

година XXVII • број 104 • октомври 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 пропишуваната 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 / 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 еднакратна 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 диета и вежбање. Victoza® се пропишува како монотерапија (кога метформин се смета за несоодветен поради интолеранција или контраиндикации) или како комбинирана терапија во дополнување 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.zdravstvo.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, Carliou B. Once-daily liraglutide versus lisdexamfetamine 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

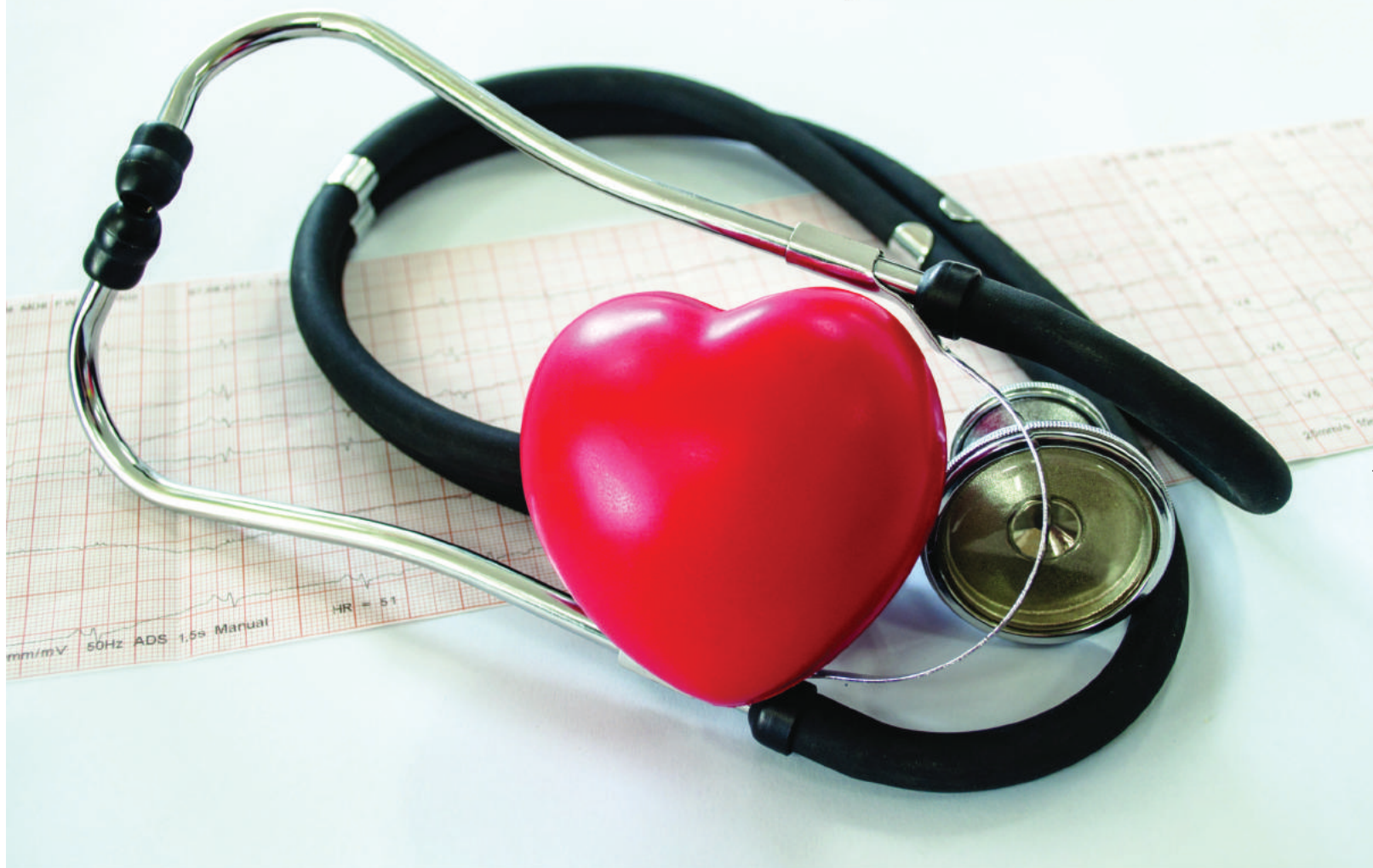
D-02/01-03/2019

Овој материјал е наменет само за здравствени работници

VICTOZA®
liraglutide injection



ТРЕТОГЕНЕРАЦИСКИ ВИСОКОСЕЛЕКТИВЕН β -БЛОКАТОР



Massido

nebivolol

таблети од 5 mg


АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ
Здравје емо љубев сè
www.alkaloid.com.mk

Содржина

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 8 | Регулатива
Доплнителна дејност по 17 часот или за викенд | 28 | Анатомија
Интригирачки нови органи |
| 12 | Ендокринологија
Нови опции во пристапот за превенција на кардиоваскуларни компликации кај пациенти со дијабетес тип 2 | 32 | Случај
Пропаста на швајцарската компанија предизвика тревога низ Европа |
| 18 | Признанија
Исклучително успешна презентација на македонскиот мултидисциплинарен тим во Хрватска | 38 | 32. Балканско првенство во тенис
Д-р Арсовска со три пехари, д-р Милановски финалист! |
| 22 | Ex tempore
5% | 40 | Доајени
Методија СТАНКОВСКИ, Професор и основоположник на конзервативната и функционалната гинекологија во Македонија |
| | | 44 | Миленко БЕРИЌ, Професор и основоположник на Катедрата и прв директор-наставник на Клиниката за гинекологија и акушерство при МФ во Скопје |

Прилог: Стручни и научни трудови

00572 | **Благоја Ѓорѓиески**
Цервикален синдром

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

Референци:

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



**DuoResp®
Spiromax®**
budesonide/formoterol

Инспириран од интуитивен дизајн



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 му застанеме ли на пат на насилството?



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

Насилството во здравството, односно врз здравствениите работници во изминатиов период повторно се наметна со сета своја жестокост. Не дека порано сме намале такви инциденти, но сега ни се случува серија вербални и физички нападувања врз медицинари што состојбата сѐана алармантна – Тетово, Градска хируршка болница – Скопје, Драчево..... За овој проблем докторите како фела во повеќе наврати укажуваа (се потпишуваа декларации, се повикуваа нагледниите органи да преземаат мерки) дека е потребно системско решение со кое во здравствениите институции ќе се обезбедат безбедни услови за работа и штедман на пациентите.

На иницијатива на Лекарската комора на Македонија кон крајот на септември се одржа трибина на која, покрај медицинари, присуствуваа и министриите за правда и за здравство, заменик-министрот во МВР, синдикални организации и други асоцијации и здруженија. Дали ваквиот мултисекторски период овој пат ќе вроди со плод останува да видиме.

Дека е неопходно да се зголемят мерките на сигурност и во исто време да се работи на механизми за превенција од насилство како до нешто воопшто не би доаѓало, нема никакви дилеми. Трибината и оние кои учествуваа на неа даваат надеж дека работите ќе се поместат кон подобро и дека на насилството врз здравствениите работници ќе му се застане на пат.

Како здравствени работници и натаму ќе се бориме да се изнајде соодветен облик за заштитата на здравствениите работници и најситро да се санкционира насилното однесување. Не дека немаме разбирање за маките на пациентите, за слабостите на системот, но да не забравиме дека лекарите и другите здравствени работници се грижат за здравјето на населението и дека насилството не само што ги загрозува лекарите, туку и сите граѓани на кои им е потребна помош.

НОВИНИ ВО ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Доплнителна дејност по 17 часот или за викенд



Укинат еден од условите за именување на директор на ЈЗУ - испитот за директори, намалени обврските на специјализантите и супспецијализантите, измени во вршењето доплнителна дејност

ботат во здравствената установа по завршувањето на специјализацијата и по однос на обврската за надоместување на трошоците за специјализација ако на нивно барање или по нивна вина ја напуштат здравствената установа. Така, наместо најмалку пет години за специјализациите што траат до пет години, односно најмалку десет години за специјализациите што траат над пет години, сега специјализантот треба да работи во установата во траење еднакво на должината на траењето на специјализацијата. Висината на средствата што треба да ги надомести специјализантот ако по негово барање или по негова вина предвреме ја напушти установата која го упатила на специјализација, наместо петкратен износ, сега не може да биде помал од двоен износ на вредноста на специјализацијата што ја плаќаат здравствени работници вработени во приватна здравствена установа, други правни лица или невработени во моментот на напуштањето на установата. Меѓусебните права и обврски специјализантите и здравствените установи ги уредуваат со договор.

Со преодна одредба е уредено дека меѓусебните права и обврски согласно со одредбите од овој закон (Законот за именување и дополнување на 333) здравствените работници со високо образование од областа на медицината и јавната здравствена установа што ја одобрила специјализацијата кои склучиле договор согласно со одредбите од Законот за здравствена заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 38/1991, 46/1993, 55/1995, 10/2004, 84/2005, 111/2005, 65/2006, 5/2007, 77/2008, 67/2009, 88/10, 44/11 и 53/11) и Законот за здравствена заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15, 154/15, 192/15, 17/16, 37/16 и 20/19) и „Службен весник на Република Северна Македонија“ број 101/19) ќе ги уредат со договор.

Освен тоа, дадена е можност на здравствените работници со високо образование од областа на медицината кои се корисници на пензија да бидат ангажирани во здравствените установи како консултанти и советници на здравствените работници вработени во здравствената установа, каде што таквото учество вклучува хонорар и/или патување, а меѓусебните права и обврски да се уредат со договор.

Со Законот за именување и дополнување на Законот за здравствената заштита, објавен на 26 јули 2019 година во „Службен весник на Република Северна Македонија“, број 153/19, покрај другите измени и дополнувања се извршија измени и на членовите од Законот за здравствена заштита со кои се уредуваат условите што треба да ги исполнат кандидатите кои конкурираат на конкурсите за именување на директор на јавна здравствена установа. Имено, веќе не е потребно кандидатот да има положено испит за директор согласно одредбите на Законот за здравствена заштита и се избришаа повеќе одредби од Законот (12 члена) со кои се уредуваше начинот на полагање на испитот и други прашања поврзани со спроведувањето на испитот.

Битна измена е направена и по однос на условите што треба да ги исполнат специјалистите по завршувањето на специјализацијата по однос на времето што треба да го одра-

Здравствената услуга извршена на осигурени лица преку дополнителна дејност во јавна здравствена установа во која се вработени здравствените работници што го сочинуваат тимот е на товар на Фондот, освен надоместокот за тимот, а здравствената услуга извршена на осигурени лица преку дополнителна дејност во приватна здравствена установа целосно е на товар на пациентот како осигурено лице

Новина е дополнувањето на Законот со нов член (член 178-а) според кој здравствениот работник, односно здравствениот соработник кој е именуван за директор на јавна здравствена установа има право да ги врши работите и работните задачи на здравствен работник, односно здравствен соработник за обезбедување непрекинато вршење на здравствената дејност со работа со дежурство, за што има право на исплата на надоместоци согласно со колективен договор.

По однос на дополнителната дејност, изменет е постојниот член 222 ставот 4 според кој цената на здравствената услуга извршена преку дополнителната дејност е составена, од цената што ја покрива Фондот и надоместокот за тимот што ја врши услугата и член 223 став 1 алинеите 2 и 3 според кои во дополнителна дејност докторот може да спроведе најмногу 30 дијагностички постапки, секој работен ден по 17,00 часот и/или во сабота и/или недела и да изврши најмногу 30 специјалистичко-консултативни услуги, секој работен ден по 17,00 часот и/или во сабота и/или недела. Здравствената



услуга извршена на осигурени лица преку дополнителна дејност во јавна здравствена установа во која се вработени здравствените работници што го сочинуваат тимот е на товар на Фондот, освен надоместокот за тимот, а здравствената услуга извршена на осигурени лица преку дополнителна дејност во приватна здравствена установа целосно е на товар на пациентот како осигурено лице. Пациентот како осигурено лице нема право да бара надоместок на трошоците за здравствената услуга извршена како дополнителна дејност во приватна здравствена установа од Фондот.



Регулатива

Висината на средствата што треба да ги надомести супспецијализантот, ако по негово барање или по негова вина предвреме ја напушти установата која го упатила на супспецијализација, наместо четирикратен износ, изнесува двоен износ на вредноста на супспецијализацијата што ја плаќаат здравствени работници вработени во приватна здравствена установа, други правни лица или невработени во моментот на напуштањето на установата. Меѓусебните права и обврски супспецијализантите и здравствените установи ги уредуваат со договор



Со Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствена заштита, објавен на 2 септември 2019 година во „Службен весник на Република Северна Македонија“, број 180/19 се извршени измени и на одредбите кои се однесуваат на супспецијализациите, така што за супспецијализациите што траат до две години, наместо супспецијализантот да работи во установата најмалку пет години по завршување на супспецијализацијата, односно за супспецијализациите што траат над две години, наместо супспецијализантот да работи во установата најмалку седум години, сега обврската за работа е во траење еднакво на должината на траењето на супспецијализацијата. Висината на средствата што треба да ги надомести супспецијализантот, ако по негово барање или по негова вина предвреме ја напушти установата која го упатила на супспецијализација, наместо четирикратен износ, изнесува двоен износ на вредноста на супспецијализацијата што ја плаќаат здравствени работници вработени во приватна здравствена установа, други правни лица или невработени во моментот на напуштањето на установата. Меѓусебните права и обврски супспецијализантите и здравствените установи ги уредуваат со договор.

Измени се направени и за специјализантите и супспецијализантите кои специјализираат или супспецијализираат согласно Програмата за кофинансирање на специјализација, односно супспецијализација на здравствените работници и здравствените соработници вработени во приватни здравствени установи, други правни лица и невработени. Нивната обврска кон Министерството за здравство е да му надоместат средства во висина два пати (наместо пет кратен) повисок од износот на средствата одвоени од Програмата за кофинансирање за неговата специјализација, а супспецијализантот средства во висина двапати (наместо четири пати) повисок од износот на средствата одвоени од Програмата за кофинансирање за неговата супспецијализација. И за овие лица е дадена можност меѓусебните права и обврски согласно со одредбите од овој закон да ги уредат со договор.

Б.В.



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk

iburamin[®] Cold

BERKO

Лекот може да се издава и без лекарски рецепт (БР)

филм обложени

таблети и сируп

арома на банана

**Намалување на
назалната / синусната
конгестија со главоболка,
треска и болка
кои се јавуваат при
настинка и грип.**



Носител на одобрението за ставање во промет: РИФАМ ДОО - ул. Мара Угриноска бр.144 - 1230 / Гостивар

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

Нови опции во пристапот за превенција на кардиоваскуларни компликации кај пациенти со дијабетес тип 2

Вовед

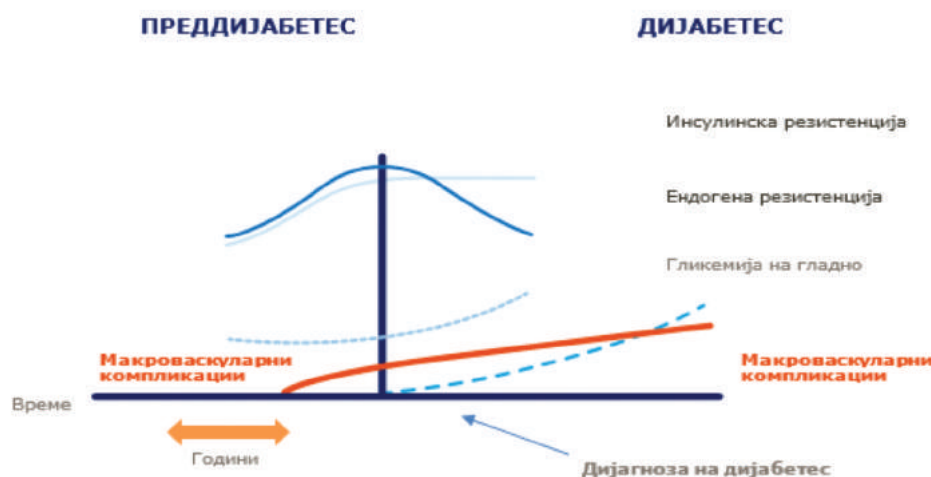
Се чини дека 21 век ќе биде запаметен по најголемата досега експанзија на нови случаи на лица со дијабетес тип 2. Преваленцата на дијабетесот на светско ниво продолжува да расте, достигнувајќи бројки до 10% од вкупното население во земји како Кина и Индија, кои го прифаќаат сè повеќе западноевропскиот стил на живот. Во 2017 е проценето дека 60 милиони лица во Европа имале дијабетес тип 2 или преддијабетес. Предвидувањата се дека до 2045 година повеќе од 600 милиони лица во светот ќе развијат дијабетес тип 2, со ист толкав број на лица кои ќе развијат преддијабетес. Овие фрапантни бројки налагаат голем степен на загриженост, посебно кај здравствените авторитети во земјите во развој, кои ќе бидат соочени не само со сè поголем број на

лица со дијабетес, туку и со огромен број на компликации, пред сè кардиоваскуларни, земајќи ги предвид несаканите ефекти кои дијабетесот ги има по кардиоваскуларното здравје¹.

Кардиоваскуларните болести сè уште се водечка причина за морбидитет и морталитет кај луѓето со дијабетес тип 2. Кај дел од пациентите се нотирали макроваскуларни компликации уште во времето на дијагностицирање на дијабетесот. (Графикон 1.) Една третина од пациентите со дијабетес имаат етаблирана кардиоваскуларна болест (дефинирана како миокарден инфаркт, цереброваскуларен инсулт или периферна артериска болест)². Дијабетесот е еден од главните фактори кои го влошуваат проценетиот десетгодишен ризик за развој на кардиоваскуларна болест, ставајќи ги лицата со дијабетес во категорија на лица со висок ризик.

Најнови можности и препораки за кардиоваскуларна превенција кај пациенти со дијабетес тип 2

Соодветна и навремена превенција на кардиоваскуларните компликации од дијабетесот кај лица со висок ризик може да го намали морталитетот и здравствените трошоци. Секако, ова опфаќа цел сет на мерки, почнувајќи од промена на животниот стил и примена на здрав животен стил во однос на исхрана (намалена консумација на шеќери, сол, масти, зголемена консумација на овошје и зеленчук), физичка активност, престанок на пушење цигари и избегнување на ексцесивна употреба на алкохол. Но, она што е можеби најважно е дека последните десетина години се направија повеќе студии (CVOT's – cardiovascular outcome trials) за кардиоваскуларна безбедност на новите антидијабетични лекови, кои на огромна возбуда на дијабетолошката и кардиолошката јавност покажаа не само дека новите антидијабетични лекови се безбедни од кардиоваскуларен аспект, туку и дека дел од нив имаат кардиопротективен бенефит во смисла на превенција или одложување на настанувањето на кардиоваскуларни компликации од дијабетесот, односно се покажа дека дел од новите антидијабетични лекови сигнификантно го намалуваат ризикот од кардиоваскуларни настани³⁻⁸. Вакви студии се спроведени за сите нови антидијабетични лекови, но само антидијабетичните лекови од групата на GLP-1 рецептор агонисти и SGLT-2 инхибитори покажаа сигнификантна редукција на кардиоваскуларниот ризик. И додека кај SGLT-2 инхибиторите тоа може да се смета за класен



Графикон 1. Време на појава на макроваскуларни компликации кај преддијабетес и дијабетес



Графикон 2. Резултати од CVOT со GLP-1 RA за 3-компонентен збиен исход MACE: KB смрт, нефатален МИ, нефатален CVI

ефект, истото не е случај со лековите од класата GLP-1 RA. Само лековите liraglutide³, semaglutide⁴ и dulaglutide⁵ во студиите за кардиоваскуларни исходи покажаа сигнификантна редукција на ризикот за кардиоваскуларни настани, додека тоа не беше случај со другите претставници од оваа класа на лекови (exenatide LAR, lixisenatide).

Редукцијата на ризикот за 3-компонентниот збиен исход – MACE (Major Adverse Cardiovascular Events) кој е сочинет од следниве три големи кардиоваскуларни настани - кардиоваскуларна смрт, нефатален миокарден инфаркт и нефатален цереброваскуларен инсулт во студиите со овие три лека изнесува соодветно: за liraglutide 13% (HR 0.87), за semaglutide најголема редукција од 26% (HR 0.74) и за dulag-

lutide 12% (HR 0.88), како што е прикажано во графикон 2 подолу.

Кај лековите од класата на SGLT-2 инхибитори оваа редукција изнесува соодветно: за empagliflozin 14% (HR: 0.86 (95.02% CI: 0.74; 0.99), $p = 0.04$ за супериорност); за canagliflozin изнесува 14% (HR: 0.86 (95% CI: 0.75; 0.97), $p = 0.02$ за супериорност) и кај dapagliflozin не е постигната статистички сигнификантна редукција на 3-компонентниот збиен исход, односно таа изнесува 7% (HR: 0.93 (95% CI: 0.84; 1.03), $p = 0.17$ за супериорност)⁶⁻⁸.

Неколку лека од двете класи демонстрираа сигнификантна редукција на смртноста од која било причина, како што е случајот со liraglutide каде што оваа редукција изнесува 15% (HR 0.85) прикажано во графикон 3 подолу.

Оваа редукција на кардиоваскуларниот ризик е постигната дополнително на употребата на оптимизирани дози на антилипемичи, антиагрегациони лекови и антихипертензиви за третман на традиционалните кардиоваскуларни ризик фактори.

Сè поголемиот број на докази за кардиоваскуларниот бенефит на новите антидијабетични лекови резултираше со осовременување на водичите за терапевтски пристап кај пациентите со дијабетес тип 2, со јасно дефинирано, рано позиционирање на лековите со кардиоваскуларен бенефит во терапевтските алгоритми за дијабетес тип 2, давајќи потенциран приоритет на менаџирањето на кардиоваскуларниот ризик.

Во октомври 2018 година заедничкиот консензус на Американската асоцијација за дијабетес (ADA) и Европската асоцијација за проучување на дијабетесот (EASD) даде препораки за неопходна евалуација во правец на етаблирана кардиоваскуларна болест во донесување на одлука за воведување на лек од втора линија и препорака користење на GLP-1 рецептор агонисти или SGLT-2 инхибитори со докажан кардиоваскуларен бенефит како втор лек покрај метформинот кај пациенти со дијабетес тип 2 и етаблирана кардиоваскуларна болест (КВБ)⁹. Овие препораки ги следеше и Американскиот колеџ на кардиолози (ACC) кој во ноември 2018 објави консензус терапевтски алгоритам со препорака за кардиолозите, кај пациенти со дијабетес тип 2 и



Графикон 3. Резултат за смрт од која било причина со liraglutide во LEADER

Ендокринологија

Препорака	Класа на препорака	Ниво на доказ
SGLT2 инхибитори		
Empagliflozin, canagliflozin или dapagliflozin се препорачуваат кај пациенти со ДМ2 и КВБ, или со многу висок/висок КВ ризик со цел редукција на КВ настани	I	A
Empagliflozin се препорачува кај пациенти со ДМ2 и КВБ со цел редукција на ризикот за смрт	I	B
GLP-1RAs		
Liraglutide, semaglutide или dulaglutide се препорачуваат кај пациенти со ДМ2 и КВБ, или со многу висок/висок КВ ризик со цел редукција на КВ настани	I	A
Liraglutide се препорачува кај пациенти со ДМ2 и КВБ со цел редукција на ризикот за смрт	I	B

Табела 1. Препораки според Европското здружение на кардиолозите (ESC) за дијабетес, преддијабетес и кардиоваскуларни болести развиени во соработка со Европската асоцијација за истражување на дијабетесот (EASD)

ДМ2 - дијабетес мелитус тип 2 КВБ - кардиоваскуларни болести, КВ - кардиоваскуларен

атеросклеротска кардиоваскуларна болест (АСКВБ) и висок ризик од развој на КВБ, да земат предвид пропишување на GLP-1 или SGLT-2 инхибитор со докажан кардиоваскуларен бенефит, со цел редукција на кардиоваскуларниот ризик¹⁰. Во овие терапевтски водичи се потенцира и индивидуализираниот пристап во донесувањето на терапевтските одлуки, адекватен за пациентот, со цел да се овозможи подобро придржување кон терапијата.

И додека овие препораки се однесуваат на секундарна превенција на кардиоваскуларни настани кај лица со веќе етаблирана кардиоваскуларна болест, најновите препораки од 2019 година веќе го прошируваат подрачјето на препорачана употреба на овие лекови и во примарна превенција кај лица со многу висок и висок кардиоваскуларен ризик. Така, заедничкото упатство на Американскиот колеџ на кардиологи (ACC) и Американската асоцијација за срце (AHA) за примарна превенција на кардиоваскуларни болести е прво упатство издадено од кардиолошки асоцијации кое препорачува употреба на GLP-1 RA или SGLT-2 инхибитор како втора линија антидијабетични лекови

за подобрување на гликемиската контрола и редукција на кардиоваскуларниот ризик кај лица со дијабетес тип 2 и ризик за атеросклеротска кардиоваскуларна болест (АСКВБ) (препорака класа IIb)¹¹.

Чекор напред се најновите препораки на Европското здружение на кардиолозите (ESC) за дијабетес, преддијабетес и кардиоваскуларни болести развиени во соработка со Европската асоцијација за истражување на дијабетесот (EASD) кои беа објавени во август 2019 година¹. Акцент е даден на неопходната евалуација на кардиоваскуларниот статус на пациентот со дијабетес тип 2. Додека метформинот останува лек од прв избор кај обезни пациенти со дијабетес тип 2 без кардиоваскуларна болест и со умерен кардиоваскуларен ризик, за пациентите со атеросклеротска кардиоваскуларна болест или за пациентите кои имаат висок и многу висок кардиоваскуларен ризик, како прв терапевтски избор се препорачува лек од групата на GLP-1 рецептор агонисти (liraglutide, semaglutide, dulaglutide) или SGLT-2 инхибитори (empagliflozin, canagliflozin, dapagliflozin), за кои препораката е

со највисока класа и најсилно ниво на докази (Ia).

За редукција на ризикот за смрт се препорачуваат лековите кои во клиничките студии демонстрираа сигнификантна редукција за смртност од која било причина (liraglutide, empagliflozin). (Табела 1)

Заклучок

Дијабетесот и компликациите, особено кардиоваскуларните, претставуваат растечки товар за општествата и сериозна закана за колапс на здравствените системи. Од таа причина е потребно итно спроведување на мерки за ефикасна превенција на овие компликации. Препораките содржани во најновите упатства се чекор напред во оваа насока и истите треба да бидат широко имплементирани и да овозможат достапност на лекови кои имаат кардиопротективен бенефит. И покрај растечкиот тренд на дијабетесот и компликациите, само сосема мал дел (помалку од 8%) од лицата со дијабетес тип 2 и етаблирана кардиоваскуларна болест примаат вакви лекови во светот¹², а општо познато е дека лекувањето на компликациите

може да чини неколкукратно повеќе. Во Република Северна Македонија од минатата година liraglutide и empagliflozin се достапни за одредена мала група на пациенти, но потребите се поголеми, особено земајќи ја предвид можноста според најновите препораки за употреба на овие лекови и за примарна превенција. Во нашата земја сè уште не се достапни најновите GLP-1 RA кои се аплицираат еднаш неделно (semaglutide, dulaglutide), а истите нудат поголем конфор за пациентите и одлични ефекти и во однос на гликорегулација и редукција на телесната тежина, што е посебно изразено кај semaglutide, како најсупериорен во оваа класа.

Во очи Светскиот ден на срцето - 29 Септември и Светскиот ден на дијабетесот 14 Ноември треба сите релеватни фактори во Република Северна Македонија да се заложат за поефикасна превенција на компликациите од дијабетесот, а особено кардиоваскуларните и да овозможат поздрава, посреќна и поработоспособна нација.

Доц.д-р Саша Јовановска Мишевска, ендокринолог
Универзитетска клиника за ендокринологија, дијабетес и болести на метаболизмот, Медицински факултет, УКИМ -Скопје

Референци:

- 1 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Cosentino F et al. Eur Heart J 2019;00:1-69
- 2 Einarson TR et al. Prevalence of cardiovascular disease in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007-2017. Cardiovasc Diabetol. 2018;17:83.
- 3 Marso SP et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes (LEADER), N Engl J Med 2016; 375:311-322
- 4 Marso et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes (SUSTAIN 6), N Engl J Med 2016;375:1834-44;
- 5 Hertz C Gerstein CH et al. Dulaglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes (REWIND): a double-blind, randomised placebo-controlled

- trial. The Lancet 2019; 394:121-130
- 6 Zinman B et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes (EMPA-REG OUTCOME), N Engl J Med 2015;373:2117-2128;
- 7 Neal B et al. Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes (CANVAS) N Engl J Med 2017;377:644-657;
- 8 Wiviott SD et al. Dapagliflozin and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes N Engl J Med 2019;380:347-357
- 9 Davies MJ 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)ADA/EASD, Diabetes Care. 2018
- 10 Das SR et al. 2018 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Novel Therapies for Cardiovascular Risk Reduction in Patients With Type 2 Diabetes and Atherosclerotic Cardiovascular Disease: A Report of the American College of Cardiology Task Force on Expert Consensus Decision Pathways. J Am Coll Cardiol, 72(24), 3200-3223.
- 11 Arnett DK et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. Journal of the American College of Cardiology 2019.
- 12 McGurnaghan S et al. Cardiovascular disease prevalence and risk factor prevalence in Type 2 diabetes: a contemporary analysis. Diabet Med. 2018.

АЛАРМ

Жртви на е-цигари во САД

Подолго време се мислеше дека е-цигарите се безбедни и идална замена за цигари. Сепак, истражувањата се повеќе покажуваат дека и електроснските цигари се опасни, а во САД е пријавена и првата жртва.

Здравствените работници од Илионис соопштија дека пациентот, кој по пушењето на електронски цигари добил тешко белодробно заболување, е прв смртен случај во САД поврзан со алтернативата на цигарите која стана особено популарна кај тинајџерите и малдите.

Случаи на респираторна болест поврзани со е-цигарите и со вапингом, односно вдишување водена пареа со примеси, се пријавени ширум Илиноис, вклучувајќи го и Чикаго и Шампејн.

“Може да кажеме дека гледам случаи на оштетувања на белите дробови кои порано не ги имавме забележано. На рендген целите бели дробови изгледаат абнормално”, објаснува д-р Емили Чепмен од Универзитетската болница во Минесота. Заболениите имаа симптоми како што е кашлицата, краток здив и замор. Некои повраќаа и има дијареа. Симптомите се влошуваа во текот на наредните неколку денови или недели пред да се јават во болница.

“Се уплашив кога ми рекоа дека ми е уништено белодробното крило. Морам на операција веднаш”, додава еден од заболениите.

Агенцијата за контрола и превенција на болестите соопшти дека најмалку на возраст од 17 до 38 години развиле некој вид на респираторни болести по вдишување на водена пареа или употреба на е-цигари. Уште 12 лица се под опсервација.

Градоначалникот на Њујорк, Ендрју Куомо, забрани да се продаваат какви било ароми за е-цигари освен никотин и ментол, пренесе Канал 5 телевизија. Тој ја издаде оваа наредба откако стотици млади се разболеа од тешка болест, предизвикана од пушење е-цигари со различни ароми во нив. Ширум САД оваа болест за многу кратко време се прошири и веќе ја зеде и четвртата жртва.

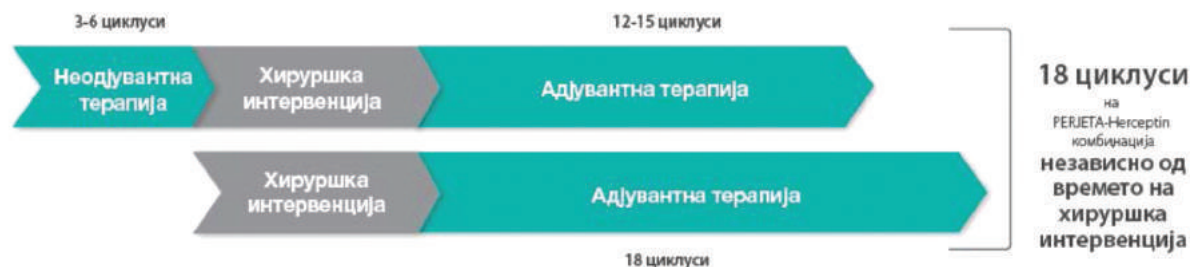
Сите кои настрадаа од непознатата болест се млади луѓе кои користеле електронска цигара и наеднаш заболеле од тешка болест што не се лекува. Градоначалникот Куомо вели дека консумирањето цигари, а особено електронски, е многу опасно, а загрижува и тоа што слатките и овошни ароми на е-цигарите создаваат зависност од никотин кај младите.

Комерцијален текст

СОВРЕМЕНА МЕДИЦИНА

Roche

Намалување на ризикот од повторна појава на канцер на дојка или смрт за 25% при терапија со двојна HER2 блокада



Лековите Perjeta® и Herceptin®, преку комплементарниот механизам на двојна HER2 блокада, постигнуваат резултати кои им овозможуваат најдобра шанса за излекување на пациентите со HER2 позитивен канцер на дојка.

APHINITY претставува студија која ја покажува супериорноста на двојната блокада со Perjeta® и Herceptin® плус хемотерапија, во адјувантен, постоперативен сетинг. Најголем бенефит во оваа студија е согледан кај пациентите со висок ризик од повторување на болеста, поточно пациентите кои имаат позитивни лимфни јазли или кои се хормон рецептор негативни. Кај нив комбинацијата на Perjeta® и Herceptin® плус хемотерапија, го намалува ризикот од повторна појава на канцер на дојка или смрт за 25%¹.

Резултатите од студијата APHINITY ни ги докажуваат ефикасноста и безбедносниот профил на двојната блокада со Perjeta® и Herceptin®, кои се во согласност со претходните клинички студии, само со мала зачестеност на срцевите настани. Преку оваа студија се потврдува дека е зачуван квалитетот на живот кај пациентите со висок ризик од повторување на болеста¹.

Заради агресивната биологија на HER2 позитивниот канцер на дојка, може онкологот во соработка со хирургот да одлучат прво да се започне со администрација на 3-6 циклуси предоперативна (неoadјувантна) терапија со двојна HER2 блокада, а по хируршката интервенција да се продолжи со адјувантна терапија до полни 18 циклуси. Затоа може да кажеме дека стандардна администрација на Perjeta® и Herceptin® кај високоризични пациенти е 18 циклуси на терапија, независно од времето на хируршката интервенција^{1,2}.

Светските и европските протоколи NCCN (National comprehensive cancer network), ESMO (European society for medical oncology), ASCO (American society of clinical oncology), и протоколите усвоени на конференцијата во Виена, (St. Gallen Consensus Conference) одржана 2019 година, ја приоритизираат двојната HER2 блокада плус хемотерапија, како стандард за терапија на пациентите со високо ризичен HER2 позитивен канцер на дојка. Сите овие протоколи препорачуваат третман со двојна блокада со Perjeta® и Herceptin® кај

пациенти кои се со висок ризик од повторување на болеста и имаат позитивни лимфни јазли или се хормон рецептор негативни^{3,4,5,6}. NICE (National institute for Health and care Excellence) препораките го разгледуваат односот помеѓу цената и ефикасноста на третманот (cost benefit), тие ја одобруваат комбинацијата на Perjeta® и Herceptin® плус хемотерапија, бидејќи потврдуваат најдобар бенефит помеѓу цената и ефикасноста на третманот кај пациентите кои имаат позитивни лимфни јазли⁷.

На Универзитетска клиника за радиотерапија и онкологија во Скопје од неодамна станаа достапни повеќе иновативни терапии за различни индикации меѓу кои и лековите Perjeta® и Kadcyca® за пациентите со HER2 позитивен, како и Palbociclib® и Fulvestrant® за оние со хормон позитивен канцер на дојка.

Наша професионална долгорочна определба останува да биде воведувањето на иновативна терапија според светски прифатените протоколи и медицината базирана на докази.

Спец. д-р Никола Васев, Универзитетска клиника за радиотерапија и онкологија, УКИМ - Скопје

Референци:

- 1 Adjuvant Pertuzumab® and Trastuzumab® in early HER2-positive breast cancer. Von Minckwitz G, Procter M, de Azambuja E, et al; N.Engl J Med. 2017; 377:122-131
- 2 Збирен извештај за особините на лекот Perjeta®, 2019.
- 3 European society for medical oncology. Annals of Oncology 30: 1194-1220, 4 June 2019
- 4 National comprehensive cancer network. Version 2, July 2019
- 5 St. Gallen/Vienna 2019: A Brief Summary of the Consensus Discussion on the Optimal Primary Breast Cancer Treatment, Balic M. et al, 2010, Breast Care
- 6 Selection of Optimal Adjuvant Chemotherapy and Targeted Therapy for Early Breast Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Focused Update, Neelima Denduluri et al., 2018, Journal of clinical oncology.
- 7 National institute for health care and excellence. 2019, Pertuzumab® for adjuvant treatment of HER2-positive early stage breast cancer (NICE Technology appraisal guidance [TA569]). Пристапено на: <https://www.nice.org.uk/guidance/ta569>

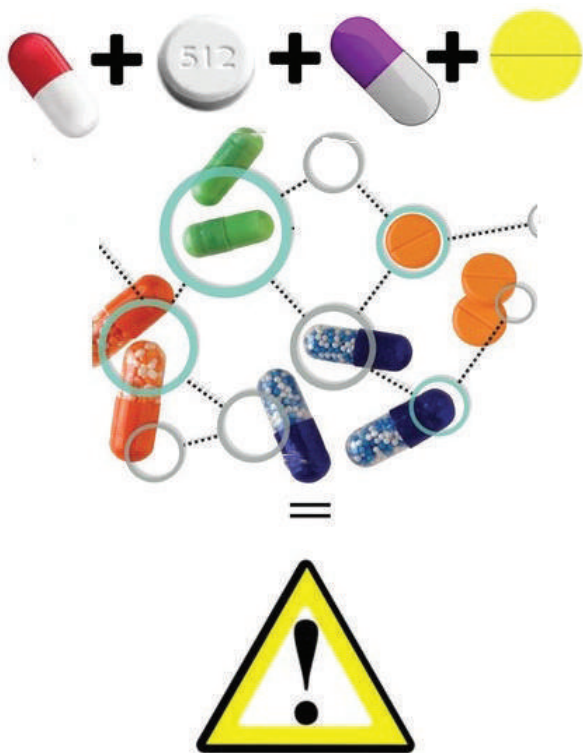
ТЕСТИРАЈ ГО СВОЕТО ЗНАЕЊЕ

Уредува проф. д-р Катица Зафировска

Што е причина за акутното ренало оштетување ?

Маж на 68 години се јавува во нефролошка амбуланта заради перзистентно гадење и повраќање, забрзана срцева работа и несвестица. Утрото матичниот лекар направил рутинска биохемиска анализа на крвта и најдено е дека наодите се уредни освен уреата - 11 mmol/L и креатининот - 335 μmol/L и веднаш го упатил кај нефролог. Нефрологот назначува и електролитен статус и во него нема отстапување од нормалните вредности.

Пациентот е иницијално виден од матичниот лекар пред околу 10 дена заради гадење и болка во епигастриумот по јадење, заради што тој назначил испитување и добил позитивен наод за *Helicobacter pylori*. Определена терапија за ерадикација: омепразол, амоксицилин и кларитромицин. Пациентот веќе прима терапија за хипертензија, коронарна артериска болест и дислипидемија (нифедипин ретард, еналаприл, нискодозажен аспирин и росувастатин). При прегледот пациентот има крвен притисок 90/55 mm Hg, срцевата фреквенција е 110/min.



Која е најверојатната причина за акутното ренало оштетување?

1. Алергиски интерстицијален нефритис
2. Интеракција статин/кларитромицин
3. Интеракција статин/нифедипин
4. Интеракција нифедипин/кларитромицин

Одговор: најголема е веројатноста за интеракција меѓу нифедипинот и кларитромицинот.

Кларитромицинот има ефект врз важна субединица на системот цитохром P450 којшто метаболизира многу лекови и е поврзан со сериозни, дури и фатални интеракции на лекови.

Кај овој болен кларитромицинот го блокира метаболизмот на дихидропиридинскиот вазодилаторен калциум антагонист нифедипин преку инхибиција на изоензимот 3A4 (CYP3A4) од системот цитохром P450. Тоа довело до негова акумулација и клинички манифестна тешка хипотензија.

Оваа интеракција често пати се потценува и покрај бројните студии кои ја документаат. Во канадска студија ⁽¹⁾ кај стари лица со просечна возраст од 76 години од кои кај 96,226 бил препишан кларитромицин, а кај 94,083 бил препишан азитромицин додека во терапија веќе примале калциум антагонист (амлодипин, фелодипин, нифедипин, дилтиазем или верапамил). Тоа било асоцирано со речиси двојно зголемен ризик за хоспитализација заради акутно бубрежно оштетување. Ризикот бил највисок при примена на дихидропиридински калциум антагонисти, а особено со нифедипин. Во друга студија од 2011⁽²⁾ спроведена на пациенти на просечна возраст од 66 години кои примале калциум антагонист во период од 15 години. Во студијата биле вклучени оние пациенти кои биле хоспитализирани заради хипотензија и шок и компариран е ризикот за изложеност на макролиди во тек на 7 дена пред хоспитализацијата со контролен период од 7 дена во претходниот месец. Насилна асоцираност со хипотензија покажал еритромицинот, но исто така високоризичен се покажа и кларитромицинот. Оваа интеракција не е видена со азитромицинот кој не го инхибира CYP3A4.

Кларитромицинот има и други потенцијално опасни интеракции: со статините, особено ловастатин и симвастатин коишто се метаболизираат преку CYP3A4. Но, во анализа на база на податоци за несакани ефекти кај постари лица кои земаат статини ⁽³⁾ коишто не се метаболизираат преку CYP3A4 (росувастатин, правастатин, флувастатин) најден е повисок ризик за хоспитализација заради акутно бубрежно оштетување или хиперкалемија, како и за смртност од сите причини, кога се употребувале заедно со кларитромицин.

Извештено е за сериозни интеракции на кларитромицин со над 80 лекови (од кои најважни се со калциум антагонистите, статините – ловастатин и симвастатин, со глипизид и глибурид што води до тешка хипогликемија, со колхицин – извештено е и за смртни исходи). Затоа, ако се индицирани макролиди, разумно е, од гледна точка на интеракции, да се претпочита азитромицинот пред еритромицинот и кларитромицинот.

Признанија

НА МЕЃУНАРОДНИОТ МУЛТИДИСЦИПЛИНАРЕН НЕВРОПСИХИЈАТРИСКИ КОНГРЕС „MIND AND BRAIN“ ВО ПУЛА, ХРВАТСКА

Исклучително успешна презентација на македонскиот мултидисциплинарен тим

Второ место на македонскиот научно-истражувачки тим предводен од неврохирургот доц. д-р Владимир Рендевски, на 59-тиот меѓународен мултидисциплинарен невропсихијатриски конгрес „Mind and Brain“ во Пула, помеѓу 400 учесници од целиот свет

Македонскиот мултидисциплинарен медицински тим имаше исклучително успешна презентација, освојувајќи го второто место меѓу 400 учесници во натпреварувачкиот дел на 59-тиот меѓународен мултидисциплинарен невропсихијатриски конгрес „Mind and Brain“ кој од 30 мај до 2 јуни 2019 година се одржа во Пула, Хрватска. На конгресот македонскиот научно-истражувачки тим во состав: доц. д-р Владимир Рендевски (спец. неврохирург и директор на Универзитетската клиника за неврохирургија, Скопје), м-р Борис Алексовски (молекуларен биолог и докторанд по молекуларна биологија на Природно-математичкиот факултет, Скопје) и д-р Ана Михајловска Рендовска (спец. радиолог од Универзитетскиот институт за радиологија, Скопје и докторанд по радиологија на Медицинскиот факултет, Скопје), се претстави со научниот труд под наслов: Advanced 3D modeling for prediction and quantification of the perihematomal brain edema formation after ICH: implications of biochemical, radiological and clinical variables.

Конгресот е еден од најстарите медицински настани на овие простори на Европа, кој датира уште од 1962 година, а е популарно наречен „мост помеѓу неврологијата психијатријата и сродните гранки“. Организиран е од Здружението за неврологија и психијатрија на Југоисточна



Европа и Хрватската академија на науки и уметности, а е поддржан од Светската федерација за неврологија (World Federation of Neurology-WFN) и Европската академија за неврологија (European Academy of Neurology-EAN), и е акредитиран од Европското здружение на медицински специјалисти (European Union of Medical Specialists) со 15 кредити за континуирана медицинска едукација.

Во рамки на конгресот се одржаа бројни пленарни предавања на научни достигнувања во областа на неврологијата, психијатријата и неврохирургијата, исто така беа застапени и работилници и симпозиуми во делот на мозочниот удар, епилепсијата, главоболката и други области на неврологијата, а во посебен дел беше и натпреварувачкиот сегмент, каде што со своите научни резултати и достигнувања учествуваа и нашиот тим.

Научната студија со која се претстави нашиот тим е мултидисциплинарна студија од областа на неврохирургијата, неврологијата и неврорадиологијата, во делот на хеморагичниот мозочен удар и е започната во 2013 година.



Формирана е кохортна група од 70 пациенти со интрацеребрална хеморагија (ИЦХ), со јасно дефинирани инклузиони критериуми, кои во изминатиот период беа лекувани на клиниките за неврохирургија и неврологија во Скопје. Се испитуваше влијанието на биохемиските варијабли (глутамат и TNF- α), радиолошките варијабли (иницијалниот волумен на интрацеребралниот хематом) и почетната клиничка слика, врз развојот на мозочниот едем, како еден од главните фактори за невролошкото влошување и раната смртност кај пациентите со ИЦХ.

Во студијата беа претставени напредни статистички модели за квантификација (нумеричко предвидување) на волуменот на мозочниот едем, кој би се развил по околу пет дена, врз основа на наведените почетни параметри мерени во првите 24 часа по настанување на мозочниот удар. Поконкретно, беше развиена математичка формула која со сензитивност од 77% и висока статистичка значајност ($p=7.4 \cdot 10^{-19}$) може да превиди колкав волумен на едемот би се формирал по пет дена, врз база на измерените иницијални вредности на концентрациите на глутаматот и TNF- α во крвната плазма (како едни од главните носители на механизмите на ексцитотоксичност и невроинфламација, што се јавуваат по настанувањето на ИЦХ), вредностите на иницијалниот волумен на хематомот, како и врз основа на клиничката слика (бодирана со соодветни скали за таа намена). Овие резултати тимот ги објави и претстави пред неколку месеци и во две рецензирани светски списанија со импакт фактор (фактор на влијание): Clinical neurology and neurosurgery и Polish Journal of Neurology and Neurosurgery.



На 59-тиот конгрес во Пула за прв пат беше претставена практичната примена на овие научни сознанија преку изготвената апликативна програма (software) за квантификација на мозочниот едем и напредното 3D моделирање за негова визуелизација. Поточно, со користење на овој софтвер клиничарот на мошне едноставен начин ги внесува измерените вредности на наведените почетни параметри, а програмата со користење на добиената математичка формула од моделирањето ја генерира вредноста на мозочниот едем, што се очекува да се појави по пет дена, на тој начин што истата би дала еден патоказ во натамошниот развој на клиничката слика кај пациентите со интрацеребрална хеморагија. Резултатите на едемот се претставени во 3D координатен систем со градиент на боја (од светло кон темно сина), во зависност од неговата вредност, а во координатниот систем мошне уочливо се следи и влијанието на интерактивно внесените варијабли, преку аголот што го формираат со x и y оската.

Практичната примена на овие резултати би дала придонес во разрешување на дилемата што постои кај дел од пациентите со ИЦХ, дали иницијално да се третираат со конзервативен или оперативен третман и секако би била поттик за наредни поголеми мултицентрични проспективни истражувања во оваа област на медицината и клиничката практика.

Доц. д-р В. Рендевски, Универзитетска клиника за неврохирургија, Медицински факултет УКИМ-Скопје

Emicizumab во третман на деца со хемофилија А

Хемофилија А е наследна X-хромозом врзана, хеморагична болест која се должи на нарушена или отсутна експресија на коагулациониот фактор VIII. Сериозноста на болеста е дефинирана според нивото на прокоагулантната активност на факторот VIII. Кај тешката (мајорна форма), која се јавува кај околу 50% од пациентите, нивото на факторот е <1%, кај средно тешката (интермедиерна форма) нивото на факторот изнесува од 1 до 5%, а кај лесната (минорна форма) нивото на факторот варира од 5 до 40%. Пациентите со хемофилија А имаат сериозни, повторувачки крварења, најчесто зглобни и/или интрамускулни кои се јавуваат од раното детство и кои без соодветен третман водат кон хроничен синовит кој резултира во иреверзибилна хемофилична артропатија. Хемартрозите се контролираат со примена на регуларна профилакса со концентрати на коагулациони фактор, што овозможува превенција на развој на артропатија и сигнификантно подобрување на секојдневните животни активности и квалитетот на живот кај овие пациенти.

Но и во денешните терапевтски протоколи се забележуваат некои бариери кои се однесуваат на следното: полуживотот на фактор VIII концентратите е многу краток и затоа се неопходни чести интравенски инфузии за превенција на повторувачки крварења, што претставува оптеретување, особено за малите деца каде венскиот пристап е тежок. Потребите од чести инјекции исто така предизвикуваат ниска адхеренција на профилаксата и кај адолесцентите. Денес се достапни концентрати на фактор VIII со продолжен полуживот кои ја намалуваат фреквенцијата на интравенска администрација, меѓутоа се уште е неопходна апликација два до три пати неделно. Развојот на анти-VIII неутрализирачки алоантитела (инхибитори) се јавува кај 20 до 30% од претходно – нетретирани пациенти со хемофилија А по администрација на концентрати на фактор VIII. За хемостатски третман кај пациентите со хемофилија со висок титар на инхибитори се користат премостувачки (бајпасирачки) агенси како рекомбинантен активиран фактор VII (rFVII) и концентрати на активиран протромбински комплекс (aPCC). Индукација на имуна толеранција е терапевска опција за елиминација на инхибитори кај пациентите со хемофилија А. Терапијата вклучува апликација на фактор VIII концентрати во високи дози и интезитет и овозможува ремисија кај 60 до 70% од пациентите со инхибитори. Меѓутоа за контролата на крварењата е потребна дополнителна примена на премостувачки агенси.

Во обид да се надминат сите овие бариери, од неодамна се развиени нови хемостатски агенси чија безбедност и ефикасност е тестирана во повеќе клинички студии. Нов терапевтски пристап е примената на Emicizumab. Emicizumab е моноклонално биспецифично антитело создадено со технологија на генетски инжињеринг кое го надминува недостатокот на фактор VIII имитирајќи ја неговата функција во каскадата на коагулациониот механизам. Се работи за протеинска молекула која се врзува за два специфични таргети - фактор IX и фактор X, заменувајќи го факторот VIII кој недостасува, со што се овозможува нормално одвивање на коагулациониот процес.

Emicizumab е профилактички (превентивен) третман наменет за пациенти со хемофилија А со или без инхибитори на фактор VIII, кој може да се дава еднаш неделно, на секои две недели или на секои четири недели во форма на супкутана инјекција. Препаратот е тестиран во клиничките студии HAVEN 1, 2, 3 и 4 кои потврдуваат сигнификантен профилак-

тички ефект и безбедност на Emicizumabi кај адултни и кај педијатриски пациенти со хемофилија А со или без инхибитори на фактор VIII.^[1-4]

HAVEN 2 е мултицентрична клиничка, најголема педијатриска студија во која се вклучени 88 деца под 12 годишна возраст со хемофилија А со инхибитори на фактор VIII.^[2] Студијата ја евалуира ефикасноста, безбедноста и фармакокинетичкиот профил на профилактичкиот третман со Emicizumab администрацирана еднаш неделно, на секои две и четири недели. Според резултатите од оваа студија 76,9% од децата со хемофилија А со инхибитори на фактор VIII третирани со Emicizumab еднаш неделно (n=65) немале крварења. Годишната стапка на крварења кај оваа група на деца изнесувала 0,3. Профилактичкиот третман со Emicizumab со еднаш неделно дозирање покажал значајна редукција (99%) на стапката на третирани крварења во споредба со претходен третман со премостувачки агенси применети како профилакса или епизодно. Исто така, 90% од децата со инхибитори на фактор VIII третирани со Emicizumab на секои две недели и 60% од децата кои примале Emicizumab на секои четири недели немале крварења, што потврдува клинички значајна контрола врз стапката на крварења која се следи и кај двата распореди на дозирање. Во студијата кај ниту еден пациент не е опсервирана тромботична микроангиопатија или друга тромботична компликација. Најчестите несакани ефекти забележани кај децата третирани со Emicizumab биле симптоми на настинка (назофарингит, 37,5%), реакции на местото на апликација (29,5%), фебрилност (23,9%), инфекции на горен респираторен тракт (23,9%), кашлица (23,9%), дијареа (15,9%), повраќање (15,9%), главоболки (14,8%).

Emicizumab е единствен третман одобрен од FDA (Food and Drug Administration) и EMA (Европската агенција за лекови) за пациенти од сите старосни групи со хемофилија А со или без инхибитори на фактор VIII кој се дава супкутано и има можности за различно дозирање со што им овозможува на родителите и нивните деца флексибилност во изборот на терапевтискиот распоред. Профилактичкиот третман со Emicizumab кај педијатриските пациенти со Хемофилија А претставува нов стандард во терапијата на хемофилија кој овозможува безбеден и ефикасен третман кој добро се толерира и ветува значајно подобрување на квалитетот на живот.

Проф. д-р Ката Мартинова, Асс. д-р Александра Јовановска, Универзитетска клиника за детски болести, Оддел за хематологија и онкологија, МФ, УКИМ -Скопје

Референци

- 1 Oldenburg J, Mahlangu JN, Kim B, et al. Emicizumab prophylaxis in hemophilia A with inhibitors. *N Engl J Med*. 2017;377(9):809–818.
- 2 Young G, Liesner R, Sidonio RF, et al. Emicizumab prophylaxis provides flexible and effective bleed control in children with hemophilia A with inhibitors: results from the HAVEN 2 study. *Blood*. 2018;132:632.
- 3 Mahlangu J, Oldenburg J, Paz-Priel I, et al. Emicizumab prophylaxis in patients who have hemophilia A without inhibitors. *N Engl J Med*. 2018;379(9):811–822.
- 4 Pipe SW, Shima M, Lehle M, et al. Efficacy, safety, and pharmacokinetics of emicizumab prophylaxis given every 4 weeks in people with hemophilia A (HAVEN 4): a multicentre, open-label, non-randomised phase 3 study. *Lancet Haematol*. 2019. [Epub ahead of print]. doi:10.1016/S2352-3026(19)30054-7

При континуирана профилактика со
HEMLIBRA[®] (emicizumab)
 животот може да биде прекрасен!

HAVEN 3

Профилактиката со HEMLIBRA значително го намалува бројот на третирани крварења кај лицата без инхибитори на факторот VIII^{1,2}

Континуирана профилактика со HEMLIBRA споредено со терапија по потреба со факторот VIII
 % редуција на годишна стапка на крварења



Администрирана како
 поткожна инјекција еднаш
 неделно, на секои две недели
 или на секои четири недели,
HEMLIBRA
 овозможува досега невидена
 заштита од крварења^{1,3}

Профилактика со HEMLIBRA споредено со профилактика со факторот VIII
 % редуција на годишна стапка на крварења



HEMLIBRA претставува биспецифично моноклонално антитело со нов механизам на дејство кој го обновува природниот хемостатски процес и е наменето за рутинска профилактика на епизоди на крварења кај лица со хемофилија A. HEMLIBRA не е афектирана од инхибиторите на факторот VIII и не индуцира развој на инхибитори на факторот VIII. Лекот HEMLIBRA е индициран за рутинска профилактика на епизоди на крварења кај деца и возрасни со:

- хемофилија A (конгенитален дефицит на факторот VIII) со инхибитори на факторот VIII
- тешка хемофилија A (конгенитален дефицит на факторот VIII, FVIII <1%) без 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
 * (ABR - annual bleed rate)

Референци:

1. Збирен извештај за особините на лекот за лекот HEMLIBRA (emicizumab) 30mg/ml и 150mg/ml раствор за инјектирање.
2. Mahlangu J, et al. New Engl J Med 2018;379:811-22
3. Pipe S, et al. Lancet Haematol 2019; DOI:10.1016/S2352-3026(19)30054

РОШ Македонија ДООЕЛ Скопје
 Деловен центар Сити Плаза
 Ул. Св. Кирил и Методиј бр.7, кат 2, 1000 Скопје
www.roche.mk



(скенирај код за детален преглед на лек)

HEMLIBRA[®]
 emicizumab

Ex tempore



**Проф. д-р
Нинослав ИВАНОВСКИ**

“А младото игуменче секоја вечер 5%, нели! “, смеејќи се го закачаше капетанот младиот свештеник додека сите војници околу масата се смееја а игуменот ја менуваше бојата на лицето... “За колегите од помладите генерации, извадокот е од прочуениот роман на Ернест Хемингвеј, “Збогум на оружјето“ кој беше дел од задолжителната лектира во едно време кога се уште се читаа книги. Романот е прекрасна антивоена приказна зачинета со една несреќна љубов меѓу младиот поручник Фредерик Хенри и медицинската сестра Катрин Баркли, подолга овековечена во филмот “Воена љубов“ со Крис О’Донел и Сандра Булок. Суштината на шегите на капетанот е тоа дека младиот игумен мастурбира секоја вечер, а тоа е само 5% од вистинскиот секс. Во периодот кога ние читавме лектури, оваа шег беше дел од нашиот вообичаен вокабулар заради тоа што вистинскиот секс во тоа време беше невозможно далеку од нас. Како што е всушност и сега.

Не е тешко да се погоди дека овој увод е направен по повод најавата за покачувањето на платите на здравствените работници за 5% кое деновиве лично го соопшти премиерот во друштво на шармантната нова министерка за финансии госпоѓа Нина Ангеловска. Целата слика всушност беше слична или иста со онаа од 22.9.2018 кога во полусвечена атмос-

5%

фера беше најавено зголемување на платите во јавната администрација (а таму сме и ние, добога) повторно за 5% во присуството на министрите за здравство, образование, финансии и социјални прашања. Тоа, за нас, почитувани колеги, некако значи дека секој септември доаѓаат нашите 5%. Слично како и младиот игумен и неговите 5% секоја вечер, во романот на Хемингвеј. За волја на вистината, во меѓувреме пораснаа додатоките за дежурствата, нокната и празничната работа. Без да го потценам секој денар зголемување, кој е бездруго добро дојден за сите здравствени работници, меѓу кои главни се сепак лекарите, овој процент е навистина бескрајно далеку од оној што беше најавуван и за кој се залагаше и Лекарската комора и Самостојниот синдикат на Клиничкиот центар, како што е далеку и вистинскиот секс за младиот игумен во романот. Сега е навистина секому јасно дека од некаква плата од 1.000 до 1.600 евра до крајот на следната година едноставно не може да дојде и дека е тоа уште едно празно ветување дадено до сите лекари. Заложбите и спомнувањето на некакви коффициенти дека обичните лекари треба да достигнат личен доход 2.5 пати поголем од просечната плата, а лекарите специјалисти и супспецијалисти 3,5 и 3,8,

за подолг временски период едноставно не се можни и паѓаат во вода и покрај тоа што до крајот на мандатот на оваа Влада и ова Министерство има уште една година. Можеби и затоа коефициентите и не се ставени во Законот за лекарска дејност, како што тоа го бараше храбриот Синдикат на Клиничкиот центар во едно време.

Така останува гурбетот, тоа проклетство на народот од овие простори, како “валидна“ алтернатива за младите, па и постарите колеги - лекари. Интензивните курсеви по германски јазик продолжуваат кои сега како да се дел и од студиите по медицина, затоа што идните колеги ги започнуваат и ги тераат паралелно уште од првата година. Небаре како да се дел од изучувањето на туѓ јазик на медицинските факултети во земјава! Така забрзано пред наши очи се трасира нашиот пат кон неповрат.

Не е здраво за едно општество лекарите да не бидат задоволни и недоволно наградени. Зарем вулгарната преселба на колегите која ни се случува секојдневно во својот најбрутален облик не ни е доволно предупредување и дека наградувањето на лекарите треба да се сфати многу посериозно не само од оние кои за тоа се надлежни, туку од целокупното општество! Затоа што она што ни се случува нали-



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk

кува на катаклизма и како таква треба да се сфати. И ако на тоа се додадат политичко-криминалните превирања врзани за некои карикатурални личности со Луј Витон чанти со педантно сложено убаво количество на наши евра, тогаш централната балканска република Северна Македонија наликува повеќе на карневал во кој се е можно и ништо не е сигурно. Згора на тоа, податокот за скорешните преполни автобуси на работници од Источна Македонија на пат кон Италија, укажува дека се повеќе навлегуваме во опасните води на вистинскиот егзодус на еден цел народ, во кој, ние лекарите играме една од водечките улоги. Повеќе од очигледно е дека не станува збор за обично гастарбајтерство, туку за пат без враќање. Несериозно е да се очекува дека Владата ќе успее во своите декларативни намери да ги задржи лекарите во земјата со ваков тип на покачувања кои имаат само козметички ефект.

Но, тоа е тоа, почитувани колеги! Само трпение! Сега засега рацете ни се “презафатени” со петте отсто, а 5 по 5 ќе стасаме некако до 100 отсто колку што е и ветувањето од страна на политичарите за 1.000 евра личен доход за обичен лекар и 1.600 евра за лекар - специјалист. Доколку не стасаме, ќе дојдат некои други луѓе од нашето соседство со исти или слични ветувања, а по нив и некои трети или четврти кои толку личат едни на други што ги препознаваме уште пред да се појават. Ништо веќе не се добива лесно, ниту на сексуален ниту на било на кој друг план.

А дотогаш, барем нашите 5 отсто ни се сигурни.

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

СРБИЈА

Зголемување на платите од ноември, најмногу во здравството

Од 1 ноември платите во јавниот сектор во Србија ќе се зголемат од осум до 15 отсто, соопшти во средината на септември премиерката Ана Брнабиќ на конференција за новинарите. Најголемо зголемување ќе има во здравството, а потоа во секторите за наука и култура. На пензионерите во декември ќе им биде исплатена еднократна помош од 5.000 денари.

Како што истакна Брнабиќ, за медицинските сестри и техничари ќе има најголемо зголемување од 15 отсто. Докторите ќе добијат корекција од 10 проценти. По здравството, најголемо зголемување ќе биде во секторите за наука и култура - 10 отсто. Зголемување од девет отсто ќе има за вработените во просветата, за судиите и обвинителите, за вработените во установите за социјална заштита и за припадниците на безбедносните сили.



Премиерката Брнабиќ потенцира дека државата се бори да ги задржи здравствените работници во земјата и со тоа што инвестира дури еден милјарда евра во здравствената инфраструктура, обнова на клиничките центри, болниците....

-Вложуваме во платите и во инфраструктурата. Стануваме поконкурентни, порача премиерката. Според неа, на седница на Владата е усвоен предлог позитивниот ребаланс на буџетот кој ќе биде проследен до Собранието на усвојување.

Просечната плата на лекар во Србија изнесува околу 63.500 динари, (1 евро - околу 117, 2 динари), а на крајот на годинава ќе добиваат 6.000 динари повеќе. Нешто повеќе од 6.000 динари ќе добијат и медицинските сестри вработени во болници и клинички центри.

PTC

Варијабилноста на срцевиот ритам

Неопходно е да нагласиме дека намалена варијабилност на срцевиот ритам постои при состојби на: стрес, лош сон, лоша исхрана, консумирање алкохол, при болест, акутно претренирање во спортот, при земање некои лекаства итн

Варијабилност на срцевиот ритам претставува мерка на варијацијата во време меѓу секој срцев удар. Таа е контролирана од страна на автономниот нервен систем и е независна од нашата волја, како што се и нормалниот срцев ритам, крвниот притисок, дишењето или активностите на дигестивниот систем, останатите органски системи.

Отчукува како метроном иако нам ни се чини дека работи сосема регуларно. Постојат осцилации и варијации кај здравото срце и тие се комплексни. Флуктуациите на здравите срцеви удари понекогаш се опишуваат како „математички хаос“. Токму таа способност за варијабилност и нелинеарност обезбедува флексибилност кон биолошките потреби и брзо справување со некои ненадејни промени кои се случуваат во околината.

Во нормални услови нашето срце отчукува околу 60 пати во минута, а варијабилноста помеѓу ударите изнесува неколку милисекунди. Кога срцето е заболено, оваа варијабилност се намалува и 60-те отчукувања стануваат речиси непроменети.

Всушност, колку нашиот нервен систем е поздрав, толку побрзо сме способни да го промениме вообичаениот срцев ритам. Причината за ова е што нашиот мозок постојано процесира информации во хипоталамусот од каде што преку гранките на автономниот нервен систем се испраќаат сигнали во одделни делови од телото за да предизвикаат промени во телесните функции. Овој нормален одговор се

менува ако сме под постојан (хроничен) стрес, ако имаме лош сон, лоши односи со околината, ако сме изолирани или осамени, ако не се движиме доволно. За да имаме добар одговор на сите овие закани неопходно е нашиот нервен систем да е здрав, а токму варијабилноста на срцевиот ритам претставува индикатор за тоа.

Срцевиот ритам се генерира во срцевиот сино-атријален јазол кој создава електрични импулси кои влијаат на бројот на срцевите отчукувања во една минута. Токму овој јазол е под директна контрола на автономниот нервен систем, кој има две гранки: симпатикус и парасимпатикус. Било да сме одморни или после тежок физички напор, овие две гранки на автономниот нервен систем делуваат заеднички и предизвикуваат промени во варијабилноста на срцевиот ритам, на респирациите, температурата, крвниот притисок или на стресот итн. Притоа, настанува висока варијабилност на срцевиот ритам. Но, кога не сме доволно одморени, здравите варијации помеѓу срцевите отчукувања почнуваат да се намалуваат и тоа индицира небалансираност. Така, оние кои многу седат во текот на денот имаат помала варијабилност на срцевиот ритам, а оние кои се под стрес и имаат поголема активност на симпатикус и имаат поголема варијабилност.

Неопходно е да нагласиме дека намалена варијабилност на срцевиот ритам постои при состојби на: стрес, лош сон, лоша исхрана, консумирање алкохол, при болест, акутно претренирање во спортот, при земање некои лекаства итн. Долгорочно намалување на варијабилноста на срцевиот ритам настанува при хронични забо-

Неопходно е да нагласиме дека намалена варијабилност на срцевиот ритам постои при состојби на: стрес, лош сон, лоша исхрана, консумирање алкохол, при болест, акутно претренирање во спортот, при земање некои лекаства итн. Долгорочно намалување на варијабилноста на срцевиот ритам настанува при хронични забо-



лувања или инфламации, хроничен стрес или состојба на сого-рување (burnout), хронично неспиење, лошо организиран спортски тренинг итн. Најкусо кажано, научно е докажано дека варијабилноста на срцевиот ритам е всушност визуелен приод во работата на најпримитивниот дел од нашиот мозок.

Мониторингот на варијабилноста на срцевиот ритам претставува неинвазивна, доста модерна и интересна метода за евалуирање на небалансиранот нервен систем. Беше воведен уште пред десетина година на Клиниката за детски болести и се применуваше како еден вид периферен биофит-бек тренинг кај разни ментални нарушувања кај децата: анксиозност, депресија, опозиционерно однесување, хиперактивност, панични атаки, несоници итн.

Кај неколку групи на деца и адолесценти варијабилноста на срцевиот ритам ја меревме и трениравме со помош на специјална апаратура и покажавме дека после 15 сеанси тренинг се доби подобрување на клиниката и психометриските тестови кај децата со анксиозно-фобични растројства, опозиционерно однесување, со несоница, соматоформни растројства, но многу помал ефект се доби кај децата со растројство на вниманието и хиперактивност. Кај оваа последна група подобри резултати постигнавме со неврофит-бек тренинг.

Варијабилноста на срцевиот ритам е особено добра метода за спортистите. Со нејзина помош одлично се одмерува дозата на неопходен тренинг, а се избегнува преголемо тренирање кое може да има негативен ефект.

**Академик Надица Поп-
Јорданова**

Пациент со неконтролиран крвен притисок

Пациент на 67 - годишна возраст од Гостивар, по професија правник, анамнестички дава податок за зголемен крвен притисок (190 со 110 ммХг), премаленост, срце биење –палпитации, градна болка. Анамнеза: пациентот на преглед се жали од зголемен крвен притисок (190/110 ммХг), малаксаност, срцебиење (палпитации), градна болка (стегање) која трае неколку минути (2 до 10 мин.).

Претходна терапија

- Пациентот е под редовна кардиолошка терапија: табл. enalapril 20 mg 1x1, табл. hydrochlorthiazide 25 mg1x1, табл. atorvastatin 10 mg 1x1, табл. diazepam 5 mg 1x1.

- По три - месечна терапија лоша контрола на крвен притисок (и покрај редовна земената терапија) пратен на специјалист од страна на матичниот лекар.

Со оглед на состојбата, на првиот специјалитички преглед се направени следниве испитувања:

- Лабораториски анализи каде што се најдени следните резултати: Вкупни lipidi-10.1 mmol/l, holesterol-6.4 mmol/l, LDL-5.4 mmol/L, HDL-0.7 mmol/L, triglyceridi-3.8 mmol/l, SE -11, Er-5.3, Le-6.2, Hgb-151, glikemia-5.9 mmol/l, urea-7.1 mmol/l, kreatinin- 100 mmol/l.

- Електрокардиограм (ЕКГ)- во мирување Лева вентрикуларна хипертрофија.

- Коронарен стрес тест (КСТ) - негативен.

- Ехокардиографија- уредна глобалната левокоморна функција, умерена концентрична хипертрофија на левата комора.

Пациентот е дијагностициран со:

- hypertensio arterialis essentialis,
- angina pectoris stabilis,
- dyslipidaemia

Нова терапија за пациентот :

Пациентот е поставен на терапија со :

- > табл. perindopril/indapamid 4 mg/1.25 mg 1x1;

- > табл. lercanidipin 20 mg 1x1;

- > табл. nebivolol 5 mg 1x1;

ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ

Хипертензија – тивкиот убиец

Хипертензијата се дефинира како состојба кога систолниот КП > 140 mmХг дијастолниот КП > 90 mmХг базирано на просек од две или повеќе измерени вредности на секоја од две или повеќе посети на лекарот

- 7,6 милиони од смртните случаи секоја година (13,5% тотал) му се припишуваат на високиот крвен притисок

- 54 % од мозочен удар и 47% од коронарна артериска болест му се припишуваат на високиот крвен притисок

- > табл. rosuvastatin 20 mg 1x1;

- > табл. ASS 100 mg 1x1;

- > хигиенодиететски режим.

Контролен преглед по три месеци

На контролниот преглед по три месеци со горенаведената терапија пациентот имаше значително подобрување на параметрите.

- Клиничката слика на пациентот на контролниот преглед има значително подобрување, стабилизирање на крвниот притисок (130/80 mmHg), нема градна болка, нема срцебиење

- Резултати од лабораториските испитувања: вкупни lipidi – 7,0 mmol/l, holesterol -4.9 mmol/l, LDL-3.1 mmol/L, HDL-1.0 mmol/L, triglyceridi 2.0 mmol/l, SE 11, Er 4.8, Le 6.7, Hg 147, creatinin- 92 mmol/l, urea- 7.1 mmol/l.

ЗАКЛУЧОК

- Од добиените резултати при контролниот преглед заклучуваме дека по терапијата со табл. perindopril/indapamid, табл. lercanidipin, табл. nebivolol, табл. rosuvastatin сигнификантно го регулира крвниот притисок и вредностите на сите фракции од липидниот статус.

- Нормализирањето на сите горенаведени параметри значително ја подобриле клиничката слика на пациентот (нема градна болка, палпитации, малаксаност).

**Д-р Бетим Даути,
интринист –кардиолог,
Општа болница “Ферид Мурад“ -
Гостивар**

НЕВРОЛОГИЈА

Една година искуства со ocrelizumab, НОВИОТ ИНОВАТИВЕН ЛЕК ЗА ТРЕТМАН НА МУЛТИПЛА СКЛЕРОЗА

На светско ниво веќе се лекуваат повеќе од 100.000 МС пациенти со лекот ocrelizumab, од кои повеќе од 4.000 пациенти се вклучени во клиничките студии при кои е докажана ефикасноста и безбедноста на лекот (OPERA I, OPERA II и ORATORIO) и над 96.000 се МС пациенти кои го примаат лекот во редовна рутинска практика

Повеќе од една година како е достапен новиот иновативен, биолошки лек, ocrelizumab, лек кој претставува нова надеж за нашите пациенти со мултипла склероза бидејќи овозможува значителна супресија на сите маркери за активност на болеста и прогресија на инвалидитетот, а наедно има поволен профил на односот помеѓу користа и ризикот за пациентите.

Во светот и кај нас, ocrelizumab е одобрен за лекување на активни форми на релапсна мултипла склероза (РМС) и претставува прв и единствен лек одобрен за третман на лица во рана фаза на примарно прогресивна мултипла склероза (ППМС). Дозирањето на лекот на секои шест месеци во облик на интравенска инфузија, без потреба од рутински тестирања меѓу дозите, претставува одлична можност за намалување на товарот што го носи оваа изнемоштувачка болест не само за самите пациенти, туку и за нивните семејства и пријатели.

После само една година, на светско ниво веќе се лекуваат повеќе од 100.000 МС пациенти со лекот ocrelizumab, од кои повеќе од 4.000 пациенти се вклучени во клиничките студии при кои е докажана ефикасноста и безбедноста на лекот (OPERA I, OPERA II и ORATORIO) и над 96.000 се МС пациенти кои го примаат лекот во редовна рутинска практика.

Ни претставува големо задоволство што со поддршка од Министерството за здравство на Р. С. Македонија, како и Фондот за здравствено осигурување, Универзитетската клиника за неврологија, Скопје исто така е дел од глобалниот тренд во лекувањето на МС со вклучени 43 МС пациенти на терапија со овој лек во редовната рутинска практика на нашата клиника. Од нив, 12% се ППМС пациенти, а пак 88% се РМС пациенти. Лицата со примарно прогресивна мултипла склероза (ППМС) прв пат имаат можност да примаат терапија за нивната болест и тоа лек кој за 24% го намалува ризикот за прогресија на инвалидитетот кај овој агресивен тип на МС.

Во однос на карактеристиките на пациентите кои во моментот се лекуваат со ocrelizumab, 53% се жени наспроти 47% мажи, со средна возраст од 36,9 години (опсег 21-58), а пак средната вредност на EDSS скорот (анг. Expanded Disability Status Scale score) изнесува 3,9 (опсег 1-6).

Поволниот безбедносен профил на овој лек уште еднаш се докажува и кај нашите пациенти при што од вкупно 101 досега интравенски апликации на лекот, појавени се само два случаја на несакани ефекти од лесен степен (благ транзиториен осип по кожата и чешање) при администрирање на првата иницијална доза од 300 mg кои биле соодветно менаџирани од нашиот тим на сестри и истите потполно биле повлечени со намалување на брзината на течење на инфузијата. Инцидентата на појава на несакани ефекти се намалува со секоја наредна администрација на лекот, што се потврдува и со нашите досегашни искуства со ocrelizumab.

Во изминатиот период се направи навистина голем напредок во однос на третманот на лицата со МС. На нашата клиника е воспоставен МС центар каде што пациентите во посебно прилагодени услови ја примаат нивната интравенска терапија и исто така се зголеми и бројот на пациенти кои примаат терапија за нивната болест.

Но, нашите напори не престануваат тука. Имено, при процена на пациентите кои се соодветни за примена на лекот ocrelizumab, покрај вклучените 43 пациенти, во моментот има отприлика уште 40 пациенти кои ги задоволуваат критериумите и имаат потреба да го примаат овој лек. Нашата клиника ги следи светските трендови во третманот на мултипла склероза и се очекува во наредниот период пациентите со активна МС веднаш да бидат поставени на високоефикасна терапија како што е лекот ocrelizumab.

Секако, нашата посветеност во насока на подобрување на квалитетот на живот на лицата со МС и натаму продолжува во соработка со Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување на Р. С. Македонија, за бројот на пациенти кои примаат терапија континуирано да се зголемува и да се овозможи соодветен третман за сите лица со мултипла склероза.

Науч. сор. д-р Иван Барбов
ЈЗУ Универзитетска клиника за Неврологија,
Скопје

КОГА Е
НАЈПОТРЕБНА
ВИСОКО
ЕФИКАСНА
ТЕРАПИЈА

ЗАПОЧНЕТЕ СО OCREVUS® СЕГА

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

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



**СУПЕРИОРНИ
КЛИНИЧКИ ИСХОДИ**
со значителна супресија на активноста
на болеста и прогресијата¹



**ПОВОЛЕН
БЕЗБЕДНОСЕН ПРОФИЛ**
во две идентични
2-годишни студии²



**ДОЗИРАЊЕ НА
СЕКОИ 6 МЕСЕЦИ**
без потреба од рутинско
тестирање помеѓу дозите¹

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

Референци:

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

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

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

▼ **OCREVUS®**
ocrelizumab 

Интригирачки нови органи

Откритијата се пред нас, иако прашање е дали се доволни за промена на анатомските прирачници

Истражувачките техники актуелизираат нови структури, како што е интерстициумот или мезентериумот. Ќе се додадат ли тие на листата на 78 познати органи на човечкото тело? Прашањето предизвикува поделени ставови.

Има една нова активност, многу популарна во последно време: откривање на нови човечки органи, мезентериум тука, интерстициум таму, еден транзиторен „микроорган“, битен за имунитетот.. Последното анатомско откритие датира од јануари: нов тип на микроканалите кои ја обиколуваат внатрешноста на коската исто како и безбројните скриени премини кои на тој начин овозможуваат на крвта и на имунитарните клетки да се распространуваат брзо и ефикасно низ целото тело. Според Matthias Gunzer, професор на универзитетот во Дуисбург-Есен (Германија) и коавтор на овие трудови, неочекувано е да се открие нова анатомска структура која никогаш досега не е опишана во прирачниците.

Но, овие микротунели не значи дека веднаш ќе се стекнат со статус на нов орган. Зашто местата се многу скапи. Со задржување на бројот 78 се мисли на 78 органи (машки и женски мешано) во човечкото тело. Овој број е предмет на дебата и е во зависност од досегашната анатомска дефиниција и кој како ја толкува таа дефиниција „Тоа значи дека вие ќе имате проблем да најдете двајца анатоми кои ќе се согласни со една прецизна листа на човечките органи,, вели професорот Paul Neuman од Интернационалната програма за анатомската терминологија.

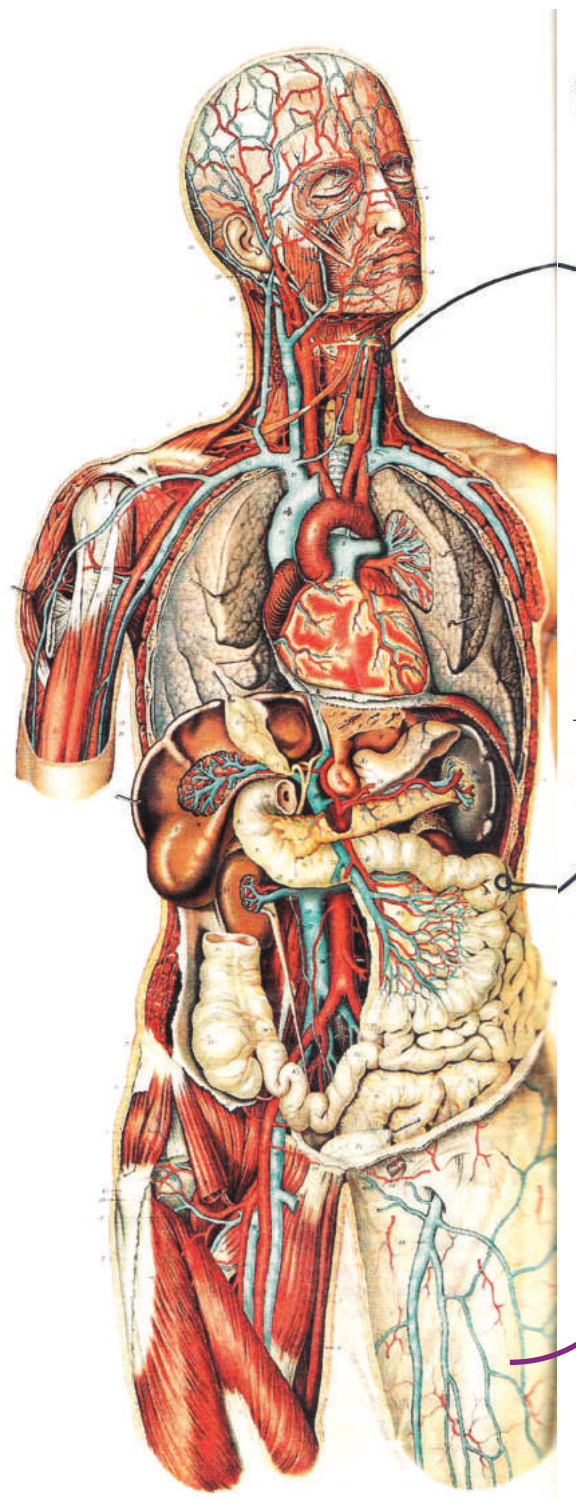
Еден орган мора да има прецизна функција

Откритијата се пред нас, иако прашање е дали се доволни за промена на анатомските прирачници. Да, според истражувачите од Mount Sinai Hospital во Њујорк, кои открија неодамна една непозната структура: интерстициум - слој на поткожно ткиво, обилно хидрирано кое покрива бројни органи. Двапати да !, ќе каже Calvin Coffey кој е поврзан со забележителната публикација објавена во ноември 2016 во Lancet, Gastroenterology and hepatology за мезентериум, структурата која ги поврзува абдоминалните сидови со интестинумот.

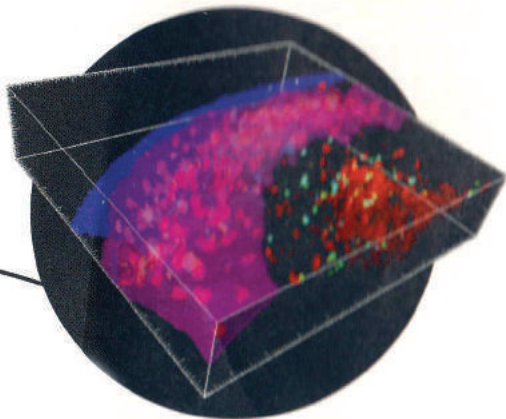
Овој професор по дигестивна хирургија во Универзитетската болница во Limerick (Ирска) се бори мезентериумот во иднина да биде сметан за посебен орган. Научникот има свои аргументи: Во погрешниот анатомски опис во прирачниците, кој датира уште од 1850 година, мезентериумот е поделен на неколку посебни дела што не кореспондира со она што се констатира кога се оперира. Секој пат кога хирург повлекува еден дел од цревата, претходно мора многу систематично да одвои еден дел од мезентериумот.

Тоа е доказ, според него, дека оваа структура се состои од еден дел долж цревата. Тој со својата екипа во 2014 година докажал дека се работи за еноормна структура, долга најмалку 2 метра и грижливо превиткана во абдоменот. Па, сепак, да докажеш постоење на нов ентитет не е доволно за да се дефинира нов орган. За да се случи тоа, треба да му се даде една прецизна биолошка функција. Која би била таа функција на мезентериумот?

Calvin Coffey има одговор: „Оваа функција се одвива во два периода од животот на секој човек пред и по раѓа-



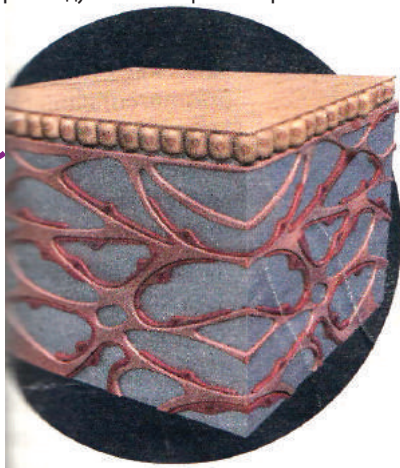
Субкапсуларно пролиферативно огниште е ситуирано во лимфните ганглии. Овој „микро-орган“, е привремен. Тој се појавува и исчезнува во зависност од присуството на инфективните агенси препознаени од имунитарниот систем.



Мезентериум е една анатомска структура слична на тесна цефка која обезбедува врска помеѓу абдоменот и интестинумот. Таа обезбедува интестинумот да остане на своето место.



Интерстициумот е еден ситен слој на поткожно ткиво кое се состои од меѓусебно поврзани микрокавитети исполнети со течност. Тоа е првиот производител на лимфата во организмот.



ПРОФЕСОР VINCENT DELMAS ОДДЕЛ ЗА АНАТОМИЈА ОД УНИВЕРЗИТЕТОТ PARIS DESCARTES

Анатомијата не е патологија

Што претставува еден орган?

-Според анатомската дефиниција, тоа е една индивидуализирана структура која има особена биолошка функција која потполно е поврзана со она што го викаме нервно-васкуларна петелка. Во суштина за да опстои секој орган мора да „прими“, една артерија која му носи кислород, една вена која ја носи неоксигенираната крв кон срцето и вегетативни нерви за да се адаптира на надворешните услови и да се регулира во функција на околината.



Зошто толку се зборува за нови органи?

-Има тенденција да се залепи овој термин на структура на едно ткиво од неколку клетки, која е предмет на една чиста патологија. Но, анатомијата не е патологија. Тоа е наука на структури на нормално или нормализирано тело. Па така, за еден пациент кој страда од враснат нокот, не можеме да речеме дека неговиот нокот е орган, бидејќи тој претставува екстензија на епидермисот, едно кожно задебелување на прстите на рацете и нозете. Ова ткиво не е ентитет, потполно засебен, дури и да биде предмет на индивидуална патологија.

Мислите ли дека сите органи што постојат се откриени?

-Да, но анатомијата открива уште нови аспекти: (техниките MRI, PET -sken) дозволуваат да се пречистат нашите знаења. Хируршките работи ги зголемуваат сликите исто, па така, кога гледате простата со голо око таа останува оддалечена, а со роботот вие сте „внатре“,... Овие помагала ја отворија ерата на нумеричката анатомија 3D in vivo, ставајќи ја виртуелната дисекција пред вратата на студентите по медицина и докторите, а доведува и до зголемена реалност особено во хирургијата. Податоците од ваквото снимање на телото на пациентот се водич на хирургот за време на операција.

њето. Мезентериумот се појавува многу рано во ембрионалниот стадиум, влијаејќи на појавувањето на сите дигестивни органи како во инкубатор: хепарот, слезината, панкреасот и цревата. А по раѓањето сите дигестивни органи остануваат поврзани за мезентериумот до крајот на животот. На овој начин сите крвни садови, нерви, жлезди и лимфни канали поврзани до секој од овие органи, произлегуваат од мезентериумот. Тоа е значи еден голем

анатомски круг кој ние го откривме и сега ни останува да ја истражime неговата прецизна функција. „Еден кинески истражувачки тим во прилог на ова дошол до заклучок дека крвните садови, нервите, масното ткиво и лимфната мрежа од мезентериумот заедно, играат круцијална улога во генезата на хроничната воспалителна Кронава болест. Ваквите ставови за мезентериумот воопшто не го вознемируваат професорот Vincent Delmas од Институтот за

Анатомија

човечка анатомија од Универзитетот Paris-Descartes, за кој мезентериумот се уште не ја заслужува честа да има статус на орган. Оваа структура, според него, е позната од поодамна и фактот дека е предмет на чиста патологија не е доволен. Анатомијата не е патологија: за да биде сметан за тоа, еден орган мора да биде ентитет кој се одликува со прецизна функција, потсетува тој (прочитајте го интервјуто со него). Останува анатомските прирачници да даваат погрешни презентации веќе речиси двеста години.

Интерстициумот-гигантска мрежа на микрокавитети

Истражувачите од Mount Sinai Hospital во Њујорк сакаат, исто, така, да го избришат правот од анатомските прирачници објавувајќи во Scientific Report за intersticiumot, ткиво кое се распростира по целата површина на кожата и обиколувајќи ги дигестивниот и уринарниот систем, белите дробови...Поинаку кажано, тоа е еден ентитет, пошироко распослан дури и од кожата. Реално, станува збор за една гигантска мрежа на микрокавитети меѓусебно поврзани и исполнети со течност чиј тотален волумен е проценет на 20% од целокупниот волумен на телото, тоа значи околу 10 литри кај млад адулт според Dr Neil Theise, од патолошкиот оддел во NYU Langone Health, во Њујорк, една од авторите на ова откритие. На почетокот на истражувањето, истражувачите мислеле дека овој слој на ткиво е компактен и лишен од реална функција. Зашто, ако еднаш се исцрпи (при давање крв на

пример), мрежата од кавитетите се дехидрира, при што тие се улегнуваат, станувајќи невидливи. Но, техниката на ласерска микроскопија преку ендоскопија in vivo ја откри тајната: микроинтерстициумите поврзани меѓу себе и поддржани од мрежа од силни и флексибилни протеини го амортизираат шокот. Оваа важна резерва е главниот извор на лимфа во телото. Лимфата е една од најважните течности во организмот заедно со крвта и есенцијална во функционирањето на нашиот имун систем.

Не постои интернационална комисија за валидација

Една слободоумна истражувачка како што е Xiaojin Jiang од Универзитетот Duke Nord Caroline (SAD)- која не партиципираше во трудовите, оцени дека се работи за интересен опис за една нова микроанатомска прелимфатична структура која би можела да игра важна улога во здраво тело, но и во дифузија на канцерозните метастази. Но, рутата на течноста во движење, опишана од истражувачите би можела да биде и место за премин на различни молекули, без особена функција. Заклучокот на истражувачите би бил дека во иднина, анализата на интерстицијалната течност би можела да биде и патоказ за детектирање на мигрирачките канцерозни клетки во организмот. На ова анатомот повикува на претпазливост: „Навистина ова клеточно ткиво, обиколувајќи ги сите органи, е резерва на вода и може да служи за регулација на лимфата, но заради тоа да се прогласи за орган? Но,

во кој било случај, најважно е да се знае дека не постои интернационална комисија за валидација на органите. Тогаш зошто да се објаснува комплексноста на дебатите на анатомите кои се огласуваат?!

Биологија - микроорган кој ги чува секавањата на имуниот систем

Тоа е една микроскопска структура која истражувачите на полето на имунологијата од Сиднеј ја обелоденија, како што извести ревијата Nature во август 2018 година. Сместено во лимфните ганглиони, „пролиферативното супкапсуларно огниште“ (SPF) е детектирано благодарение на една ласерска техника (бифотонска микроскопија), испитувајќи го телото толку длабоко, што овозможи да се следи движењето на имунитарните клетки. SPF е седиштето на лимфоцитите Б кои памтаат, клетки кои ги чуваат обележјата на бактериите и вирусите веќе сретнати од имуниот систем и им одобрува создавање на специфични антители. Овој микроорган на имунитарно памтење така ги чува и трагите од нашите вакцинации.

Sciences et Avenir-mars 2019-N 865
Hugo Jalinier

Подготви примариус
д-р Горица З. Пировска



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk

МАКЕДОНСКА МЕДИЦИНСКА ТЕРМИНОЛОГИЈА

Уредува: Проф. д-р Косијангина Корнеџи-Пекевска

ХИБЕРНИРАН МИОКАРД

Терминот хиберниран миокард се однесува на хронично нарушување на миокардната контрактилна функција како последица на миокардна исхемија, односно хипоперфузија, при што исхемичните клетки од миокардот се вијабилни, но контрактилноста е хронично смалена. Хибернираниот миокард е исхемичен како резултат на смален коронарен проток во мирување при постоење на значајна стеноза на коронарните артерии и/или зголемена кислородна побарувачка на миокардот. Оттука контрактилната функција на засегнатиот миокард може делумно или пак комплетно да се возобнови со подоб-

рување на коронарниот проток или пак со смалување на миокардната кислородна побарувачка.

Хиберниран миокард може да постои кај пациенти со широк спектар на нарушувања на левокоморната контрактилност (од регионална дисфункција до исхемична кардиомиопатија). Некои од овие пациенти може да имаат добро развиена колатерална мрежа и новоформирани крвни садови во коронарната циркулација што овозможува зачувување на контрактилноста и функцијата на комората, па и степенот на нарушување на коморната функција не мора секогаш да е директно пропорционален на

да се диференцира миокардот способен да го подобри контрактилитетот од миокардот со иререверзибилно оштетување и отсуство на подобрување на контрактилноста по реваскуларизација

Абнормалната сидна кинетика кај хибернираниот миокард се подобрува по терапија со нитрати и инотропни лекови што е од посебна дијагностичка корист.

Постојат повеќе дијагностички методи што овозможуваат детектирање на хибернираниот миокард. Најчесто користени методи се: фармаколошка стрес - ехокардиографија со добутамин радионуклидна миокардна перфузија, позитрон емисиона томографија, магнетна резонанца на срце. Со спомнатите методи на визуелизација, користејќи агенси за стимулација на миокардната контрактија, соодветни радиотрасери и контрастни средства, може да се диференцира миокардно ткиво со сочуван потенцијал за контрактија и/или да се детектира присуство на метаболна активност во дисфункционалниот сегмент од миокардот.

Судбината на хибернираниот миокард зависи од фактот дали хемодинамиката е воспоставена навреме, пред да дојде до клеточна смрт. Третманот се состои во реперфузија на исхемичниот, односно загрозеиот миокард со перкутани коронарни интервенции или хируршка реваскуларизација на миокард со аортокоронарен бай пас.



Хиберниран миокард може да постои кај пациенти со широк спектар на нарушувања на левокоморната контрактилност (од регионална дисфункција до исхемична кардиомиопатија).

изразеноста на коронарната артериска болест.

Бидејќи хибернираниот миокард е вијабилен, односно животоспособен се очекува левокоморната контрактилна функција делумно или пак комплетно да се возобнови со навремено извршена реваскуларизација на миокардот. Поради ова, многу е важно

Проф. д-р Силвана Јованова,
Универзитетска клиника
за кардиологија
Медицински факултет,
УКИМ, Скопје

Случај

ЧУВАЊЕ НА БИОМАТЕРИЈАЛ

Пропаста на швајцарската компанија предизвика тревога низ Европа

Дури 250.000 родители не знаат како да дојдат до депонираните матични клетки на своите деца

Каде се и како ќе дојдат до депонираните матични клетки на своите деца се прашуваат најмалку 250 илјади родители од цела Европа откако пропадна компанијата “CryoSave” од Швајцарија, која беше специјализирана за чување на крв од папокот. Имено, на оваа компанија тамошното Министерство за здравство поради малверзации и ја одзеде лиценцата за работа, а на првите луѓе им ги претресува домовите.

Компанијата беше посебно активна и во нашиот регион, особено во Србија, а се огласуваше и во Хрватска и преку социјалните мрежи стапуваше во контакт со родителите. Деновиве на нивната веб-страница во Хрватска се отстранети содржините, а оние што ќе ја посетат ги очекува само телефонски број во Швајцарија и е-маил адреса на кој може да се јават. Меѓутоа, на тој телефонски број никој не се јавува, а никој не одговара и на испратените прашања на е-маил адресата.

Оваа компанија прв пат заглави во проблеми уште во 2017 година кога ѝ беа блокирани сметките, но наводно потоа закрепнала, така што голем број родители и натаму, со доверба, кај нив го депонираа материјалот земен од папокот на новороденчето. Според најновите сознанија, швајцарската компанија е продадена на фирма во Полска, а родителите не знаат како да дојдат до матичните клетки, ако би им требале.

Српските медиуми известуваат за голем скандал и ги пренесуваат изјавите на родителите кои плаќале илјадници евра за чување на матични клетки за

кои сега не знаат каде се и дали уште во старт биле адекватно складирани. Од здруженијата на родители во Хрватска немаат информација колку родители од нивната земја ги дале на чување матичните клетки на нивните деца во некоја од странските приватни банки. Истакнуваат дека откако изби скандалот не им се јавил никој за да се распраша за “CryoSave”. Меѓутоа, не е за верување дека токму никој од оваа земја во таа швајцарска компанија не депонирал матични клетки со оглед дека “CryoSave” со години имаше веб-портал во Хрватска.

Практиката за депонирање и чување на матични клетки стана релативно раширена кон средината на 2000 –тата. Тогаш интензивно се говореше за можната корист од матичните клетки, како и нивната примена во лекувањето на некои тешки болести, како и за можнос-

та матичните клетки во иднина да бидат “материјал” за генетски инженеринг, односно за раст на некој заболан орган на детето.

Во тоа време ваква можност во Хрватска немало затоа што не постоела банка за матични клетки, а носењето на матични клетки во странство било незаконско. А и трошоците за чување на клетките до 18. година на детето се релативно високи 2.000 евра.

Првата банка за чување на матични клетки во Хрватска е отворена 2007 година во рамките на Фондацијата “Ана Рукавина” во КБЦ “Ребро”. Меѓутоа, стануваше збор за јавна банка во која клетките бесплатно се чуваа, но не се чувале за конкретно семејство, туку секој на кој ќе му затреба имал пристап до тој материјал.

Една година подоцна, поточно во 2009 година, во “Ребро” е отворена т.н.



Практиката за депонирање и чување на матични клетки стана релативно раширена кон средината на 2000 –тата. Тогаш интензивно се говореше за можната корист од матичните клетки, како и нивната примена во лекувањето на некои тешки болести, како и за можноста матичните клетки во иднина да бидат “материјал” за генетски инженеринг, односно за раст на некој заболан орган на детето

приватна банка во која, за слична цена од околу 15.000 куни, матичните клетки се чуваат за конкретно семејство. Досега во јавната банка се депонирани околу 3.500, а во приватната 6.000. Се користат многу ретко – од јавната банка се искористени пет примероци за лекување на леукемија, а од приватната – само еден и тоа за т.н. регенеративен зафат поврзан со аутизмот.

Донираниот материјал во јавните банки се чува без надомест за сите оние на кои во некој момент може да им помогне ако по сите параметри им одговара на заболениите, а најчесто тоа е за лукемија. Факт е дека umbilikalna крв засега многу ретко се користи не само во Хрватска, туку и во светот затоа што сè уште нема можност за употреба за тоа за што се чува. Развикот на органи од матични клетки и натаму е само визија. Голем број родители беа уверени дека матичните клетки може да бидат спас за нивното дете ако заболи од леукемија. Но, стручњациите објаснуваат дека во таквите случаи тоа не е погоден трансплант.

“Ако детето заболи од леукемија, тој трансплант не може да се употреби затоа што станува збор за генетски материјал во кој малигната претворба е запишана во неговиот геном”, објаснува д-р Мирандо Мрсиќ, медицински директор на Фондацијата “Ана Рукавина”. Тој додава дека ако станува збор за приватна банка, тој материјал може да се користи за лекување на некој од семејството.

“Jutarnji list”

ИН MEMОРИАМ

Проф. д-р Владимир Цветанов

(1935-2019)

Проф. д-р Владимир Цветанов е роден во Скопје на 28.8.1935 г., во напредно трговско семејство со штоф и свила во Скопје, во најелитниот дел во тој период - Пајко Маало. Медицински студии запишал и дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Скопје на 16.1.1961 г. Потоа се вработил во Здравствената станица на рудникот за хром „Радуша“ - Сарај, Скопје, а специјализација по медицина на трудот завршил во 1967 г. Во 1970 г. магистрирал на МФ-Загреб, на тема „Токсиколошки ефекти на животата во погоните за електролиза“, а во 1981г. докторирал на тема: „Алергиски алвеолит во тутунската индустрија“ со што станал прв доктор на науки од областа на медицина на трудот на МФ-Скопје. Ова негово истражување некои скандинавски автори го нарекле: „Македонска студија за алергискиот алвеолит“. Во 1993 г. се стекнал со звање супспецијалист по алергологија, клиничка имунологија и пулмологија. Во наставно звање доцент бил избран во 1987 г., а во ред. професор во 1991 г.

Проф. В. Цветанов е основоположник на Институтот за медицина на трудот, првично формиран во 1970 г. како Служба, па Завод за медицина на трудот при Здравствениот дом во Скопје, со сместување во објектот на Поликлиниката „Букурешт“ и набрзо потоа во монтажен објект во населбата „Тафталице“ до 1974 г. кога се преселува во здравствениот објект на „Рудници и железарница“ во Скопје. Тој бил иницијатор и организатор за градба на новиот и сегашен објект близу Поликлиниката „Чаир“, кој бил даден во употреба во 1987 г. Заводот за медицина на трудот подоцна бил преименуван во Институт за медицина на трудот, како врвна институција за терцијарна здравствена заштита, која прераснува во Колаборативен центар на СЗО за медицина на трудот. Проф. В. Цветанов бил првиот и долгогодишен раководител на Заводот и, потоа, на Институтот за медицина на трудот, од 1970 до неговото пензионирање во 2000 г. Во рамките на Институтот за медицина на трудот формирал Центар за алергија со кој исто така раководел. Проф. В. Цветанов беше шеф на Катедрата за хигиена со социјална медицина и медицина на трудот од 1988-92 г. и во тој период широко ги „отвори вратите“ за едукација на млади научни и наставни кадри од сите превентивни дејности, кои подоцна се развија во реномирани стручњаци и наставници во своите области.

Проф. В. Цветанов даде голем придонес во развојот на здравственоапликативната дејност во доменот на медицината на трудот, но и на научната и наставната дејност во областа на превентивната здравствена заштита и јавното здравје воопшто, и посебно на работниците со акцент на условите во работната средина, експозицијата на професионалните штетни нокс, алергиските заболувања и професионалната пулмологија и алергологија, индустриската токсикологија и оцената на работната способност. Автор е на над 200 трудови, публицирани во домашни и странски списанија. Автор и уредник е на 7 стручни книги од областа на јавното здравје, професионалните и алергиските болести. Носител е на повеќе проекти за епидемиологијата на алергискиот ринитис, како и на мултицентрични студии за бронхијалната астма.

Во периодот од 1996 до 2000 г. бил претседател на Македонското здружение за базична, клиничка имунологија и алергологија, а во 1996 г. бил организатор на Првиот македонски имунолошки конгрес. Во 2014 г., на Третиот имунолошки конгрес во Скопје му била доделена Плакета за придонес во основањето и развојот на Македонското здружение за имунологија и алергологија. Бил член на Редакцискиот одбор на ММП од 1978-1984 г. Добитник е повеќе признанија од МФ-Скопје и МЛД, меѓу нив и највисокото признание - повелбата „Д-р Трифун Пановски“ во 1996 г.

Проф. д-р Цветанов почина на 24.7.2019 г. оставајќи зад себе незаборавно духовно богатство, самопрегор и посветеност, разбирање и почит кон сите колеги, пријатели и соработници.

Проф. д-р Дончо Донев

Новини од медицина

ДИРЕКТНА ОПТИЧНА НЕРВНА СТИМУЛАЦИЈА КАЈ СЛЕПИ

Со целосно нова технологија се испитува дали слепите луѓе може да прогледаат доколку се заобиколи нивното очно јаболко и се стимулира мозочното ткиво. Оваа технологија се базира на стимулирање на оптичниот нерв со нов вид на интранеуронална електрода, наречена OpticSELINE. Првичните резултати од испитувањата на зајаци се охрабрувачки. Начуниците сметаат дека интранеуралната стимулација е корисна за неколку невропростетични направи, како и за ресторација на сензорни и моторни функции.

Околу 39 милиони луѓе низ светот страдаат од слепило. Меѓу причините за слепило се генетиски нарушувања, ретинални оштетувања, трауми, мозочен излив во окципиталниот кортекс, глауком, катаракт или пак инфекции. Слепилото може да биде привремено, и реагира на лекувања. Но, како да се помогне некому кој е трајно слеп?

Идејата е да се произведат фосфени, сензации за гледања на светло во форма на бели форми, без да се гледа директно во изворот на светло. Ретиналните импланти, простетични направи што им помагаат на слепите лица, не можат да се вградат кај сите слепи луѓе. На пример околу 0,5 милиони луѓе ширум светот се слепи заради retinitis pigmentosa, генетско заболување, но, само стотина пациенти се квалификуваат за ретинални импланти заради клинички причини. Мозочен имплант што ќе го стимулира визуелниот кортекс директно е една стратегија, но е ризична. Но, затоа, новата интраневронална направи ги намалува ризичните фактори со оглед дека оптичниот нерв и видните патишта најчесто се неопштетени.

Претходните обиди да се стимулира оптичниот нерв кон крајот на минатиот век се покажаа неуспешни, со оглед дека електродите што биле применувани биле ригидни, а електричната стимулација на нервните влакна не била стабилна, со што пациентите имале проблеми околу интерпретацијата на стимулите. За разлика, интраневроналните електроди не се мрдаат кога се имплантирани во мозочното ткиво,

поточно низ оптичниот нерв, и даваат подобра визуелна информација. Со сегашната електроидна технологија, човечкиот OpticSELINE може да се состои од 48-60 електроди. Овој број на електроди не е доволен да се поврати комплетно видот. И покрај ова, вака добиените лимитирачки визуелни сигнали ќе може, сепак, да се служат како визуелно помагало во секојдневниот живот на слепите луѓе.

*Nature Biomedical Engineering, 2019
DOI: 10.1038/s41551-019-0446-8.*

ТОКСИНОТ ОД СКОРПИЈА ЗА ХРОНИЧНА БОЛКА

Токсинот од скорпија што го напаѓа васаби рецепторот, одговорен за солзите што се ронат при дробење кромид, исто така е одговорен за поттикнување на болни сензации. Овој токсин е краток протеин (или пептид) и го носи името „wasabi receptor toxin” (WaTx), а е изолиран од веномот на австралиска-та Црна скорпија. Откритието е направено при истражување на хемикалии во животинскиот веном што би можеле да го активираат васаби рецепторот, сензорен протеин со официјално име TRPA1 (се чита „trip A1”) што се наоѓа распространет на нервните заршетоци низ целото тело. Кога е активиран, TRPA1 го отвора клеточниот канал, со што натриумовите и калциумовите јони навлегуваат во клетките, а со тоа предизвикуваат болка и воспаление.

Чадот од цигари и загадувачите на човековата средина се богати со реактивни електрофили што го активираат TRPA1 во клетките што ги обложуваат дишните патишта, а со тоа придонесуваат за напади на кашлица и продолжено воспаление на дишните патишта. Рецепторот исто така може да биде активиран до страна на храна со силен мирис, како на пр. васаби, сенф, кромид, цинџер или лук, мириси што најверојатно се развиле за да ги обесхрабрат животните од консумирање на овие растенија, а се претпоставува дека истото може да биде и во случајот на WaTx.

Иако многу животни го применуваат веномот за да го парализираат или го

убијат својот плен, WaTx изгледа дека има само одбранбена улога. Речиси сите живи суштества, од црви до луѓе имаат некаква форма на TRPA1. Но, WaTx може да ја активира само онаа форма што се наоѓа кај мамалите, кои не се наоѓаат на менито на црната скорпија, што говори дека овој токсин најмногу е во служба на одбрана од цицачки предатори.

Иако WaTx го активира TRPA1, слично како и силните мириси на растенијата и ги таргира истите страни на рецепторот, начинот на кој го активира рецепторот е нов и неочекуван. Најпвин, WaTx влегува во клетката заобиколувајќи ги стандардните рути на клеточниот метаболизам, одбегнувајќи ја ендоцитозата или, пак, протеинските канали, со оглед дека поседува несекоедневна секвенца на аминокиселини што му овозможуваат да влезе преку клеточната мембрана право во клеточната внатрешност. Иако постојат мали протеини со силни својства, како на пр. HIV протеинот наречен Tat, WaTx не поседува секвенца што е слична на таа од Tat или пак кој било протеин што ја минува директно клеточната мембрана. Кога WaTx е навлезен во клетката, тој се врзува за страна на TRPA1 наречена „allosteric nexus,” истата страна што е таргирана од страна на растенијата со силни мириси и енвиронментални иританти како на пр. чадот. Но тука сите сличности престануваат!

Растителните и енвиронментални иританти ја менуваат хемијата на алостеричниот нексус, што доведува TRPA1 каналот брзо да се отвора и затвора. Ова овозможува позитивните натриумови и калциумови јони да навлезат во клетката и да доведат до појава на болна сензација. Каналот пропушта повеќе јони на калциум и тоа доведува до инфламација. Овој механизам научниците го потврдиле преку инјектирање или на масло од сенф, супстанција што го активира васаби рецепторот, или пак WaTx во шепата на глупци. Во експериментите со масло од сенф, се опсервирала акутна болка, хиперсензитивност кон температура и допир, што се маркери на хронична болка, како и инфламација што довела до оток. Во експериментите со WaTx, тие опсервирале акутна болка и болна сензитивност, но не и оток.

Научниците веруваат дека овие резултати ќе доведат до подобро разбирање на акутната болка, како и врската помеѓу хроничната болка и инфламација, што до сега се смета дека не се разликуваат, а со тоа и развивање на нови не-опиоидни аналгетици за лекување на хронична болка.

*Cell 2019;
DOI: 10.1016/j.cell.2019.07.014*

КАНАБСОТ МОЖЕ ДА ГО КРИЕ ЛЕКОТ ЗА ПТСЗ

Бројот на луѓе кои го користат канабисот за лекување на посттравматично стрес заболување (ПТСЗ) се зголемува, но неговото лекување продолжува да претставува предизвик. Во најновиот систематичен преглед на литературата, авторите презентираат податоци дека активната супстанција на канабисот, канабиноидите, може да бидат полезни во лекувањето на ПТСЗ, особено при намалување на ноќни мори и подобрување на сонот. И покрај овие резултати, авторите повикуваат на повеќе истражувања да се утврди дали овие лекови може да се применат и во рутинската клиничка практика.

ПТСЗ е сериозна здравствена состојба што има големи реперкусии врз животот на болните, а од неа страдаат околу еден отсто од луѓето во Велика Британија. ПТСЗ се карактеризира со повторувачки доживувања на интрузивни сеќавања, флешбекови, или ноќни мори и е обично проследено со хиперактивност и несоница. Иако психотерапијата, како на пр. траума-фокусирана когнитивна бихевиорална терапија, е корисна кај луѓе со ПТСЗ, таа не е достапна за сите заболени и не секој од нив ќе има подобрување. Исто така, и лековите што се користат за лекувањето на ПТСЗ даваат и голем број нусефекти. Тоа е и причината заради која и голем број на луѓе преминале на канабиноиди, што сега е и одобрен начин на лекување за ПТСЗ во најголем број на американски држави што ја одобрија примената на медицински канабис.

Канабидите, активни состојки на канабис, што вклучуваат tetrahydrocannabinol (THC) и cannabidiol (CBD), може да бидат корисни во лекувањето

на ПТСЗ, со оглед дека го менуваат начинот на кој мозокот го процесуира памтењето. Канабиноидите влијаат врз мозочниот ендоканабиноиден систем што регулира и други мозочни функции исто така промените кај лицето со ПТСЗ.

Десетте студии вклучени во овој преглед на литература се однесуваат на продукти како на пр. пушење на канабис, THC или CBD поединечно во форма на масло или таблета, или синтетичен канабиноид, наречен nabilone. Студиите се направени на мал број пациенти, или пак се со низок квалитет, најголем дел се ретроспективни и краткотрајни студии, со недостаток на контролна група или плацебо, или пак немаат додатни информации за примена на други лекови и/или злоупотреба на лекови и зависни супстанции. Само една студија била рандомизирано контролирана студија и го испитувала nabilone, но имала многу малку испитаници, и била со кратко траење. Авторите заклучуваат дека овие студии поттикнуваат многу прашања особено околу безбедниот профил и ефикасност на канабис-базираните лекови за ПТСЗ, како и потенцијалните долготрајни нуефекти како на пр. злоупотреба или пак ризик од психоза.

J Dual Diagn. 2019 Sep 3;1-20. doi: 10.1080/15504263.2019.1652380.

ЕФИКАСЕН НАЧИН ДА СЕ НАМАЛИ ДЕКУБИТУС

Скапите high-tech воздушни душеци се само незначително подобри во споредба со обичните пенасти душеци. Ова се наодите на неодамнешна студија. Познати како душеци со алтерирачки воздушен притисок, тие поседуваат воздушни џебови што се надуваат наизменично така што го менуваат притисокот на кожата, а чинат најмалку 1.000 фунти. Наспроти ова, специјалните пенести душеци чинат само 200 фунти и се направени од висококвалитетен полиуретан и вискоеластична пена, дизајнирани да го обвиткаат пациентот и на тој начин го намалат притисокот врз неговата/нејзината кожа. Овие специјализирани пенести

душеци најчесто се применуваат во британските здравствени установи, а само 10% од болниците применуваат high-tech воздушни душеци. Британскиот здравствен регулатор, Националниот институт за добро здравје и нега, неодамна повика за научно испитување на бенефитите на high-tech воздушните душеци. Во студијата од Универзитетот во Лидс, клиничките бенефити на овие душеци се само маргинални во споредба со нивниот поевтин компаратор - за секои 50 пациенти кои ги употребувале high-tech воздушните душеци, само еден имал значителни бенефити. Од пациентите кои користеле high-tech воздушни душеци, 6.9% развиле декубитус во споредба со 8.9% во групата со специјализирани пенести душеци. Средното време за развиток на декубитус во групата со high-tech воздушни душеци било 18 дена, во споредба со 12 дена во групата со специјализирани пенести душеци. Авторите сметаат дека малиот број на евидентирани декубитуси се должи на промените во поглед на негата што се воведени од пред неколку години во британскиот здравствен систем.

Студијата вклучила над 2.000 пациенти кои биле рандомизирани во две групи во траење од два месеца и биле повторно испитани по 30 дена од прекиот на испитувањето. Најголем број на испитаници биле постари, на средна возраст од 81 година, но биле вклучени и луѓе над 100 годишна возраст. Пациентите кои имале бенефит од high-tech воздушните душеци биле тие што биле неподвижни, конфузни, со нутриционални потреби и присуство на црвена кожа при притисокот од лежењето во кревет. Иако се поскапи, high-tech воздушните душеци изгледа дека се економски подобри, со оглед дека болничките дни биле пократки, а со тоа и цената на болничкото лекување била помала. Со оглед дека бенефитите се незначителни, авторите препорачуваат дека пациентите се добро гледани и на специјализираните пенести душеци.

*EClinicalMedicine, 2019;
DOI: 10.1016/j.eclinm.2019.07.018*

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

Регион

ВМА отвора Центар за традиционална кинеска медицина

СРБИЈА



Во текот на есенва е планирано Военномедицинската академија во Белград (ВМА), Србија, да потпише меморандум за разбирање, а потоа и договор за отворање на единствен Центар за традиционална кинеска медицина, што ќе работи во рамките на Поликлиниката и Клиниката за физикална медицина и рехабилитација во оваа установа.

Според објаснувањата на проф. д-р Мирослав Вукосавлевиќ, началник на ВМА, тоа ќе го унапреди лекувањето на нашите граѓани, како и соработката на кинеските и српските стручњаци од оваа област. Тој истакнува дека зголемувањето на платите на сите медицински работници, а особено на медицинските техничари, значително ќе придонесе за намалувањето на одливот на кадри, а добро е што неодамна во оваа институција се вработени 105 лица. Вработивме кадар што ни недостигааат лекари, медицински техничари и таа практика продолжува, а наесен очекуваме прием на уште 90 лица.

ВМА, како што вели проф. Вукосавлевиќ успева да ги задржи врвните стручњаци иако сите велат дека никој нема да сака да работи за тие пари. А тоа е затоа што ВМА годинава одбележа 175 години постоење. И натаму имаме звучни и познати имиња речиси во сите области.

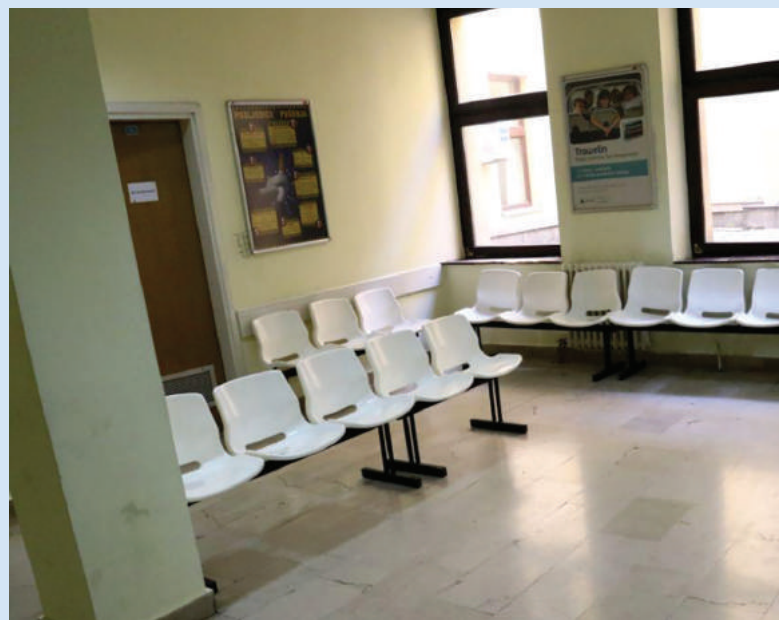
Се очекува предвање во употреба на уште една операциона сала во Центарот за дневна хирургија, што ќе го зголеми бројот на операции, а во план е и зголемување на капацитетот на Центарот за итна помош. Новата операциона сала во Центарот за дневна хирургија на Поликлиниката на ВМА е обезбеден со прераспределба на просторот.

Началникот Вукосавлевиќ истакнува дека хирургијата беше и натаму е најголемиот бренд на ВМА. Тој посочува дека се вршат интервенции во областа на ВАТС хирургијата како неприкосновена минимално-инвазивна метода во лекувањето на рак на белите дробови, а оваа установа е горда на интервенциите со кои се отстрануваат ретки видови на тумори кои налагаат координација на специјалисти од различни

хируршки области, како и на микрохируршката интервенција, прва во земјата, на реконструкција на јазикот и дното на усната празнина, како и на првата миномалноинвазивна лапароскопска рекација на црниот дроб, но и на т.н. ремплантација на истргната рака. ВМА го зачува и трансплантациониот тим и успешно продолжуваат програмите за трансплантација на црн дроб, бубрези, матични клетки и на рожница, а отворена е и очна банка.

Извор: "Политка"

Синдикатот со штрајк



Забрането пушење во затворени простории

ЦРНА ГОРА

Во Црна Гора во средината на август е забрането пушење во зтворени простории откако на 14 август во сила стапи Законот за ограничување на тутунски производи. Со него строго се забранува употреба на тутунски производи во јавни затворени простории, освен во казината.

Според законските одредби забраната се однесува на сите оние простории во кои се консумира храна или пијалаци.

Исто така, строго забрането е консумирање на тутунски производи во кој било затворен простор во кој работат државните и локалните органи и служби, простор во кој се врши здравствена, воспитно-образовна или културна дејност, социјална заштита, спорт и рекреација, трговска дејност, производство, промет или скалдирање на храна, снимање и јавно емитување на програми, како и во просторот во кој се одржуваат состаноци и јавни собири.

Со Законот се пропишува и забрана на ставање во промет на тутунски производи кои на пакувањето немаат здравствено предупредување што се состои од текстуално и сликовито предупредување кои треба да покриваат 65 отсто од предното и задното пакување на тутунскиот производ.



За оние кои нема да ги почитуваат одредбите на овој Закон се предвидени парични казни до 20.000 евра, пренесуваат црногорските медиуми.

„Вијести“

бара грански колективен договор

КАНТОН САРАЕВО



Синдикатот на вработените во здравството во Кнтонот Сараево на 2 септември стапија во генерален штрајк. Ќе се штрајкува се додека не се постигне договор со кантоналната влада.

Синдикатот бара потпишување на нов гранков колективен договор затоа што претходниот истече на 7 ноември минатата година. Здравствените работници порачаа дека ќе ги направат закажаните операции, но дека нема да примаат нови пациенти во процедура се додека не се исполнат нивните барања.

Во Кантонот Сараево штрајкува само еден од двата синдикати на медицинарите. Во штрајкот не е вклучен Синдикатот на докторите на стоматологија и медицина.

Од Синдикатот тврдат дека здравството е во тешка сосотојба и дека голем проблем е дефицитарноста на кадри. Од владата на Кантонот Сараево велат дека Синдикатот го дбил стариот договор што им бил понуден. Наместо плати, средства ќе се вложуваат за подобрување на

услугите. Истакнуваат дека штрајкот го најавуваат административните работници и медицинските техничари, но не и лекарите и дека граѓаните нама да бидат загрозени.

Владата не ни понуди ништо, рече претседателот на Синдикатот, Едо Селимиќ. Објасни дека поранешниот директор на Заводот за здравствено осигурување им понудил зголемување на сатнината од 2.60 на 2,80 км., што претставува годишно усогласување на торошоците за живот со најниската нето плата.

“Мислам дека е важно да се истакне дека средствата кои тие сега ги бараат ги насочивме во подобрување на здравствената заштита и програмите за лекување на тешко болните деца, инвалидите, лекувања во странство. Годинова вработуваме 336 лица и 130 во наредната година”, изјави министерката за здравство на Кантонот Сараево, Амела Софтиќ.

“Дневни аваз”

32. БАЛКАНСКО ПРВЕНСТВО ЗА ДОКТОРИ ВО ТЕНИС, СИБИУ, РОМАНИЈА

Д-р Арсовска со три пехари, а д-р Милановски финалист!

На 32-то првенство по 27-ми пат учествуваше тимот од Македонија, составен од пет доктори, две докторки и шест придружни членови, од кои двајца играа во категорија на мешани двојки, единствената категорија во која членовите на докторските семејства имаат право да се натпреваруваат. Ова е шесто првенство што се одржува во Романија, по двете во Плоешти, 1990 и 1994, во Појана Брашов 1999 и 2014 и во Мамаја 2004 и 2009 година. Турнирот се одржа во Сибиу, град од 150 илјади жители во Трансилванија, централна Романија, веројатно малку познат на пошироката јавност. Градот навистина вреди да се види, посебно стариот дел, зачуван каков што бил со векови. Комбинација од централноевропска и италијанска архитектура. Се чувствувавме како во бајка од некој филм на Дизни. Посебна особина, непозната на друго место, се крововите со тесни прозорци, па куките личат како да имаат очи. Хотелот во кој бевме сместени се наоѓаше во срцето на стариот град, на само неколку метри од главниот плоштад и е најстариот хотел во Романија, на тоа место се наоѓа повеќе од пет векови! Спред Форбс, 2008 година, Сибиу е рангирано како осмо најидиллично место во Европа за живеење, а 2007 година бил главен град на културата во Европа.



Главниот плоштад во Сибиу



Македонскиот тим на свеченото отворање на првенството

Според бројот на учесниците, ние по традиција бевме најмалубројни, ако не ја сметаме Грција, која сепак настапи со 6 играчи, по три години отсуства или настапи на поединци. Екипите на Трениција, Бугарија, а особено на Романија беа многу побројни.

Во ваква силна конкуренција, малата екипа од Северна Македонија, освои 6 трофеи, што е над очекувањата и тоа еден за прво место, три за втори места и два за трети места. Д-р Сандра Арсовска, специјализат по физикална медицина, на своето второ учество на балаканијадите освои пехари во сите три категории во кои настапуваше. Со д-р Снежана Драгиќ освоија второ место во двојки, а трети места Сандра освои во опен категорија за докторки и во категорија на мешани двојки со партнер од Турција. Голем успех пос-

тигна и д-р Љупчо Милановски, кој инаку е претседател на Комисијата за спорт при ЛКМ, освојувајќи второ место во категорија на доктори 55+. Пехар освои и младата осумнаесетгодишна девојка, Ирем Исмаил, ќерка на доктори од Македонија, кои моментално работат во Словенија, со победата во мешани двојки со доктор од Турција. На првенството за првпат како доктор настапи и д-р Горјан Милановски, кој му пружи силен отпор на најсилниот тенисер последниве две години на првенствата, д-р Влад Николеску. Д-р Никола Пановски, иако трет носител во категорија 60+ и кандидат за трофеј, по 5 изиграни гемови во четвртфиналето, се повреди и го предаде мечот. На првенството учествуваа уште д-р Миодраг Милутиновиќ и д-р Мирослав Гроздановски, како и Јаков Пановски во мешани двојки. Во екипна конкуренција бевме четврти пред Грција.

Првенството беше одлично организирано во Тенискиот клуб Памира, на осум земјани терени. По подолга пауза



Посебни признанија од домаќинот за капитените на екипите



Освојувачите на пехари од Македонија: д-р С. Драгиќ, д-р Љ. Милановски, И. Исмаил, д-р С. Арсовска

првенството се одржа во град, а не во туристички ресорт на море или на планина. Последно такво првенство организирано во голем град, беше она во Скопје 2013. Овој пристап, многу потежок за организација, и поскап, нуди поголема дружба помеѓу натпреварувачите, запознавање со културните вредности на градот и околината и останува подолго во сеќавање. Времето беше многу топло со максимални температури од 35°C преку целата недела.

Следното, 33-то првенство ќе се одржи во Турција, иако редот и беше на Грција. Имено, иако Грција донесе одлука да се врати во БМТС по три години пауза, замоли да не го организира првенството следните 2-3 години, па Турција како следна на ред веднаш прифати да го организира првенството 2020 година.

Проф.д-р Никола Пановски

НОВИНИ

ХОРМОНОТ ЗА ГЛАД Е ПОВРЗАН СО ПАМТЕЊЕ

Научниците докажаа дека резистенцијата кон хормонот на глад, грелин (ghrelin) во мозочното ткиво е поврзана со когнитивното оштетување и губрењето на памтење поврзани со Алцхајмеровата деменција (АД). Овие резултати се базирани на постмортално испитување на мозочното ткиво од болни со АД, како и на експериментален АД животински модел, и може да доведат до возможно ново лекување за оваа болест за којашто барем засега нема лек.

Грелинот се произведува во желидниот и испраќа сигнали во мозокот што ја регулираат енергијата и телесната тежина. Хормонот има улога во регулирањето на апетитот и исхраната. Хипокампусот има улога при учење, памтење и емоции, и е првиот мозочен регион што страда кај АД како резултат на акумулација на амилоидни плаки, резултат на токсичната акумулација на бета амилоид. Во здравиот хипокампус грелинот се врзува за протеин наречени грелински рецептори, што се комбинираат со слични рецептори на допамин. Двата рецептори на овој начин формираат протеински комплекс што ја помага комуникацијата помеѓу мозочните клетки и памтењето.

Во оваа студија научниците нашле дека бета амилоидот се врзува за грелинските рецептори во хипокампусот и ја блокира нивната способност да се врзе со допаминергичните рецептори. Овие наоди помагаат во објаснувањето зашто во неодамнешното клиничко испитување, хемикалија позната како МК0677, што го активира грелинскиот рецептор во мозочното ткиво, не можела да го забави напредувањето на АД процесот. За да испитаат и друг молекуларен механизам, научниците на животинскиот модел освен МК0677 му дале истовремено и друга хемикалија, SKF81297, за да ги активираат допаминергичните рецептори. При ова АД глумците имале подобрување на нивната когниција и памтење, и оштетувањата во хипокампусот биле редуцирани. Заклучокот од овие експерименти е дека когнитивното подобрување се должи на истовременото активирање на двата рецептори, како и на спречувањето на грелинските рецептори да се врзат за бета амилоидот во мозочното ткиво (хипокампус).

Овие резултати сугерираат дека АД не е само мозочно заболување и дека промените со стареење во гастроинтестиналниот систем може да имаат влијание врз промените на грелинските рецептори, а со тоа и за развитокот на АД.

Science Translational Medicine, 2019; 11 (505): eaav6278 DOI: 10.1126/scitranslmed.aav6278

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 расvetлување на историската улога и придонес на лекарите и групи стиручнаци-наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиници и катедри во новоформирано Медицински факултет во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговото развој.

Медицинскиот факултет во Скопје, Македонската лекарска друштво и Лекарската комора на Македонија им должат неизмерна благодарност на првите лекари-наставници од Македонија и на оние кои дошле во Скопје од други републики во тогашната ФНР Југославија, 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 денешната 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 расvetлување на денешната историја на медицината и оддавање должна почта и признание на првите наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.



Методија СТАНКОВСКИ,

Професор и основоположник на конзервативната и функционалната гинекологија во Македонија

Методија, и денес повеќе даде отколку што зеде, и сега можеш мирно да спиеш – дневно живојно мојо на проф. д-р Методија Станковски

Д-р Методија Станковски е роден на 4.10.1917 г. во Прилеп, како прво од три деца (Методија, Блага и Павлина), во печалбарско семејство, од мајка Рајна и татко Симон Аврамовски. Основно образование и гимназија завршил во родниот град, а медицински студии започнал во Белград во 1940 г. и продолжил во Софија во 1941 г. По прекиот на студиите во 1943 г., поради воените услови, а по завршувањето на војната продолжил и дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Белград во 1947 г.

Својата животна сопатничка, Спасија Палаванова од Прилеп, ја запознал кон крајот на војната. Во нивниот брак, склучен во 1946 г., се родиле две машки деца: Жарко, нуклеарен физичар во Институтот за нуклеарни истражувања „Сакле“, во близина на Париз, Франција и Симон, машински инженер, кој со сопругата Мирјана, синот Исток и ќерката Ирина живее во Скопје.

Д-р М. Станковски започнал специјализација по гинекологија и акушерство во Скопје во 1948 г., а специјалистичкиот испит го положил во 1952 г. Во наставно звање доцент бил избран во 1957 г., вонр. професор во 1963 г. (реизбран во 1968 г.) и редовен професор во 1970 г. на МФ-Скопје.

Проф. М. Станковски бил раководител на повеќе оддели, а во академската 1973-74 г., бил шест месеци в.д. дирек-

тор на Клиниката за гинекологија и акушерство при МФ-Скопје.

Проф. д-р Методија Станковски починал во Скопје на 18.4.1989 г., на возраст од 72 години.

Општествено - политичка дејност

Како младинец, во гимназиските денови и како студент на медицина, припаѓал на напредното младинско движење во Прилеп. За време на окупацијата на Македонија, активно го помагал народноослободителното движење во Македонија како член на илегална група на студенти во Софија. Во август 1944 г. стапил во НОБ, а потоа учествувал во завршните и тешки борби со окупаторските војски на Сремскиот фронт. Како студент бил секретар на Здружението на медицинарите на МФ-Белград во 1945/46 г. Веднаш по дипломирањето, д-р М. Станковски бил повикан од страна на Министерството за народно здравје на НР Македонија и бил поставен за лекар на младинските бригади за изведување на хидромелиорација на струмичкото поле (Моноспитовско блато) во траење од шест месеци, а по завршената акција добил писмена пофалба. Потоа бил назначен за шеф на здравствената служба при Управата за државна безбедност на НРМ. Во 1948 г. бил демобилизиран во чин капетан I класа, а подоцна добил чин резервен мајор на ЈНА.

Лекар хуманист, наставник и едукатор

По дипломирањето на МФ-Белград, на 16.4.1947 г., и завршување на задолжителниот лекарски стаж започнал специјализација на Гинеколошко-акушерската клиника (ГМК) при МФ-Скопје. Специјалистичкиот испит го положил во септември 1952 г.

Во есента 1952 г. д-р М. Станковски



Балканската медицинска недела, Букурешт, 7-10. 9.1969 г. Од лево, прв ред : проф. М. Станковски, проф. Д. Младеновиќ од МФ-Белград, проф. А. Лазаров, д-р Д. Кранго; Втор ред: асс. д-р М. Лазаревски и д-р Љ. Дамјановски

бил избран за асистент на Катедрата за гинекологија и акушерство при МФ-Скопје. Во 1957 г. одбрал хабилитациски труд на тема „Проблемот на карциномот на женските генитални органи во нашата народна патологија“ и бил избран во звање доцент, а потоа во вонреден професор во 1963 г. (реизбран во 1968 г.) и редовен професор во 1970 г. на МФ-Скопје.

Стручните знаења и вештини ги надградувал со студиски престои и усовршување во повеќе познати центри во Европа. Меѓу нив позначајни се престоите во академската 1955-56 г. во повеќе врвни центри за гинеколошка ендокринологија и онкологија и вагинална хирургија во В. Британија, во тек на шест месеци, и тоа: во Лондон (Hammersmith Hospital кај prof. McClure Browne), во Оксфорд (кај prof. Chassar Moir) и Бирмингем (кај prof. H.C. McLaren). По враќањето во Скопје основал лабораторија за гинеколошка ендокринологија и поврзување на стероидните лабораториски испитувања со клиничката практика, како и Служба за контрацепција и Служба за рана дијагноза на рак на грлото на матката. Во 1964 г. учествувал во меѓународен курс по гинеколошка ендокринологија во Глазгов, Шкотска, и остварил престој во болницата „Queen Mother's Hospital“ (кај prof. Ian Donald). Притоа, се запознал со новите дијагностички техники со ултразвук и имунолошки тестови во акушерството. Во 1967 г. престојувал во Грац, Австрија, (кај prof.

Ernst Navratil) за запознавање со новите методи на дијагностика и третман на гинеколошкиот карцином.

Проф. М. Станковски бил познат како истакнат стручњак за конзервативна и оперативна гинекологија, со посебна посветеност на гинеколошката ендокринологија, цитогенетските проблеми и мултидисциплинарниот пристап кон ракот на женските репродуктивни органи, стероидните хормони во гинекологијата и акушерството и др. Темелно го следел развојот на својата дисциплина и се развил во одличен стручњак, како за дијагностика така и за терапија (конзервативна и оперативна), решавајќи ги сите случаи од стручната област, дури и оние најкомплицираните. На полето на оперативната гинекологија и акушерство ги применувал стекнатите вешти-

ни и искуства со новите оперативни техники од студиските престои во странство и учествувал во решавањето на сите случаи кои барале оперативен третман. Вовел повеќе нови оперативни методи и техники во Клиниката, и тоа за решавање на стрес-инконтиненција по вагинален пат, Manchester-операција при елонгација-пролапс и истмико-цервикална инсуфициенција, модификации при радикални зафати при Wertheim-Meigs-операција со екстирпација на хипогастричната артерија и активна дренажа на параметриите, како и оперативно решавање на некои ендокрино-гинеколошки синдроми. Бил промотор на вагиналната хистеректомија како метода на избор при карцином на грлото и телото на матката, изведувајќи лично голем број такви зафати. Илјадници пациентки го должеле своето здравје и продолжен живот на проф. М. Станковски.

Уште од 1948 г., како лекар на специјализација, а подоцна и како специјалист гинеколог акушер, бил наставник во Средното училиште за медицински сестри и акушерки во Скопје. Во 1949-50 била формирана Школа за бабици во Битола на која, исто така, бил наставник. Под негово стручно раководство биле едуцирани повеќе генерации мед. сестри и акушерки со средна стручна подготовка. По изборот во асистент се вклучил во одржувањето на сите видови вежби, фантом курс и предиспитни подготовки на студентите по медицина и стоматологија. Од 1957 г. како доцент и, подоцна, како професор спроведува настава за студентите



ГАК, Скопје, 1957 г. Од лево: доц. Методија Станковски, доц. Љубомир Шукаров и проф. Миленко Берик

Доајени



Доц. М. Станковски со група мед. сестри и акушерки во ГАК, јуни 1958 г.

по гинекологија и акушерство, како и теоретска и практична настава преку курсеви и семинари за лекари на специјализација и за подготовка на диференцирани лекари за одделни области на гинекологијата и акушерството. Тој го организирал и одржал првиот курс по колпоскопија во Македонија за лекари на специјализација по гинекологија и акушерство. Во 1972 г. проф. М. Станковски извршил хируршка операција со вагинален пристап, со ТВ пренос во живо во Универзалната сала во Скопје, поддржан од швајцарската фармацевтска кука „Циба“ (CIBA). Стручен коментар за операцијата давал проф. Љ. Шукаров за над 1.000 присутни студенти, лекари и наставници на МФ-Скопје.

Проф. М. Станковски бил ментор на повеќе кандидати за изготвување магистерски трудови, хабилитации и докторски дисертации на МФ-Скопје. Бил член на Комисија за стручен надзор на здравствените установи и рецензент за доделување звање примариус.

Иницијатор, организатор и општественик

Во 1957 г. наставниот кадар на Клиниката за гинекологија и акушерство бил зајакнат со избрани тројца доценти: Љубомир Шукаров, Методија Станковски и Александар Лазаров.

Проф. М. Станковски дал голем придонес за иницијалниот и натамошниот развој и просперитет на Клиниката за гинекологија и акушерство во Скопје со воведување повеќе нови дијагностички и тераписки методи. Бил раководител на Одделот за оперативна гинекологија (1951/57), Одделот за конзервативна гинекологија (1957/73) и Одделот за

функционална гинекологија (1975/83). Бил еден од најафирмираните стручњаци од доменот на гинеколошката ендокринологија и онкологија во Републиката и пошироко. Во поликлиничките супспецијалистички диспанзери раководел со службите за ендокринологија, функционален стерилитет и современа контрацепција, мегалобластични анемии во бременоста, детската гинекологија, планирање на семејството во поширок контекст, рана детекција на карцином и организирал цитогенетска лабораторија. Покрај статистичко-епидемиолошко изучување на гениталниот карцином кај жените во подрачја со различни етнички групи, обичаи и стил на живот, посебно бил посветен на превенцијата, раната дијагноза и современата терапија на ракот. Проф. М. Станковски бил еден од најпознатите стручњаци во клиничката медицина во Р. Македонија и познат гинеколог-акушер за најсуштествените проблеми во гинекологијата и акушерството во СФР Југославија. Посебно значајна била неговата ангажираност за решавање одделни проблеми во родилната сала и патологијата на бременоста за што често бил повикуван како консултант и директно ги решавал акутните проблеми.

Во академската 1973/74 г. проф. М. Станковски бил именуван за в.д. директор на ГАК, а по шест месеци, по негово барање, бил разрешен. Во пролетта 1974 г. заминал во Дерна, Либија, како директор на југословенска болница, со која раководел две години. Потоа, се вратил во Скопје и продолжил да раководи со Одделот за функционална гинекологија во ГАК, до неговото пензионирање во 1983 г.

Проф. М. Станковски бил повеќестрано ангажиран општествено-политички работник. Заземал голем број стручни и општествено-политички функции по ослободувањето, на ГАК и МФ-Скопје, на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје, бил член на Управниот одбор на Македонското лекарско друштво (1952/55 и 1963/66) и во Сојузот на лекарските друштва на Југославија. Бил секретар на Основната организација на СКЈ при ГАК, член на Болничкиот комитет на СКЈ, член на Конференцијата на СКЈ при Универзитетот, член на Советот на МФ-Скопје, претседател на Здружението на гинеколози и опстетричари во Македонија (1967/72) и член на раководството на Здружението на гинеколозите и акушерите на Југославија (1968/72) и др. Повеќе години бил главен и одговорен уредник на списанието „Македонски медицински преглед“ (1960/65), член на Редакцијата на списанието „Југословенска гинекологија и опстетриција“.

Исто така, проф. М. Станковски бил продекан на МФ-Скопје (1963-65) и притоа придонел за реорганизација на наставата и научната работа на Факултетот. По катастрофалниот земјотрес во Скопје во 1963 г. бил назначен за управник на Клиничката болница се до средувањето на клиниките и нормализирање на нивната работа.

Бил почесен член на Гинеколошката секција при Српското лекарско друштво од каде му била доделена диплома во 1969 г.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Проф. М. Станковски е автор или коавтор на повеќе од 200 стручни и научни трудови, публикувани во голем број ломашни и странски списанија и едиции. Стекнатите сознанија и искуства од долгогодишната работа, со богатата клиничка проблематика во Клиниката и во поликлиничките случаи од супспецијалистичките амбуланти, ги прикажувал со реферати на републичките и сојузни интерсекциски состаноци, симпозиуми и конгреси на гинеколозите и акушерите во СФР Југославија и ги објавувал како стручни и научни публикации во научни списанија. Посебно значајно било неговото учество на II конгрес во Белград, во 1953 г., и

на IV конгрес во Скопје, во 1960 г., на гинеколозите и акушерите на СФР Југославија. Притоа, како домаќин во Скопје бил генерален секретар на Конгресот и главен уредник на Зборникот на трудови во три тома. Учествовал и на V конгрес на гинеколозите, во Сараево 1964 г., на I конгрес во Белград, во 1961 г., и на II конгрес на канцеролозите на Југославија во Врњачка Бања, во 1967 г., на VII конгрес на лекарите на СР Македонија, во Скопје во 1967 г., како и на повеќе гинеколошко-акушерски симпозиуми во Лесковац, Белград, Скопје, Опатија и др. Учествовал на повеќе европски и светски конгреси: - за стерилитет и фертилитет (Венеција 1967 и Дубровник 1969); - за планирање на семејството (Хаг, 1960); - Балканска медицинска недела (Атина 1966 и Букурешт 1969); - VI Светски конгрес на гинеколози и акушери (Њујорк, 1970) и др.

Придонесувал и за популаризација на медицината со предавања на Народниот универзитет во Скопје, со написи во дневниот и неделен печат, со настапи во радио и ТВ информативни и едукативни емисии и сл. Како предавач учествувал во југословенските семинари за здравствена заштита на мајката и детето, во Опатија во 1961 и 1969 г., со теми: „Руптура на матката во СР Македонија“ и „Гумори на гениталните органи во адолесценцијата“. Автор е на популарната брошура „За контрацепцијата“ и автор на поглавјето „Физиологија на половите органи на

жената“ во општојугословенскиот учебник за студенти по медицина „Породилство“ (I, II и III издание, „Медицинска книга“, Белград-Загреб, 1960 и 1966 и 1985 г.).

Спомени, признанија и награди

Проф. М. Станковски останува во спомените на МФ-Скопје и во колективната меморија во нашата средина како стручњак, наставник и научник со извонредни квалитети и со изразена скромност. Како еден од пионерите и основоположници на македонската гинекологија и акушерство дал повеќестран придонес за развојот на оваа дејност, посебно на конзервативната и функционалната гинекологија.

На 1.9.1983 г. во предавалната на ГАК била одржана свечена лекарска конференција посветена на заминувањето во пензија на проф. М. Станковски. За него лично и за сите лекари на ГАК тоа била прилика да се потсетат на еден долг, комплетен и чесен професионален живот кој е неразделно поврзан со животот и развојот на оваа клиника, во чиј растеж проф. М. Станковски го вградил највредниот дел од својот потенцијал и богата личност на лекар и хуманист, наставник и педагог, научник, општественик и публицист, со исклучителен придонес во развојот на клиниката и на македонската и на југословенската гинекологија и акушерство. На тој начин лекарите на Клиниката и сите останати вработени му изразиле топла благодарност за извонредниот придонес што тој го дал во развојот на ГАК при МФ-Скопје и му посакале долг живот и уште многу, многу пријатни средби со сите нив, неговите колеги и ученици. Повеќе години по неговото одење на заслужен одмор бил добредојден и со радост виден и дочекан на Клиниката се додека за тоа иостоел негов личен интерес.

Проф. М. Станковски е носител на повеќе одликувања, општествени признанија и награди. Бил одликуван со Орден за храброст (1945), Орден на трудот со златен венец (1966), Орден заслуги за народ со сребреии зраци (1973), Орден на трудот со црвено знаме (1980). Добитник е на многубројни дипломи и признанија од општествено-политички и хуманитарни организации и стручни здруженија од

земјата и странство, признанија од МФ-Скопје, повелба „д-р Трифун Пановски“ од МЛД (1985), плакета од Сојузот на лекарските друштва на Југославија (1970) и др. во текот на својата богата професионална кариера и стручно-општествено дејствување и придонес.

Проф. д-р Дончо Донев

ЛИТЕРАТУРА

1. Donev D, Polenaković M. Contributions of the doctors from Macedonia to the establishment and initial development of the Faculty of Medicine in Skopje, R. Macedonia. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2012;33(2): 239-77. Available at: http://www.manu.edu.mk/prilozi/2012_2/20d.pdf
2. 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. Јуруковски Ј. Пензионирањето на нашите ценети професори на МФ-Скопје во 1983 г. – проф. д-р Методија Станковски, Клиника за гинекологија и акушерство. Год. зборник на МФ-Скопје, 1983; 29(1): 119-20.
4. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, Чапароски Р, Главаш Е. Развој на институциите во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-1987. Медицински факултет, Скопје, 1987:183-345.
5. Малеска-Ивановска В, Жантева-Наумоска М, уредници. 60 Години Медицински факултет, Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје: 1947-2007. Медицински факултет, Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје, 1997: 192.
6. Редакција на ММП. По повод 60-от роденден на проф. Методија Станковски. ММП, 1979; 33(1-2): 109-10.
7. Ристовски Б, Главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел II. Македонска академија на науките и уметностите, Скопје. Скопје, 2009: 813-1671.
8. Тофоски Ј, уредник. 60 Години Македонско лекарско друштво 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.
9. Циков З, главен и одговорен уредник. Гинеколошко акушерска клиника 1947 -1992. Медицински факултет, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ - Скопје, 1992: 249.
10. Шукаров Ј, Таџер И, Андреевски А, рецензенти. Извештај за избор на редовен професор по гинекологија и акушерство (Методија Станковски) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 142, мај 1970: 20-38.



Проф. Методија Станковски и д-р Јован Јуруковски, во Лондон, 1964 г.

Доајени



Миленко БЕРИЌ,

Професор и основоположник на Катедрата и прв директор-наставник на Клиниката за гинекологија и акушерство при МФ во Скопје

Да знаеме не е доволно, ние мора знаењето да го аплицираме; да сме подготвени не е доволно, ние мора да дејствуваме - Јохан Волфганг Геџе (1749-1832)

Д-р Миленко Борислав Берич е роден во Бачка Паланка, Србија, на 12.10.1899 г. Основно училиште завршил во Чурут, а гимназија започнал во Стар Врбас, продолжил и матура завршил во Темишвар, Романија. Медицински студии започнал во Загреб 1919 г., продолжил во Грац, Австрија, во 1920/21 г., а дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Берлин, Германија, во 1924 г. Специјализација по гинекологија и акушерство започнал во Белград, а специјалистичкиот испит го положил во Берлин во 1927 г.

Својата животна сопатничка, Олга Пусиќ, ја запознал во периодот на неговата специјализација во Белград. Нивниот син Берислав дипломирал на МФ-Белград во 1952 г., завршил специјализација од областа на гинекологија и акушерство на МФ-Скопје (1956), а хабилизација и докторат на МФ-Белград. Берислав Берич бил редовен професор на МФ-Нови Сад и бил избран за член на Српската академија на науките и уметностите и на Европската академија на науките и уметностите.

Проф. М. Берич бил избран за професор и за директор на Катедрата за гинекологија и акушерство на МФ-Скопје во 1951 г. Тој бил првиот наставник-директор на Клиниката и прв шеф на Катедрата за гинекологија и акушерство на МФ-Скопје од 1951/57 г., а потоа ја продолжил кариерата на МФ-Сараево, БиХ, до неговото заминување

во пензија во 1962 г. кога се вратил во Нови Сад.

Проф. д-р Миленко Берич починал во Нови Сад на 16.10.1975 г., во 76-та година од животот.

Лекарска и наставно-едукативна дејност

По дипломирањето на МФ-Берлин во 1924 г. д-р Миленко Берич веднаш се вработил како секундарен лекар во Општата државна болница во Белград, а потоа во Болницата во Суботица. Во 1925 г. бил избран за асистент на Гинеколошко-акушерската клиника во Белград каде што почнал специјализација од таа област. Потоа продолжил во Париз и Берлин каде што го положил специјалистички испит во 1927 г. во Клиниката на познатиот проф. Бум (Bumm). Работел кај повеќе познати лекари во предвоена Југославија и во странство и стекнал солидни знаења и практични искуства. Во 1930 г. бил поставен за шеф на Службата за здравствена заштита на жените на градот Белград, а од 1936-44 г. бил основач и прв раководител на Гинеколошко-акушерското одделение на Градската болница во Белград.

Својата стручност и професионално искуство ги надградувал преку повеќе од десетина посети и престои во реномирани клиници за гинекологија и акушерство во Европа, меѓу нив клиниките во Берлин, Париз, Виена, Грац и Будимпешта, како и во Институтот за изучување на ракот во Берлин, кај проф. Х. Блументал (Blumenthal).

Пред крајот на војната во 1944 и 1945 г. се придружил на Народноослободителното движење и како санитетски офицер бил прв помошник на началникот на санитетот на Третата армија на НОВЈ во Бачка Паланка и, кон крајот на војната, во

Нови Сад како управник на Армиската болница на 3-та Армија. По демобилизацијата во 1945 г. бил именуван за шеф на Одделението за гинекологија и акушерство на Главната покраинска болница на Војводина во Нови Сад. Бил основач и прв управник на Училиштето за акушерки во Нови Сад (1945/47). Во 1947 г. бил поставен за раководител на Одделението за гинекологија и акушерство во Државната болница во Ниш и бил основач и прв управник на Училиштето за акушерки во Ниш (1947/50).

Проф. М. Берич дошол на МФ-Скопје во почетокот на 1951 г. како прв наставник - редовен професор и управник на Клиниката за гинекологија и акушерство и прв шеф на Катедрата по гинекологија и акушерство при МФ-Скопје. Тој е основоположник на додипломската и постдипломската едукација по гинекологија и акушерство на МФ-Скопје. Во учебната 1951/52 г. проф. М. Берич ги одржувал првите предавања по гинекологија и акушерство за студентите на МФ-Скопје. Малку подоцна во одржувањето на теоретската настава по овој предмет се вклучил и доц. Славко Ѓуришиќ, но по релативно краток временски период тој заминал на МФ-Сараево. За поорганизирано и непречено организирање на практичните вежби и фантом-курсот за студентите по медицина, во 1952 г. биле избрани првите три асистенти по гинекологија и акушерство.

Во 1957 г. проф. М. Берич го напуштил МФ-Скопје и својата професионална кариера ја продолжил во Сараево како шеф на Катедрата и директор на Клиниката за гинекологија и акушерство при МФ-Сараево, до неговото пензионирање во април 1962 г., кога се вратил да живее во Нови Сад. Во следните три години повремено работел во т.н. Демонстрациски центар за здравствена заштита на мајки и деца, а од 1965/68 г., по повик од Советот на Градската болница во Суботица, хонорарно вршел должност началник на Одделението за гинекологија и акушерство и управник на Училиштето за акушерки во Суботица. За директор на Клиниката и шеф на Катедрата за гинекологија и акушерство при МФ-Скопје во 1957 г. бил назначен проф. д-р Антон Чакмаков, како редовен професор и прв



Дел од персоналот во Клиниката за гинекологија и акушерство, 1957 г. Од десно седат: доц. Александар Лазаров, доц. Љубомир Шукаров, проф. Миленко Бериќ, проф. Драгомир Младеновиќ од МФ-Белград, д-р Андро Стојанов и доц. Методија Станковски

македонски кадар на овие функции. Во истата година биле избрани тројца доценти по гинекологија и акушерство: Љубомир Шукаров, Методија Станковски и Александар Лазаров.

Општествени и организационостручни активности

Клиниката за гинекологија и акушерство е формирана на 9.10.1947 г., со Уредба на Владата на НР Македонија за престанување со работа на Земската (Државна) болница во Скопје и трансформирање на нејзините одделенија во клиници на МФ-Скопје. Гинеколошко-акушерското одделение прераснало во Гинеколошко-акушерска клиника (ГАК) со капацитет од 60-65 болнички кревети распределени во две одделенија - гинеколошко и акушерско, хируршка сала и простор за породувања. Тогашниот шеф на Одделението, д-р Грозда Симитчиева, била назначена за прв директор на Клиниката. Во првите неколку години, на Клиниката биле вработени и тројца други специјалисти за гинекологија и акушерство (Антон Чакмаков, Андро Стојанов и Христо Кулишев), како и седум акушерки. Во тој период биле примени повеќе млади лекари на специјализација, меѓу нив Љубомир Шукаров, Методија Станковски, Христо Брашнаров и

Мирјана Милетиќ во 1948 г., а Александар Лазаров бил повлечен од Белград во 1949 г., како и Мито Белопета и Ѓорѓи Богданов, кои биле повлечени од Сараево.

На 20.2.1951 г. за прв директор-наставник на Клиниката и прв шеф на новоформираната Катедра за гинекологија и акушерство бил именуван проф. д-р Миленко Бериќ. Во наредната, 1952 г., ГАК била преместена во новоприлагодена зграда на поранешниот „Уред“ во центарот на Скопје (сегашната Градска болница за хирургија), со вкупно 220 болнички кревети (132 за гинеколошки заболувања и 98 за бремени жени и жени по породување), како и 90 кревети за новороденчиња. Покрај добро опремени оперативни сали и простории за породување, Клиниката била зајакната со сопствена лабораторија, оддел за радиологија, фарма со експериментални животни и амбуланти. Со цел да се подобри испораката на здравствената заштита, Клиниката била снабдена со нова и современа опрема, инструменти и други дијагностички и терапевтски помагала. Проф. М. Бериќ има големи заслуги за брз развој и подем на ГАК, како и за создавањето на лекарски и специјалистички кадри од оваа област во НР Македонија и пошироко. Во текот на 1950-те околу 14

млади и успешни лекари од Македонија и од Србија биле вработени и започнале специјализација по гинекологија и акушерство, создавајќи иден професионален и образовен потенцијал на Клиниката и на многу одделенија за гинекологија и акушерство во Македонија и некои центри во Југославија: Кирил Курчиев, Милорад Антиќ, Ефтим Каламарас, Младен Шахпазов, Атанас Сивевски, и подоцна Ѓеорѓи Лековски, Јован Јуруковски, Момчило Лазаревски и др. Еден дел од специјалистичките кадри, подоцна биле познати наставници на МФ во Белград (Воислав Паљиќ, Жељко Живановиќ, Даринка Поповиќ) и во Нови Сад (Берислав Бериќ). Сите тие, заедно со проф. М. Бериќ и проф. А. Чакмаков, со висока посветеност кон професионалната и наставно-научната академска работа, дале придонес за натамошниот развој на ГАК кон врвна здравствена, наставна и научно-истражувачка институција од областа на гинекологијата и акушерството во НР Македонија. Првиот директор-наставник, проф. М. Бериќ, раководел со Клиниката до ноември 1957 г., кога се преселил на МФ-Сараево. Тој дал голем придонес за брз развој и просперитет на ГАК при МФ-Скопје со сите важни супспецијалистички методи кои се воведуваа во доменот на оваа област на здравствена заштита и образовна и научна работа. Уживал авторитет на добар организатор на професионалната работа од својот домен.

Проф. М. Бериќ бил првиот претседател на Здружението на гинеколози и акушери во Македонија (1952/57), како и член на повеќе стручни здруженија во земјата и странство. Повеќе години бил член на раководството, а потоа и почесен член, на Секцијата за гинекологија и акушерство при Српското лекарско друштво и претседател на Секцијата за гинекологија и акушерство при Здружението на лекарите на БиХ, како и потпретседател, а потоа и почесен член на Здружението на гинеколози и акушери на СФР Југославија. Исто така, бил член на повеќе меѓународни стручни здруженија за гинекологија и акушерство. Во 1960 г. добил големо признание со назначувањето, од Шведската академија за науки, да биде член на Групата експерти (Нобелов

Доајени

комитет) за оценување на предлозите и предлагање кандидати за Нобелова награда за медицина и физиологија. Во последните десетина години од неговиот живот активно учествувал во Научното друштво за историја на здравствената култура на Југославија.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Под раководство на проф. М. Берик ГАК бележи континуиран развој на здравствената, наставната и научната дејност. Покрај постојано зголемување на бројот на раѓања, околу 11% од нив со „царски резови“, биле воведени повеќе нови методи во доменот на гинекологијата и акушерството и евалуација на состојбата на мајката и плодот. Тоа придонело за значително намалување на стапките на мајчинската смртност и смртноста на доенчињата, посебно на неонаталната и перинаталната смртност. Научно-истражувачката дејност на ГАК се одвивала во форма на научно-истражувачки проекти, клиничко апликативни истражувања и програми за изработка на докторати и хабилизациони трудови, подоцна и магистериуми, на лекарите и другите високостручни кадри на Клиниката.

Проф. М. Берик публикувал околу 100 научни и стручни трудови во домашни и меѓународни списанија. Бил член на редакцијата на Македонски медицински преглед-ММП (1952/53)) и на повеќе други списанија. Бил член на уредувачки одбори на списанијата „Гинекологија и опстетриција“, „Архив на Српското лекарско друштво“ и „Медицински архив“ во БиХ. Бил автор на поглавјето „Судско-медицински проблеми во породителството“ во општојугословенскиот учебник за студенти по медицина „Породилство“ (I, II и III издание, „Медицинска книга“, Белград-Загреб, 1960 и 1966 и 1985 г.).

Спомени, признанија и награди

Проф. М. Берик, како прв наставник раководел на Клиниката и на новоформираната Катедра за гинекологија и акушерство од 1951/57 г., со право може да се каже дека е основоположник на наставната дејност по гинекологија и акушерство во Р. Македонија. Тој дал значаен придонес во иницијалниот развој на македонската гинекологија и



Промоција на дипломирани лекари, јан 1955 г. Од лево: проф. Вељко Бујан, проф. Миленко Берик и проф. Иван Беркеш

акушерство и во едукацијата на помлади колеги специјалисти и наставни кадри кои подоцна се развиле во реномирани стручњаци.

Во колективната меморија во нашата средина проф. М. Берик останува како наставник со висока организираност и посветеност кон професионалната и наставно-

научна академска работа кој дал голем придонес и е заслужен за брз развој и подем на Клиниката за гинекологија и акушерство, како и за создавањето на лекарски и специјалистички кадри од оваа област во НР Македонија и пошироко.

Проф. Миленко Берик е добитник на повеќе признанија од МФ-Скопје и МЛД, како и од МФ-Сараево. Сепак, најголемо признание добил од Шведската академија за науки да биде член на Комитетот за оценување на кандидатите за Нобелова награда за медицина и физиологија.

Проф. д-р Дончо Донев

ЛИТЕРАТУРА

1. Берик Б, Лазаров А. Анализа на шестгодишната оперативна работа на Гинеколошко-акушерската клиника во Скопје (1947-1953 г.). ММП, 1954; 9(1-2): 11-16.
2. Димитров Г. Катедра за гинекологија и

акушерство – историјат и развој. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Години МФ-Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, 2017: 34-8.

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

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

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

5. Markovski A, ed. 50 Years of the Faculty of Medicine in Skopje. [In Macedonian]. Faculty of Medicine, Ss Cyril and Methodius University, Skopje. Skopje, 1998: 144.

6. Mašić I. Nastavnici i saradnici Medicinskog fakulteta u Sarajevu 1946-2006. Avicena d.o.o. Sarajevo, 2006: 140 str.

7. Милановиќ М. Познати српски лекари. Воена печатница, Белград, 2005: 292.

8. Попов Ч, главен и одговорен уредник. Српски биографски речник, том. 1, А-Б. [На српски]. Матица Српска, Нови Сад, 2004: 916

9. Ристовски Б, главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел I. Македонска академија на науките и уметностите. Скопје, 2009: стр. 837.

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

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 42, октомври 2019 година

ЦЕРВИКАЛЕН СИНДРОМ

Благоја Ѓорѓиески

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 сисанието врз основа на мислењето на еден или повеќе рецензенти. Овој процес треба да ги охрабри и поттикне авторите да се придржуваат на прифатените стандарди на нивната дисциплина и да сиречи дисеминација на релевантни наоди, неистражени тврдења, неистражливи интерпретации и лични видови. На научните публикации што не поминат низ рецензија најчесто се жледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудите кои иледираат на оригиналност треба да се придржуваат на приностите 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 шекнување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (неистражена) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажаниот проус и на нив жледаат како на можност да го унапредат своето знаење и да ја зголемат веројатноста за објавување на своите трудови, други се обесхрабруваат и се илашат дури и да се обидат да истражат труд за објавување, а ирејти, се огорчени, 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 иридонесе за иодобрување на квалитетот на рецензирањето. Иако рецензирањето има многу недостиги (најчесто се споменува бавноста), сепак, на него треба да се жледа како на чувар на профилот на едно сисание, унапредувач на квалитетот и учешт за стандардите за публицирање на стручно-научни трудови.

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 105 од декември 2019 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 ноември 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.

ЦЕРВИКАЛЕН СИНДРОМ

Благоја Ѓорѓиески

ЈЗУ Општа Болница „Борка Талески“ - Прилеп,
Одделение за физикална медицина
и рехабилитација

Апстракт

Секојдневната лекарска практика покажува дека се позачестена е појавата на цервикален синдром (ЦС). Тоа е состојба каде што се јавуваат здравствени проблеми поради патолошки и анатомски промени во вратниот дел на 'рбетниот столб. Симптомите може да варираат со локална, но е оддалечена манифестација поради радикулопатијата како основна причина за појавата на ЦС. Поради сложеноста на самиот синдром, тој е систематизиран во локален цервикален синдром, цервико-цефаличен синдром, цервико-брахиален синдром и цервико-медуларен синдром. Ваквата систематизираност е направена поради специфичноста на симптоматологијата на секој синдром поединечно, но не ретко се случува присуство на слични симптоми кај неколку од нив.

Познато ни е дека повредата на главата и вратот се една од основните причини за појава на ЦС. Но, денес се почести причини за тоа се биомеханичките и дегенеративните промени во мускулно-скелетниот систем на вратот. Тоа се должи на лоша постурална поставеност на телото, но најмногу на вратот, ситуации кои се почесто ги налагаат современите професии, користење на мобилни телефони, таблети и сл (сл. 1).

Една од целите на нашиот стручен текст е да се подобри пристапот кон дијагностиката на овој синдром, но и соодветен третман на истиот со медицински и комплементарни процедури за подобрување на состојбата. Нашето искуство покажува дека физикалната терапија, поконкретно кинезитераписките вежби, имаат едукативен карактер за пациентот, затоа што со примена на истите се надминуваат основните причини за појава на ЦС. Се надеваме дека искуството ќе поттикне за натамошни истражувања на ова поле заради проблематиката на ваквата појава и за пациентот, но и за целокупната здравствена заедница.

Клучни зборови:

Цервикален синдром, радикулопатија, кинезитерапија.
Етиолошки фактори за појава на ЦС
Мускулно-скелетниот систем на вратот има одредена фун-

кционалност што се разликува од функционалноста на торакалниот и лумбалниот дел. Вратот има можност за движење во сите можни првци, а тоа го овозможуваат голем број на мускули кои имаат улога во статичноста и динамиката на вратот (сл. 2). Исто така, специфичната анатомска градба на вратните пршлени и постериорните зглобни простори на истите, ги овозможуваат ваквите движења. Но сложеноста на структурата на вратот има одредена вулнерабилност, што се појавува уште од најмалата возраст. Пример за тоа е повреда на цервико-брахиалниот плексус при породување, резултира



Слика 1. Модерната технологијата го менува постуралниот став

со намалена подвижност или одземеност на горниот екстремитет. Постартум повреда или интраутерино скратување на стерноклеидомастоидниот мускул резултира со појава на тортиколис и ограничена подвижност на вратот.

Клиничката практика покажува дека проблемите на ЦС почнуваат по втората деценија од животот. Поради постурални проблеми, деформитети на рбетниот столб (кифоза, сколиоза), канцелариска работа, програмери, шофери, професии

со принудно држење на вратот и телото, преголема употреба на мобилен телефон, таблет и сл. доведуваат до замор и спазам на мускулите на вратот. Доаѓа до оптоварување на постериорните зглобови и лигаментарниот апарат на вратниот дел на 'рбетот и придонесува за сублуксаци и дегенеративни промене



Слика 2. Комплексноста на мускулната структура на вратот

Стручни и научни трудови

ни на скелетниот систем. Ваквите промени предизвикуваат иритација на нервните корени кои излегуваат од прешленските странични отвори. Иритацијата се јавува заради специфичноста на отворот на прешленското тело, кој се намалува со сублуксациите на зглобните површини и останатите дегенеративни промени. Вулнерабилноста на нервните корени се должи и на аголот под кој поминува и излегува нервниот корен низ фораминаите на прешлените, така што секоја минимална промена прави иритација на нервите (сл. 2). Со текот на времето, дегенерираат и дискусите кои дополнително предизвикуваат радикулопатии со соодветни манифестации на регијата која ја опслужуваат.

Клинички манифестации на цервикалниот синдром

Познавајќи ги етиолошките фактори, како и факторите на ризик за појава на цервикалниот синдром, полесно ќе ја разбереме целокупната симптоматологија како и механизмот на појавата на истите. Некои од симптомите се својствени за потешки здравствени состојби и затоа на прв план не се поставува дефинитивна дијагноза за ЦС. Нашето искуство покажува дека 53% од пациентите со ваквата симптоматологија кои доаѓаат на преглед кај физијатар веќе биле опсервирани од невролог, кардиолог, оториноларинголог, пулмолог и сл. Позитивната страна на ова е што се исклучуваат посериозни нарушувања на локалните системи и органи (кардиоваскуларниот систем, проблеми со ЦНС, проблеми со тироидната жлезда, проблеми со центарот за рамнотежа и сл.) и се поставува дефинитивна дијагноза за ЦС.

Во симптоматологијата на ЦС спаѓаат: болки во вратот, главоболки, болки во рамото и сегменти на горниот екстремитет или по целата негова должина, спазам на мускулите на вратот, ограничени движења (во вратот, рамото и зглобовите на екстремитетот), вертиго, тинитус, стенокардија, палпитации и намален сензибилитет на прстите, но и по должината на горниот екстремитет, намалена мускулна снага, мускулна одземеност и сл. За поставување на правилна дијагноза, покрај клиничкиот преглед, се прават биохемиски анализи, нативни снимки на вратен 'рбетен столб, компјутерска томографија, магнетна резонанца, електромиографија и по потреба денситометрија на скелетниот систем. Земајќи ги предвид сите овие податоци, се поставува соодветна дијагноза и се преминува на тераписки пристап кон ваквата состојба.

Тераписки модалитети на ЦС

Знаејќи ја добро анатомијата и биомеханиката на вратот во целина ќе ни помогне подобро да ги разбереме клиничките манифестации на ЦС. Терапискиот пристап се определува врз база на невролошките, васкуларните, вегетативните, сензитивните и другите видови на испади предизвикани од иритацијата на нервните корени. Прв чекор е намалување на болката после кое може да се делува на подвижноста на мускулатурата и на останатите испади предизвикани од ЦС.

Фармаколошката терапија се состои од примена на аналгетици, миорелаксанти, вазоактивни и витамински препарати. Се покажа дека физикалната терапија има значајна улога во подобрување на проблемите на ЦС. Од физикалните модалитети се применуваат комбинација од дијадинамски струи, анодна галванизација, електрофореза на лекови (аналгетици,



Слика 3. Ефекти на принудна позиција на вратот

витамински препарати), ултразвучна терапија, интерферентни струи, нискофреквентна магнетна терапија, ласерска терапија, мануелна масажа и кинезитерапија. Често се препорачува користење на ортоза (шанцова вратоврска, едноделна или дводелна) која помага во релаксација на вратната мускулатура и одржување на исправеност на вратот. Во ситуации со радикуларни испади заради протрузија на дисковите може да се примени метода на декомпресија, тракција, екстензија на вртниот дел на 'рбетот која се применува во специјализирани институции со апаратура специјално наменета за вакви постапки. Во исклучително тешки ситуации се прави консултативен преглед од страна на неврохирург за потреба од хируршка интервенција кај пациентот.

Кинезитерапијата во превенцијата, терапијата и рехабилитацијата на ЦС

Го издвоивме овој сегмент во посебно поглавје, бидејќи има значајна улога во подобрувањето на состојбата на ЦС и одржувањето на виталноста на вратот во целина. Спомнавме



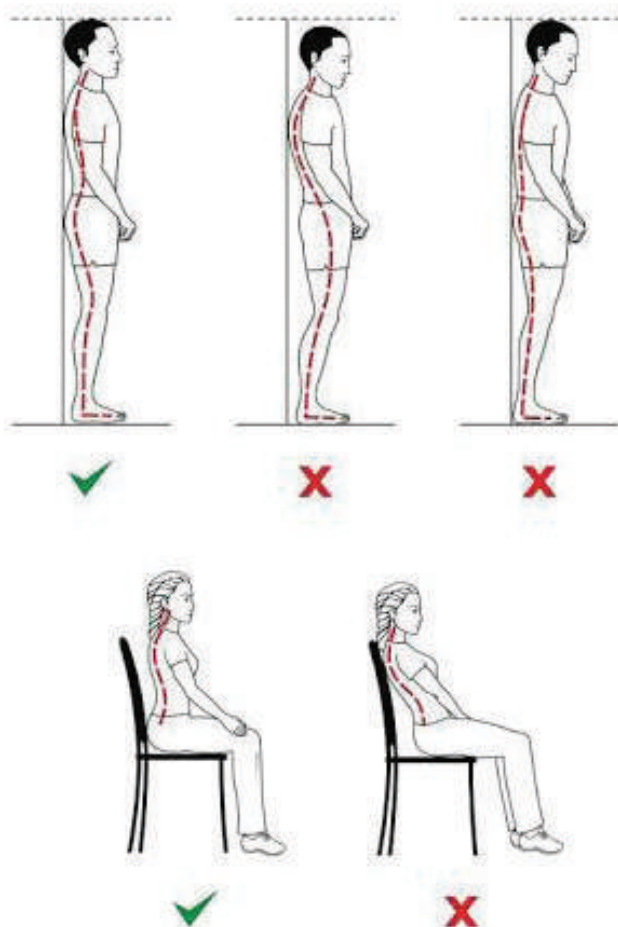
Слика 4. Приказ на позитивно влијание на кинезитераписките вежби

дека во појавата на дегенеративните и другите проблеми на мускулно-скелетниот систем има улога држењето на телото, оптоварувањето, стресот и емотивниот статус на поединецот. Мускулниот спазам се јавува поради неколку причини:

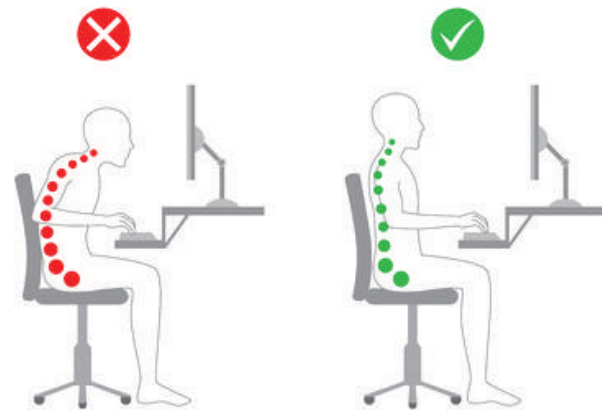
- замор на мускулите;
- зголемена телесна тежина;
- мускулна слабост;
- принудна поставеност на вратот (одредени професии претходно спомнати);
- стресот, нервозата, анксиозноста;
- емотивен статус – лутина, бес, страв и сл.

Долготрајното влијание на наведените фактори придонесува за зголемена контракција на мускулите врз скелетните структури на вратот (сл. 3). Тоа придонесува до нарушување на физиолошките кривини каде што од нормалната физиолошка лордоза, може да премине во намалена лордоза, аплакиран 'рбетен столб и во ретки, но клинички присутни ситуации, појава на вратна кифоза. Ваквите постурални промени на вратниот дел на 'рбетот дополнително придонесуваат за појава на сублуксацији на зглобните простори и дегенерирање на истиот.

Нашето искуство покажува дека кинезитераписките вежби во голема мера придонесуваат за подобрување и одржување на биомеханиката на вратот (сл. 4).



Слика 5. Правилно и неправилно држење на телото



Слика 6. Правилно седење на работно место

Вежбите влијаат истовремено на мускулите на вратот и соседните делови но и на скелетните структури. Треба де се постави правилна дијагноза и селекција на соодветни вежби кои би помогнале во дадената ситуација. И во поглед на кинезитерапијата постојат некои вежби кои се контраиндирани за одредени ситуации, како на пример аплакирана или кифотична поставеност на 'рбетот, потешки протрузии на дискусите и сл. Заради тоа, изборот на вежби и изведбата на истите на почетокот се прави под надзор на искусен физијатар во соработка со физиотерапевт за да не се предизвикаат несакани дејства од нив.

За да се подобри ефикасноста на избраните вежби, од големо значење е начинот и времетраењето на нивното изведување. Постојат општи препораки кои се препорачува да се применуваат. Тие помагаат во општо подобрување на држење на телото и создавање на здрави навики во примена на истите во секојдневнието (сл. 5,6).

Таквите препораки се:

- се работи бавно и опуштено за да се активира соодветно вратната мускулатура;
- се вежба во просторија прилагодена за таа намена, да биде проветрена и со стабилна температура;
- се работат строго препорачаните вежби, да не се експериментира со други вежби;
- на почеток се прават помалку повторувања а со текот на времето (со препорака) се зголемува бројот на повторувањата;
- одредени вежби со препорака се изведуваат неколку пати во текот на денот.

Проблематиката на ЦС не е опфатена целосно со овој стручен текст. Останува и натаму да се прават напори за дополнителни истражувања со цел таквото знаење да помогне во превенцијата и преземање на соодветни тераписки модалитети во терапијата и рехабилитацијата на ЦС.

Литература

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4272455/>
https://flexikon.doccheck.com/en/Cervical_spine_syndrome
<https://doctor.ndtv.com/living-healthy/best-exercises-for-relieving-cervical-and-neck-pain-1821409>
<https://www.versusarthritis.org/aboutarthritis/conditions/neck-pain/>

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

Манускриптот треба да биде подготвени во електронска форма со двоен проред, големина на букви 12 точки, со македонска поддршка, користејќи го фонтот Times New Roman или 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 означат насоката на фотографијата (горе, долу).

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

КОЖУВЧАНКА

НАЈДОБАР КВАЛИТЕТ
СО НАЈДОБРА ЦЕНА
на Македонскиот пазар!

НАЈДОБАР ОДНОС ПОМЕЃУ ЦЕНАТА И КВАЛИТЕТОТ • BESTBUYAWARD.ORG/MACEDONIA-3175169 • 69169
• МММ • GENERAL • 2019/2020 • КОЖУВЧАНКА: ГАЗИРАНА МИНЕРАЛНА ВОДА

ПРИРОДНА МИНЕРАЛНА ВОДА

КОЖУВЧАНКА

ГАЗИРАНА
• ОД 1995 •

ЕКОЛОШКИ ЧИСТА СРЕДИНА

#ДаИВерувашНаПриродата



Braltus®

тиотропиум

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

Малите Подобрувања* праваат голема разлика

**Долгиот и рамен
продолжеток за уста**

*овозможува удобност
при инхалација*



Прозирна капсула

*за визуелна
потврда на
примената доза*

**Ергономичен и
компактен**

*за полесно
ракување*

- Тиотропиум—широко прифатена LAMA ** за терапија на ХОББ.
- Ергономичен и компактен инхалатор со прозирна капсула за визуелна потврда на примената доза.

TEVA

PLIVA

Respiratory

*Со мали подобрувања во дизајнот сакаме да им овозможиме на пациентите поудобно ракување со инхалаторот. Докажана е еквиваленција со тиотропиум доставени по пат на HandiHaler, без клинички разлики.

** LAMA = Long-acting muscarinic antagonist

Literatura: 1 Karner Cet al. Cochrane Database od Systematic Review 2014; 7: Article No.: CD009285

ЗАБЕЛЕШКА: ги упатуваме здравствените работници до најновиот Збирен извештај за особините на лекот Braltus® и информациите за лекови кои се достапни на веб-страницата на Агенцијата за лекови и медицински производи (www.malmed.gov.mk)

Број на решение и датум: 11-3952/2 и 11-820/4 од 24.04.2018. **Начин на издавање:** на рецепт, во аптека. **Датум на подготовка:** август, 2019. МК/RSPL/19/0004

ПЛИВА Дооел Скопје ул. Никола Парапунов б.б. 1000 Скопје Р. Северна Македонија. Телефон: +389 2 3063 414, Факс: +389 2 3062 702 www.pliva.com, www.plivamed.net