиценца за работа и е запишан во Регистарот на лекари Лекарската комора му издава лекарска легитимација.

(2) Формата и содржината на лекарската легитимација, како и начинот на издавање и водењето на евиденција за издадени легитимации ги пропишува со општ акт Лекарска комора.

XI. НАДЗОР НАД РАБОТАТА НА КОМОРАТА

Член 65

(1) Надзор над законитоста на работата над Лекарската комора во вршењето на јавните овластувања го врши министерството за здравство.

(2) во вршењето на надзорот министерството за здравство може да бара известувања и податоци поврзани со вршењето на јавните овластувања.

(3) Комората е должна да ги достави бараните известувања и податоци во рок од 15 дена од денот на доставеното барање.

(4) Комората е должна да достави годишен извештај за вршењето на јавните овластувања најдоцна до 31 јануари тековната година за претходната година.

XII. ПРЕКРШОЧНИ ОДРЕДБИ

Член 66

Глоба во износ од 300 до 500 евра во денарска противвредност ќе му се изрече и на лекарот ако:

1. работи надвор од лиценцата за работа,
2. не укаже лекарска помош,
3. ако не ја почитува обврската за чување на професионална тајна,
4. ако не ја почитува обврската за пријавување,
5. ако не ја води и чува документацијата согласно овој закон.

XIII. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 67

Со денот на влегувањето во сила на овој закон Лекарската комора на Македонија основана согласно прописите за здравствена заштита што важеле до денот на влегување во сила на овој закон продолжува да работи („Службен весник на РМ“, бр.....) продолжува да работи.

Член 68

Лекарската комората е должна да го усогласи статутот и другите акти со одредбите на овој закон во рок од шест месеци од денот на влегувањето во сила на овој закон.

Член 69

Започнатите постапки за издавање, обновување, продолжување и одземање на лиценци за работа и други постапки што се поведени пред органите на Лекарската комора до денот на влегување во сила на овој закон, ќе завршат согласно Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ бр. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013, 39/2014, 43/2014, 132/2014, 188/2014, 10/2015, 61/2015, 154/2015, 192/2015, 17/2016, 37/2016 и 20/2019).

Член 70

Со денот на влегување во сила на овој закон престануваат да важат одредбите од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ бр. 43/2012, 145/2012, 87/2013, 164/2013, 39/2014, 43/2014, 132/2014, 188/2014, 10/2015, 61/2015, 154/2015, 192/2015, 17/2016, 37/2016 и 20/2019) кои се однесуваат на лиценците за работа и другите јавни овластувања на Лекарската комора.

Член 71

Овој закон влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“.

Текстот на законскиот проект е првземен од ЕНЕР

Б.Г.

При континуирана профилaksa со **HEMLIBRA® (emicizumab)**

животот може да биде прекрасен!



HAVEN 1

Кај возрасни и адолесценти

Третирани ABR

Профилaksa со HEMLIBRA наспроти BPA по потреба



НУЛА ТРЕТИРАНИ КРВАРЕЊА

кај најголемиот дел од пациентите на профилaksa со

HEMLIBRA

63% наспроти **6%**
со BPA по потреба



Администрирана како
поткожна инјекција,
еднаш неделно,

HEMLIBRA

овозможува досега
незабележана заштита
од крварења

HEMLIBRA претставува биспецифично моноклонално антителио со нов механизам на дејство кој ја возобновува природната хемостаза и е наменет за рутинска профилaksa на епизоди на крварења кај лица со хемофилија A со инхибитори на факторот VIII. HEMLIBRA не е афектирана од инхибиторите на факторот VIII и не индуцира развој на инхибитори на факторот VIII.

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

За подетални информации погледнете во Збирниот извештај за особините на лекот или контактирајте не на macedonia.medinfo@roche.com

Референци: Збирен извештај за особините на лекот за лекот HEMLIBRA (emicizumab) 30mg/ml и 150mg/ml раствор за инјектирање. Oldenburg J, et al. Emicizumab prophylaxis in hemophilia A with inhibitors. N Engl J Med. 2017;377:809-818.

РОШ Македонија ДООЕЛ Скопје

Деловен центар Сити Плаза

Ул. Св. Кирил и Методиј бр.7, кат 2, 1000 Скопје

www.roche.mk

HEMLIBRA®
emicizumab

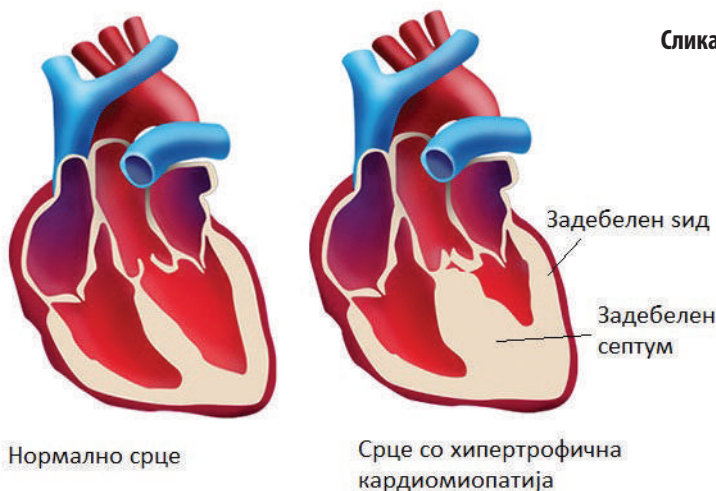
ТЕСТИРАЈ ГО СВОЕТО ЗНАЕЊЕ

Уредува проф. д-р Катица Зафировска

Срцев шум кај 12 - годишно дете

На систематски преглед пред упис во школа за млади фудбалери кај лекар од спортска медицина се јавува момче на 12 години. Во целата анамнеза нема ништо забележително, вклучително фамилијарна анамнеза за рана срцева болест или ненадејна смрт од срцева болест. При прегледот сите витални знаци се нормални и се наоѓа во 80-тиот перцентил за висина и тежина. Срцевата акција е ритмична, на аускултација покрај левиот стернален раб се слуша груб крешчендо-декрешчендо мидсистоличен шум. Нема клик, галоп или палпабилен трил. Интензитетот на шумот се засилува со Валсалва маневарот и не ирадира кон вратот. Која е најверојатната дијагноза ?

- 1 Вентрикуларен септален дефект
- 2 Стеноза на аортното устие
- 3 Бикуспидна аортна валвула
- 4 Хипертрофична кардиомиопатија
- 5 Пролапс на митралната валвула



Слика 1

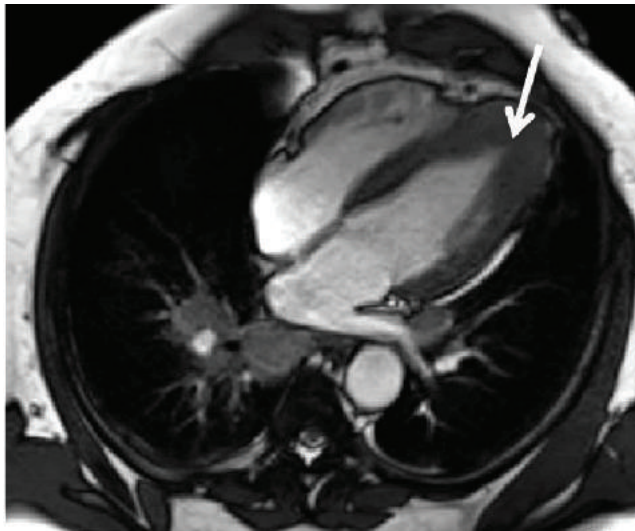
имаат за цел да ги идентифицираат лицата коишто се под зголемен ризик. Освен анамнестичките податоци за фамилијарната и лична анамнеза за срцеви болести, од суштинска важност е добриот преглед.

Вентрикуларниот септален дефект дава пансистоличен шум на левиот стернален раб и дијастолен шум поврзан со текот на крвта од левата кон десната комора во тек на дијастолата.

Пролапсот на митралната валвула се карактеризира со крајно систолен шум на којшто му претходи клик, а Валсалва маневарот го засилува шумот.

Аортната стеноза се карактеризира со крешчендо-декрешчендо мидсистоличен шум кој најдобро се слуша на десниот стернален раб и ирадира кон вратот. Валсалва маневарот го намалува интензитетот на шумот.

Бикуспидната аортна валвула резултира со блага до умерена аортна регургитација и дава ран дијастолен шум на левиот стернален раб.



Слика 2. Срцева НМР на сите 4 срцеви шуплини со апикална хипертрофија што ја дава класичната слика на лопата

Одговор: Мидсистоличен крешчендо-декрешчендо шум кој е лоциран на левиот стернален раб и којшто се засилува во интензитетот со Валсалва маневар е најконзистентен со дијагнозата за хипертрофична кардиомиопатија. Срцевиот шум кој се слуша кај лицата со ХКМ е поврзан со турбулентниот крвен тек низ асиметрично хипертрофичаната лева комора во тек на систолата. Посебноста на овој шум е во тоа што се засилува со маневри кои го намалуваат предоптоварувањето, како што Валсалва маневарот и поставување на телото во исправена положба.

Хипертрофичната кардиомиопатија (ХКМ) е најчестото генетско кардиоваскуларно заболување и е најчестата причина за ненадејна смрт кај атлетите. Честопати е асимптоматска се до ненадејната срцева смрт. Затоа, систематските прегледи пред започнување со спортска активност

Citations

- 1 Maron BJ. Sudden death in young athletes. N Engl J Med 2003 Sep 12; 349:1064.
- 2 Corrado D et al. Screening for hypertrophic cardiomyopathy in young athletes. N Engl J Med 1998 Aug 6; 339:364.
- 3 American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. 2011 ACCF/AHA guideline for the diagnosis and treatment of hypertrophic cardiomyopathy: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Thorac Cardiovasc Surg 2011 Nov 19; 142:1303.

Fresubin®

2 kcal DRINK

Чоколада
2 kcal Fibre



Ванила
2 kcal



200 ml

УПОТРЕБА

Храната е наменета за диететско регулирање кај пациенти со ризик од малнутриција поврзана со болеста, особено за пациенти со зголемени потреби од енергија и протеини или со рестрикција на течности.
Производот не е погоден за деца под 3 години.
Да се користи со внимание кај деца под 6 години.

ПАКУВАЊЕ:

2 вкусови, ванила и чоколадо;
200 ml во едно шише;
Пакување од 4 шишиња во пакет.

ОСОБИНИ НА ПРОИЗВОДОТ :

Комплетен нутритивен состав: 45% јаглехидрати;
35% масти и 20% протеини;
Изобилува со протеини;
Состав збогатен со витамини и елементи во трагови;
Високо-калоричен, 2 kcal/ml односно 400 kcal по пакување;
Дозирање за дополна на исхраната:
1 - 2 шишиња дневно (400 до 800 kcal);
Дозирање на комплетна исхрана:
4 - 5 шишиња дневно (1.600 до 2.000 kcal);
Без лактоза и глутен.

Увозник и дистрибутер: Рифам ДОО - Гостивар Р. Македонија



**FRESENIUS
KABI**

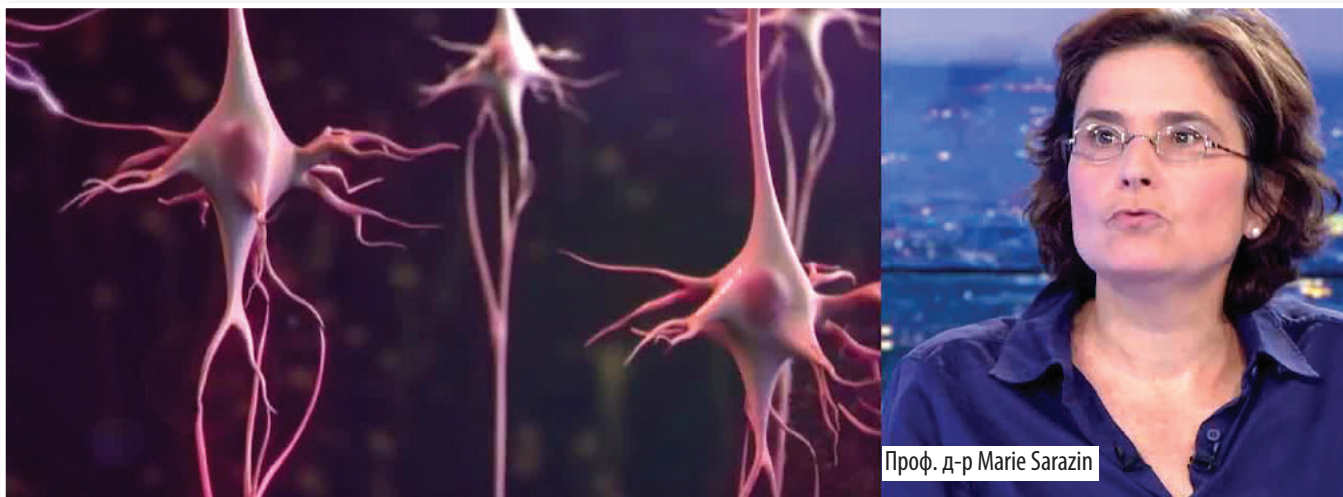
Вирусната теорија повторно е лансирана

Herpes virus би можел да биде причина за агрегацијата на протеините во мозокот, типична за оваа болест. Откритие кое ја зајакнува хипотезата за една невроинфламација

Може ли да се потврди новиот осомничен во болеста Алцхајмер? Големото изненадување доаѓа од САД. Научниците од Научниот центар за истражување на невродегенеративни болести од Универзитетот на Државата Аризона (NDRC), во Tempe, и нивните колеги од Icahn School of medicine at Mount Sinai во Њујорк, известуваат дека “уловиле” нешто многу чудно во нивната мрежа. Кога ги поминувале низ сито мозоците на лица кои умреле од болеста Alzheimer, тие го откриле вирусот на херпес. Попрецизно, две варијанти на Human Herpesviridae (HHV) од типот 6 и 7 познати како вируси вклучени во детските сипаници. Треба да се разликуваат од типот 1 или 2, кои го предизвикуваат букалниот или гениталниот херпес. Присуството на вирусот во мозоците на болните е сигнификантно поголемо отколку во мозоците на лица кои не се

болни од болеста. Дали М. Алцхајмер е колатерална штета од една инфекција? Тоа не се очекуваше, се доверил Ben Readhead, професорот кој учествува во истражувањето на NDRC. Оваа хипотеза беше спомнувана и порано, но не беше потврдена. Затоа научниците решиле да ги анализираат податоците добиени од 1.400 мозоци на здрави и болни од Алцхајмер, од банките на мозоци благодарение на AMP-AD од Американскиот национален институт. Се утврдило дека податоците од примероците на ADN одговараат на гените во клетките. И тогаш изненадување, анализите од овие масивни податоци (big data) детектирале подигнато ниво на ADN на вирусот на хуман херпес во мозоците на болните од Alzheimer. „Сепак, не може да се каже дека вирусот на херпес е примарна причина на М. Alzheimer. Тоа што е јасно е дека овој вирус учествува во системот кој ги поддржува механизмите на оваа болест, коментирал главниот автор на студијата, професорот по генетика и геномика Joel Dudley на Icahn School of Medicine at Mount Sinai во Њујорк, и на NDRC. Во овој случај, за кој механизам станува збор? Знаеме дека присуството на агрегација на протеинот амилоид

бета и на тау протеинот, кое започнува 10 до 20 години пред првите когнитивни нарушувања, е всушност поради алтерација на функцијата на неврните и нивната дегенерација. Сепак, така е според хипотезата наречена амилоидна каскада. Зачудувачки е тоа дека микроорганизми, како што е херпес вирусот, придонесуваат да се случи агрегација на протеинот амилоид бета. Според Benreadhead, еден растечки корпус на научни докази сугерира дека агрегацијата на амилоидот бета има антимикробни својства. Тоа значи дека агрегацијата на протеинот се појавува во случај на инфекција, не само вирусна, туку и бактериска или габична. Во некоја смисла таа агрегација би имала улога на заштитник од инфекција. Стимулирана од интрузија на патоген агенс, бета амилоидот, се групира околу микроорганизмот, правејќи обвивка околу него, која така го прави неспособен да дејствува на површните клетки на домаќинот и запирајќи го инфективниот процес, е убедувањето на Ben Readhead. Истражувачот сугерира истите анализи да се направат на болни од Алцхајмер во поран стадиум и така да се утврди дали и на стартот на болеста се опсервира вирусно присуство со



Проф. д-р Marie Sarazin

АЛЦХАЈМЕР - нови патишта на истражување

Новите хипотези за механизмите на оваа невродегенеративна афекција се проучувани од повеќе истражувачки екипи во светот. Тие конечно би можеле да се изјаснат за превентивните и куративните третмани.

Од оваа невродегенеративна болест во Франција боледуваат 900.000 луѓе. На единствените лекови против симптомите на болеста им беше укинато рефундирањето од страна на социјалното осигурување, бидејќи односот корист/ризик беше оценет како неповолен. И лековите

кандидати, тестирани во клинички истражувања од фазата III (пред да бидат пуштени на пазарот) сите паднаа на испитот. Единствено, охрабрувачки резултати даде во фазата II американскиот лек Biogen и јапонскиот Eisai во јули 2018 година. Кај 854 лица во ран стадиум кои примија силна доза антитела BAN2401 се виде сигнификантно подобрување-помеѓу 26 и 30% - од когнитивните функции за 18 месеци. Фазата III ќе ја потврди или не неговата ефикасност.

што ќе се засили хипотезата за причинската улога на вирусот. Ако е тоа така, според истражувачот, треба да се размислува за нов пристап на превенцијата, како што е вакцинацијата.

Можна инфламаторна реакција на мозокот

Ако се потврди вирусното дејство, тоа ќе биде во прилог на пошироката теорија која доби голема важност последните пет години: инфламаторната теорија. Според неа, не се акумулацијата на амилоид бета и тау протеинот тие што го започнуваат когнитивното опаѓање, туку тоа е резултат на невроинфламација или поточно, збирот на имуни реакции во мозокот. Стануваме уште повеќе убедени во ова ако знаеме дека извесни епидемиолошки опсервации откриваат дека личности третирани со антиинфламатори имаат помал ризик да развијат Алцхајмерова болест. Во 2013 година, професорот Michael Heneka, директор на Одделот за невродегенеративни болести и геронтопсихијатрија на Универзитетот во Бон (Германија), светски потврден специјалист за невроинфламација, ја објавил клучната студија во списанието "Nature". Глумците со Алцхајмер на кои им го отстранил клучниот ген за инфламација (NLRP3) биле поштедени од когнитивен дефицит. Во продолжение, многубројни други трудови ја потврдиле врската помеѓу деменцијата и имуниот одговор на мозокот.

Микроглијата нова цел на истражувањата

Имајќи ја инфламацијата за цел, таа ќе биде значи трагата што дава надеж за

успорувањето на когнитивниот дефицит. И полека, полека, рефлекторите се насочуваат на еден од најголемите про-тагонисти на овој процес: микроглијата (види го цртежот). Тоа се имуните клетки единствено присутни во мозокот. „Во непатолошки услови тие учествуваат во одржување на хомеостаза во мозокот, ги обликуваат невронските мрежи, придонесуваат на зреењето или елиминирањето на извесни синапси и произведуваат поволни фактори за невроните, вели Guillaume Dorothe'e, истражувачот од екипата на Inserm (Француски национален научен институт за здравје и медицински истражувања кој се состои од 339 научни единици) во истражувачкиот центар Saint Antoine на Универзитетот "Сорбона". Екипата препознава туѓи патогени елементи (како вируси) или ендогени (како анормалните протеини, амилоид бета и тау), произведувачи на воспалителни фактори кои регрутираат други имуни клетки и во исто време имаат фагоцитна активност со која се елиминираат отпадците и патогениот агенс. Микроглијата ги фагоцитира отпадците на бета амилоидот, обезбедувајќи нејзино елиминирање од мозокот. Една добра микроглија е од корист бидејќи се спротивставува на болеста. За да го истражи ова прашање, Guillaume Dorote'e се поврзува со Michael Botlaender од научната единица што истражува по пат на визуелизација со помош на PET и со професорката по неврологија Marie Sarazin, одговорна за Одделот по неврологија за меморија и говор во болницата "Sainte Anne", во Париз. Предмет на испитување е актив-носта на микроглијата во мозокот на болните од Алцхајмер. Студијата се нарекува IMABio3 и се изведува во

2016 година. На 96 лица од кои 64 се болни од Алцхајмер во почетен стадиум или во деменција, им се инјектира маркер на микроглијата. Потоа сите лица се снимаат со PET за да се следи маркерот во мозокот. Резултатите покажуваат зголемена активност на микроглијата, синоним на воспаление во мозокот од првите стадиуми на болеста, но варира од еден пациент до друг. Се увидело по две години дека оние лица болни од Алцхајмер кај кои почетната активност на микроглијата била послаба, побрзо еволуирале кон намалување на самостојноста, додека оние со зголемена почетна активност на микроглијата биле релативно клинички стабилни. Заклучокот на проф. Sarazin е дека на почеток на болеста е добро да е присутна инфламацијата.

Да се стимулира имунитетот значи да се запре когнитивното опаѓање

Специјалистот за невроинфламација Michael Heneka во 2017 год. открил дека ако микроглијата се стимулира во текот на својата активност во мозокот при воспалителен процес може да стане штетна. Тој го разоткрил целиот процес на невроинфламацијата и сите актери во него како што се inflammasome наречени speks, кои ја контролираат и стимулираат нејзината активност така што таа станува во еден момент штетна и дисфункционална и почнува да ги напаѓа невроните. Екипата на Guillaume Dorote'e утврдила дека со модулација на имуниот одговор надвор од мозокот (кај глумци со Алцхајмер), когнитивното опаѓање запира ако се стимулираат Т лимфоцитите наречени регулатори (Treg). Со зголемување на присуството на Treg, во мозокот се зго-

Неврологија

лемува акумулацијата на микроглијата околу депоата со амилоид, во улога на заштитничка на мозокот. За да се добие овој ефект доволно е да се инјектира интерлеукин 2 (IL-2) во слаба доза кој ги стимулира Treg. Овој молекул е веќе познат во канцерологијата, но таму се користи во појаки дози.

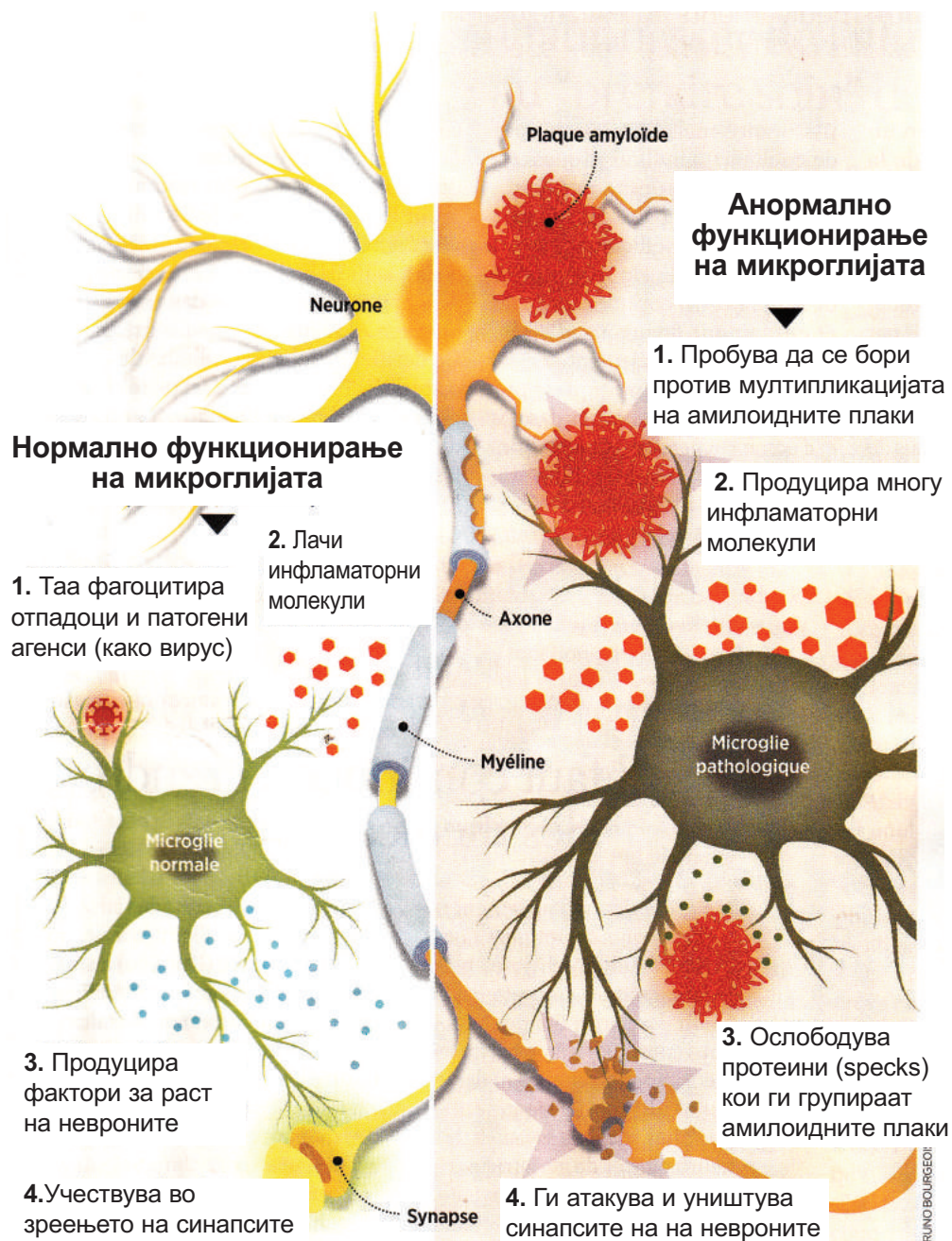
Постојат повеќе типови на Алцхајмер кои треба да бидат третирали специфично, потреба од класификација на болните слично како во онкологијата

Во интервјуто на професорот Harald Hampel, директор на катедрата AXA-UPM за превенција од Алцхајмерова болест, тој открива дека, оваа болест е хетерогена, т.е. постојат повеќе поттипови. Секој поттип продуцира биомаркер кој може да се одреди во крвта и цереброспиналниот ликвор, но и при некои методи на снимање. Новата класификација која се предлага е наречена A/T/N и е прифатена од научната заедница. A, T, N се ознаки на биомаркерите продуцирани од протеинот амилоид бета (A), протеин Тау (T) и невродегенерација (N) и изразуваат нивна застапеност. На пример, A+/T+/N- значи доминација на групирања на амилоид бета и протеин Тау, но отсуство на дегенерација на невроните или A+/T-/N- значи присуството на протеините амилоид бета, без Тау протеин и без дегенерација на невроните. Оваа класификација треба да се прифати за да им се даде на болните соодветна индивидуална терапија. Уочени се разлики помеѓу половите во врска со болеста како, побрз развој на когнитивен дефицит и атрофија на мозокот кај жените и обезност кај мажите.

И сега “што да се прави” ?

На укинување на рефундирањето на лековите против симптомите на Алцхајмеровата болест (Aricept, Ebixa, Exelon, Reminil), бурно реагираа од лекарската фела и од здруженијата на болни. По оваа одлука, повеќе здруженија упатија жалба до Државниот совет, но се јавија и истакнати личности со спротивставени ставови по ова прашање кои дополнително ја поделија медицинската заедница. Според професорката Sarazin, која е и истражувачка на

Кога имуниот систем ќе забеге



Во здрав мозок клетките на микроглијата вршат надзор и елиминираат отпадоци. Ги зацврстуваат синапсите. Делува поволно на невроните. Во случај на присуство на инф. агенси отпочнуваат инфламаторна реакција која ги зацврстува имуните одговори.

Во мозокот на болен од Алцхајмер микроглијата од преголема активност станува невротоксична. Не ги елиминира коректно амилоид бета кои се многу, секретира премногу инфламаторни клетки, го ослободува протеинот (specks) кои фаворизираат нови плаки на амилоид а тоа доведува до ексесивно скратување на синапсите на невроните.

INSERM (Францускиот научен институт), треба да се продолжи со земањето на досегашната терапија од страна на болните, затоа што таа го одложува одењето во институција. Таа се чуди на одлуката за укинување на рефундирањето на овие лекови, бидејќи една независна студија покажала однос чинење/корист во прилог на третман со овие лекови. Наглото прекинување на оваа терапија според неа, доведува до конфузија, агитација кај болните, а со укинувањето на рефундирање на овие четири лека се зголемуваат и трошоците на семејството на болниот. Важно е да се напомене и дека Велика Британија ги обнови препораките за пропишување на овие лекови. Сите кои се преокупирани со оваа болест знаат дека таа постои и не е никакво откритие на општеството.

Olivie Saint Jean, експертот назначен од Врховната управа за здравство (HAS), но и геријатар, шеф на геријатриската служба на Европската болница “Жорж Помпиду” во Париз, смета дека Алцхајмеровата болест не е болест туку когнитивно опаѓање. Помеѓу него и стареењето на мозокот има многу допирни точки и легитимно е да се праша не е ли тоа едно исто. Според него, треба да се надмине илузијата за оздравување и да се премине на негување на болните. Главното прашање, всушност, е како да се делува на когнитивните функции кои се намалуваат и како да се ублажат социјалните тешкотии настанати поради тоа. Во негувањето на овие пациенти треба да бидат вклучени: логопеди, психолози, кинезитерапевти. Негата треба да се спроведува во дневна болница, но и во домот на пациентот од страна на специјализирани екипи за Алцхајмер (ESA). Бидејќи се работи за болест во третата доба, но и феномен кој го засега целиот свет, прашањето за староста треба да биде на агендата на сите општества што стареат, резимира Saint Jean.

Пораките на истражувачите

Главната порака на истражувачите е: да се превенира за да се успори. Бидејќи лекот против Алцхајмерова болест кој ќе го излекува болниот ќе го чекаме уште неколку години.



Истражувачите сугерираат да се стави акцент на превенцијата која ќе го одложи колку што е можно повеќе почетокот на првите симптоми кога и лековите ќе станат достапни, т.е. да се одржува што поголема когнитивна резерва преку која се изразува пластичитетот на мозокот (способност на обликување). Ова својство ни помага да се соочиме и да го компензираме невронскиот дефицит и со тоа да ги одложиме првите знаци на когнитивен дефицит. Превенцијата треба да се реализира со промена на начин на живот. Во практика тоа значи редуцирање на фактори на ризик со регулирање на крвниот притисок кај хипертензија, регулирање на гликемија кај дијабетесот, лекување на депресијата, одржување на слухот (глувоста води кон социјална изолација), намалување на обезноста, да се биде што повеќе мобилни, фаворизирање на љубопитноста, менаџирање на стресот во работата, користење на медитација како начин на релаксирање и справување со стресот. Концептот во исхраната да се практикува медитеранскиот начин на исхрана (риба, посно месо, зеленчук, маслиново масло, пресно сирење, јаткасти плодови) се уште е најприфатлив.

Во Франција, во септември минатата

година, се направи клиничко тестирање на првиот лек во улога на тераписка превенција. Име на кодот: Генерација 2. Волонтерите се на возраст од 60 до 65 години, тоа се лица без симптоми, носители на најмалку една копија APOE4 (варијанта 4 на генот APOE4, кој го мултиплицира ризикот за Алцхајмерова болест) кодиран како транспортер на липиди, но и одговорен за помалку добро елиминирање на амилоид бета, што е една од причините на болеста. Кај овие волонтери со некој од методите на визуализација, претходно е најдена извесна присутност на амилоид бета. Овие волонтери треба пет години да земаат инхибитор на бета секретатаза (CNP520) кој ја намалува продукцијата на протеин бета амилоид. Целта е да се одложи појавата на симптоми на когнитивен дефицит. Волонтерите од истражувачите треба да ја дознаат својата здравствена состојба, бидејќи така ќе ја зголемат и подобрат хигиената на животот. Ова е прв обид со лек да се делува на болеста превентивно.

**Elena Sander, „Sciences et avenir”,
Magazine mensuel (France)**

**Подготвила:
прим. д-р Горица З. Пировска**

Ex tempore



**Проф. д-р
Нинослав ИВАНОВСКИ**

“Намерно го ставам моето биро на крајот на собата за до можам да го набљудувам болниот што влегува за преглед. Од далеку го поздравувам за да ми одговори да го слушнам неговиот глас, да го проценам психолошкиот статус, расположението. Го забележувам неговиот од, хабитусот, положбата на телото, изгледот на тораксот, рбетниот столб за да исклучам цереброваскуларен инсулт, лумбоишиалгија, ХОББ. Апроксимативно го проценувам БМИ, го класифицирам според Кречмер. Како се приближува го гледам во лицето, забележувам дали има фациалис, цијанотични усни, егзофталмус, ја гледам прокрвеноста и бојата на склерите да исклучам иктерус или анемија. Не ми бега и некоја ксантелазма. Според грбата на носот помислувам за слип апнеа. Задолжително се ракуваме за да проценам дали има Паркинсон, каков му е стисокот, намерно ја држам подолго раката за да ја проверам влажноста, искривеноста на рачните зглобови, изгледот на ноктите, ухранетоста, дискретниот оток, силината на стисокот. Божем случајно ми оди едниот прст кон пулсот. Кога ќе седне веќе имам дијагноза...”

Вака зборува мојот школски другар и колега, првенецот на мојата генерација кој има се уште среќа да работи активно и покрај возраста во едно од

ВРЕМЕТО НА ХРИЗАНТЕМИТЕ

нашите легендарни саботни дружења со пиво. Така зборува всушност едно напластено искуство, проверувано илјадници пати и докажано во практиката. Деновиве го читам Венко како објаснува колку и зошто недостигаат матични доктори. Весниците и порталите, од друга страна, се полни од драматичен недостаток на лекари специјалисти речиси насекаде во земјата. Го гледам пред мене написот на д-р Весна Спирковска, претседател на Комисијата за здравство на СДСМ за Битола. Цитирам: Така гинекологите, оториноларингологите и интернистите од Битола надополнуваат во Прилеп, анестезиолозите во Охрид, додека во Битола доаѓаат педијатри од Прилеп и Охрид, на Инфективно специјалисти од Прилеп, уролози од Прилеп и Скопје... Па ова многу личи на летечките измени во хокеј на мраз! Во Клиничката болница во Битола недостасуваат 78 специјалисти (78 луѓе мои!)...: “Во Битола да нема уролози! Па тие имаа сопствена уролошка школа! А нема ни гастроентеролози, нефролози, хематолози.. И не само во Битола, туку ги нема никаде! Колегите кажуваат дека само во Радовиш имало по 400 раѓања годишно, а сега нема ниту едно! Ако се земе дека и состојбата во метрополата не е сјајна, тогаш е навистина алармантно! А кога на ова ќе се додаде дека Венко навести затворање на некои болници (Кочани, Дебар...) тогаш станува баш жешко! Да се затвораат болници! Како да се тоа пропаднати или огабени стопански капацитети од времето на несреќната транзиција преполни со стечајци кои сега само чинат пари а не вредат ништо! Неработењето на бол-

ниците треба да значи дека населението е здраво, ама тоа не ќе е да е вистина! Болниците се значи празни а населението е од болно, преболно. Доколку се уште го има!!!

Сега доаѓаме и до смислата на написот. Зарем никому не му паѓа напамет дека колегите сениори, докажани специјалисти и универзитетски професори кои се чувствуваат способни и кои се здрави, бистри и бодри, можат овој екстремно жежок проблем да го ублажат, ако не да го решат исцело! Која земја може да си дозволи да не го користи искуството, нарацијата, едукативната способност на оваа група еминентни лекари докажани не само во земјава туку и надвор од неа! За жал колегите сениори се првите на удар на заслужените кадри и послушници на политичките елити кои доаѓаат на власт и заземаат позиции по партиска, родбинска, кумовска, па и швалерска линија. Тоа се случува при секоја промена на власта и тоа од најситните здравствени установи до највисоките, клиниките. Полни со безпричински гнев, оваа полуквалификувана, аморфна маса се истура прво на сениорите, оние најискусните, кои се сега, првите виновници за сите зла со кои треба да се расчисти, онака сталинстички, како спрема припадници на “регресионите буржоаски сили“ во едно друго време. На тоа се надоврзува и ситниот терор на економските директори од партнерот во власта кои во меѓувреме некаде поплат собралe сила па дејствуваат симултано и синергистички! А тие, сениорите, се повлекуваат тивко, со одземен збор и напалу прекината реченица.... Бегајќи безглаво ги оставаат ходниците каде ја

поминале младоста често пати без поздрав следени со намуртени погледи од своите некогашни ученици! Така од некое користење на сениорите не може да стане збор затоа што тоа секоја нова власт априори го одбива со индигнација. Така само угледните приватни болници кај нас љубоморно си ги чуваат македонските докторски легенди каде обичните граѓани, редовни пополнувачи на Фондот за здравство, треба дополнително да платат да дојдат до нив.

Од друга страна се Јапонците кои исклучително вредно и педантно ги користат токму сениорите од 65 до 75 години како вреден потенцијал за работа. Тука се и искуствата од САД каде што уште од 1967 година на сила е Законот за дискриминација по возраст (Age Discrimination in Employment Act) потпишан од тогашниот претседател Линдон Џонсон (истиот оној што го пцуе ме во младешките демонстрации против војната во Виетнам) со кој се забранува елиминацијата по возраст при секое вработување!

Затоа ајде бодро и гордо драги колеги сениори, мајстори на својот занает, шампиони и победници! Се уште не е дојдено “времето на хризантемите” како што тоа го вели мојот омилен шансониер Серж Рециани. Се уште има што да се работи и што да се каже во оваа несреќна земја преполна со апсурди пред вратите на ЕУ и НАТО со досега најдобра препорака од Европската комисија, но во исто време и со жестока критика токму на здравствениот систем на земјата.

Кој знае, можеби таму некаде не чека некоја посветла иднина! За нас и нашите болни!

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

Нови изданија

„ХЛАМИДИИ - тивки и подмолни енергетски паразити“

од **Татјана Грданоска, Никола Пановски**

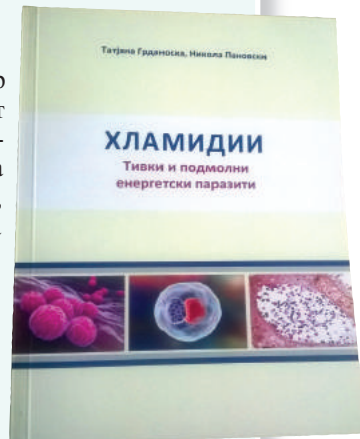
На 22 март 2019 година во хотелот “Александар Палас” во Скопје, во рамките на Симпозиумот „Хламидии“, организиран од Здружението на микробиолози на Македонија, беше промовирана книгата „Хламидии – тивки и подмолни енергетски паразити“, од доц. д-р Татјана Грданоска и проф. д-р Никола Пановски, од Медицинскиот факултет во Скопје.

“Монографијата „Хламидии – тивки и подмолни енергетски паразити“ е медицинска литература за докторите кои треба, но и за пошироката јавност која сака да се запознае на едно место со историјата, од откривањето до денешните знаења, за еден специфичен род на бактерии” вели рецензентот проф. д-р Милена Петровска.

Книгата е поделена во неколку делови. Воведно детално се опишани основните карактеристики на бактериите од родот *Chlamydia*. Првиот дел од книгата е наменет на сексуално преносливите инфекции и компликациите предизвикани од *Chlamydia trachomatis*. Вториот дел е посветен на тропските и суптропските инфекции со *Chlamydia trachomatis* – трахомот и *Lymphogranuloma venereum*, а третиот на респираторните патогени *Chlamydia psittaci* и *Chlamydia* односно *Chlamydophila pneumoniae*, според новите класификации на родот. Според Петровска, прикажаните лични искуства ги компарираат и ги потврдуваат вредностите на дијагностичките методи кои се употребувани на Институтот за микробиологија и паразитологија при Медицинскиот факултет, УКИМ, Скопје во изминатите 20 години, за директно докажување на антигенот на *Chlamydia trachomatis* и за докажување на специфичните антитела за оваа и за другите респираторни хламидии. Монографијата завршува со сеопфатно резиме за бактериите од родот *Chlamydia*. “Читајќи го овој труд, напишан со препознатлив и јасен научен стил, чувствував задоволство дека македонската стручна литература ќе биде значајно побогата со сумирани податоци за една актуелна и современа бактерија, испреплетена со животот на човекот”, истакнува проф. Петровска.

Според проф. д-р Ирена Кондова-Топузовска, на 162 страници, во три дела, направен е совршен спој на природниот сплет, на како што велат авторите, тивките и подмолни енергетски паразити - хламидиите. Во предговорот авторите укажуваат дека оваа книга претставува еден вид прирачник за хламидиите, во која е даден збир на современи научни сознанија од истражувања спроведени во светот и на Институтот за микробиологија и паразитологија при Медицинскиот факултет во Скопје во последните две декади. Напишана на разбирлив, лесен за читање начин, книгата ќе даде голем придонес како за лекарите од сите специјалности, така и за поширок круг на читатели кои ќе ги запознаат овие бактерии, предизвикувачи на огромен број заболувања, погледнати со очите на експертите од оваа област.

“Одамна немам прочитано толку пристапно, лесно за читање и разбирање, како и корисно четиво. Прав впечаток, исклучителната научна чесност и самостителност во толкувањето на резултатите. Избликува авторската супериорност во доменот на интересот на оваа книга. Апликативноста на текстот е исклучителна и искрено се надевам дека ќе се најде во секоја микробиолошка лабораторија, а не помалку и во ординациите на инфектолозите, гинеколозите, интернистите, кардиолозите”, вели проф. д-р Љубица Георгиевска – Исмаил.



МАКЕДОНСКА МЕДИЦИНСКА ТЕРМИНОЛОГИЈА

Уредува: Проф. д-р Косџандина Корнеџи-Пекевска

СЦИЕНТОМЕТРИЈА - мерење научен придонес

Сциентометрија е наука за мерење и анализирање на науката. Во практика, сциентометријата најчесто се употребува со библиометријата, што е мерење на влијанието на научните публикации (трудови). Методите за истражување вклучуваат квалитативен, квантитативен и компјутерски приод. Сциентометријата не треба да се изедначува со поимот сциентологија, која означува вид религија.

Можно е да се анализира научниот придонес на научникот, научниот придонес на списанијата, научниот придонес на установите, научниот придонес на земјите или научниот придонес на некое подрачје (регион).

Научен придонес на научникот

Најчести показатели за сциентометрија на научникот (авторот) се: Хиршов (х)-Индекс; г-Индекс; е-Индекс; Фактор на влијание (Impact Factor = IF); Цитирање автор во Гугл Скола; Цитирање на еден труд; Цитациски карти и Авторски карти. Џорџ Хирш (Jorge Hirsch (PNAS, 2005)) го дефинира х-индекс како: Авторот има х индекс ако неговиот број на трудови (Н) секој има најмалку х цитирања, а остатокот (Н-х) трудови имаат помалку од х цитирања.

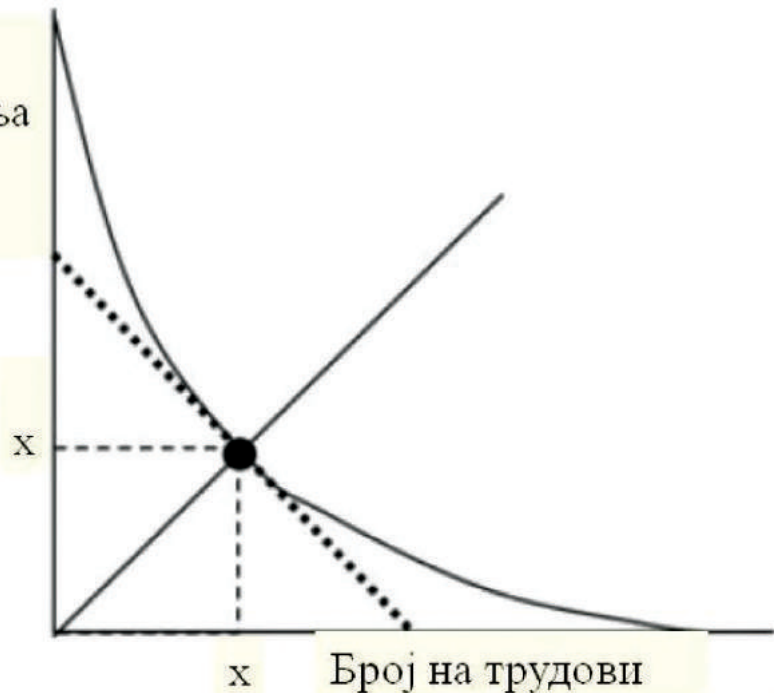
Графички приказ на х-индексот (ако конструираме крива од бројот на цитирања на еден автор со бројот на објавени трудови, тогаш пресекот на линијата од 45 степени со кривата го дава х-индексот). Хиршовиот индекс ја квантифицира актуелната научна продуктивност, како и видливиот научен придонес на научникот.

Научен придонес на списанијата

Постојат поголем број показатели за мерење на квалитетот на списанијата: Фактор на влијание (Impact Factor); Ајген фактор скор (Eigen Factor Score); СЈР и СНИП вредности во СКОПУС; х5-Индекс и х5-Медијана индекс во Гугл Скола; Анализатор на списанија во СКОПУС; Анализатор на списанија во СКИМаго; Анализатор на списанија во Гугл Скола; Најдобрите 1000 списанија; Рангирање списанија според ЕСИ; Рангирање изведба на научните трудови; Семантичка анализа на научните трудови.

Фактор на влијание (Impact Factor - IF), е мерка која го покажува просечниот број цитирање трудови во научните списанија. Најчесто се користи како показател на релативната важност на списанието во определена област, при што списанијата со поголем фактор на влијание ги прави позначајни од тие со помал фактор на влијание. Во определена година, факторот на влијание на едно списание е просечен број цитирања за секој објавен труд во тоа списание за време од претходните две години. На пример, ако списанието има фактор на влијание - три, во 2008 година,

Број на
цитирања



Нови изданија

“Ургентна неврохирургија”

од проф. д-р Спасе Јовковски, проф. д-р Александар Чапароски
и доц. д-р Венко Филипче

Неврохирургијата претставува една од најделикатните медицински области. Морбидитетот, како и mortalitetот на пациентите со неврохируршки заболувања се објективни чинители за значењето на неврохирургијата како клиничка дисциплина. Монографијата “Ургентна неврохирургија” од авторите проф. д-р Спасе Јовковски, проф. д-р Александар Чапароски и доц. д-р Венко Филипче претставува значаен придонес во современата медицинска литература пошироко, и особено во неврохирургијата. Таа претставува мошне корисен извор за едукацијата на студентите по медицина, специјализантите по општа хирургија, трауматологија, ургентна медицина, неврологија, анестезиологија и реаниматологија, а особено за специјализантите по неврохирургија, но, без сомение и за младите специјалисти во сите спомнати области.

“Ургентна неврохирургија” има 14 поглавја, а секое поглавје е посветено на одредена патолошка состојба која се смета за ургентна. Направен е и избор од современата литература која авторите ја користеле, односно ја препорачуваат како референтна за натамошно збогатување на знаењата на практичарите.

Првото поглавје на некој начин е воведување на оние кои се занимаваат со неврохирургија и сродните медицински дисциплини, во основите на физиолошките и патофизиолошките аспекти на невролошките функции. Посебен осврт е направен на значајниот сегмент на церебралната циркулација-крвномозочната бариера. Второто поглавје е посветено на процената на пациентите кои се во коматозна состојба, почнувајќи од причините за настанување на кома, клиничката процена на овие пациенти и на основните дијагностички процедури. Третото поглавје е структуриран преглед на современите дијагностички процедури. Следува поглавјето за - акутен хидроцефалус-мошне деликатна состојба која секогаш непосредно и акутно го загрозува животот на пациентот. Многу значаен дел од книгата претставува поглавјето за синдромот на интракранијална инкарцерација.

Претставени се и ургентните неврохируршки состојби, а посветено е и на пенетрантните повреди на главата. Спонтаните интрацеребрални хематоми се посебно поглавје во “Ургентна неврохирургија”. Посебен дел е посветен на инфекциите на мозокот и мозочните обвивки, односно, менингитисот, церебралниот апсцес и епидуралниот и субдуралниот емпием. Во следното поглавје се претставени современите протоколи за згрижување на тешките кранио-церебрални повреди, познати како BRAIN TRAUMA FOUNDATION HEAD INJURY GUIDELINES, кои се креирани од Brain Trauma Foundation (BTF) и American Association of Neurological Surgeons. Посебно е интересно поглавјето за згрижување на повредите на главата и мозокот во Ургентен хируршки центар. Обработен е и ургентниот третман на експанзивните интракранијални процеси, односно интракранијалните тумори, а на соодветен начин се претставуваат причините за нагло влошување на состојбата на пациентите со интракранијалните експанзивни процеси и за ургентниот третман на овие состојби. Последното поглавје ги претставува екстрааксијалните интракранијални хематоми, нивната етиологија, дијагностичките процедури и современиот третман. Текстот е илустриран со соодветни слики, табели и шеми, кои придонесуваат за подобро разбирање на теоретските расправи и дилеми во ургентната неврохирургија.



тогаш неговите трудови објавени во 2006 и во 2007 година имале просечно по три цитирања во 2008 година. Факторот на влијание за 2008 година на списанието би се пресметал на следниов начин:

А = број на трудови објавени во 2006 и во 2007 година, кои биле цитирани во индексираниите списанија во тек на 2008 година.

Б = вкупниот број цитабилни трудови, објавени од истото списание во 2006 и во 2007 година (цитабилни трудови се обично трудови, ревиски трудови, претходни соопштенија или забелешки, но не се редакциски написи, писма до уредникот).

факторот на влијание за 2008 = А/Б.

(Забележете дека факторот на влијание за 2008 година се објавува во 2009 година, тие не можат да се пресметаат до крајот на 2008 година, додека не се индексираат од индексирачките агенции или системи).

Рангирање на институциите

Постојат голем број рангирања на институции, но најчесто се користат следниве: истражувања за рангирање на институции; рангирање на институции во СКОПУС; рангирање научни институции во СКИМаго; шангајска листа; рангирање ВЕБ страници; квантифицирање ВЕБ страници.

Научниот придонес на земјите или научниот придонес на некое подрачје (регион)

Научниот придонес на земјите или научниот придонес на некое подрачје (на пример, Источна Европа) се анализира слично на анализата на установите со кумулирање на податоците и со неколку вида нормализации.

*Проф. д-р Мирко Спироски,
научна фондација
„Спироски“, Скопје*

ЕНДОКРИНОЛОГИЈА

Хипогликемија и гликемиска варијабилност кај пациенти со дијабетес - бариери за оптимален менаџмент на дијабетесот

Дијабетесот претставува хронична комплексна состојба која бара континуирана грижа во обезбедување задоволителна гликемиска контрола и подобрување на квалитетот на живот. Едукацијата на пациентите за самоконтрола и водење на дијабетесот заедно со промена на начинот на живот (здрава храна и редовна физичка активност) и медикаментозната терапија имаат за цел превенција на акутните компликации и намалување на ризикот од хронични компликации.

Стандарден параметар за процена на гликемиската контрола е гликозилираниот хемоглобин A1c (HbA1c), а препорачаната целна вредност од глобалните организации за дијабетес (ADA, EASD*) за возрасни индивидуи е под 7% . Поставување на пониска целна вредност за HbA1c, под 6.5%, е препорачливо доколку е можно истиот да се постигне со избегнување на хипогликемии. Поради тоа оваа вредност треба да биде индивидуализирана за секој пациент.

Кои се ограничувањата на HbA1c во процена на гликемиската контрола?

Иако HbA1c е главен параметар за процена на гликемиската контрола и дава податок за просечната вредност на гликемијата во последните 2-3 месеци, сепак има неколку недостатоци. HbA1c претставува несигурен параметар во состојби на анемија, бременост, хемоглобинопатии, не дава податок за хипо/хипергликемии, ниту податок за фино дотерување на терапијата доколку не е во посакувани граници.

Овој традиционален метод не ги рефлектира флукуациите на гликемија во текот на денот и помеѓу различни денови, флукуации кои водат до акутни настани (како хипогликемија или хипергликемија), кои пак од своја страна се поврзуваат со микро и макроваскуларни компликации.

Поради тоа денес, **гликемиската варијабилност** е прифатена како дополнителен клинички значаен маркер за процена на гликемиската контрола. Таа е динамичен процес карактеризиран со амплитуда, честота и времетраење на флукуацијата.

Одреден степен на варијабилност на гликемија постои и кај субјекти со нормална глюкозна толеранција, како резултат на дневниот ритам на хормони инволвирани во контрола на глюкозниот метаболизам и на внесувањето на јагленородни хидрати, но таа е повисока и позначајна кај лица со нарушена глюкозна толеранција и дијабетес.

Постојат повеќе параметри за процена на гликемиската

варијабилност, дел од нив можат да се одредат со компјутерска анализа (download) на податоци од глюкометар, но покомплексните и попрецизни параметри кои реално ја одразуваат гликемиската варијабилност се одредуваат со системите за континуирано глюкозно мониторирање (CGM). Коефициент на варијација (CV) и гликемиски вредности во препорачан опсег (Time in Range-TIR) се широко прифатени параметри. Стабилна глюкозна контрола се дефинира како коефициент на варијација < 36%, а нестабилна како коефициент на варијација ≥ 36%.^[1]

Од друга страна, постојат и композитни персонални параметри кои се во фаза на истражување и нивната цел е поедноставен и попрктичен пристап на здравствените работници и пациентите во разбирање на подесување на терапијата на пациентите со дијабетес.

Системите за континуирано мониторирање гликемија даваат податоци за времето поминато во посакуваниот опсег на вредности, како и времето поминато во хипогликемија и хипергликемија.

Хипогликемијата претставува честа, но потенцијално превентивна компликација на дијабетесот и таа претставува значајна бариера во титрацијата и интензификацијата на антихипергликемичната терапија на патот кон подобра гликемиска контрола. Хипогликемијата се дефинира како вредност на гликемија под 3.9 mmol/L (Ниво 1) или вредност на гликемија под 3.0 mmol/L (Ниво 2) на која започнуваат неврогликопенични симптоми и која бара брза реакција за корекција на хипогликемијата. Тешка хипогликемија (Ниво 3) се карактеризира со нарушен ментален статус и бара асистенција од друга личност за закрепнување.^[2]

Патофизиологијата на хипогликемијата е комплексна и вклучува многу контрарегулаторни хормони и органски системи, а ефектите од истата траат подолго отколку што често се мисли.

Ноќната хипогликемија претставува посебен клинички проблем и се смета дека половина од тешките хипогликемии се случуваат во текот на ноќта. Лежечката положба може да придонесе за послабо препознавање на симптомите на хипогликемија заради намалена адреналинска секреција. Пациентите може воопшто да не се разбудат во тек на епизодата на ноќна хипогликемија што води кон пролонгирана и потенцијално фатална хипогликемија.

Иако хипогликемијата е почеста кај пациентите со дијабетес тип 1, таа е клинички значајна и кај пациентите со дијабетес



тес тип 2. Инциденцата на хипогликемии се смета дека е многу поголема отколку што се евидентира во клиничката практика. Во една од досега најголемите студии (НАТ) која ја испитувала стапката и факторите асоцирани со хипогликемија кај 27.585 испитаници од 24 земји, високи 83.0% од пациентите со дијабетес тип 1 и 46.5% од пациентите со дијабетес тип 2 рапортирале хипогликемија^[3]. Но, од друга страна, пак, тие не секогаш го информираат својот лекар за тоа. Во истражување спроведено од Остенсон и соработниците 65% од пациентите со дијабетес тип 1 и 59% од оние со тип 2 изјавиле дека ретко или никогаш не го информирале својот лекар за хипогликемиите што ги доживеале^[4]. Некои хипогликемиски настани остануваат и недетектирани од страна на пациентот. Во студии каде што пациентите биле поставени на системи за континуирано глукозно мониторирање (CGM) се покажало дека и до 83% од хипогликемиите биле недетектирани од страна на пациентите^[5]. Нарушената свесност за хипогликемии се смета дека се должи на дефектен контрарегулаторен механизам како резултат на повторувачки епизоди на хипогликемија и претставува своевиден *circulus vitiosus*. Со намалување на свесноста за хипогликемија многукратно се зголемува ризикот за тешки хипогликемии.

Запознавањето со ризик факторите, честотата и тежината на хипогликемиите е есенцијално за оптимален менаџмент на дијабетесот. Во слика 1 подолу се прикажани најчестите ризик фактори за хипогликемија.

Последици од хипогликемија и гликемиска варијабилност

Хипогликемиите се асоцирани со зголемен морбидитет, ризик за смрт, нарушувања на когнитивните функции и несакан ефект врз квалитетот на живот на пациентот.

Хипогликемијата предизвикува зголемена инфламација, абнормалности во коагулацијата, ендотелна дисфункција (намалена вазодилатација) и симпатoadренален одговор со зголемена секреција на адреналин што може да предизвика

нарушувања на ритмот, варијабилност на срцевата фреквенција и хемодинамски промени (зголемена контрактилност и оптоварување на срцето). Се смета дека хипогликемијата има проаритмоген ефект, кој се разликува во тек на денот и ноќта, при што ризикот за аритмии како атријална фибрилација е повисок во текот на денот, а ризикот за вентрикуларна аритмија и cardiac arrest е повисок во текот на ноќта. Големите клинички студии ACCORD и ADVANCE ја отворија дебатата за асоцијацијата на хипогликемиите, особено тешките хипогликемии со зголемениот ризик за кардиоваскуларен морбидитет и mortalитет, но исто така и со мајорни микро-васкуларни настани и смрт од која било причина^[6-8]. Во поново време спроведените клинички студии за кардиоваскуларни исходи (EXAMINE, TECOS, ORIGIN, DEVOTE, LEADER) кои се дизајнирани со цел да ја докажат кардиоваскуларната безбедност на новите антидијабетични лекови ја потврдија оваа поврзаност^[9-13].

Исто така и хипогликемиите кои не спаѓаат во класификација на тешки имаат последици врз здравјето, квалитетот на живот и социо-економските фактори на лицата си дијабетес, нивните семејства и работното опкружување. Изгубен сон, будење на партнерот, замор, избегнување на возење, намалено продуктивно работно време, зголемен број на лентички за мерење на гликемија, намалена инсулинска доза, повреди при паѓање поради хипогликемија се дел од овие последици^[14].

Економски, хипогликемиите го исцрпуваат здравствениот систем и влијаат негативно на продуктивноста на работа, особено по епизода на ноќна хипогликемија.

Гликемиската варијабилност претставува независен ризик фактор и предиктор за тешка хипогликемија^[15-16]. Променливите нивоа на гликемија се смета дека се поштетни за ендотелната функција и оксидативниот стрес споредено со константно зголемени гликемиски нивоа^[17]. Ова во клинички услови резултира со зголемен mortalитет од која било причина кај пациентите со повисока варијабилност од ден на ден (варијабилност помеѓу различни денови)^[18].

Практика

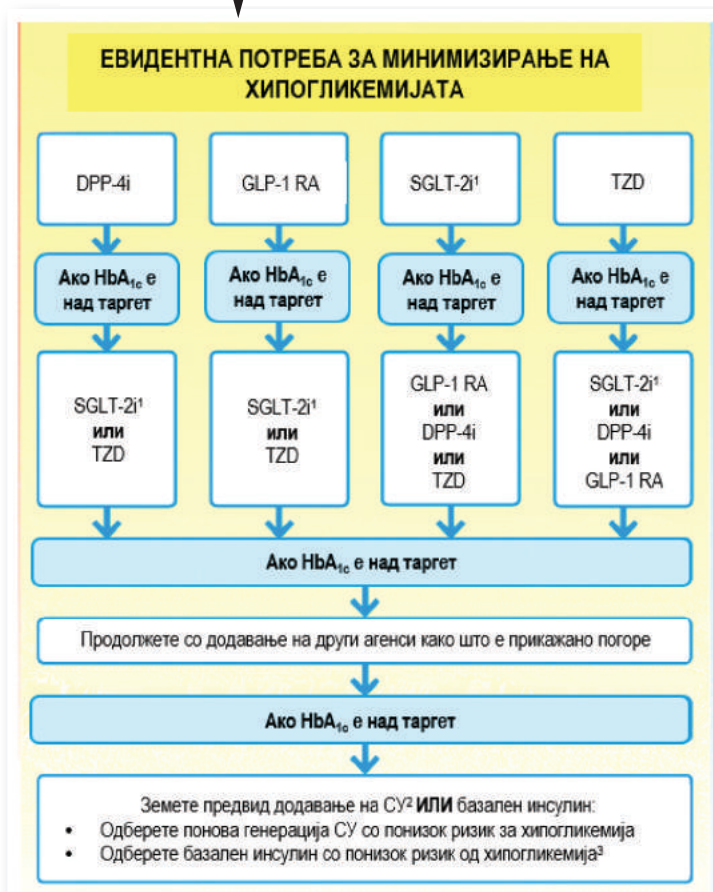
Анализа на студијата VADT потврдила дека гликемиската варијабилност игра улога во развојот на кардиоваскуларните компликации, и тоа и независно од стапката на тешки хипогликемии. Ваква поврзаност не била најдена со нивоата на HbA_{1c}.^[19]

Согласно сето ова евидентно е дека за оптимален менаџмент на дијабетесот и превенција на компликациите освен моменталните и просечните тримесечни гликемиски нивоа (HbA_{1c}) потребно е да се земат во предвид хипогликемиите и гликемиската варијабилност како релевантни фактори и бариери за несоодветна гликорегулација и севкупно справување со дијабетесот и компликациите од него.

Превенција и справување со хипогликемии и гликемска варијабилност

Добра едукација на пациентите за самоконтрола како и добра селекција на терапијата го редуцираат ризикот од хипогликемии и заземаат се позначајно место и кај докторите и кај пациентите.^[20]

Слика 2 Алгоритам за избор на антидијабетичен лек со понизок ризик од хипогликемија



1. Имајте предвид дека индицираното ниво на eGFR за иницијална и продолжена употреба на SGLT-2i варира според регион и индивидуален агенс
2. Одберете понова генерација СУ со понизок ризик за хипогликемија
3. Degludec/glargine U300 < glargine U100/detemir < NPH insulin

Според најновите препораки на ADA и EASD, при изборот на втор антихипергликемичен агенс за пациенти на терапија со метформин, доколку постои потреба за намалување на ризикот од хипогликемија (слика 2) се препорачува тоа да биде лек од класата на DPP-4, GLP-1 RA, SGLT-2 или TZD кои имаат помала стапка на хипогликемии споредено со постари генерации на лекови, како на пример лекови од групата на сулфониуреа.^[21]

Дополнително на тоа лековите од класата на SGLT-2 и некои од лековите од класата на GLP1- RA (liraglutide, semaglutide) имаат докажан кардиопротективен бенефит. Кога ваквата терапија станува недоволна за оптимална гликорегулација се препорачува додавање на агенс од групата на сулфониуреа или инсулин од понова генерација кој има понизок ризик за хипогликемии. Најновата генерација на базални инсулински аналози има пониска стапка на хипогликемии споредено со претходните генерации на базални инсулини. Инсулинот degludec е инсулин со ултрадолго дејство, подолго од 42 часа, рамен и предвидлив профил и најниска стапка на хипогликемии. Во сетот на клинички студии демонстрирал пониска стапка на хипогликемии споредено со insulin glargine U100, која во студијата DEVOTE изнесува 40% пониска стапка на тешки и 53% пониска стапка на ноќни хипогликемии^[22]. Освен ова, овој инсулин има ниска гликемска варијабилност со коефициент на варијација (CV) од 20% кој според Меѓународниот конзенсуз за глюкозна мониторинг се дефинира како стабилна глюкозна контрола. Оваа варијабилност е 4 пати помала споредена со insulin glargine U100 и поновата генерација insulin glargine U300.^[23-24] Со тоа е овозможено пациентите на побезбеден и постабилен начин да ги постигнат целните гликемиски вредности.

Новите генерации антидијабетични лекови, вклучително орални, неинсулински инјектибилни како GLP-1 RA и најновата генерација инсулински аналози како инсулинот degludec нудат нова можност во минимизирање на ризикот од хипогликемии и гликемска варијабилност и претставуваат чекор напред кон подобар менаџмент на дијабетесот.

*ADA- American Diabetes Association, EASD- European Association for the Study of Diabetes

Д-р Марија Живковиќ
Универзитетска клиника за ендокринологија,
дијабетес и метаболички нарушувања, Скопје

Референци:

1. Danne T, Nimri R, Battelino T et al. (2017) International Consensus on Use of Continuous Glucose Monitoring. Diabetes Care 40(12): 1631-1640.
2. American Diabetes Association. (2019) Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care; volume 42
3. Khunti et al. The global HAT study. Diabetes Obes Metab 2016;18:907-15
4. Östenson CG et al. Self-reported non-severe hypoglycaemic events in Europe. Diabet Med 2014;31:92-101.

- 5 Weber et al. High frequency of unrecognized hypoglycaemias in patients with Type 2 diabetes is discovered by continuous glucose monitoring. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2007;115:491–4
- 6 The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008;358:2545–59
- 7 Bonds et al. The association between symptomatic, severe hypoglycaemia and mortality in type 2 diabetes: retrospective epidemiological analysis of the ACCORD study. *BMJ* 2010;340:b4909
- 8 Zoungas et al. for the ADVANCE Collaborative Group. Severe Hypoglycemia and Risks of Vascular Events and Death. *N Engl J Med* 2010;363:1410–8
- 9 Heller et al. Relationship of glycated haemoglobin and reported hypoglycaemia to cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and recent acute coronary syndrome events: The EXAMINE trial. *Diabetes Obes Metab* 2017;19:664–71
- 10 Standl et al. Increased Risk of Severe Hypoglycemic Events Before and After Cardiovascular Outcomes in TECOS Suggests an At-Risk Type2 Diabetes Frail Patient Phenotype. *Diabetes Care* 2018;41:596–603
- 11 Mellbin et al. Does hypoglycaemia increase the risk of cardiovascular events? A report from the ORIGIN trial. *Eur Heart J* 2013;34:3137–44
- 12 Pieber et al. DEVOTE 3: temporal relationships between severe hypoglycaemia, cardiovascular outcomes and mortality. *Diabetologia* 2018;61:58–65
- 13 Zinman B et al. Severe hypoglycemia, cardiovascular outcomes and death—the LEADER experience. *Diabetes* 2017;66(Suppl. 1):A95
- 14 Brod et al. A nine country study of the burden of non-severe nocturnal hypoglycaemic events on diabetes management and daily function. *Diabetes Obes Metab* 2013;15:546–57
- 15 Kovatchev et al. Evaluation of a new measure of blood glucose variability in diabetes. *Diabetes Care* 2006;29:2433–8
- 16 Kilpatrick et al. Relating mean blood glucose and glucose variability to the risk of multiple episodes of hypoglycaemia in type 1 diabetes. *Diabetologia* 2007;50(12):2553–61
- 17 Ceriello A et al. Oscillating glucose is more deleterious to endothelial function and oxidative stress than mean glucose in normal and type 2 diabetic patients. *Diabetes* 2008; 57:1349–1354
- 18 Zinman et al. Day-to-day fasting glycaemic variability in DEVOTE: associations with severe hypoglycaemia and cardiovascular outcomes (DEVOTE 2). *Diabetologia* 2018;61:48–57
- 19 Zhou JJ et al. Glycemic Variation and Cardiovascular Risk in the Veterans Affairs Diabetes Trial. *Diabetes Care* 2018 Oct; 41(10): 2187–2194
- 20 Morales J, Schneiderb. D Hypoglycemia. *The American Journal of Medicine* 2014, Volume 127, Issue 10, S17–S24
- 21 Davies M et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia* 2018 Volume 61, Issue 12, pp 2461–2498
- 22 Marso et al. Efficacy and Safety of Degludec versus Glargine in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2017;377:723–32
- 23 Heise et al. Insulin degludec: four times lower pharmacodynamic variability than insulin glargine under steady-state conditions in type 1 diabetes. *Diabetes Obes Metab* 2012;14:859–64
- 24 Heise et al. Insulin degludec: Lower day-to-day and within-day variability in pharmacodynamic response compared with insulin glargine 300 U/mL in type 1 diabetes. *Diabetes Obes Metab* 2017 Jul;19(7):1032–1039

ИН МЕМОРИАМ

Научен советник д-р Љубинка Лозанче

(1959-2019)

Научниот советник д-р Љубинка Лозанче е родена на 04.03.1959 год. во Прилеп. Основното и средното образование ги завршила во Скопје со одличен успех. На Медицинскиот факултет во Скопје, се запишала во учебната 1977/78 година, а го завршила во февруари 1983 година. Како студент учествувала на југословенски студентски конгреси со свои трудови и била два пати на размена на студенти.

Во учебната 1983/84 г. се запишала на постдипломски студии од областа на нефрологијата. На 19.01.1995 год. го одбрала магистерскиот труд на тема „Бубрежната дисфункција како предиктор на есенцијална хипертензија кај предиспонирани субјекти“. Докторската дисертација на тема „Уринарната екскреција на калциум во релација со бубрежните простагландини и паратироидниот хормон кај хипертензија индуцирана со гравидитет“ ја пријавила во 1996, а ја одбрала во 1999 година.

Од мај 1985 год. била вработена на Клиниката за нефрологија при Медицинскиот факултет во Скопје. Специјалистичкиот испит по интерна медицина го положила во 1992 година и оттогаш работела како лекар специјалист интернист на Одделот за функционална проценка и хипертензија на Клиниката, а од 1999 год била раководител на Отсекот за хипертензија. Субспецијалист по нефрологија станала во 2001 година.

Практична настава за студентите по медицина и стоматологија по предметите интерна медицина и интерна пропедевтика изведувала од 1996 год како асистент. Научен соработник е од 2003 година, виш научен соработник од 2007 година, а научен советник од 2011 година.

Таа за прв пат во државата ја воведува методата 24 часовно амбулантско мониторирање на крвен притисок и беше раководител на амбулантата за гравидитет. Беше учесник во научно-апликативните студии финансирани од Министерството за наука (Ризик фактори за хипертензија и Предиктори на хипертензија во гравидитет) и беше секретар на Македонската асоцијација за хипертензија. Учествува на бројни меѓународни и национални конгреси со свои трудови.

Д-р Љубинка Лозанче ќе остане во нашите спомени секогаш насмеана, како личност со свој став и интегритет, со исклучителен логичен пристап и одлични дијагностички способности. Во комуникациите со колегите и студентите секогаш доаѓаше до израз нејзиното проникнување во суштината на нештата. Нејзината насмевка, нејзината грижа и почитување ќе останат во нашите срца.

Д-р Б.Герасимовска, в.н.ср.

“ЈОДЕН И ТИРОИДЕН СТАТУС НА НАСЕЛЕНИЕТО ВО МАКЕДОНИЈА 2018 ГОДИНА” ВО ИЗДАНИЕ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФКАУЛТЕТ, УКИМ – СКОПЈЕ

Македонија е една од ретките држави со воспоставен одржлив систем за следење и превенција на јодниот дефицит

Македонија, заедно со 11 други земји, меѓу кои и Јапонија, Данска, САД, Канада, Норвешка, Шведска, Финска, Швајцарија и Австрија се вбројува во ретките земји кои имаат воспоставен одржлив систем за следење и превенција на јодниот дефицит на своето население. Ова е потврда за успешноста на напорите во оваа сфера во земјава која е добиена и од меѓународната стручна јавност во труд објавен во 2018 година. Во тие рамки на 25 март 2019 година, во Деканатот на Медицинскиот факултет беше промовирана монографијата: „Јоден и тироиден статус на населението во Македонија 2018 година“, во издание на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ – Скопје. Монографијата ја промовираше деканот на Медицинскиот факултет, проф. д-р Соња Топузовска, според која монографијата претставува синергија на различни аспекти на тироидологијата и дава особен придонес на полето на јодниот статус кај целокупното население, претставено преку различни популациски групи.

Уредникот на монографијата, проф. д-р Борислав Каранфилски, претседател на Комитетот за јоден дефицит при Министерството за здравство и поранешен професор и декан на Медицинскиот факултет даде кус историски осврт на досегашните активности, потенцирајќи дека во постигнатите резултати голема улога играле и играат континуираните и координирани напори на сите нивоа во нашата земја. Од името на авторите,

Монографијата претставува синергија на различни аспекти на тироидологијата и дава особен придонес на полето на јодниот статус кај целокупното население, претставено преку различни популациски групи.

тој им се заблагодари на сите актери во овие координирани процеси, а особено на членовите на Националниот комитет за јоден дефицит, чиј состав навистина ја отсликува интердисциплинарноста и комплексноста на ова јавно-здравствено прашање.

Во подготовката на монографијата, учествуваа 20 автори од врвни установи во земјата, меѓу кои Институтот за патофизиологија и нуклеарна медицина при Медицинскиот факултет во Скопје, Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство – Скопје, Универзитетската клиника за детски болести – Скопје, и Центарот за регионални истражувања и соработка



„Студиорум”. Монографијата позитивно е оценета од проф. д-р Хенри Волчке од Универзитетот Грајфсвалд, Германија, и регионалниот координатор на Меѓународната јодна мрежа (Iodine Global Network) проф. д-р Цон Лазарус, од Универзитетот Кардиф во Велика Британија.

Монографијата е резултат на повеќегодишни истражувања, поддржани од програми и проекти финансирани од страна на Програмата за неонатален скрининг на населението при Министерството за здравство, како и од Канцеларијата на УНИЦЕФ во Скопје, УСАИД и Програмата на Европската комисија за истражувања и иновации – Хоризонт 2020.

Поделена во 4 стручни целини, кои преку 23 авторски трудови даваат осврт на важноста на јодот во организмот и методите за негово следење, резултатите од студијата за јодниот статус кај школските деца 2016-2017 година, резултатите од студијата за јодниот и тироидниот статус кај бременни жени 2017-2018 година, како и тироидниот статус и неонаталниот скрининг кај новородените во периодот 2002-2017 година.

Ректорот на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј”, проф. д-р Никола Јанкуловски, посочи дека научно-истражувачката работа е не само потреба, туку и одговорност на секој академски граѓанин и универзитетски кадар. Според него, Универзитетот останува на дискурсот на знаењето и на континуираните напори за обезбедување постојано стручно осовременување и усовршување со цел највисоки стандарди на образование по теркот на светските настани и истражувачки центри.

Министрите за здравство и за образование и наука, доц. д-р Венко Филипче и доц. д-р Арбер Адеми, упатија честитки до издавачот и авторите и изразија поддршка и за идни истражувања и публикации.

Vox medici

Нов претседател - академик Сашко Кедев

Годишното собрание на Македонското здружение на медицински уредници (МЗМУ) се одржа на 11.4.2019 г., во МАНУ. Состанокот го водеше академик Нада Поп-Јорданова, претседател на Извршниот одбор (ИО) на МЗМУ, а на состанокот едногласно за нов претседател на МЗМУ – беше избран академик Сашко Кедев, за генерален секретар на МЗМУ, проф. д-р Гоце Спасовски. Избрани се и тројца заменици – претседатели на МЗМУ: проф. Гордана Ристовска, проф. Невзат Елези и проф. Дончо Донеv. За иден избран претседател беше избрана проф. Дијана Плашеска-Каранфилска, која по две години би ја презела функцијата претседател на МЗМУ, а за благајник и архивар беше избран прим. д-р Илија Глигоров. На тој начин од Собранието беше оформен и новиот состав на ИО, а избрани се и по двајца дополнителни членови во секоја од трите комисији.

За придонесот во формирањето на МЗМУ и поддршката и учеството во неговото функционирање и активности му беше искажана благодарност на академик Момир Поленаковиќ како прв и почесен претседател, на досегашните зам.-претседатели и членовите на Извршниот одбор и на сите оние кои учествуваа во досегашната работа и активности. Притоа, академик Поп-Јорданова напомна дека МЗМУ е формирано пред пет години со цел да се дејствува со здружени сили за подобрување на издавањето стручно-научни трудови од биомедицинската област и пошироко, да се поттикнат младите на објавување трудови, да се дејствува за превенција и откривање на плагијаризам, постигнување поголема визибилност на објавените статии преку разни бази на податоци и информации, како и за унапредување на квалитетот на научните списанија за нивно вклучување во PubMed и добивање импакт-фактор (IF).

Програмата за дејствување на МЗМУ во 2019 г. е основна рамка и платформа за дејствување на Извршниот одбор и за изготвување конкретни годишни оперативни програми на активности на секоја од трите комисији на МЗМУ и динамика на нивната реализација. Собранието на МЗМУ даде поддршка за операционализација и реализација, а освен главните активности може да се реализираат и дополнителни:

- Peer-Review Week – Работилница во септември 2019 г.;
- Електронско издаваштво и Open access – Работилница во октомври 2019 г.;
- Едукација на млади научници за публицистичка етика и пишување научни трудови – Работилница во октомври 2019 г.;
- Меѓународната конференција SWEP 2020 (есен), во организација на МАНУ, Медицински факултет при УКИМ - Скопје. и МЗМУ...

Во врска со изборот на ново раководство на МЗМУ беше напомнато дека немаат право на избор на иста функција членовите на ИО кои оствариле два мандата на определена функција. На седницата беа избрани и по двајца дополнителни членови во секоја од трите комисији на МЗМУ. Во новиот состав на Извршниот одбор согласно Статутот влегуваат избраниот почесен претседател – акад. Момир Поленаковиќ и непосредниот поранешен претседател – акад. Поп-Јорданова.



Новини од медицина

ОПАСНОСТИТЕ ОД ТЕЛЕВИЗИЈА

Гледањето телевизија е поврзано со зголемување на телесната тежина на децата и се смета дека тоа главно се должи на нивното покачено диетално внесување на храна. Но, механизмот за оваа поврзаност останува недоволно јасен.

Во секундарна анализа на 144 деца од претшколска возраст кои живееле во семејства со поскупо примања, а со тоа и се исхранувале поскупо, по три оброка за секое дете биле снимени (вкупно 428 оброка набљудувани) и анализирано е што на децата им било дадено за јадење и што конзумирале. Со Здравниот индекс на исхрана-2010 авторите го измериле квалитетот на храната што била сервирана и конзумирана. Висината и тежината на децата била измерена, а родителите исто така пополниле и прашалник. Видеата биле кодирани дали телевизијата била вклучена, како и колку време децата гледале телевизија за време на оброкот.

Околу 77% од децата конзумирале барем еден оброк додека гледале телевизија. Гледањето на телевизија за веќе на јадењето не било поврзано со квалитетот на храната што ја конзумирале. Гледањето телевизија за време на јадење не било поврзано со детскиот BMI z-скор. Оттука, авторите заклучуваат дека гледањето телевизија за време на оброк е доста често кај малите деца, но не е поврзано со квалитетот на храната што ја конзумираат.

Appetite. 2019;140:231-238. doi: 10.1016/j.appet.2019.05.023.

Со оглед дека самото гледање на телевизија не влијае врз квалитетот на исхраната, друга студија се надоврзува на оваа тема и ги анализира влијанието на рекламирањето на брзата исхрана (Fast food) како потенцијален ризичен фактор за исхраната кај децата. Во оваа едногодна лонгитудинална студија од New Hampshire, 2014-2015, 624 предшколски деца на возраст од 3-5 години биле испитувани, а едниот од родителите пополнивал по шест прашалници секои 8 недели, наведувајќи меѓу другите прашања и колку пати децата конзумирале брза храна во текот на претходната недела. Бројот на ТВ реклами

кои децата ги гледале бил калкулиран врз база на рекламите кои се давале за време на детските програми. Родителите, исто така, навеле колку пати и самите тие конзумираат брза храна. Податоците биле анализирани во текот на 2017-2018 година.

За врее на студијата, три брэнда на брза храна имале ТВ реклами во текот на детските програми: McDonald's, Wendy's and Subway. Со оглед дека значително помалку деца биле изложени на реклами од страна на Wendy's и Subway, анализата на податоци се базира на податоците добиени со рекламите поврзани со McDonald брэнот. Така, резултатите за McDonald оброците покажале диференцијален ефект на рекламирањето на брза храна врз децата, како и родителското внесување на брза храна во текот на истата недела ($p < 0.01$).

Внесувањето на McDonald брзата храна било постојано повисоко кај децата чии родители почесто конзумирале брза храна (повеќе пати месечно), без оглед дали децата гледале вакви реклами или не. Но, ваквите реклами повеќе од двојно го згледувале ризикот од консумирање брза храна кај децата доколку нивните родители не конзумирале брза храна ($p < 0.01$).

Appetite. 2019;140:134-141. doi: 10.1016/j.appet.2019.05.012.

Но, не се само децата тие што страдаат при гледање телевизија. Возрасните исто така не се поштедени, но кај нив последиците изгледаат се поврзани со нарушување на помнењето. Англиската лонгитудинална студија на стареење што следи над 4.000 луѓе над 50-годишна возраст, исто така, наоѓа дека телевизијата е штетна кај повозрасните луѓе. Така, доколку гледањето телевизија над 3.5 часа дневно е поврзано со намалување на вербалната меморија во текот на наредните шест години и покрај земање во предвид на образованието, социоекономските фактори, физичката активност и здравјето на постарите луѓе. Авторите на оваа студија сметаат дека гледањето телевизија најверојатно заменува некои когнитивни активности како читање или играње на стимулирачки игри, на пример, карти, табла и сл.

Sci Rep. 2019;9(1):2851. doi: 10.1038/s41598-019-39354-4.

БЕЗБЕДНОСТ ПРЕД СЕ!

Северно - Американскиот лос (Alces Alces, Cervus Alces) е плашливо животно и обично избегнува контакт со човекот. Но, годишно неколку стотици судари меѓу лос и автомобили се случуваат во Нова Англија, на заемна зачуденост на двете страни, како на животното, така и на човекот. Ваквите судари се најчести во летните денови и особено во приквечерните часови. Заради големината, висината и масата на лосот, не е зачудувачки дека ова животно најчесто завршува на покривот на автомобилот кога ќе настане судар со возилата, дробејќи го сопатничкиот дел на возилото и повредувајќи ги сопатниците. Студија направена во "Maine" известува дека смртноста од судар со лос е 13 пати поголема отколку кога сударот би се случил со срна/елен (OR 13.4, 95% CI 6.3, 28.7). Но, најмал процент на фаталност има кога сударот настанува со шведски автомобили коишто се специјално направени да ги поднесат вавите инциденти. Доколку планирате летување во овие предели, предупредени сте – само шведско возило. Алтернативно решение, друга туристичка насока ова лето, без ризик за потенцијални непријатности со лосот!

J Am Coll Surg. 2019 Jun;228(6):941-947. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2018.12.041.

ХРАНА ДА СЕ ПРЕЖИВЕЕ НОКТА

Одржувањето на енергијата преку нокта, како и долготрајното влијание на дежурствата во текот на нашиот живот се многу важни за нашето здравје. За време на дежурството не е нарушен само нашиот циркадиан часовник – недостатокот на сон влијае и врз нашата исхрана. Јадеме густ карбохидрати, стануваме резистентни на инсулинот, нивото на триглециридите во крвта се покачува, лептинот (хормонот на ситост) се намалува, додека грелин (хормонот на гладта) се покачува. Во неодамнешна студија, тројца британски колеги делат свои совети за добра исхрана во текот на дежурствата.

Планирањето однапред е важно. Пред дежурството главното јадње треба да биде со зрнаста храна, и друга храна

полна со скроб за да се справите со гладта. Испланирајте го оброкот добро – храна богата со протеини, како пилешко и хумус, несолени јатки, зеленчук исечен на парчиња - се идеални за трчаниците во текот на ноќта. Подгответе си го оброкот од дома, немојте да се потпирате на купечката храна, богата со сол, екстра калории, шеќер и сатурирани маснотии кои нема да ве држат сити.

Уморот најчесто е резултат на дехидрација и тоа особено од кафеин. Понесете со себе шише со вода, најдобриот начин да се рехидрирате. Уморот придонесува да јадеме просечно 400 калории плус дневно.

Немојте да јадете меѓу полноќ и 6 часот наутро. Ако, навистина морате да јадете, определете се за нискокалорична храна, мали закуски богати со протеини. А по дежурството наградете се со добар појадок пред долгоочекуваниот дневен сон, за да не се разбудете гладни.

Примените ги овие совети при наредното дежурство – и уверете се самите. BMJ 2019; 365:l2143.

МИЛОСРДНОСТА ЛЕКУВА

Луѓето кои имаат заболувања што се животни загрозувачки и се во контакт со ургентните медицински служби имаат долготрајни последици. Меѓу нив се и психичките заболувања. Во неодамнешна студија на 113 пациенти, 99 (88%) од нив повторно учествувале во студијата по еден месец и биле испитувани за посттравматско стресно заболување (PTSD). Кај 25% (95% CI 17-35%) од нив, симптомите на PTSD биле евидентирани и по еден месец од излекувањето на нивното основно медицинско заболување. Овие наоди се однесуваат дури и за луѓе кои не биле примени на лекување во интензивна нега. Луѓето кои сметале дека нивната медицинска нега била дадена од страна на лекари и сестри со благост и соживување поретко ги опишувале овие симптоми (OR 0.93, 95% CI 0.89-0.98).

Intensive Care Med. 2019 Jun;45(6):815-822. doi: 10.1007/s00134-019-05601-5.

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

ИН МЕМОРИАМ

Д-р Воислав Николов

(1937 - 2019)

Д-р Воислав Николов, специјалист по спортска медицина и специјалист по физикална медицина и рехабилитација, е роден во Шабац 1937 год. Основно и средно образование завршува во родниот крај, а Медицински факултет 1967 год. во Скопје. Првото негово вработување 1968 во траење од неполна година е во Републичкиот завод за физичка култура, а од 1969 година работи во Одделението по спортска медицина во градската поликлиника „Букурешт“. Во 1970 година завршува диференциран испит по спортска медицина, а во 1974 година и специјализација по спортска медицина, неколку години подоцна со успех ја завршува и специјализацијата по физикална медицина и рехабилитација. До своето пензионирање работниот век го поминува во Заводот за спортска медицина - Скопје, кој како дел од Здравствен дом Скопје започнал со работа на 7. 4. 1980 година.

Една убава мисла ми остави длабок впечаток, и ми прави голема асоцијација со д-р Николов: „Доколку не направите нешто за другите, тогаш ништо не сте направиле ни за себе“. Јас оваа мисла би ја дополнила и коригирала кога се однесува за д-р Николов, тој правеше се за другите, а најмалку за себе. Неговите спортисти, неговите пациенти, неговите колеги и сите кои го опкружуваа на спортските боришта во спортските институции имаа чест да работат со докторот кој не знаеше да ги дели. Неговата професионалност беше на завидно ниво, а за работите кои спортистите не сакаа да ги слушнат зашто тоа е „здрава популација“ наоѓаше најдобар начин да им каже и да им објасни за сериозноста на проблемот, а, сепак, спортистот насмеан да излезе од неговата ординација.

Освен тоа што се грижеше и го чуваше здравјето на спортистите и на оние кои се занимавале со спортско - рекреативна активност и самиот беше спортист. Се занимаваше со падобранство, а посебна специјалност му беше воздухопловната медицина. За оваа супспецијалност завршил семинар во Земун. Посебно треба да се напомене неговата активност во организираното проширување на здравствената заштита на спортистите и учесниците во спортската рекреација преку организирање на спортско-медицински институции (амбуланти и диспанзери) и создавање на материјални услови за тоа. Учествоваше во едукација на кадрите потребни за работа во спортските амбуланти, клубови друштва и сојузи. Автор и коавтор е на повеќе од педесетина научни трудови, посетувал научни конгреси во државата и надвор од неа. Како активен член најнапред во Секцијата по спортска медицина, а покрај во Здружението на доктори специјалисти по спортска медицина беше активен во донесувањето и спроведувањето на важни законски акти поврзани со здравствената заштита на спортистите.

Забележителна е неговата улога во креирањето на посебна Катедра по спортска медицина, зголемувањето на бројот на нови специјалисти по спортска медицина, а за својата несебична работа не се штедеше никогаш.

Неговата посветеност кон медицината ја пренесе на еден од синовите за кој и сега слободно може да кажеме дека, и покрај неговата сосема друга специјалност нефрологијата, често може да го сретнете на спортските боришта. Добитник е на бројни признанија и награди.

Ти благодариме за се што направи за спортската медицина. Почивај во мир и вечна ти слава!

**Прим. д-р Нада Темелкоска,
Здружение на доктори по спортска медицина**

Нема веќе трајно одземање на лиценците на лекарите

СРБИЈА



Оваа новина е предвидена во новиот Закон за здравствена заштита, што стапи во сила во почетокот на годината и со неа на лекарите веќе нема да може трајно да им биде одземена лиценцата за работа.

Според информацијата што ја пренесе Танјуг, лекарите може да ја изгубат дозволата за работа само времено до бришењето од казнената евиденција. На пример, доколку лекарот за некое кривично дело е осуден на казна до една година затвор, по сила на закон од казнената евиденција се брише по пет години од извршувањето на казната и тогаш му се враќа дозволата за работа.

Директорот на Лекарската комора на Србија, д-р Милан Диниќ, вели дека трајното одземање на лиценцата било неправда кон лекарите, затоа што секој граѓанин има право на рехабилитација.

“Веќе нема можност лекарот трајно да ја загуби дозволата за работа, туку времено по одлука на судот и додека не биде избришан од казнената евиденција”, појаснува Диниќ.

Досега имаше член во Законот за здравствена заштита според кој лекарот кој осуден за тешко дело против здравјето на луѓето, трајно го губи правото за вршење на лекарската професија.

Диниќ смета дека членот сега е подобро формулиран, дефинирано е дека лиценцата не се губи трајно, туку до бришење од казнената евиденција. Тој потсетува дека сега Етичкиот одбор на Лекарската комора на Србија, врз основа на пресудите на цивилните судови, носи одлука за достоинството на лекарот за враќање на лекарската професија и дека главно се потврдувани одлуките на судот.

“Практично, ова на некој начин сега е понеповолно за лекарите затоа што периодот на бришење од казнената евиденција може да биде двојно подолг од казната на која е осуден

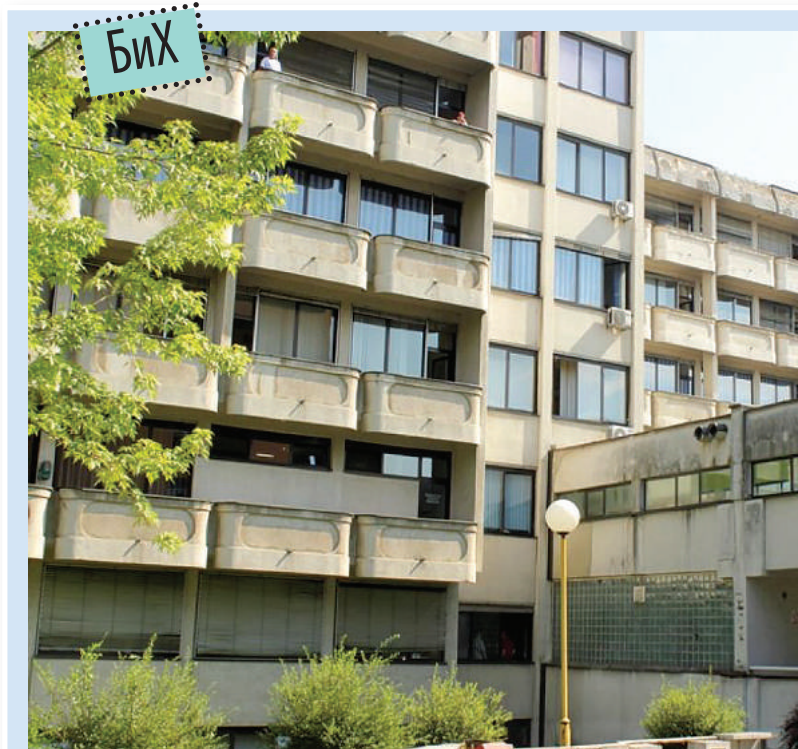
од судот. Од друга страна, она што е олеснително за колегите е укинувањето на трајното одземање на лиценцата”, истакнува Диниќ. Додава дека лиценците на лекарите може да им ги одземе и Судот на честа на Комората по пријава од пациент, семејство или од друг лекар, доколку не се води цивилна судска постапка и дека тогаш лиценцата се одзема максимално на пет години.

Од 2010 године до денас Судот на честа има примено 924 пријави на работата на лекарите. Пријавите ги поднесувале пациенти, семејства, а во секоја петта лекар се жалел на работата на свој колега. Според претседателот на Комората, половина од пријавите се отфрлени како неосновани, а за другите, како што вели, се отворени постапки и дека до денес се изречени околу 60 осудителни пресуди.

“Судот на честа одзема лиценца максимално до пет години, колку што предвидува Законот за лекарска комора на Србија”, објаснува Диниќ.

Голем број лиценци во тој период се одземени од страна на Етичкиот одбор кој постпувал по одлуки на суд каде е што докажана вината на лекарот, па е цивилно осуден на забрана на вршење на лекарска професија за определен период. Според пишувањето на медиумите, до крајот на 2017 година четворица лекари во оваа земја трајно ја изгубиле лиценцата за работа.

„Политика“



Од 1 април без заверување на здравствени книшки

ЦРНА ГОРА

Во Црна Гора од 1 април годинава осигурениците веќе нема да ги заверуваат здравствените книшки, туку системот на Фондот за здравствено осигурување (ФЗО) врз основа на податоците на Даночната управа и на Министерството за внатрешни работи, ќе врши нивна автоматска заверка и валидација. На ист начин, како што се соопштува, ќе се врши и укинување на валидноста на книшката.

“Во сите установи во здравствениот систем ќе се воведат автоматска контрола на валидноста. Осигуреникот во секој момент ќе може да го утврди статусот на осигурувањето преку новиот сервис еОсигурување, на порталот и на мобилните апликации еЗдравје”, се истакнува во соопштението на Фондот.

Новиот сервис ќе овозможува увид во статусот на здравствената книшка (валидна/невалидна), преку јавната мрежа, преку компјутер и паметните уреди на еЗдравје и со мобилни апликации.

“Ова е во согласност со укинувањето на постојниот начин на заверка на здравствените книшки, како осигурениците би ги провериле статусот на осигурување, односно како би се избегнале натамошните проблеми при освајувањето на здравствена заштита во здравствениот систем, во чии делови (институции и установи), автоматски преку информативниот систем, ќе се проверува валидноста на здравствените книшки”, истакнуваат од ФЗО.



Пристапот на новиот електронски сервис е можен на постојната платформа еЗдравје - порталот и на мобилните апликации. Пристапот се овозможува така што ќе се внесе бројот на здравствената книшка и посебна шифра која на пациентот ќе му ја даде избраниот лекар.

„Вијести“

Десет нови лекови на есенцијалната листа

На новата есенцијална листа на лекови, која кон крајот на април 2019 година ја усвои Федералната влада, ќе се најдат 188 лекови, што е за 10 повеќе на минатогодишната, дознава “Дневни аваз”.

На ревидираната А-листа на лекови сега се наоѓаат 188 генерици, во однос на 178 во минатата година. На оваа листа на задолжителното здравствено осигурување се вклучени три нови молекули, како и една нова форма на лек кој беше на претходната листа. Исто така, од претходната Б – листа на новата А – листа се ставени и шест нови лекови. Што се однесува до Б-листата, на неа досега има 100 генерици, а на претходната имаше 98, потврди Златан Перишиќ, од Федералното министерство за здравство.

Според објаснувањата на Владата на ФБиХ, А - листата на лекови е задолжителна за кантоните, додека Б-листата може да биде вклучена на кантоналните позитивни листи дури откако

целосно ќе се имплементира А-листата.

“За лековите од Б-листата кантоните може да воведат партиципација за осигурениците. Новите лекови кои влегоа на А – листата се за дијабетес, епилепсија, бронходилатациски препарати, за терпија за Кронава болест, во индукцијата на хипертензијата, за вертигот, тинитус и губење на слухот, зголемен очен притисок кај пациенти со глауком и очна хипертензија”, објасни Перишиќ.

Тој појасни дека обновата на есенцијалната листа на лекови редовно се врши еднаш годишно. “Федералните листи на лекови се генерички, ги содржат само интернационалните незаштитени имиња на лековите. Дури по усвојувањето на ревидираните федерални листи, кантоните пристапуваат кон постапка за усогласување на позитивните листи на кантоните и на кантоналните болнички листи на лекови”, рече Перишиќ.

„Дневни Аваз“



Јубилеен 25. МЕДИКАЛ ОПЕН, ТК „Акватен“, Кочани

Дождот го прекина првенството, тоа продолжи на 8 и 9 јуни, во Скопје. Д-р Вело Марковски ја одбрани титулата во категорија над 50 години. Д-р Сандра Арсовска победник кај докторките. Победници во двојки се младите доктори - Горјан Милановски и Милош Милутиновиќ

Јубилејното 25. првенство во тенис за лекари на Македонија се одржа на шест земјени терени на тенискиот клуб „Акватен“ во Кочани. Се играше во две старосни категории, „отен“ категорија, во која настапија девет играчи и категорија за играчи постари од 50 години, во која настапија седум играчи. Се одржа и турнир во двојки во кој настапија осум парови. Во категоријата-докторки се одиграа три меча меѓу три учеснички. Првото место го освои д-р Сандра Арсовска, физиотерапевт од Скопје, второто, Јулија Крстевска, фармацевт од Кочани, а третото д-р Јана Милутиновиќ, стоматолог од Скопје. Во категоријата „отен“ и во категорија „50+“, се играше по две групи, по сис-



Medical Open – хронологија на победници

Место	Год.	Победници поединечно		Победници двојки
1	ТК Југ Скопје	1993	Владимир Деспотовски	Првите три првенства немаше натпревари во двојки
2	ТК Југ Скопје	1994	Блаже Трифуновски	
3	ТК Југ Скопје	1996	Блаже Трифуновски	
4	ТК Акватен Кочани	1998	Владимир Деспотовски	Пановски. Н. - Ѓурчинов Д.
5	ТК Југ Скопје	1999	Владимир Деспотовски	Пановски. Н. - Ѓурчинов Д.
6	ТК Југ Скопје	2000	Владимир Деспотовски	Пановски. Н. - Ѓурчинов Д.
7	ТК Југ Скопје	2001	Владимир Деспотовски	Пановски. Н. - Ѓурчинов Д.
8	ТК М.Кули Прилеп	2002	Владимир Деспотовски	Пановски. Н. - Ѓурчинов Д.
9	ТК Акватен Кочани	2003	Владимир Деспотовски	Пановски. Н. - Ѓурчинов Д.
10	ТК Југ Скопје	2004	Владимир Деспотовски	Пановски. Н. - Ѓурчинов Д.
11	ТК Југ Скопје	2005	Миодраг Милутиновиќ	Пановски. Н. - Ѓурчинов Д.
12	ТК Форца Скопје	2006	Методија Чадиговски	Петличковски А.-Чадиговски М.
13	ТК Евросет Скопје	2007	Едвард Јанев	Пановски. Н. - Ѓурчинов Д.
		Отен	50+	
14	ТК Акватен Кочани	2008	Петличковски Милутиновиќ М.	Нешковски И.-Бошковски И.
15	ТК Акватен Кочани	2009	Андреевски А. Милутиновиќ М.	Пановски. Н. - Ѓурчинов Д.
16	ТК Акватен Кочани	2010	Андреевски А. Милановски Љ.	Марковски В.-Андреевски А.
17	ТК Акватен Кочани	2011	Андреевски А. Пановски Н.	Пановски Н.-Петличковски А.
18	ТК Акватен Кочани	2012	Андреевски А. Милановски Љ.	Пановски Н.-Петличковски А.
19	ТК Акватен Кочани	2013	Петличковски Пановски Н.	Пановски Н.-Петличковски А.
20	ТК Акватен Кочани	2014	Петличковски Милановски Љ.	Петличковски А.-Милановски Љ.
21	ТК Акватен Кочани	2015	Петличковски Пановски Н.	Пановски Н.-Петличковски А.
22	ТК Акватен Кочани	2016	Стојковски Ѓ. Милановски Љ.	Пановски Н. - Марковски В.
23	ТК Акватен Кочани	2017	Милутиновиќ Милош Милановски Љ.	Милановски Љ.- Петличковски А.
24	ТК Акватен Кочани	2018	Тимосиевски Дејан Марковски Вело	Милутиновиќ Милош - Петличковски А.
25	ТК Акватен Кочани	2019	Милутиновиќ Милош или Стојковски Ѓ. Марковски Вело	Милутиновиќ Милош - Милановски Горјан

тем секој со секој, по еден сет. Во полуфиналето настапија двајцата првопласирани во две групи, во двете категории. Во двојки се играше по пат на елиминации. Традиционално, во неделата околу 12 часот, силниот дожд ги прекина натпреварите, па двете полуфиналиња и финалето во двојки се одиграа на 8 јуни на ТК „Евросет“ во Скопје, а финалето во категорија „50+“, во неделата на 9.06. Финалето во „отен“ категорија ќе се одигра на 16.06. во Кочани или Пробиштип меѓу д-р Милош Милутиновиќ и д-р Горги Стојковски. Полуфиналисти во оваа категорија беа д-р Гоце Бабоски и д-р Горјан Милановски. Во категорија „50+“ титулата ја одбрани д-р Вело Марковски, кој во финалето, по исцрпувачка борба го совлада д-р Антонио Дојчиновски со 2:1 во сетови. Полуфиналисти во оваа категорија беа д-р Никола Пановски и д-р Љупчо Милановски. Во двојки, победници се д-р Милош Милутиновиќ и д-р Горјан Милановски, кои во финалето ги побе-

СЕКЦИИ



дија д-р Никола Пановски и д-р Вело Марковски, кои од победниците се постари за вкупно 68 години.

Ова беше јубилејно, 25. по ред првенство, одржано по 14 пат во Кочани. Обезбедени беа бесплатни терени, сендвичи, пици и вода од домаќините, а од „Алкалоид“, беше обезбеден ручек во неделата, како и маици со логото на ЛКМ. Посебна благодарност до „Алкалоид“, до д-р Љупчо Милановски, д-р Љупчо Стаменков, д-р Ванчо Апостоловски, д-р Симон Могилевски. По традиција, пехарите ги обезбеди покровителот, а Лекарската комора на Македонија ги покри и трошоците за топчиња.

Проф. д-р Никола Пановски

По повод 7 април Светскиот ден на здравјето се организираа следните активности и турнири:

■ На 6 април **Планинарската секција** за првпат организираше искачување на Водно во Скопје под мотото “Здрави доктори – здрава нација” со која се мотивираа докторите да излезат во природа и да практикуваат физичка активност.

■ На 7 април во Шаховскиот клуб “Карпош” се одржа турнир во **шах** на кој прите три места ги освоија: д-р Вело Марковски, д-р Мите Зафиров и д-р Зоран Јовановски.

■ На 13 април во Струмица се одржа турнирот во **пинг-понг** на кој освен доктори од земјава учествуваа и доктори од Косово. Победник на турнирот е д-р Петар Митков од Струмица кој со тоа ја одбрани и минатогодишната титула, а следуваа Александар Нолевски од Битола и д-р Душко Домазатовски од “8 Септември” – Скопје кој беше подобар од д-р Верица Јорданова од Штип. Договорено е наредниот турнир да се одржи во Македонска Каменица.

■ На 20 април во Скопје се одржа турнирот во **мал фудбал** на кој учествуваа четири екипи. Победник беше тимот на “Ацибаден-Систина” кој во финалето беше подобар од младите доктори – Тагера 2. Третото место и припадна на екипата на Клиничката болница –Штип која наредната година ќе биде домаќин на фудбалските натпревари.

■ На 20 април се одржа турнирот во **стрелање** во стреланата “Стрелец” во Скопје. Во женска конкуренција најдобри беа: д-р Лидија Арсовска, д-р Снежана Лазеска и д-р Сандра Арсовска.

Во машка конкуренција првите три места ги освоија: д-р Ѓорѓи Митев, д-р Толе Битовски и д-р Саво Трајановиќ.

■ На турнирот во **кошарка** што се одржа во Скопје на 9 јуни учествуваа четири екипи. Првото место го освои екипата: д-р М. Милутиновиќ, д-р С.Ичев, д-р Б. Павлов и д-р П. Милошевски, а на второто место се пласираа тимот: д-р Г. Милановски, д-р А. Косев, д-р Г. Коњановски и д-р С. Пејковски.

Д-р Љ. Милановски, претседател на КСА при ЛКМ



Доајени

ЗА ДОАЈЕНИТЕ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ

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

Медицинскиот факултет во Скопје, основан во 1947 г., одигра клучна улога во развојот на македонската медицина и образованието на медицинските професионалци, подобрување на локалната здравствена состојба на населението и целокупниот натамошен развој на здравствениот систем и обезбедувањето на здравствена заштита на населението во Р. Македонија. Придонесот на првите лекари-наставници во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје, во периодот 1947-1960 г. и постоа, 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 новоформираните Медицински факултети во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговото развој.

Медицинскиот факултет во Скопје, Македонското лекарско друштво и Лекарската комора на Македонија им должат неизмерна благодарност на првите лекари-наставници од Македонија и на оние кои дошле во Скопје од други републики во тогашната ФНР Југославија, посебно од Србија и од Хрватска, и од други земји во Европа, за нивниот ентузијазам и несебично залагање, професионална и академска работа и посветеност, и огромниот придонес во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје и развојот на медицината во Македонија, а со што придонесувале и за севкупниот културен и општествено-економски развој и во градењето на новата 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 новата историја на медицината и оддавање должна почит и признание на првите наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.



Аврам САДИКАРИО,

Професор и основоположник на современата македонска педијатриска хематоонкологија

„Имагинацијата е поважна од знаењето, бидејќи знаењето е ограничено, а имагинацијата го ојкружува светот“ - Алберт Ајнштајн

Д-р Аврам Садикарио е роден во Битола на 14.5.1919 г., како прво од 8 деца (5 сестри и 3 браќа), во занаетчиско-трговско семејство (со кожа), од мајка Вида и татко Јосиф Садикарио. Основно образование и гимназија завршил во Битола. Медицински студии започнал во Белград во 1938 г., за првите три години, а по прекилот од неколку години, поради воените услови, продолжил и дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Софија во 1946 г.

Својата животна сопатничка, Жамила (Ангела) Коломос од Битола, позната партизанка и лингвист, ја запознал по завршувањето на војната, а стапиле во брак во 1947 г. Тие имале две деца: Чедомирка (Мира), која на возраст од 18 години загинала во земјотресот во Скопје во 1963 г., и Самуел, лекар специјалист интернист, ендокринолог, а потоа и кардиолог, редовен професор на Катедрата за интерна медицина при МФ-Скопје. Самуел заедно со сопругата Нада живеат во семејната кука во Скопје додека нивните ќерки, Хана и Леа, по завршеното школување останале да работат и живеат во Израел.

Д-р А. Садикарио завршил специјализација по педијатрија во МФ-Скопје во 1951 г. Бил избран за универзитетски предавач во 1957 г., во звање доцент во 1958 г., вонр. професор 1964 г. (реизбран во 1970 г.) и редовен професор во 1971 г. Негов посебен професио-

нален и научен интерес бил во областа на хематоонкологијата и хемоглобинопатиите, како и недоволната исхранетост кај децата (квашиоркор).

Проф. А. Садикарио бил директор на Детската клиника од 1974-84 г. Пишувал поезија и бил прифатен како член на Друштвото на писателите на Македонија во 1973 г. Проф. д-р Аврам Садикарио почина во Скопје на 1.8.2007 г. на 88 години.

Општествено-политичка и револуционерна дејност

При започнувањето на Втората светска војна А. Садикарио ги прекинал студиите на МФ-Белград и во 1941 г. се вратил во Битола, кога се зачленил во КПЈ и се вклучил во редовите на НОВ и ПОЈ. Имал тежок животен пат, а поголемиот дел од поширокото семејство Садикарио, неговите сестри со своите семејства и блиски роднини, вкупно околу 90 возрасни и деца, биле импортирани во 1943 г. и убиени во концентрациониот логор „Треблинка“ во Полска. Неговите браќа Соломон и Самуел загинале во војната, едниот близу Куманово во 1944 г., а другиот на Сремскиот фронт во 1945 г., кога Аврам останал сам од големото семејство Садикарио. Во 1943 г., А. Садикарио бил испратен да ги продолжи медицинските студии во Софија, но истовремено имал револуционерна задача како илгалец-партизан во Бугарија. Поради илгални активности во Софија, кон крајот на 1943 г. А. Садикарио бил заробен и депортиран во концентрациониот логор во Плевен. Во 1945 г. бил ослободен од руската Црвена армија и продолжил со медицинските студии во Софија каде дипломирал во 1946 г.

Лекар хуманист, наставник и едукатор



Екипа за изградба на Клиниката за детски болести, 1983 г. Од лево: д-р Б. Младеновски, д-р Н. Зисовски, главен инж.архитект, проф. А. Садикарио, д-р Т. Николова, тројца инж.архитекти и доц. Н. Софијанов



По дипломирањето на МФ-Софија во 1946 г., една година работел во Детски диспансер во Куманово и неколку месеци во Диспансерот на д-р Велчев во Скопје. Во 1948 г. започнал специјализација по педијатрија на Клиниката за детски болести при МФ-Скопје, раководена од доц. Х. Манчев, а специјалистичкиот испит го положил во 1951 г. Остварил неколку повеќемесечни престои во Париз (1949, 1954, 1963 и 1969) и притоа воспоставил тесна соработка во областа на педијатриската хематологија со познатите професори Жулие Мари (Julien Marie), Жан Бернар (Jean Bernard) и Роберт Дебре (Robert Debre), кои и сега се сметаат за „татковци“ на педијатријата во Франција. Во Париз завршил и четиримесечен курс за социјална педијатрија организиран од СЗО. Во 1952 г. бил избран за асистент и се вклучил во изведувањето на практичната настава, заедно со асистентите д-р Милош Јаковлевиќ и д-р Душан Теодосиевски. Теоретската настава по предметот педијатрија од 1950-57 ја реализирал доц. Харалампие Манчев, а потоа на чело на Клиниката и Катедрата за педијатрија бил поставен доц. д-р Христо Дума. Во 1957 г. асс. д-р А. Садикарио бил избран за универзитетски предавач. По сугестија од проф. А. Игњатовски изработил хабилитација на тема „Плурикаренциелна едемна малнутриција“, со јавна одбрана во 1957 г. Во звање доцент бил избран во 1958 г., потоа во вонр. професор 1964 г. (реизбран во 1970 г.) и редовен професор во 1971 г.

Проф. А. Садикарио често зборувал дека неизлечивите болести на крвта и

ракот кај децата, во тоа време, за него биле најголемиот предизвик. Неговите знаења од сите области на педијатријата биле импресивни. На помладите лекари бил вистински учител во струката, но и за моралните принципи за работа со детската популација. Често им поставувал прашање – дали си заљубен? Притоа, прашањето се однесувало на избраната супспецијалност знаејќи дека ентузијазмот и посветеноста се водилки во професионалниот развој и кариера. Повремено поставувал и второ симболично прашање на помладите лекари – дали растеш? Смеслата на тоа прашање била дали лекарот напредува во својата струка и супспецијалност, дали чита и следи новопубликувана литература, дали пишува стручно-научни трудови, дали решава потешки случаи за дијагноза и третман, со други зборови дали навис-

тина одговорно ги извршува своите професионални и едукативни обврски. Знаел да се радува и гордее со секој нивни професионален и личен успех, и тоа искрено, и да им подарува, на такви пригоди, објавени збирки сопствени песни со посвета. Повремено рецитирал и пеел на шпански јазик, делел комплименти, разговарал и другарувал со колегите занемарувајќи ја генерациската разлика поради што бил омилен кај помладите лекари. Бил познат како строг, но праведен учител, благороден ментор и раководител кој предизвикувал почит кај своите соработници. Создавал многу солиден тим од над 30 млади педијатри во Клиниката, но и пошироко, во други здравствени установи во Републиката, кои биле почитувани од сите други специјалности.

Иницијатор, организатор и општественик

Д-р А. Садикарио се придружил на Клиниката за детски болести во 1948 г. Клиниката имала 60 болнички кревети сместени во скромни услови, распределени во две одделенија: за доенче и за поголемо дете. Прв директор на Клиниката бил доц. д-р Х. Манчев, во периодот од 1947-57 г. кога Клиниката ги постигнала своите први поголеми успеси и афирмација на југословенски план.

Во 1957 г. Клиниката се преселила во новата зграда на интерните клиники, со повеќе од 100 болнички кревети, распределени во три одделенија (за доенчиња, за деца од 2-3 г. и за предучилиш-



Жамила и Аврам Садикарио во својот дом во Скопје, 2000 г., десно синот Самуел со неговата сопруга Нада и ќерките Леа и Хана



Доајени



Во семејството
Садикарио,
Скопје, 2001 г.
Жамила
Колономос,
нобеловецот
Ели Визел,
проф. Аврам
Садикарио и
проф. Самуел
Садикарио

ни и училишни деца). Раководители на одделенијата биле доцентите Христо Дума, кој бил назначен за директор на Клиниката за детски болести, Душко Теодосиевски и Аврам Садикарио, кој од 1951 г. раководел и продолжил да го води Одделението за предучилишни и училишни деца, со формирање оддели за хематологија, нефрологија и ревмокардиологија, преку кои дал голем придонес во развојот на овие дејности.

Во 1950-те, доц. А. Садикарио организирал донесување вакцина и воведување имунизација против детска парализа на кој начин се спречила епидемија од оваа опасна болест за децата. Бил иницијатор и основач на Центарот за рехабилитација на деца со ревматски болести и церебрална парализа, во Охрид во 1960-61 г., кој за жал сега не постои и е во урнатини.

Подоцна, проф. А. Садикарио бил иницијатор и предводник во изградбата на новата зграда на Клиниката за детски болести, во периодот од 1979-84 г. Како директор, со Клиниката за детски болести раководел од 1974-84 г. Според своето убедување и строги критериуми за квалитет, вработувал млади лекари со најдобар успех во студиите, но и со лични карактерни вредности и чесност за што воспоставувал широко распрашување. Дури и по пензионирањето, Клиниката и малите пациенти останале негова опсесија и голема љубов, кои го привлекувале со години да продолжи да оди на стручните состаноци и визити на хематоонколошкиот оддел и да придонесува во дискусиите и решавањето на стручните педијатриски проблеми.

Бил член на разни тела и одбори во МФ-Скопје, претседател на Здружението на педијатрите на

Македонија (1950-57) и член на управните одбори на сојузите на хематолошките и на педијатриските здруженија на СФРЈ. Во 1969 г. бил избран за почесен член на Здружението на педијатрите на Франција.

Проф. А. Садикарио, заедно со неговата сопруга Жамила и синот Самуел, како и со акад. Иван Дејанов и членови на Еврејската заедница во Македонија, но и со нобеловецот Ели Визел и Центарот на холокаустот во Washington, D.C., се идеолози и идејни иницијатори за формирање и градба на Центар на холокаустот во Скопје, како четврти таков центар во светот.

Научно-истражувачка, публицистичка и уредувачка дејност

Под раководство на проф. А. Садикарио, на Одделот за детска хематологија се реализирале повеќе научни проекти, а најблиски соработници и следбеници му биле Б. Младеновски, Н. Зисовски, Н. Софијанов, И. Бојациев, А. Гордова и др. Во Клиниката за детски болести тесно соработувал со професорите Х. Манчев, Х. Дума, Д. Теодосиевски, В. Донева, како и со стручњаци од други клиници и институции, посебно професорите А. Игњатовски, Д. Арсов, Ј. Неделковски и Т. Стојчевски, и академиците Ѓ. Ефремов, И. Таџер, М. Поленаковиќ и И. Дејанов. Посебно значајни проекти на кои соработувал со наведените соработници биле насочени кон рано откривање и третман на таласемиите и коагулопатиите кај децата (хемофилија А и В, поликлонални гамопатии итн.).

Проф. А. Садикарио посебно бил посветен на раното откривање и трет-

ман на конгениталните хемолитични анемии и леукемиите кај децата со воведување нови протоколи за лекување (хемотерапија и радијациона терапија). Со овие нови револуционерни методи, откриени и „донесени“ од Франција, се постигнувало излекување на висок процент на заболени деца со акутна леукемија и со малигни лимфоми. На тој начин, по Париз, Скопје станал втор центар во светот за ефикасно лекување на акутните лимфобластни леукемии.

Учествувал со трудови на многубројни домашни и интернационални конгреси. Објавил околу 300 стручни и научни трудови од повеќе области на педијатријата, најмногу од областа на хематологија, кардиологија, ревматологија и неонатологија. Вкупно 82 труда се достапни на PubMed, од кои на 22 труда проф. А. Садикарио е прв автор.

Проф. А. Садикарио соработувал со многу клиници и институти во рамките на МФ-Скопје и со повеќе педијатриски центри и стручњаци во поранешна СФР Југославија (професорите Чупиќ во Белград и Колхаузер и Кончан во Љубљана). Исто така, остварил тесна соработка со многу проминентни стручњаци во педијатријата во меѓународни рамки, меѓу кои се професорите Рачев, Димитров, Бакалова и Крустинов во Софија, Блесовски во В. Британија и Мари, Дебре и Бернар во Франција. Кон средината на 1970-те бил избран за дописен член на Француската медицинска академија на науки во Париз.

Многу значајна е и уредувачката дејност на проф. А. Садикарио. Бил член на Редакцискиот одбор на ММП (1955-61 и 1974-75) и главен и одговорен уредник на Год. зборник на МФ-Скопје (1965-85), во тој период единствено списание што било цитирано во PubMed (Index Medicus). Во 1984 г., по повод неговото пензионирање, вол. 30, бр. 2 од Год. зборник на МФ-Скопје бил посветен на проф. А. Садикарио.

Склоност кон литературата, филозофијата, религијата и планинарството

Претставата за широчината и повеќедимензионалноста на личноста на проф. А. Садикарио ќе биде поцелосна со приказот на неговата склоност кон

литературата и поезијата, филозофијата и религијата. Бил обожавател на многу познати поети, писатели и класици на светската литература и поезија и вљубеник во нивните дела, како што се Хомер, Шекспир, Лорка, Неруда, Моралес, Тагоре, Едгар Алан По, Евтушенко, Хлебников, Бродски, потоа јидиш-еврејските поети Сукевер, Бјалик, Алтман, Олександр, Левик, Пастернак, француските писатели и поети Бодлер, Бретон, Сан-Хон-Перс, Рембо, германските Хајне, Гете, Брехт и многу други.

Проф. А. Садикарио бил член од 1973 г., повеќе од 40 години, и повеќегодишен секретар на Друштвото на писателите на Македонија (ДПМ). Како автор издал десетина збирки поезија со над 2.000 песни. Бил близок пријател на големите поети Славко Јаневски, Блаже Коневски, Ацо Шопов, Матеја Матевски, Живко Чинго, Ефтим Клетников, Јован Павловски и Јован Котевски. Преку дружењето со акад. Блаже Коневски станал близок пријател и соработник со професорите по славистика Херберт Галтон (САД) и Моше Алтбауер (Израел), кои пронашле многу значајни документи за македонскиот јазик во Русија и Израел.

Посебен интерес проф. А. Садикарио имал кон филозофијата и ги читал делата на класиците Сократ, Платон, Аристотел, Спиноза, Лајбниц, Русо, Кант, Хегел, Маркс, Ленин, Сартр, Ками, а особено детално ги студирал делата на Хајдегер и Ниче. Во последните години од неговиот живот ги

читал делата на Дерида, Тодоров, Генон, Паси, Лиотар, Бодлер и др. Во Македонија имал голема почит и често се дружел со филозофот проф. Јонче Јосифовски. Секогаш бил жедел за нови знаења и бил вистински полиглот кој течно зборувал француски, англиски и шпански, а лесно се служел со германски и руски јазик. Континуирано се восхитувал на можностите за изразување на различните јазици.

Проф. А. Садикарио ја простудирал целата библија и повеќе делови ги знаел напамет, како од Стариот така и од Новиот Завет. Додека бил дете, неговиот татко го подготвувал за рабин, но тој сам се откажал од тоа бидејќи чувствувал и велел за себе дека е атеист. Сепак, многу ги ценел свештениците во Македонија, посебно архиепископот Михаил и владиката Кирил.

Дополнително хоби на проф. А. Садикарио било планинарството. Бил вљубеник во убавините на природата и се искачувал на врвовите на сите планини во Македонија, но и на повеќето во Србија, Црна Гора, Босна, Словенија, Бугарија и Романија. Со своите планинарски подвизи и енергија често пати ги импресионирал и „засрамувал“ помладите колеги.

Спомени, награди и признанија

Проф. Аврам Садикарио ќе остане во колективната меморија како еден од столбовите и најзначајни личности во македонската педијатрија, хуман лекар и поет со големо срце, посветен наставник и научник, градител кој повеќе од три децении придонесувал за иницијалниот и натамошен развој на педијатријата и за изградба на новата зграда во која и сега е сместена Клиниката за детски болести и, пошироко, за развојот на медицинската наука и дејност во Р. Македонија. Неговата посветеност и голема желба биле насочени во правец на педијатријата, посебно детската хематоонкологија, но и поезијата на Македонија, да станат значаен дел од светската медицинска наука и уметност. Добитник е на повелбата „Д-р Трифун Пановски“ на МЛД (1986) и на Благодарница од

Здружението на педијатрите (2005). Од Сојузот на еврејските заедници на Југославија во Белград добил награда за литературно дело (збирка поезија) со наслов „Три илјади години на Ерусалим“, напишана на шпански-ладино, македонски и српски јазик. Добитник е на многу други признанија од МФ-Скопје, МЛД и повеќе хуманитарни здруженија. Одликуван е со Орден на трудот од прв ред со златни ленти, Орден за заслуги за народ од прв ред и Орден братство-единство од прв ред.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Редакција на Vox Medici. Професор д-р Аврам Садикарио – еднаш и секогаш доктор. Vox Medici, март 2002; 10(34): 31-3.
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. Здружение на педијатрите на Македонија. 60 Години од постоењето на Здружението на педијатрите на Македонија. МЛД, 2005: 105.
4. Колономос Ж, Садикарио С, Котевски Ј. Белешки за животот и делото на Аврам Садикарио. Домашна архива на семејството Садикарио, Скопје, 2019 г.
5. Кочова М. Проф. д-р Аврам Садикарио – In Memoriam. Vox Medici, окт. 2017; 15(56): 62.
6. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, Чапароски Р, Главаш Е. Развој на институциите во рамките на МФ-Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. МФ-Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987: 183-345.
7. Николовски Ј, уредник. 60 Години од постоењето на Здружението на педијатрите на Македонија. МЛД, 2005: 105.
8. Ристовски Б, Главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел II. МАНУ-Скопје, 2009: 1293.
9. Таџер И, Арсов Д, Андреевски А, рецензенти. Реферат за избор на професор по педијатрија (Аврам Садикарио) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 159, август 1971: 22-37
10. Тофоски Ј, уредник. 60 Години МЛД 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.



Конгрес на педијатрите на СФРЈ, Сараево 1978 г. Од лево: проф. А. Садикарио, проф. Д. Смилев, д-р Н. Зисовски, г-ѓа Жамила Колономос, д-р И. Бојациев и унив. пред. д-р И. Дејанов

Доајени



Иван БЕРКЕШ,

Професор и основоположник на Институтот за биохемија при Медицинскиот факултет во Скопје

„Секој кој ќе ѝресџане да учи е сџар, без разлика дали на возраст од 20 или 80 жодини. Секој кој ѝро-должува да учи, осџанува млад. Најдоброш нешџо во живошџо е да жџо задржишџе умож млад“ - Хенри Форд

Д-р Иван Беркеш е роден во Бјеловар, Хрватска, на 13.11.1910 г. Дипломирал на Фармацевтскиот факултет во Загреб во 1933 г. и потоа завршил и студии по хемија во 1936 г. во Загреб. Во 1939 г. одбранил докторска дисертација од областа на хемија во Загреб и бил избран за асистент во Институтот за хемија при Медицинскиот факултет (МФ) во Загреб. Подоцна бил именуван за директор и раководел со Институтот за хемија при МФ-Загреб до 1953 г.

Проф. И. Беркеш бил избран во звање вонреден професор по биохемија на МФ-Скопје во 1954 г. и бил назначен за прв директор на Институтот за биохемија и прв раководител на Катедрата за биохемија при МФ-Скопје. Во Скопје дошол заедно со сопругата, технолог инг. Персида Беркеш-Томашевиќ, која била асистент во Институтот за медицинска хемија при Фармацевтскиот факултет во Загреб. Во тоа звање била примена во Институтот за биохемија при МФ-Скопје во 1954 г., а во 1957 г. одбрала докторска дисертација на Фармацевтскиот факултет во Белград и била избрана во научен соработник во Институтот за судска медицина при МФ-Скопје. Проф. И. Беркеш раководел со Институтот и Катедрата за биохемија и ја изведува наставата по предметот биохемија до 1960 г., кога бил избран во редовен професор по биохемија на Фармацевтскиот факултет во Белград, а неговата сопруга Персида

била избрана за доцент, потоа професор по медицинска биохемија на Факултетот за ветеринарна медицина во Белград.

Проф. д-р Иван Беркеш починал во Белград на 24.3.1997 г., на возраст од 86 години, а неговата сопруга Персида починала на 2.2.2001 г. на 80 години. Погребот го организирал и извршил нивниот син Игор Беркеш во Белград.

Професионален развој, стручна и наставно-едукативна дејност

По завршените студии по фармација (1933) и хемија (1936) во Загреб, одбрал докторска дисертација од областа на хемија во Филозофскиот факултет во Загреб, во 1939 г., и бил избран за асистент во Институтот за хемија кај познатиот доајен на медицинската хемија, проф. Фран Бубановиќ. Подоцна бил именуван за директор и раководел со Институтот за хемија при МФ-Загреб до 1953 г. За време на војната бил учесник во НОБ и бил интерниран во логор на островот Раб.

На МФ-Скопје дошол во 1954 г. кога бил избран во звање вонреден професор по биохемија и бил назначен за прв директор на новоформиранитот самостоен Институт за биохемија, како и прв раководител на Катедрата за биохемија при МФ-Скопје.

Посебна заслуга на проф. И. Беркеш е диференцирањето на клиничката и физиолошката биохемија од фундаменталната биохемија што тој ја создал како модел за цела СФР Југославија.

Како наставник проф. И. Беркеш ја реорганизирил теоретската настава и вовел модерна настава по биохемија со ориентација кон базичната биохемија. Тој ги напишал првите скрипти за теоретскиот и практичниот дел на наставата по биохемија за студентите од втора година на медицина.

Проф. И. Беркеш ја организирал и

изведувал наставата по предметот биохемија на МФ-Скопје до 1960 г., кога ја продолжил кариерата на Фармацевтскиот факултет во Белград како редовен професор и шеф на Катедрата по биохемија до неговото пензионирање во 1978 г. Тој бил наставник 6 години во Скопје и 18 години во Белград. За време на неговата академска активност над 200 лекари и други профили стручњаци во Македонија и Србија, под негово менторство и водство, станале биохемичари кои специјализирале во различни потесни области на биохемијата. И по заминувањето од МФ-Скопје повеќе фармацевти и други профили на кадри одбрале докторски дисертации кај проф. И. Беркеш на Универзитетот во Белград.

Иницијатор, организатор и стручно-општествена активност

На почетокот, по основањето на Институтот за хемија и биохемија при МФ-Скопје во 1947 г., тој бил сместен во барака во кругот на Факултетот. Кога зградата на институтите на МФ-Скопје била завршена во 1948 г., Институтот за хемија и биохемија бил преместен во нови простории на првиот кат. Институтот за биохемија бил интегриран и функционирил во рамките на Институтот за хемија, а теоретската настава и по предметот биохемија ја одржувал професорот по хемија, проф. Божидар Белија. За практичната настава била задолжена асс. Дивна Ташкова и, потоа, се придружиле и асс. Александра Бабамова и асс. Нада Гилова-Чумбелиќ, заедно со дипл. хемичар Анатолиј Богуславски (емигрант од Русија), шеф на Одделот за броматологија во Хигиенскиот завод (сега Институт за јавно здравје).

Во 1954 г., со изменето име, Институтот за биохемија со медицинска биохемија бил издвоен како самостоен институт при МФ-Скопје и добил свои простории во кои и денес е сместен. Во исто време била формирана и Катедрата за биохемија, а проф. И. Беркеш бил назначен за прв директор на Институтот и раководител на Катедрата за биохемија. Проф. И. Беркеш почнал многу засилно да го организира Институтот и сесрдно се залагал за создавање услови и за развој на наставната и научно-истражувачката



Промоција на дипломирани лекари на МФ-Скопје, јан 1955 г. Од десно: професорите Иван Беркеш, Миленко Берик и Вељко Бујан

работа. Во рамки на Институтот, на приземјето од левата страна на главниот влез во зградата, биле формирани две лаборатории за вежби со студентите на МФ-Скопје, една просторија за мерни инструменти, како и простории за наставниот и помошно-наставниот персонал. На првиот кат биле формирани две биохемиски лаборатории за научно-истражувачка работа, во просторот меѓу Институтот за микробиологија и Институтот за фармакологија. Проф. И. Беркеш посебно се залагал за опремување на лабораториите со апарату-



Асс. Персида Беркеш, шеф на Истражувачката лабораторија во Институтот за биохемија од 1954-57 г.

тура, стакларија, хемикалии и прибор, потребни за практичните вежби на студентите и за научната работа, а за што секогаш добивал материјална поддршка од раководството на МФ-Скопје. Биле набавени аналитички ваги Mettler, спектрофотометри Beckman и Unicam, апарат Wartburg за испитување на ензимите преку нивно трошење кислород во одредена хемиска реакција, центрифуги обични и на ладење, рН-метри, контрадвижна апаратура за електрофореза и др., на кој начин била обезбедена опременост на европско ниво во најдобро опремениот Институт за биохемија во Југославија во тоа време.

Како член на библиотечниот одбор, проф. И. Беркеш обезбедил претплата или бесплатно добивање на повеќе научни списанија во Библиотеката на МФ-Скопје (Nature, Chem. Abstract, J Biochemical Chemistry, Biochemical J). Со цел да ги обедини високообразованите кадри, вработени во лабораториите на одделни клиници и институти, одржувал редовни состаноци со презентации за работата на Институтот и најновите достигнувања во биохемијата, како и со прикажување на резултатите на одделни лаборатории во клиниките и институтите.

Во 1959 г. бил донесен нов Статут на МФ-Скопје во кој предметите биохемија и хемија биле соединети во предметот биохемија со медицинска хемија,

а во измените на Статутот во 1964 г. предметот биохемија пак бил издвоен како засебен предмет, додека предметот медицинска хемија бил префрлен на Природно-математичкиот факултет, со ангажирање на сосема нови наставни и помошно-наставни кадри.

По заминувањето на проф. И. Беркеш во Белград, во 1960 г., Институтот за биохемија и медицинска хемија го раководел проф. Исак Таџер, до 1962 г., кога асс. Дивна Ташкова била именувана за в.д. директор на Институтот. Во 1963 г. биле избрани доцентите Дивна Ташкова-Константинова, Александра Бабамова-Виларова и Нада Гилова-Чумбелиќ. Во 1960-тите биле избрани асистентките Марија Стојанова-Брезовска, Оливера Шалинска-Марковиќ, Слобода Џекова-Стојкова и Билјана Поленаковиќ.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Посветеноста во научната работа на проф. И. Беркеш била под иницијално влијание од проф. Томислав Пинтер, во Институтот за хемија при МФ-Загреб, кој ги пренел првите сознанија и искуства за основните принципи и постапки на работа во аналитичката неорганска и физичка хемија, а со помош на проф. Мило Младеновиќ повеќе навлегол во препаративната органска хемија и во примената на Прегл-овата микроанализа за микрохемиско определување на многу елементи.

Научно-истражувачката работа во Институтот за биохемија при МФ-Скопје вклучувала испитување на серумските и ткивните протеини и липопротеини, како и усовршување на клиничко апликативни методи во областа на ензимологијата. Проф. И. Беркеш бил посебно посветен и активен во примената на електрохемијата во медицината. Тој ја создал основата за електрофорезата, која како техника станала главен фокус на клиничката биохемија. Во соработка со асс. Бранислав Никодиевиќ од Институтот за фармакологија, кон крајот на 1950-те, вршеле експериментално испитување на инсулинот на зајаци и електрофоретски го одредувале нивото. Притоа издвоиле две фракции на инсулин за кои порано не се знаело. Поради финансиски про-

Доајени

блеми за користење на големи апарати во лабораторијата, д-р Беркеш вовел неколку методи на решенија за електрофореза на хартија. Подоцна, тој бил еден од најголемите истражувачи на ова поле и неговите трудови биле цитирани од сите што се занимавале со овие активности.

Покрај многуте примени на методата електрофореза, најинтересна студија била за нефротскиот синдром кај децата во 1950-те години. Подоцна проф. И. Беркеш развивал протеомична анализа на тиоловите модификации и процена на структурните промени во хемоглобинот и ензимско определување на хомоцистеин во клеточните екстракти.

Поголемиот дел од своето време проф. И. Беркеш го поминал со методолошки истражувања во биохемијата и ензимологијата. Неговиот интерес за ензимите континуирано се зголемувал. Во текот на својот живот објавил многу книги и над 200 трудови во домашни и странски научни списанија. Посебно е значајно неговото капитално дело-книга „Општа и медицинска ензимологија“ (1975), во која ги дал основите на општата и специјалната биохемија како мошне динамични дисциплини, посебно во врска со специфичноста на ензимските процеси како основа на комплексните метаболни процеси на живиот организам.

За научно-истражувачката работа во Катедрата за биохемија, покрај проф. И. Беркеш, била одговорна ас. Персида Беркеш, како раководител на истражувачката лабораторија во Институтот за биохемија при МФ-Скопје од 1954-57 г.

Спомени, признанија и награди

Проф И. Беркеш ќе остане трајно во колективната меморија и историјата на МФ-Скопје и на медицината во Р. Македонија како основоположник на современата биохемија и прв директор на Институтот за биохемија при МФ-Скопје. Тој е проминентен стручњак и учител во медицината и фармацијата, основач на клиничката ензимологија и медицинската биохемија во Македонија, Србија и, пошироко, во СФР Југославија,

Многу лекари и други профили на кадри под менторство на проф. И. Беркеш станале врвни биохемичари, специјализирани за различни методи и

потесни области на биохемијата. Тој бил пример за сите негови ученици во секој поглед и многу генерации негови ученици се сеќаваат на својот учител како основоположник на модерната биохемија во Македонија и во поранешна Југославија.

За својата плодна и успешна дејност проф И. Беркеш бил добитник на повеќе благодарници и признанија од МФ-Скопје и МЛД. Здружението на медицински биохемичари на Србија, покрај воспоставувањето научен фонд „Проф. Иван Беркеш“ по неговата смрт во 1997 г., организирале, до 2018 г., 21 годишна научна конференција за медицински биохемичари, наставници и студенти на Фармацевтскиот факултет во Белград, посветени на животот и делото на доајенот на биохемијата, проф. Иван Беркеш.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданска Ј. Катедра за биохемија и клиничка биохемија. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Ј, уредници. 70 години МФ-Скопје, 1947-2017. ФМ-Скопје, Скопје, 2017: 30-3.

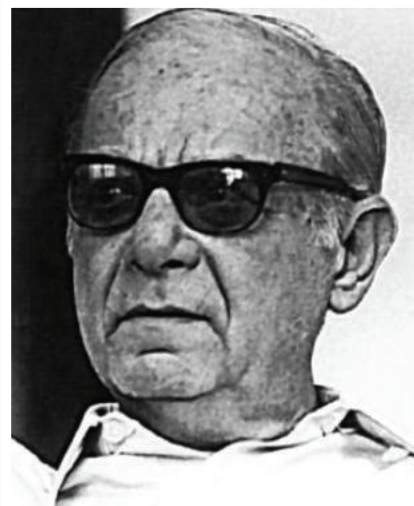
2. Jovičić Snežana. Scientific Fund “Prof. Ivan Berkeš”. Society of Medical Biochemists of Serbia the 21st Annual Professor Ivan Berkeš Scientific Conference. Available at: http://www.dmbj.org.rs/index.php?option=com_content&view=article&id=254&Itemid=617

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

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

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

6. Ставриќ Хрисохо Р. Развој на биохемија во Македонија. Здружение на



Симболот на медицинската биохемија и на Научниот фонд „Проф. Иван Беркеш“ (формиран во 1997 г.) на Фармацевтскиот факултет во Белград

медицински биохемичари на Македонија, Скопје, 1999: 596.

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

8. Таџер И. Иван Беркеш – In Memoriam. ММП, 1996; 50(5-6): 206.

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

10. Wikibooks. Structural Biochemistry /Ivan Berkes. Available at: https://en.wikibooks.org/wiki/Structural_Biochemistry/Ivan_Berkes



Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 41, јуни 2019 година

**СТОМАТОЛОШКИ ТРЕТМАН НА ДЕЦА СО ОШТЕТЕН СЛУХ -
ЛИТЕРАТУРЕН ПРЕГЛЕД**
Весна Амбаркова

РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

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

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 неистражена рецензија. Одлучата дали манускриптот ќе се објави или не, или ќе се модифицира 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 прифатените стандарди на нивната дисциплина и да сфатат дисеминација на релевантни наоди, неопходни тврдења, неистражени интериоритети и лични видови. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудот кој е подготвен на оригиналност треба да се придржуваат на припадностите 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 спектување ново научно знаење засновано на докази).

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

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

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 104 од октомври 2019 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 септември 2019 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 2019 година.

Стоматолошки третман на деца со оштетен слух-литературен преглед

Весна Амбаркова

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

Апстракт

Во овој труд се прикажани резултатите од литературниот преглед на публикации кои го обработуваат проблемот на стоматолошко и ортодонтско згрижување на пациенти со оштетен слух. Губењето на слухот влијае на способноста на едно лице да комуницира со други луѓе. Лишувањето од можности за комуникација може да има значително влијание врз секојдневниот живот, предизвикувајќи чувство на осаменост, изолација и очај. Распространетоста на дентофацијални абнормалности кај лицата со оштетен слух е многу висока. проблемот на стоматолошкото згрижување на пациенти со оштетен слух, е многу актуелен. Денес за да се подобри оралното здравје на децата со оштетен слух, потребно е да се развијат висококвалификувани економски исплатливи и реални програми за превенција на оралните заболувања и малоклузиите, едукативни програми за оралната хигиена кај пациенти со тешкотии со слухот.

Клучни зборови: загуба на слух, читање од усни, стоматолошка грижа

Вовед

Здравјето на децата и адолесцентите е главна компонента која ја одразува социјалната и економската ситуација во државата и е показател за благосостојбата на населението во една земја.

Слухот е од особена важност за правилен развој на говорот, зборовите ја овозможуваат комуникацијата помеѓу луѓето. Дури и малите оштетувања на слухот можат да го спречат нормалниот развој на детето. Оштетувањата на слухот не мора да бидат очигледни, така што често детето се третира како да има проблем со памтењето. Како резултат на оштетувањето на слухот, развојот на говорот може да биде многу слаб, и поради тоа често наглувото дете тешко се разбира. Стимулацијата од страна на родителите, учителите, децата на иста возраст и целата околина на детето се многу важни за развојот на детето со оштетен слух.

Денес дентофацијалните абнормалности се најзастапени меѓу сите орални заболувања ⁽¹⁾, а навременото откривање на

ортодонтската патологија и употребата на навремени и ефикасни превентивни мерки и методи на третман е од особена важност во справувањето со овие аномалии ⁽²⁾.

Научници од областа на аудиопсихологијата сметаат дека сите причини и фактори кои придонесуваат за оштетување на слухот треба да се поделат на три групи. Првата група содржи причини и фактори кои предизвикуваат развој на наследна глувост или проблеми со слухот. Втората група содржи фактори кои влијаат на фетусот за време на бременоста и предизвикуваат општа интоксикација на мајчиниот организам во текот на овој период (вродени оштетувања на слухот). Во третата група на фактори спаѓаат оние кои влијаат на увото на децата за време на животот (стекнати оштетувања на слухот) ⁽³⁾.

Звукот кој се произведува се спроведува низ надворешното и седното уво. Постојат многу причини, како конгенитални (неправилности на надворешното уво, ушниот канал или ушната мембрана), така и стекнати, кои го оневозможуваат или го смалуваат спроведувањето на звукот ⁽⁴⁾. Проблеми со спроведувањето на звукот може да предизвика и прекумерно создавање на церумен во ушниот канал, или појавата на течност во средното уво, или и едното и другото ⁽⁵⁾.

Според податоците кои ги добивме од Заводот за статистика за 2015 година, во Република Северна Македонија се регистрирани 274 лица со оштетен слух, од кои 84 се наглуви лица, додека 190 лица се глуви, најголемиот број од нив се на возраст од 7 до 13 години ⁽⁶⁾.

Најголемиот проблем на глувите и наглувите лица во Македонија е комуникацијата и поради тоа е неопходно да се обезбедат толкувачи на знаковен јазик. Околу шест илјади глуви и наглуви лица во Македонија, претставувани од Националниот сојуз на глуви и наглуви лица на Република Македонија, постојано бараат од надлежните институции социјализирање на глувите деца, специјални градинки и интернет-телевизија за добивање навремени информации. Сите деца што слушаат и зборуваат одат во градинка од нивната прва или втора година. Таму тие ги учат основните работи, како што се боите, зборовите, буквите, бројките, играат игри со кои стекнуваат психички развој, учат како се викаат, колку години имаат, се учат на ред и дисциплина, се врши еден вид нивна социјализација во општеството. Глувите деца ја немаат таа можност поради што е потребно формирање на проект градинка за деца, посебна установа само за глуви деца или во состав на постојните градинки, каде што со помош на лица воспитувачи кои го знаат толкувачкиот јазик – дефектолози, ќе имаат можност и глувите деца да се социјализираат.

Глувост или ослабување на слухот може да настане и поради проблеми со приемот на звукот од страна на сензорно-нервниот дел или нарушување на самиот прием (мембрана

Стручни и научни трудови

тимпани ушната мембрана, чекан, наковална и сл.). Ваквата состојба може да се предизвика од инфекции посебно рубеола⁽⁷⁾ или овчите сипаници⁽⁴⁾, одредени лекови како што се стрептомицин, големи дози на диуретици, или некои цитостатици⁽⁸⁾, васкуларни нарушувања⁽⁹⁾, преголема бучава на работното место или прегласна музика. Често како проследени симптоми се присутни зуењето во ушите и вртоглавицата.

Трансмисијата на звукот може да биде попречена и на патот од п. acusticus према деловите од мозокот каде што се сместени центрите за слух, како и на мозочните патишта или дел од кората на големиот мозок. Причините за овие оштетувања може да бидат од пренатална, епинатална или постнатална природа.

Нарушувања на слухот се појавуваат во сите старосни групи предизвикувајќи проблеми во комуникацијата. Луѓето со оштетен слух во својата комуникација се потпираат на читањето од усните или со следење на изразот на лицето на нивниот соговорник⁽¹⁰⁾. Стоматолозите треба да бидат свесни за невербалната комуникација која можат да ја користат во комуникацијата со децата со оштетен слух, знаците и гестикациите кои се однесуваат на стоматологijата треба да бидат научени од страна на децата со оштетен слух како и од страна на студентите кои студираат стоматологија⁽¹⁰⁾.

Според тоа, говорот со благо забавување на изговарањето на зборовите и со умерена модулација помага во комуникацијата со пациентите со оштетен слух. Прогресивното губење на слухот за тоновите со висока фреквенција, која се јавува со стареењето на луѓето, бара разговор со соговорникот со понизок тон на гласот, а не со викање. Разговор со пациентот во исто време додека се работи со машината е контраиндицирано⁽¹¹⁾. Слично на тоа не е пожелно да се зборува додека се изведуваат некои други работи како што е пишувањето додека главата ни е свртена надолу или додека гледам во рендген снимката, односно додека лицето на терапевтот е оддалечено од пациентот, како и додека се влегува или излегува од собата.

Пантомимата и демонстрацијата се неопходни кога станува збор за пациенти со оштетување на слухот. Во пишувањето на информациите од помош може да ни биде таблата со креда. Денес во времето на модерната технологија можат да се користат микрофони, слушалки и предаватели со појачала.

Стоматолошки третман. Единствен проблем кај овие пациенти е разбирањето, односно комуникацијата со стоматологот. Овие пациенти се само глуви и не се ментално ретардирани, односно се со нормална интелигенција.

Во договор со родителите на детето со оштетен слух мора со нив да се воспостави добра комуникација преку читање од усни, знаковен јазик⁽¹²⁾, пишани пораки или комбинација од наведените работи. Многу често на стоматологот во комуникацијата му помагаат родителите кои го познаваат знаковниот јазик. За да се стекне побрзо доверба кај детето, добро е стоматологот да научи некои основни јазични знакови⁽¹³⁾.

Стоматологот мора да биде лице во лице со детето кое знае да чита од усни и треба да зборува полека, без викање. Прекумерната гестикација може да ја попречи гестикацијата. Поради тоа што е важно детето да го гледа стоматологот, т. е. неговите усни, стоматологот не треба да носи заш-

титна маска. Ghergut A истакнува дека факторот на разбирливост на говорот е од клучно значење за социјална интеграција на децата со оштетен слух⁽¹⁴⁾. Тој истакнува дека за да постигнат самоконтрола при говорене, децата со тешко оштетен слух не само што треба да имаат висока интелигенција, туку и способност ефективно да читаат од уста, а исто така и внатрешна мотивација.

Во комуникацијата треба да се обрне внимание на изразите на лицето на глумот дете, бидејќи тие може јасно да ни укажат дека детето ја разбрало пораката која сме му ја пратиле, како и на непријатностите кои ги преживува при стоматолошката работа. По појавата на необична гримаса на лицето на детето, стоматологот мора да ја прекине работата и да открие во што е проблемот.

Со детето, а и со помошта на родителите, треба да се договорат и одредени знакови со кои стоматологот и детето ќе се служат во текот на стоматолошкиот третман. Така, на пример, детето треба да подигне рака кога ќе посака стоматологот да ја прекине работата во устата. Кога стоматологот ќе сака детето да отвори уста тоа може едноставно да го покаже со едноставно покажување на ширење на палецот и покажалецот, или со покажување на фонтаната му сигнализира на детето дека треба да ја исплакне устата.

Државниот училиштен центар за образование и рехабилитација „Партенија Зографски“ Скопје е училиште за средно стручно образование на ученици со оштетен слух. Основна дејност на центарот е: образование, воспитување, рехабилитација, професионално и работно оспособување на ученици со оштетен слух од Република Северна Македонија.

Значајна разлика во застапеноста на оралните заболувања кај децата со различен хендикеп не е забележана, но во споредба со здравите деца тие имаат повисоко ниво на морбидитет и добиваат помало внимание од стоматолозите⁽¹⁵⁾.

Научниците од различни земји се заинтересирани за проучување на особеностите на оралното здравје и стоматолошкото згрижување на децата и тинејџерите. Навременото и ефикасно медицинско и стоматолошко згрижување на децата, тинејџерите и возрасните кои имаат слушни тешкотии е важен јавно-здравствен проблем⁽¹⁶⁾.

Во испитувањето на статусот на оралното здравје меѓу децата со оштетен слух во 2012 година во Bhimavaram, India, од страна на Sandeep V и сор во кое биле вклучени 180 деца на возраст од 6-16 години, кои биле поделени во три возрастни групи 6-8, 8-12 и 13-16 години, била утврдена преваленција на дентален кариес од 65%, додека просечниот кеп индекс изнесувал 1,6 во првата група, 1,9 во втората група и 2,2 во третата група. Потребата од стоматолошки третман имале 91,7% од децата со оштетен слух кои оделе во специјално училиште. Превентивни и мотивациони програми треба да се спроведат во училиштата каде што учат децата со оштетен слух за да се подобри нивната орална хигиена, а следователно на тоа и нивното орално здравје⁽¹⁷⁾.

Гаџе Е. и сор. го испитувале оралниот статус на децата со посебни потреби кои посетувале настава во 9 специјализирани училишта во Албанија, меѓу кои биле деца со аутистичен спектар, деца со Даунов синдром, деца со церебрална парализа, ментално ретардирани деца, слепи и глумоними деца. Преваленцијата на кариесот била 85,3% за трајната ден-

тиција и 72% за млечната дентиција. Просечниот кеп индекс изнесувал 3.4 за млечната дентиција и 4.9 за трајната дентиција. Кај сите деца со посебни потреби било утврдено слаба орална хигиена и потреба за стоматолошки третман⁽¹⁸⁾.

Bimstein E. и сор. го испитувале оралниот статус на глувите и слепите деца во споредба со контролна група на здрави деца, како и споредба на истите. Тој не забележал значајна разлика во преваленцијата на кариесот помеѓу различните групи. Гингивална инфламација била значајно повеќе застапена кај слепите и глувите деца. Децата со оштетен вид била позависни од своите старатели и имале поголем плак индекс во однос на децата со оштетен слух⁽¹⁹⁾.

Кариес преваленцата е висока и се разликуваат од 53,6% до 95,75%, во зависност од земјата во која е извршено испитувањето и возрастната група на децата која се испитува^(20, 21). Rahman N Рахман Н. А. и соработниците утврдиле во нивната клиничка студија на пресек кај деца со оштетен слух на возраст од 7-14 години во Малезија дека кариес преваленцата изнесува 88,0% на млечните заби и 85,0% кај трајните заби⁽²²⁾. Само на 3,1% од глувите деца кои се на возраст од 7 до 14 години не им беше потребен стоматолошки третман⁽²²⁾.

Al-Qahtani и сор утврдиле дека кај група на деца со оштетен слух на 6-7 години глуви деца во Саудиска Арабија преваленцијата на кариесот изнесувала 95,7%, додека просечниот кеп индексот изнесувал 7,35, а кај деца на 11-12 годишна возраст преваленцијата на кариесот изнесувала 93%, додека просечниот КЕП индекс изнесувал 5,12⁽²¹⁾.

Потребата од стоматолошки третман кај глувите деца од Индија е многу висока и достигнува до 90,1%⁽²³⁾, но меѓу 127-те институционализирани лица со оштетен слух од Udaipur (Indija) кои биле на возраст од 5-22 години само 7,14% имале реставрирани заби⁽²⁴⁾.

Одржувањето на оралната хигиена е еден од најважните фактори кој придонесува за спречување на развојот на кариес. Во споредба со здравите деца, кај глувите постои лоша орална хигиена и слаби мануелни вештини. Според резултатите на Ciger S., голем дел 40,1% од глувите луѓе на возраст од 10-24 години, од вкупно 213 испитаници, во Турција имаат слаб степен на орална хигиена и присуство на дентален плак на забите⁽²⁵⁾.

Глувите деца имаат потреба од соодветна контрола и периодични стоматолошки прегледи и немаат доволно познавање за начинот на кој се спроведува правилна орална хигиена и спроведувањето на превентивните мерки за оралните заболувања и 94% од овие деца ги четкаат нивните заби еднаш дневно⁽²⁶⁾.

Во истражувањето што го спровел Wei H во источна Кина, помеѓу 229 глуви адолесценти од специјализирано средно училиште и 196 здрави адолесценти од друго нормално училиште утврдил преваленцијата на денталниот кариес од 55,9% помеѓу глувите деца и 13,8% кај децата со нормален слух, додека разликата во вредноста на просечниот кеп индекс била незначителна. Консумирањето на висока фреквенција на овошни сокови, слатки и газирани безалкохолни пијалаци, според Wei H, ги става децата во ризична група за развој на дентален кариес⁽²⁷⁾.

Резултатите на Kossewska J од Варшава покажаа дека ста-

тусот на слухот и стилот на комуникацијата влијаат врз опсесот на личниот идентитет. Во нејзината студија таа откри дека глувите адолесценти користат повеќе описи, особено во следните категории: граѓански статус, телесна и физичка појава, вкусови и активности, пријателство и врски, лична и социјална положба, негативни лични карактеристики и неутрални лични карактеристики⁽²⁸⁾. Глувите и наглувите деца имаат дефицит во изразувањето на секундарните речнички конституенти-атрибутите⁽²⁹⁾. Pribanikj Lj во својот труд истакнува дека средината треба да се промени за да се задоволат потребите на глумото лице, а не спротивно⁽¹²⁾. Добиените резултати од испитувањето спроведено во Србија од страна на Arsic BR. и Djordjevic VS. укажуваат дека децата со оштетен слух кои се сместени во училишта за глуви со интернат, во текот на нивното образование имаат поповолни можности за квалитетот на нивниот живот и покрај фактот дека тие живеат во интернат, споредено со деца кои живеат во своите семејства⁽³⁰⁾. Резултатите од истражувањето на Hasanbegović H. и Mehmedinović S. покажаа дека глувите испитаници се послаби во споредба со испитаниците кои слушаат во нивната мобилност и вештини и разликите поставени на систем од варијабли се статистички значајни⁽³¹⁾. Со цел да се поттикне знаењето за мобилноста и вештините на глувите деца потребно е да се воведат програми поврзани со моторна мобилност и вештини во специјалните училишта каде што ја посетуваат наставата глувите деца⁽³¹⁾.

Хрватскиот научник Brozd-Topolko J. член на европски ортоданти, 30 години подоцна потврди дека ортодонските проблеми на дентофацијалните абнормалности се јавуваат кај 12,65% почесто кај децата со оштетен слух во однос на децата со нормален слух⁽³²⁾.

Ciger S утврдил дека меѓу турските глуви деца кои се на возраст од 10-24 години застапеноста на дентофацијални абнормалности во групата 1 според класификацијата на Angle се присутни во 75%, во втората класа на малоклизи по Angle се опфатени 13%, додека во третата класа 8% на глуви деца. Нелагодноста била присутна кај 20,6% од глувите деца, додека дијастемата била присутна кај 18,7%⁽²⁵⁾.

Децата кои сакаат по пат на пишување да се разбираат, треба да им се овозможи тоа со креда. Познато е дека отсуството на артикулација на говорот влијае негативно на развојот на дентофацијалниот апарат на глувите деца. „Однесувањето на јазикот“ на глувите деца е различно од тоа на здравите. Тоа беше докажано со методот на синефлуорографија. Важен факт кој беше забележан за време на истражувањето е тоа дека сите глуви деца имаат помало флексибилно тело на јазикот за време на говорот и слични траектории на неговото движење⁽³³⁾.

Децата со оштетен слух можат да напишат порака на мала табла, која обично ја носат со себе.

Абнормалните функции на јазикот може да доведат до морфолошки промени дури и при нормален загриз и ја интензивираат малоклузијата⁽³⁴⁾. Глувите пациенти не ги користат мускулите на лицето за време на говорот, сепак во студијата на Regalo S. забележана е поголема електромиографска активност на горните и долните мускули на орбикуларниот мускул на устата во споредба со децата кои имаат здрав слух⁽³⁵⁾.

Стручни и научни трудови

Две третини од англиските деца со оштетувања на слухот (63%) имале барем еден проблем во нивната комуникација со стоматологот. Истражувањето било спроведено од страна на Champion J. со методот на прашалик во 2000 година ⁽³⁶⁾. Австралиските научници сметаат дека овој проблем може да биде присутен, бидејќи таквите пациенти чувствуваат занемарување, рамнодушност и недоразбирање ⁽¹⁵⁾.

Многу е важно за да се придобие довербата на дете со оштетен слух да се воспостави физички контакт на тој начин што детето ќе се држи за рака, ќе се гали по главата или нежно ќе се допира неговото рамо.

Стоматолозите, исто така, забележуваат тешкотии за време на стоматолошкиот третман на глувите пациенти. Успешната комуникација на стоматолозите со глувите пациенти има значајно влијание врз ефикасноста на стоматолошкиот третман, особено ортодонтскиот третман ^(37, 38). За време на посетата на стоматолог од страна на глуви лица, тој се среќава со тешкотии ⁽¹⁶⁾.

Заштитната маска на лицето на стоматологот е бариера за време на комуникацијата со пациентите кои имаат оштетен слух и неопходно е пред да се стави заштитната маска на лицето да се објасни која било стоматолошка процедура. Децата со оштетување на слухот во споредба со здрави пациенти се склони кон тоа да бидат возбудени и бараат објаснување и демонстрација за сите стоматолошки интервенции и стоматолошки процедури ⁽³⁹⁾.

Треба да се избегнува излегување од видното поле на детето, тоа е потребно секогаш однапред да му се соопшти. Исто така, треба пред стоматолошкиот третман да му се објасни и покаже како функционираат одредени машини во стоматолошката ординација.

Ако помошниот слушен апарат на пациентот е вклучен, треба да се исклучи пред употреба на високо туражни машини или ултразвучен инструмент за отстранување на забниот камен.

Децата со оштетен слух не сакаат долготрајни стоматолошки процедури и тие треба да се направат брзо. Медицинскиот персонал треба да ги дава информациите и упатствата преку едноставни реченици.

Децата и возрасните со оштетен слух имаат проблеми при нивниот прием во здравствените установи, бидејќи не се земаат во предвид нивните посебни комуникациски потреби, а медицинскиот персонал не е подготвен да работи со пациенти со оштетен слух.

На нашето општество му е потребно зајакнување на индивидуалните и институционалните капацитети за подобрување на квалитетот на животот на лицата со оштетен слух.

Заклучоци

Литературниот преглед на современата домашна и странска литература овозможува да се заклучи дека проблемот на стоматолошко незгрижување на пациенти со оштетен слух, особено со ортодонтски аномалии, е многу актуелен. За жал, во студираниите податоци од литературата за патологијата на загризот (малоклузија) и структурата на дентофацијалните абнормалности и дефекти кај децата со тешкотии со слухот е

сложена и спротивставена. Но, добиените информации покажуваат дека преваленцијата на дентофацијални абнормалности кај децата со оштетен слух е многу висока.

Утврдено е дека не постои специфичен систем за стоматолошка ортодонтска помош на оваа група пациенти. Денес, за да се подобри оралното здравје на децата со оштетен слух, потребно е да се развијат висококвалификувани, економски исплатливи и реални програми за превенција на оралните заболувања и малоклузиите, едукативни програми за оралната хигиена кај пациенти со тешкотии со слухот. Исто така особено е значајно и потребно да се обрне големо внимание на едукацијата и праксата на идните стоматолози за работа со деца со оштетен слух во целиот свет.

Литература

1. Health People 2020 Midcourse Review, Chapter 32 Oral Health, Centers for disease control and prevention, January 11, 2017.
2. Todorovska G, Ambarkova V, Kokoceva-Ivanovska O, Dzipunova B, Toseska Spasova N, Sibinosa K. Orthodontic anomalies in mixed dentition. *MicroMedicine* 2018;6(1):36-46.
3. Kuroyedova VD, Sokolohorska-Nykina YK. The problem of orthodontic treatment of patients with hearing difficulty (literature review). *Wiad Lek.* 2018;71(5):1071-1075.
4. Moctar EC, Riahi Z, El Hachmi H, Vetten F, Meiloud G, Bonnet C, Abdelhak S, Errami M, Houmeida A. Etiology and associated GJB2 mutations in Mauritanian children with non-syndromic hearing loss. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2016 Nov;273(11):3693-3698.
5. Joubert K, Botha D. Contributing factors to high prevalence of hearing impairment in the Elias Motsoaledi Local Municipal area, South Africa: A rural perspective. *S Afr J Commun Disord.* 2019 Feb 20;66(1):e1-e7.
6. Социјална заштита на деца, млади и возрасни лица, 2015, Население и социјални статистики, Државен завод за статистика на Република Северна Македонија, Скопје октомври 2016
7. Kiroglu AF, Ari M, Bozan N, Parlak M, Cankaya H. Etiological and epidemiological factors in hearing-impaired students in Van, East of Turkey: A case series. *J Pak Med Assoc.* 2017 Jun;67(6):951-953.
8. Torkos A, Czigner J, Kiss JG, Tóth F, Szamosközi A, Jóri J. Cochlear implantation for treatment-induced ototoxic deafness in Langerhans cell histiocytosis. A case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2005 Jun;262(6):496-500.
9. Miyake Z, Tomidokoro Y, Tsurubuchi T, Matsumura A, Sakamoto N, Noguchi M, Tamaoka A. Intravascular large B-cell lymphoma presenting with hearing loss and dizziness: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2019 Feb;98(7):e14470.
10. Jain S, Duggi V, Avinash A, Dubey A, Fouzdar S, Sagar MK. Restoring the voids of voices by signs and gestures, in dentistry: A cross-sectional study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2017 Apr-Jun;35(2):115-122.
11. Alsmark SS, García J, Martínez MR, López NE. How to improve communication with deaf children in the dental clinic. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007 Dec 1;12(8):E576-81.
12. Pribanikj Lj, Milkovikj M. The Benefit of Early Exposure to Sign Language. *J Spec Educ Rehab* 2009; 10(3-4):28-39.
13. Jones T, Cumberbatch K. Sign language in dental education-A new nexus. *Eur J Dent Educ.* 2018 Aug;22(3):143-150.

14. Ghergut A, Paduraru L. Self-Regulation Strategies of Oral Communication in Children with Hearing Impairment. *J Spec Educ Rehab* 2011; 12(3-4):7-24. doi: 10.2478/v10215-011-0008-4

15. Vigneusa, H., Soh, G., Lo, G. L. et al.: Dental health of disabled children in Singapore. *Australian Dental Journal*. 1991; 36.2: 151-156.

16. Suma G., Das U. M., & Akshath B. S.: Dentition status and oral health practice among hearing and speech-impaired children: A cross-sectional study. *International journal of clinical pediatric dentistry*. 2011; 4.2: 105-108.

17. Sandeep V, Kumar M, Vinay C, Chandrasekhar R, Jyostna P. Oral health status and treatment needs of hearing impaired children attending a special school in Bhimavaram, India. *Indian J Dent Res*. 2016 Jan-Feb;27(1):73-7.

18. Gaçe E, Kelmendi M, Fusha E. Oral health status of children with disability living in Albania. *Mater Sociomed*. 2014 Dec;26(6):392-4.

19. Bimstein E, Jerrell RG, Weaver JP, Dailey L. Oral characteristics of children with visual or auditory impairments. *Pediatr Dent*. 2014 Jul-Aug;36(4):336-41.

20. Vichayanrat T, Kositpumnivate W.: Oral health conditions and behaviors among hearing impaired and normal hearing college students at Ratchasuda College, Nakhon Pathom, Thailand." *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. 2014; 45.5: 1228.

21. Al-Qahtani, C., Wyne A. H.: Caries experience and oral hygiene status of blind, deaf and mentally retarded female children in Riyadh, Saudi Arabia. *Tropical dental journal*. 2004; 105: 37-40.

22. Rahman N. A., Yusoff, A., Daud, M. K. M. et al.: Salivary parameters, dental caries experience and treatment needs of hearing-impaired children in a special school for deaf in Kelantan, Malaysia. *Arch Orofac Sci*. 2015; 10.1: 17-23.

23. Bhardwaj, V. K., Fotedar, S., Sharma, K. R. et al.: Dentition status and treatment needs among institutionalized hearing and speech impaired children in Himachal Pradesh in India: A cross-sectional study." *SRM Journal of Research in Dental Sciences*. 2014; 5.2: 78.

24. Jain M., Mathur, A., Kumar, S. et al.: Dentition status and treatment needs among children with impaired hearing attending a special school for the deaf and mute in Udaipur, India. *Journal of oral science*. 2008; 50.2, 161-165.

25. Ciger S., Akan S.: Occlusal characteristics of deaf-mute individuals in the Turkish population. *European journal of dentistry*. 2010, 4.2: 128 – 136.

26. Oredugba, F. A.: Oral health care knowledge and practices of a group of deaf adolescents in Lagos, Nigeria. *Journal of public health dentistry*. 2004; 64.2: 118-120.

27. Wei H., Wang Y. L., Con, X. N. et al.: Survey and analysis of dental caries in students at a deaf-mute high school. *Research in developmental disabilities*. 2012; 33.4: 1279-1286.

28. Kossewska J. Personal Identity in Deaf Adolescents. *J Spec Educ Rehab* 2008; 9(1-2):67-75.

29. Miloshevich S. The Frequency of use of Attributive Exponents in the Language of Completely and Partially Deaf Children. *J Spec Educ Rehab* 2006; 7(3-4):77-84.

30. Arsic BR, Djordjevic VS. An evaluation of the quality of life of hearing impaired children attending special schools in the Serbian education system. *J Spec Educ Rehab* 2017; 18(1-2):26-41

31. Hasanbegović H, Mehmedinović S, Mahmutović HE. The Structure of Mobility and Skills Among Deaf Children. *J Spec Educ Rehab* 2010; 11(3-4):7-15.

32. Brozd-Topolko J., Rajić A., Bajan M.: Analiza dentalnog zdravlja

i učestalost ortodontskih anomalija u zdrave djece i djece oštećena sluha i vida. *Acta stomatologica Croatica*. 1988; 22.3: 177-187.

33. Tye-Murray N.: The establishment of open articulatory postures by deaf and hearing talkers. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1991; 34.3: 453-459.

34. Graber T. M.: The "three M's": Muscles, malformation, and malocclusion. *American Journal of Orthodontics*. 1963; 49.6: 418-450.

35. Regalo, S. C., Vitti, M., Hallak, J. E., et al.: Electromyographic analysis of upper and lower fascicles of the orbicularis oris muscle in deaf individuals, in mandibular rest position, compared to hearers. *Electromyography and clinical neurophysiology*. 2006, 46.4: 211-215.

36. Champion, J., Holt R.: Paediatric dentistry: Dental care for children and young people who have a hearing impairment. *British dental journal*. 2000; 189.3: 155-159.

37. Binggeli T., Lussi A., Zimmerli B.: The deaf patient-information for a barrier-free conversation with patients in dentistry. *Schweizer Monatsschrift fur Zahnmedizin*. 2008; 119.8: 795-806.

38. Bartolomé-Villar, B., Mourelle-Martínez, M. R., Diéguez-Pérez, M. et al.: Incidence of oral health in paediatric patients with disabilities: Sensory disorders and autism spectrum disorder. *Systematic review II. Journal of clinical and experimental dentistry*. 2016; 8.3: 344-351

39. Alsmark S.S., Garcia J., Martinez M.R. et al.: How to improve communication with deaf children in the dental clinic. *Medicina Oral*,



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

Манускриптот треба да биде подготвен во електронска форма со двоен проред, големина на букви 12 точки, со македонска поддршка, користејќи го фонтот Times New Roman или 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 за да може да ја преземе јавната одговорност за содржината. Редоследот на авторите треба да биде заедничка одлука на сите автори. Авторството треба да се засновува само на значајно учество во: (а) конципирањето и дизајнот или анализата и интерпретацијата на податоците; (б) правењето на нацрт на трудот или критичко рецензирање за важна интелектуална содржина; (в) финално одобрување на верзијата за публикација. Условите под (а), (б) и (в) мора да бидат исполнети. Учество само за обезбедување финансирање или само на собирање податоци не го оправдува авторството. Секој дел од трудот во однос на главните заклучоци мора да биде одговорност на барем еден автор. Труд со корпоративно (колективно) авторство мора да го специфицира клучното лице кое е одговорно за трудот.

Едиторите може да бараат авторите да го оправдаат авторството.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Референци: Референците се внесуваат во текстот со арапски број ставен во заграда, според редот на првото јавување во текстот. За пишување на референците во библиографијата, користете го начинот и форматот што се користи во Index Medicus Consult list of Journals indexed in Index Medicus (види примери подолу).

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

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

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

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

КНИГИ И ДРУГИ МОНОГРАФИИ

2. Colson JH, Tamour 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 означи насоката на фотографијата (горе, долу).

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



ГОДИНИ

ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Македонија

lkm.org.mk

ВОДА ОД **ВИСОКА**
А КЛАСА. СЕ ПОЛНИ
ОД **ЕКОЛОШКИ**
ЧИСТА СРЕДИНА,
ОД ДЛАБОЧИНИТЕ
НА ПЛАНИНАТА
КОЖУФ



#ДаИВерувашНаПриродата

TEVA

Respiratory



Интуитивен дизајн и нема дилема.



- Награден дизајн¹
- Готов со еден преклоп на капачето
- За астма и ХОББ^{2*}

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. Збиен 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. Збиен 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