

година XXVIII • број 107 • јуни 2020

VOX
medici



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Xultophy® за еднаш дневно дозирање Постигнете напредок, еден чекор понатаму

со докажана супериорност наспроти
insulin glargine 100 U:

- 1,8% наспроти 1,1% намалување на HbA_{1c}^{1,2}
- намалување на телесната тежина со Xultophy® и 3,2 kg разлика^{1,2}
- 57% пониска стапка на хипогликемија^{1,2}

кај неконтролирани пациенти со
дијабетес тип 2 на терапија со
insulin glargine 100 U^{1,2}



За првпат во едно пенкало базален инсулин и GLP-1 аналог

Xultophy® скратено упатство за пропишување

Пред да го пропишете лекот, ве молиме прочитајте го
Збирниот извештај со особините на лекот.

Фармацевтска форма: Xultophy® 100 единици/mL, ± 3,5 mg/mL, раствор за инјектирање. Еден mL од растворот содржи 100 единици insulin degludec* и 3,6 mg liraglutide. Едно претходно наполнето пенкало содржи 3 mL, што е еквивалентно на 300 единици инсулин деглудек и 10,8 mg лираглутид. Еден дозен чекор содржи 1 единица инсулин деглудек и 0,036 mg лираглутид. **Индикации:** Xultophy® е индициран за третман на возраси со недоволно контролиран дијабетес мелитус тип 2 за поддржување на гликемската контрола во комбинација со други орални медицински производи за третман на дијабетес. **Дозирање и начин на употреба:** Xultophy® се администрира еднаш дневно, супутано. Xultophy® може да се примени во кое било време од денот, по можност во исто време. Се препорачува гликемската контрола да се оптимизира преку прилагодување на дозата врз база на гликемијата на гладно. Xultophy® се администрира во дозни чекори. Еден дозен чекор содржи 1 единица инсулин деглудек и 0,036 mg лираглутид. Претходно наполнетото пенкало може да испорача до 50 дозни чекори во една инјекција со зголемена од еден дозен чекор. Максималната дневна доза на Xultophy® е 50 дозни чекори (50 единици инсулин деглудек и 1,8 mg лираглутид). Кога Xultophy® се додава на орални лекови за намалување на гликемијата, препорачаната почетна доза е 10 дозни чекори. Кога Xultophy® се додава на терапија со суфронилуреа, треба да се земе предвид намалување на дозата на суфронилуреа. Терапијата со GLP-1 рецептор агонисти треба да се прекине пред да се започне со Xultophy®. При префрлување од GLP-1 рецептор агонисти, препорачана почетна доза на Xultophy® е 16 дозни чекори. Ако префрлувањето се врши од GLP-1 рецептор агонисти со долго дејство (пр. дозирање еднаш неделно), пролонгираното дејство треба да се земе предвид. Третманот со Xultophy® треба да започне во моментот кога би требало да се земе следната доза на GLP-1 рецептор агонисти со долго дејство. Пред да се започне со Xultophy® треба да се прекине терапијата со базален инсулин. При

префрлување од терапија со базален инсулин, препорачана почетна доза на Xultophy® е 16 дозни чекори. Препорачаната почетна доза не треба да се надмине. **Посебна група на пациенти:** Xultophy® може да се користи кај возрасните луѓе (≥ 65 години). Следенето на гликемијата треба да се интензивира и дозата да се прилагоди на индивидуална основа. Кога Xultophy® се користи кај пациенти со лесно, умерено или тешко ренално оштетување, следенето на гликемијата треба да се интензивира и дозата да се прилагоди на индивидуална основа. Xultophy® не се препорачува кај пациенти со тешко ренално оштетување исклучиво и кај пациенти во краен стадиум на болеста. Xultophy® може да се употребува кај пациенти со лесно до умерено хепатално нарушување. Следенето на гликемијата треба да се интензивира и дозата да се прилагоди на индивидуална основа. Поради тоа што Xultophy® содржи лираглутид, не се препорачува кај пациенти кои имаат тешка форма на хепатално нарушување. Не постои релевантна употреба на Xultophy® кај деца и адолесценти. **Контраиндикации:** Пречувствителност на едната или на двете активни супстанции или на некоја од помошните супстанции. **Посебни предупредувања и мерки на претпазливост при употреба:** Xultophy® треба да се употребува кај пациенти со дијабетес мелитус тип 1 или за третман на дијабетична ketoacidosis. Хипогликемија може да се јави ако дозата на Xultophy® е повисока од потребната. Во комбинација со суфронилуреа, ризикот од хипогликемија може да се намали со намалување на дозата на суфронилуреа. Несодветно дозирање или преговима на антидијабетичниот третман може да доведе до хипергликемија и потенцијално до хиперосмоларна кома. Случај на срцева слабост биле пријавени кај пациенти кои биле користени во комбинација со инсулин, особено кај пациенти со ризик фактори за развој на срцева слабост. Ова треба да се има на ум ако се предвидува терапија со комбинација од пикотизагон и Xultophy®. Пикотизагон треба да се прекине доколку се појават симптоми на влошување на срцевите симптоми. Интензивирање на терапијата со инсулин, компонента на Xultophy®, со нагло подобрување на гликемската контрола може да биде поврзано со привремено влошување на дијабетичната ретинопатија, додека долготрајното подобрување на гликемската контрола го намалуваат ризикот од прогресија на

дијабетичната ретинопатија. Акутен панкреатитис бил забележан при употреба на GLP-1 рецептор агонисти исклучиво лираглутид. Пријавени се неколку случаи на акутен панкреатитис. Пациентите треба да бидат информирани за карактеристичните симптоми на акутен панкреатитис. Доколку постои сомневање за панкреатитис, Xultophy® треба да се прекине, доколку се потврди акутен панкреатитис, Xultophy® не треба повторно да се администрира. Несакани дејства врз тироидната жлезда, како што е гушавост била пријавени во клиничките испитувања со GLP-1 рецептор агонисти исклучиво лираглутид, и особено кај пациенти кај кои претходно постоело заболување на тироидната жлезда, така што кај нив Xultophy® треба да се користи со претпазливост. Не постоат сознанија за Xultophy® кај пациенти со востанително заболување на цревата и дијабетична gastroparesis. Од тие причини, Xultophy® не се препорачува кај ове пациенти. Значи и симптомите на деhidратација, исклучиво и нарушена ренална функција и акутна ренална инфуфициција биле пријавени во клиничките испитувања со GLP-1 рецептор агонисти исклучиво лираглутид, компонентата на Xultophy®. Пациентите третирани со Xultophy® треба да се предупредат дека постои потенцијален ризик од деhidратација поврзана со гастричниот потенцијален несакан ефект и да преземат мерки на претпазливост за да спречат губење на течности. Префрлување на Xultophy® од дози на базален инсулин <20 и >50 единици не е испитувано. Не постоат термостойни искуства за пациентите со континуирано спредно заболување класа IV според Нјурското здружение за срце (NYHA) и од таа причина Xultophy® не се препорачува за употреба кај ове пациенти. **Интеракции:** Не се правени истражувања за интеракции со Xultophy®. Голем број супстанции влијаат врз метаболизмот на гликозата поради што може да се јави потреба од прилагодување на дозата на Xultophy®. Малото одложување на желудочното празнење со лираглутид може да влијае врз апсорпцијата на оралните лекови. Студии за интеракции не покажале клинички релевантно одложување на апсорпцијата. По започнување на третманот со Xultophy® кај пациенти кои примаат варфарин или други кумарински деривати се препорачува постоено следење на Меѓународниот нормализиран сооднос (International Normalised Ratio). **Бременост и лактација:** Не постоат клинички сознанија за употребата на Xultophy®, инсулин

деглудек или лираглутид кај бремени жени. Ако пациентката ожа да забремене, или се случи бременост, третманот со Xultophy® треба да се прекине. Не постоат клинички сознанија за употреба на Xultophy® за време на доене. Не е познато дали инсулин деглудек или лираглутид се излучуваат во мајчиното млеко. Поради недостиг на искуства, Xultophy® не треба да се користи за време на доене. **Влијание врз способноста за возене и употреба на машини:** Способноста на пациентот да се концентрира и реагира може да биде нарушена како резултат на хипогликемија. Ова може да претставува ризик во ситуации каде ове способности се од особено значење (на пример, возене на автомобил или ракување со машини). **Несакани реакции:** Најчесто пријавувани несакани реакции за време на терапијата со Xultophy® била хипогликемијата и гастричниот потенцијален несакан ефект. Хипогликемија може да се јави ако дозата на Xultophy® е повисока од потребната. Гастричните потенцијални несакани реакции можат да се случат почесто во почетокот на терапијата со Xultophy® и обично се намалуваат за неколку дена или недели со континуиран третман. Застеноста на гласот и дијареа била забележани кај Xultophy® и „много вообичаени“ кај лираглутид. Покрај тоа, пријавени без констатација, диспепсија, гастритис, болки во stomakot, gastroezofageален рефлукс, абдоминална дистензија, подригување, наденост и намален апетит.

Лекот може да се издава само со лекарски рецепт. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-3330/8 од 15.02.2017. Xultophy® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска. Последната одобрена верзија на Збирниот извештај со особините на лекот е достапна на линкот: <https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/fspregister/detailview/1350173373>. **Производител:** Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark. **Носители на одобрение:** Novo Nordisk Фарма дооел, ул. Никола Кљусев бр. 11, Скопје.

Ако приметите било какви несакани реакции, ве молиме да го информирате вашиот лекар, фармацевт или медицинска сестра. Со пријавување на несаканите реакции се обезбедува континуирано следење на односот корист/ризик и се обезбедуваат информации за безбедноста на лекот.

РЕФЕРЕНЦИИ:

1. Xultophy® Збирниот извештај со особините на лекот. Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ, Скопје, Р. С. Македонија. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-3330/8 од 15.02.2017. 2. Lingvay I, Mangin F, Garcia-Hernandez P, et al. Effect of insulin glargine up-titration vs insulin degludec/liraglutide on glycated hemoglobin levels in patients with uncontrolled type 2 diabetes: the DUAL V randomized clinical trial. JAMA. 2016; 315(9):898-907. doi: 10.1001/jama.2016.1252



Xultophy® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска.
Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
ул. Никола Кљусев бр. 11, Скопје, Р. С. Македонија
тел: +389 2 2400 202; www.novonordisk.com
D-19/01-03/2020
Овој материјал е наменет само за здравствени работници.

Xultophy®
insulin degludec/liraglutide
[rDNA origin] injection



ОТВОРЕН ПАТ

Pynetra

prasugrel

филм-обложени таблети од 5 mg и од 10 mg



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјето ѝ пред сè
www.alkaloid.com.mk

Содржина

- | | | | |
|----|--|----|--|
| 8 | Пандемија
SARS CoV 2
- најконтроверзниот вирус познат досега! | 26 | Непочитувањето на препораките
- голем скок на инфицираните |
| 12 | Стевановиќ:
Свесно влеговме во ризик по сопственото и
здравјето на нашите семејства во борбата со
болест за која многу малку знаете | 30 | Она што го прави еден вирус опасен |
| 14 | ГОБ „8-ми Септември“:
Во првите борбени линии со
непознатиот непријател | 32 | Covid - 19 и ендокрини состојби
- го менуваме ли пристапот? |
| 18 | КОВИД-19:
Професионална болест или несреќа на работа | 36 | Практика
Прва трансплантација на срце во македонската
медицина |
| 24 | Половината од инфицирани беа третирани и
контролирани дома од матичните лекари | 44 | Доајени
Христо ДУМА
Професор и основоположник на современата
македонска педијатриска генетика и молекуларна
биологија |
| | | 48 | Божидар БЕЛИА
Професор и основоположник на Институтот за
хемија и биохемија при Медицинскиот факултет
во Скопје |

Прилог: Стручни и научни трудови

Rinoco[®] 50µg

fluticasone propionate
спреј за нос



ПЛИВИН
интраназален
кортикостероид
во терапија на
алергиски
ринит!



PLIVA  allergy

ПРЕПОРАЧАНО ДОЗИРАЊЕ

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

Трејборака: Ёо можност лекој да се применува на ушро

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

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





ИМПРЕСУМ

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

ИЗДАВАЧ

Лекарска комора на Р. С. 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



**Проф.
д-р Калина
ГРИВЧЕВА
СТАРДЕЛОВА,**

претседател на
Лекарска комора
на Република
Северна
Македонија



Почитувани,

Дозволете, во имејто на Лекарската комора и во мое лично име, да ви се заблагодарам за Вашиот ангажан и пожртвуваност во ова време - невреме на глобалната пандемија која го "превртише" светот.

Вашиот придонес во изминативе неколку месеци е огромен. Деноноќно сите во првите редови на битката со неизвесноста на корона вирусот, влеговте во ризици за сопственото здравје, но и здравјето за Вашите најблиски. Голем број од вас доброволно се вклучија во борбата со ковид -19 и беа и се уште се во жаришната на епидемијата во земјата.

Првата битка која, токму благодарјќи на Вас, но и на сите друштва здравствени работници од земјата, ја добивме. Но, првата добиена битка не значи крај, затоа што борбата со вирусот ковид -19 дојрва ни прејсоти, барем до пронаоѓање на вакцина или лек за ова ново заболување. Некои од напредностите во оваа борба не се секогаш во рацете на здравствени работници, тука така и алармантноста зголемување на бројот на евидентирани случаи на корона вирусот кон крајот на мај и почетокот на јуни кое следуваше по условно речено мирниот период на ново болени лица.

Во рамките на своите надлежности Лекарската комора продолжи со своите активности и во услови на пандемија и криза, така се ангажираше со цел да ги заштити докторите и пациентите. Поглед на обезбедување на заштитни средства и барање за финансиска поддршка на мајичните лекари, пред се оние кои поради пандемијата немаа доволно пациенти за да обезбедат нормално функционирање. Комората обезбеди донација за Инфективната клиника и ГОБ 8 Сейтември во заштитна опрема, а за таа цел со Одлука на Извршниот одбор беа именувани средствата кои беа планирани за обележување на Денот на Комората и наградата "Св. Наум Охридски".

Медицинските работници покажаа дека се на првата линија, во одговорот против пандемијата, а како што пандемијата земаше замав и се ширеше низ светот, нашата улога стана една од најважните и сите ја препознаа борбата и жртвата. За жал, во овие исклучително тешки времиња и во нашите редови се уште има поединци за кои ковидот е измислен, кои инфицирани не ги лекуваат дома, работат во сировиност со меѓународно професионално притоко и препораките за лекување на оваа болест, медицината базирана на докази и кодексот на медицинската деонтологија.

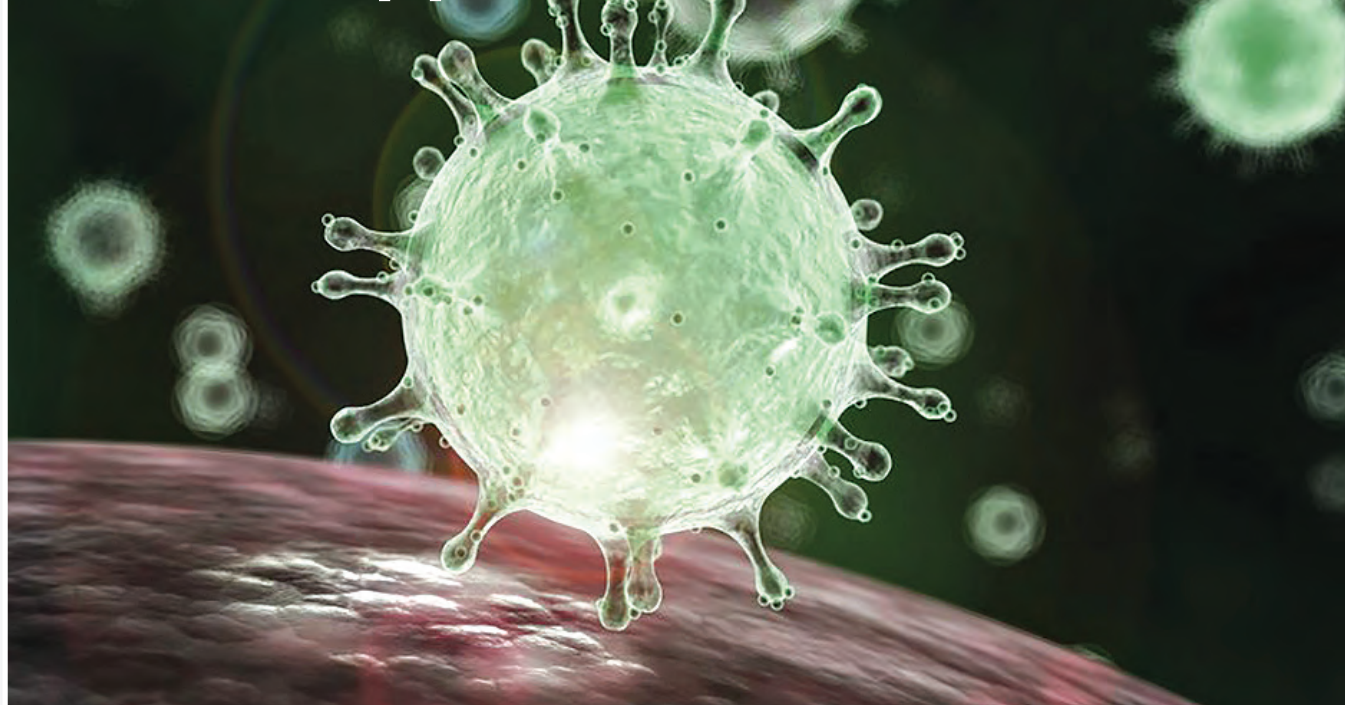
Улогата на медицините во таквата состојба е клучна, но сите ние, секој поединец со заедничка акција треба да дадеме придонес и да помогнеме во најорите на заштитата на здравјето во услови на пандемија. Најмалку што секој од нас може да стори е да се придржува кон основните препораки за заштитата на лично здравје, но и здравјето на членовите на нашите семејства, своите соработници, сограѓани... Личната одговорност за здравствената безбедност на секој од нас, секако, е едно од најважните средства за зачувување на глобалното здравје. А што што сме сите поврзани, што нашите животи влијаат едни на други и што сите сме изложени на ризик, несомнено ни го покажува патот кој треба да одиме доколку сакаме безбедна и подобра иднина.

Почитувани колеги,

Внимавајте и грижете се за себе и за вашето здравје, но да не заборавиме дека сме пред се доктори со сите обврски кон нашите пациенти и колеги.

SARS CoV 2

- најконтроверзниот вирус познат досега!



Од најсмешен вирус до најголемата закана за човештвото во неговата историја

Секако дека не е најсмешен вирус во историјата на човештвото, како што изјави еден доктор, советник на српскиот претседател, а секако и дека не е најголемата катастрофа што му се случила на светот во неговата историја.

Тоа е вирус, за кои едни тврдат дека не постои!!! Такви има и помеѓу нас лекарите, колку тоа да изгледа незамисливо. Тоа се лица кои предметите за време на студиите некако ги поминале без да ги научат, а за микробиологија, епидемиологија и инфективни болести не знаат ама баш ништо. Што е најстрашно, не знаат колку не знаат. За нив толку, да не беше пандемијава, немаше да дознаеме дека се помеѓу нас. Секако нема да дебатирам дали вирусот постои.

Тоа е вирус, за кои и најголемите научници и авторитети имаат дијаметрално спротивни ставови од аспект на неговата вирулентност. Респираторен вирус кој не си заминуваше во лето, кој за три месеци се прошири низ целата планета, феномен непознат досега, за кои едни тврдат дека потекнува од лабораторија, а други дека е природен. Да не зборуваме за болеста што ја предизвикува, со различните клинички манифестации и големиот број на здрави носители на вирусот.

Разликите во морталитетот на болеста која ја предизвикува – ковид - 19 достигнуваат однос 16:1 од земја до земја, ако се пресметува во однос на број на заразени лица или до 1000:1, ако се пресметува по умрени на милион жители. Генерално, најразвиените земји потешко се справуваат со оваа болест.

Основните прашања на разидување се колку е опасен вирусот и како се пренесува:

Дали станува збор за опасен вирус?

Најголемите дебати во светот се однесуваат за ова прашање. Врз основа на ова, едни сметаат дека мерките се воопшто непотребни, други, дека се премногу строги и трети дека треба да се уште поригорозни. Тука не ги коментирам небулзите од типот: вирусот е намерно пуштен итн., ниту пак оние дека од вирусот ќе почине 1-2% од светското население (75-150 милиони), туку дебатите меѓу научниците за смртноста од овој вирус. Познати и признати научници се разликуваат помеѓу себе во тврдењата на едни дека смртноста изнесува 0,03%, до други кои зборуваат за морталитет од

3%. Разлика од 100 проценти, невидена досега во научна и стручна расправа. Се мисли на веројатноста од смрт, доколку дојдете во контакт со вирусот и се инфицирате. Проблемот е, колкав дел од населението е или било во контакт со вирусот? Ако е смртноста 0,03% и ако е потребно 60% од населението да се инфицира за да се добие колективен имунитет, бројот на починати до постигнување на тој имунитет би бил 0,03% од околу 4,5 милијарди (60% од целото население), а тоа изнесува 1.350.000 починати, а ако е 3%, тој број би бил 135.000.000 починати. Се разбира, доколку вирусот секаде подеднакво се прошири, што не е можно.

Зошто е ова важно? Првите сметаат дека со благи рестриктивни мерки, како во Шведска на пример, па и поблаги, за две години ќе се создаде колективен имунитет, а бројот на починати сепак би бил приближно ист со земјите кои имаат рестриктивните мерки, но тој број во тие земји би се постигнал побавно, по неколку години. Нивниот став е дека економските, психолошките, здравствените и другите последици би биле несразмерно посериозни, отколку оние предизвикани од самиот вирус, а и човековите права за слобода на движење би се почитувало. Според нив, ковид - 19 не е многу посериозен од сезонскиот грип. Тука ја споменуваат најголемата пандемија во втората половина од 20-от век, грипот Х3Н2, од 1968, кој почнал во Кина, а е откриен во Хонг Конг. Тогаш, за две години починале помеѓу еден и четири милиони луѓе. Тогаш, немало молекуларни тестови, дијагнозата била според клиничката слика. Воопшто, смртноста и кај сезонскиот грип во многу земји се мери со тоа колку лица повеќе починале во зима отколку во лето, во тек на годината, и разликата му се припишува на грипот. Тогаш, речиси никакви посебни мерки за заштита не биле преземени, болеста не била присутна во медиумите и мнозинството од населението не знаело дека таа воопшто постои. Ние, 68-та ја знаеме по студентските протести и окупацијата на Чехословачка, се радуваме на медалите од Олимписките игри во Мескико, а 69-та по стапување на човекот на Месечината, по убиствата на Роберт Кенеди и Мартин Лутер Кинг, по Виетнам итн. Во нашите спомени ја нема оваа страшна болест. Тогашните четири милиони жртви би биле адекватни на сегашните 10 милиони, според бројот на населението тогаш и сега.

Другите сметаат дека ако не се преземат строги мерки на изолација, контрола на патувањата, лична заштита итн., нè очекува катастрофа од размерите на онаа од грипот Х1Н1 1918 година. Со забавувањето на ширење на болеста, здравствените системи ќе се подготват, а науката ќе открие лек, вакцина и ако ништо друго, ќе ни каже како се шири вирусот и која е најадекватната заштита од него. Оние што би починале во меѓувреме, ако не се најде вакцина или лек, подобра е да починат некој месец или некоја година подоцна.

Мнозинството од научниците сепак смета дека смртноста е најмалку 0,5%, што би значело дека до постигнување на колективен имунитет би починале 22,5 милиони луѓе и затоа, дури и за 0,5% смртност, поддржуваат рестриктивни мерки до пронаоѓање на вакцина, па колективниот имунитет би бил комбинација од инфекција и вакцина (едни би имале природен, а други вештачки имунитет). Така би се спасиле можеби и 20 милиони луѓе.

Овие различни ставови за mortalitetot се должат на објавените студии за серопреваленција во одредени земји, односно региони, како и бројот на позитивни молекуларни тестови при скрининг на лица кои немаат податоци за контакт со заболено лице. Така, кај лицата кои го напуштиле Вухан во јануари годинава, тествани при пристигнување во своите земји со молекуларен тест, 0,9% биле позитивни. Тоа би биле 100.000 луѓе на 11 милиони население. Во тој момент во градот Вухан имало околу 30 000 потврдени позитивни случаи, од нив 400 умрени, па процентот на mortalitet bi бил 0,3% (400 од 130.000). Со студиите за серопреваленца, како што се оние познатите во Санта Клара, Калифорнија, со 3,5% позитивни, 6% во Флорида, 14% во Њујорк и 10% позитивни во некои жаришта во Германија, со дилемите наместо да се решат, уште повеќе се продлабочија. На 3,5% здрави, а серопозитивни, а населението на Санта Клара е два милиони, во моментот имало околу 100 починати, смртноста вака калкулирана е многу ниска, 100 од 70.000 или 0,14%. Ако ова се примени на Њујорк, смртноста излегува дека е 0,003%!!! Овие трудови беа предмет на многу критики, особено студијата во Санта Клара, пред сè во смисла дека не била скрининг, туку дека на огласот за бесплатно тестирање се јавувале и оние кои се сомневале дека имале контакт. Инаку, студијата беше направена на само околу 3200 испитаници, што е премалку, но авторите кои биле вклучени во неа имаа голем авторитет и рејтинг во научните кругови, па затоа оваа студија доведе до толкав интерес.

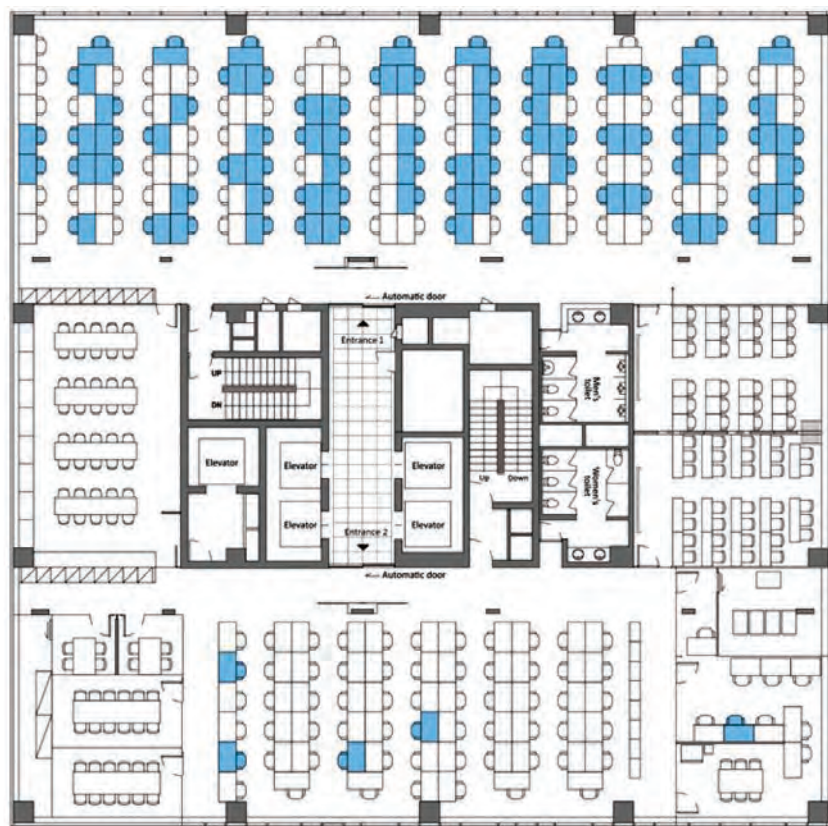
Серолошките тестови пред сè се користат за да се види дали лицето било во контакт со вирусот, односно дали имало инфекција. За скрининг на имунолошкиот статус на населението треба да има најмалку 10% од населението вистински позитивни на антитела, за овие тестови да бидат корисни. Ако тестот дава само 2% лажно позитивни наоди (одличен тест со 98% специфичност), во град од 10.000 жители, со 100 вистински позитивни, тој ќе открие 200 лажно позитивни (3% би биле позитивни, а вистински се само 1%). Така, ако ова го примениме на студијата во Санта Клара, вистински позитивните би биле само една третина и тогаш, пак доаѓаме до процент на смртност од 0,5%. Ако бројот на вистински позитивните е 1000 од 10000, тогаш овие 200 лажно позитивни не ја менуваат многу сликата (12% наместо 10%). Ако сè ова го примениме кај нас во Македонија, испитувањето во Дебар со 2,5% серопозитивни, укажува дека бројот на лица кои биле во контакт со вирусот, ако ги исклучиме лажно позитивните, би бил околу 1,5%, што за двете општини би значело околу 300 лица. Според скринингот што се прави на лица вработени во градинките и домовите за стари лица, бројот на позитивни во просек, за сега е 1 на 600. На целата држава тоа би било 3.300 активни, заедно со уште 550 активни потврдени случаи, на ден 31.05.2020, речиси 4.000 активни случаи. Ако овој однос 3.300:550=6,6 го примениме и на оние кои се излекувани или негативизирани до сега, а тоа се околу 1.500 лица, би се добил бројот од околу 10.000 лица кои биле во контакт со вирусот. Ова би значело дека досега, во контакт со вирусот, биле околу 14.000 лица, 10.000 таканаречени „излечени“ и 4.000 активни случаи. Овој број е нереално мал и несигурен, сè уште бројот на тествани е мал, а и лицата што се тествани не се од оние кои се изло-

Пандемија

жени на вирусот. Сепак, и да го земеме овој број за реален, смртноста кај нас би изнесувала под 1%. Денес, на 31.05. 2020 година, од два тетовски фудбалски клуба, 6 играчи се позитивни, а тоа е 10% од тестираните. Значи, многу е важно при извлекување на заклучоци да се има предвид групата која се тестира, но и регионот во кој се тестира.

Овие дилеми се потенцираат и со очигледно различните протоколи за регистрирање на причината за смртта. Во сите земји, доволен е само еден позитивен молекуларен тест и лицето да се запише во графата на потврдени случаи но, секако, постојат разлики во потврдувањето на причината за смртта. Шведска и Белорусија, земји со по околу 10 милиони жители, со мерки кои не се рестриктивни, и двете се со по околу 40.000 потврдени случаи, што е логично. Едната, Шведска има 4.400 починати, а другата, Белорусија 235, што е апсолутно нелогично. Белорусија тестира двојно повеќе од Шведска, но тој податок е апсолутно недоволен за да ја објасни оваа голема разлика во mortalitetot. Дали медицината ова може да го објасни? Очигледно во Белорусија, доколку бројките се воопшто точни, се регистрираат само оние случаи каде главна или единствена причина за смртта е ковид - 19, што повторно ја отвора дилемата, колку е опасен овој вирус и оправданоста на сè она што во таа смисла се презема во светот.

Како се пренесува вирусот?



Слика 1. Скица од 11-кат од зграда во Сеул.

Во горниот дел е кол центарот. Со сина боја се работните места на инфицираните

Бевме сведоци на постапка на дезинфекција на јавни простори на отворено, дезинфекција на возила однадвор, а ракавиците сè уште се носат од страна на населението, иако нема никакво објаснение од што штитат? Дезинфекција на обувките, на производите купени во маркет, перење на облеката по секое излегување се доказ се преголемиот нереален страв предизвикан од студиите за неговото одржување на разни површини. За овие методи, кои инаку не се штетни, освен од економски аспект, нема никакво оправдание. Неверојатно е дека илјадници вирусолози, епидемиолози за овие сосема непотребни постапки, молчеа, а некои сè уште молчат, па некои и ги предлагаат и поддржуваат. Од почетокот се знаеше дека еден обвиткан вирус не може да опстане во надворешна средина долго и дека не може да го има во толкави количини по улици, плоштади, на површина на автобуси, кои би биле доволни да предизвикаат инфекција.

Од она што досега се знае, пред се од епидемиолошките методи, анкета, набљудување и вирусолошките методи за откривање на присуство на вирусот, може да се заклучи дека аерогеното ширење на вирусот во почетокот беше потценето во однос на ширењето преку површини на предмети и контаминирани раце. Кога вирусот се детектираше во околината на болните преку молекуларни методи, РНК се наоѓаше насекаде. РНК не значи жив вирус способен да предизвика инфекција. Кога научниците од Германија применија метод на култивирање на вирусот од нежива средина, истиот не го

најдоа во тоалетите, кваките и други површини во околината на болните. Ако не може да ги инфицира клеточните култури, веројатно не може да инфицира ниту човек. Сепак, дезинфекцијата на рацете и човековата околина е постапка со која треба да се продолжи не само за оваа болест. Ако беше преценета на почетокот, не значи дека е исклучена трансмисијата на овој начин, а миенето на рацете треба да биде секојдневна постапка и кога нема пандемија.

Една студија од Јужна Кореја многу сликовито го опишува начинот на трансмисија. На 8 март 2020 година, во центарот на Сеул, се откриваат поголем број на заболени кои работеле во еден кол - центар, сместен на 11-от кат од зграда која инаку имала 19 ката. Во таа зграда работеле или живееле повеќе 1000 лица, кои меѓусебно се среќаваат во лифтовите и во лобито. Интересно е дека случаите биле концентрирани пред сè на 11-от кат, односно од 97 позитивни, 94 работеле на 11-от спрат. Интересно е дека 89 од позитивните биле во едната половина од спратот, што претставувало 2/3 од вкупниот број на работници во тој дел, а само пет во другата половина, што се гледа на шемата подолу, каде со сина боја се работните места на инфицираните.

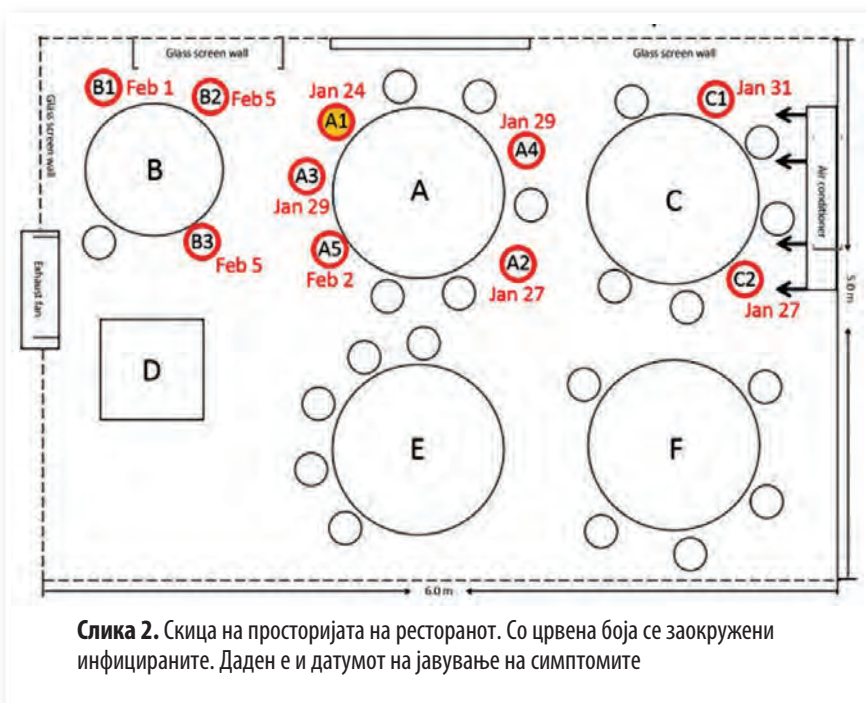
Ве оној дел, каде се мнозинството од инфицираните, иако седат на исто растојание меѓу себе, како и оние во другата половина, бројот на инфицираните е многу поголем само поради видот на работата која ја вршат. Во тој дел вработените се цело време на телефон, зборуваат гласно со часови, за разлика од другите делови, каде се работи во мир, нема потреба од зборување и надвикување. Заклучок од оваа студија е, просториите кои се невентилирани, со ниски плафони, со прозори кои не се отвораат и со многу луѓе внатре кои исфрлаат капки и аеросоли, е одлична за ширење на вирусот. Сликавото, тоа што е хранителна подлога во Петриевата плоча за бактериите, тоа е ваков простор за респираторните вируси. Втор заклучок е дека иако користеле исти лифтови, притискале на исти копчиња, допирале исти кваки на вратите, останатите стотици лица кои работеле или живееле во зградата биле негативни на присуство на вирусот.

Вирусот се исфрла преку капки, кои се тешки и брзо паѓаат на подлогата, но и ситни аеросоли кои може да достигнат и неколку метри оддалеченост, но и подолго време опстануваат во воздухот. Ако нема проветрување, во затворен простор, бројот на исфрлени вируси се зголемува од минута во минута.

На 16 февруари годинава, кореанка на 61 година инфицира неколку стотини лица за време на молитва со 1000 верници, во мал простор на црква, без прозори во Ј.Кореа. Два дена подоцна во Франција, неколку стотини христијани од целиот свет се собираат во темен аудиторум, во малиот град Мулхоуз на годишен традиционален фестивал. Оболеле на 2000 лица, дел од нив од Корзика, Француска Гвајана, Буркина Фасо и Швајцарија. На 10 март, оваа година, во Сиетл, САД, хор составен од 61 лице, два ипол часа вежбал во мал затворен простор без прозори. По 5 дена се јавиле првите случаи, а завршило со 53 позитивни и две починати лица.

Во овие случаи, покрај затворениот и непроветрен простор, значајно е пеењето при кое се исфрлаат големи количини на вирусот. Во овие случаи се работи за лица наречени „суперемитери“, лица кои кога зборуваат или пејат, природно исфрлаат многу капки и аеросоли. Ако такво лице е инфицирано со вирусот, тоа може да зарази и десетици и стотици други лица. Некои студии укажуваат дека само 20% од инфицираните заразуваат други лица, а други студии, дека само 1-5% од инфицираните лица ја шират болеста. Тие лица се нарекуваат суперширачи. Се разбира, најмногу капки и аеросоли се исфрлаат при кашлање и кивање.

Со доаѓање на летото, посебно внимание треба да се посвети на климатизерите и начинот на нивно функционирање. Според повеќе студии, претпоставка е дека 95% од инфекциите со овој вирус се случуваат во затворен простор, 3% во полузатворен и 2% на отворен простор.



Слика 2. Скица на просторијата на ресторанот. Со црвена боја се заокружени инфицираните. Даден е и датумот на јавување на симптомите

На 24 јануари, при топло време, една кинеска фамилија руча во ресторан со ограничен простор, во кој има 80 гости. Ресторанот се наоѓа на третиот кат во зграда во еден од најнаселените градови во Кина, Гуангшоу. Работи климатизација, прозори нема. Фамилијата седела на масата во средина, на која биле сместени 10 лица, што се гледа на слика 2. Веднаш по напуштањето на ресторанот, еден член на фамилијата чувствува симптоми и има покачена температура. Во рок од две недели се разболуваат 10 лица. Интересно е дека пет од тие лица седеле на масата во средина, а останатите пет на соседните маси. Тогаш, не се носеле маски, но сепак имало дистанца од 2 метри меѓу инфицираниот и оние кои седеле на соседните маси. Како се инфицирале тие? Откако се исклучила можноста дека користеле ист прибор, заклучокот бил дека климатизерот го разнесол вирусот над сите три маси. На останатите две маси во таа прострија од ресторанот, седеле уште 10 гости. Од нив никој не се инфицирал.

Со новите сознанија за ширење на вирусот се модифицираат и мерките. Маските очигледно беа потценети на почетокот. Состаноците треба да се на отворено или со отворени прозорци. Да траат кратко, бидејќи времето на експозиција е многу битно. Да се овозможи природно проветрување. Кога тоа не е можно, техничарите да ги прилагодат климатизерите на новонастанатата состојба. Воздухот од просторијата треба да се исфрла надвор, а не да кружи низ просторијата. Физичката дистанца треба да се почитува максимално. Контактите да бидат што пократки. На местата каде што во иднина би се организирале масовни настани, дури и кога се на отворено, треба да редуцира толпата, во превозните средства, влезовите на театри, кина, стадиони и спортски сали со цел на избегнување на подолготраен контакт.

Проф.д-р Никола Пановски

Пандемија

РАЗГОВОР: ПРОФ.Д-Р МИЛЕНА СТЕВАНОВИЌ, ДИРЕКТОР НА КЛИНИКАТА ЗА ИНФЕКТИВНИ БОЛЕСТИ И ФЕБРИЛНИ СОСТОЈБИ

Свесно влеговме во ризик по сопственото и здравјето на нашите семејства во борбата со болест за која многу малку знаете



Почитувана д-р Милена Стевановиќ, како директор на Клиниката за инфективни болести и фебрилни состојби, може ли да ни кажете дали сметате дека институцијата што ја водите и Вашиот тим успешно се носи со една ваква вонредно тешка состојба - појава на пандемија од досега непознат вирус ?

Инфектолозите, специјализантите по инфектологија, медицинските сестри како и целиот помошен персонал покажаа исклучителна професионална зрелост и активност од првиот ден на реална опасност од ковид - 19. Ние имаме искуство со заштитна опрема како и искуство со работа во повеќе различни епидемии, се разбира, ниедно искуство не е ни од далеку слично со ова на ковид - 19, но ни беше од сериозна помош во текот на работата како и за нашата лична заштита. Воопшто, не е едноставно да се соочите со болест за која многу малку знаете, мораше да се влезе свесно во ризик дури и по сопственото здравје и здравјето на нашите семејства. Сознанијата за заразените здравствени работници по светот и смртните исходи не ни олеснија, но фактот дека ние бевме

Не можам а да не истакнам дека помошта од колегите од другите клиници и нивната несебична поддршка ни беа од големо значење во соочувањето со овој здравствен проблем кој го погоди целиот свет

Досега покажавме дека можеме, кризата не е помината, болниците се сеуште полни. Заморот ги покажува првите знаци, затоа сега ни е потребна уште поголема помош од сите колеги лекари и медицински сестри, но и цел помошен персонал

тие од кои зависеше третманот на пациентите во државата беше повеќе од доволна мотивација за нашето успешно справување со ковид -19. Не можам а да не истакнам дека помошта од колегите од другите клиници и нивната несебична поддршка ни беа од големо значење во соочувањето со овој здравствен проблем кој го погоди целиот свет.

На Клиниката немаше ниту еден случај на инфекција на персоналот иако бевте клучната институција во кризата и кај Вас се хоспитализираа и најтешките случаи?

На Клиниката имаше еден наш здравствен работник инфициран новиот корона вирус кој разви ковид - 19, на наша голема среќа со поволан тек на болеста. Нашиот колега е повторно во првите борбени редови и понатаму се грижи за здравјето на пациентите. Најзначајно е да се истакне дисциплината на здравствениот персонал, познавањето на сите заштитни мерки и доследно применување на истите зависно изложеноста ,но исто така дисциплината и придржувањето на препораките за превенција и надвор од работното место. Ние, сите бевме повеќе од свесни дека сме многу малку на број и дека мора да останеме сите во функција за да би функционирал здравствениот системи во целост во услови на ковид - 19.

Во земјава се евидентирани повеќе од 200 заразени кои се вработени во здравствените установи, кој е Вашиот став – ова е висок процент на евидентирани медицински лица или очекувана појава од ново заболување?

Прво, мислам дека недоволното познавање за правилно користење, дури и не користење на заштитна опрема е при-



чина за ширење на инфекцијата помеѓу здравствените работници, а исто така и мислењето кое тогаш владееше, дека пациенти со ковид - 19 ќе има само на нашата Клиника, ги направи колегите поранливи.

Што ќе биде извлечено како позитивно искуство во однос на работата на медицинскиот персонал?

Ние имаме исклучително професионален, едуциран и посветен персонал, можеме многу повеќе отколку што некогаш и сме помислиле, но за успех секогаш е потребно исклучително голема меѓусебна поддршка и помош. Лекција, која ако сега сме ја совладале во криза ќе мора да ја применуваме и во услови кога кризата ќе помине.

Кое е Вашето мислење во врска со психофизичката издржливост на докторите и другиот медицинскиот персонал во вакви вонредни услови? Дали успевате да се носите со сите предизвици што произлегоа од пандемијата?

Досега покажавме дека можеме, кризата не е помината, болниците се сè уште полни. Заморот ги покажува првите знаци, затоа сега ни е потребна уште поголема помош од сите колеги лекари и медицински сестри, но и цел помошен персонал.

Дали имате некаква стручна сугестија која можеби досега не е потенцирана, а би ја упатиле до колегите кои работат со пациенти зафатени од корона вирусот?

Ние сме во постојан контакт со сите колеги кои лекуваат ковид -19, сите сознанија веднаш се препраќаат како и

искуства кои се споделуваат, оваа битка ја бијат многу колеги во болници и инфективни одделенија. Покрај клиничарите, не смеам а да не ги спомнам колегите епидемиолози без кои тешко дека ќе се справевме со предизвикот, мапирањето и следењето на пациентите, нивното тестирање е огромна работа која тие ја завршија и сè уште ја работат без ниту еден ден пауза. Тука се и колегите во лабораториите кои работеа без престан за да се направат сите потребни тестови. Матичните лекари кои многу успешно се вклучија во организацијата и следењето на нивните заболени пациенти.

На Клината за прв пат се примени и третман на пациенти со крвна плазма, кои се Вашите видувања за примена на ваквиот третман како едно од терапевтските решенија за ковид -19?

Колегите од Институтот за трансфузиона медицина ги ставија во функција сите нивни расположливи средства за да го изготват и спроведат протоколот за ковалентна плазма. Институтот за имунологија ги изготвува серолошки тестови, Институтот за јавно здравје контролните брисеви, инфектолозите ги спроведуваат контролните прегледи и тестирања, а матичните лекари ги следат и организираат пациентите. Една неверојатна симбиоза на различни вештини и знаења се со цел да се помогне на болен пациент. Искуствата се секако позитивни, но во бројки и статистички изразено ќе бидат презентирани во периодот што следува, кога кризата вистински ќе заврши и ќе дојде ред на презентирање на научните сознанија и клинички искуства.

Vox medici

Пандемија

ГОВ „8-МИ СЕПТЕМВРИ“: КОВИД - ЦЕНТАР

Во првите борбени линии со непознатиот непријател



Досега, направени се вкупно 330 интервенции и операции на итни случаи на суспектни и позитивни пациенти од кои, во најголем број, кардиолошки, радиолошки, абдоминални и трауматолошки интервенции. Анестезиолозите интубираа и аплицираа вкупно 203 анестезии на пациенти во операциона сала. Сите интервенции се извршени по протокол за работа со суспектни пациенти, земени им се брисеви пред и Досега, направени се вкупно 330 интервенции и операции на итни случаи на суспектни и позитивни пациенти од кои, во најголем број, кардиолошки, радиолошки, абдоминални и трауматолошки интервенции. Анестезиолозите интубираа и аплицираа вкупно 203 анестезии на пациенти во операциона сала. Сите интервенции се извршени по протокол за работа со суспектни пациенти, земени им се брисеви пред и по операцијата и е користена комплетна заштита како за пациентот, така и за целиот медицински тим: анестезиологот, операторот и останатиот медицински персонал по операцијата и е користена комплетна заштита како за пациентот, така и за целиот медицински тим: анестезиологот, операторот и останатиот медицински персонал

Да се биде во првите редови на оваа борба е вистински предизвик. Во услови на светска пандемија, нашиот живот, здравје, навики, се она што го познаваме и работиме, добива нова димензија на значење. Во ситуацијата во која треба да ги редуцираме или откажеме секојдневните активности, а со цел сочувување на личното и колективното здравје на нацијата, доаѓа до израз потребата од брз и соодветен одговор на инвазијата од непознатиот непријател кој ни го промени целосно начинот на кој реагираме и се соочуваме со секојдневните предизвици.

Нашата болница, како и Клиниката за инфективни болести е наменета и за лекување на пациенти со ковид инфекција. Примени беа сите препратени пациенти од другите болници за лекување и операции, но и пациентите кои ќе дојдоа со тегоби самостојно или со ИМП.

Пандемијата од страна на СЗО беше прогласена на 11 март, а вонредната состојба во Македонија започна една недела подоцна, од 18 март 2020 година. Тоа беа два клучни дена за донесување на значајни одлуки за функционирањето на нашата болница во услови на пандемија со корона вирус, задржувајќи ја професионалноста и стимулирајќи ја координацијата и ефикасноста. Се насочивме кон проактивното менаџирање во рамките на внатрешноста на болницата, организација на патеки за движење на персоналот и на пациентите, прераспределба на кадарот со цел, непречено функционирање, обезбедување на соодветен заштитен материјал, воведување на предложените протоколи за облекување и заштита на медицинскиот персонал, обуки за работа со ковид пациенти, организација на Оддели за прием и изолација на суспектни, Оддели за прием на позитивни со лесна клиничка слика,

Оддел за позитивни пациенти со средно тешка клиничка слика и Оддел за интензивна нега за пациенти со тешка клиничка слика каде што пациентите беа на респиратори, како и посебни оддели за негативизирани и негативни пациенти за интензивна нега.

Во однос на прегледите, од почетокот на пандемијата со ковид - 19, па се до денес, се извршени вкупно 7091 прегледи, од кои 914 се хоспитализирани. Од хоспитализираните пациенти, вкупно 510 се примени како суспектни, а докажани позитивни со потешка форма на болеста се на просечна возраст од 50 до 60 години.

Со земање на брисеви почнавме од 16 март и до сега имаме упатено 866 пациенти на тестирање за ковид инфекција.

Првиот позитивен тест на пациент го добивме на 30 март, пациент кој беше примен со клиничка слика на ковид - инфекција, нешто сосема ново за нас, тригер за предизвикувачка борба во понатамошниот период.

Досега, направени се вкупно 330 интервенции и операции на итни случаи на суспектни и позитивни пациенти, од кои во најголем број кардиолошки, радиолошки, абдоминални и трауматолошки интервенции. Анестезиолозите интубираа и аплицираа вкупно 203 анестезии на пациенти во операциона сала. Сите интервенции се извршени по протокол за работа со суспектни пациенти, земени им се брисеви пред и по операцијата и користена е комплетна заштита како за пациентот, така и за целиот медицински тим: анестезиологот, операторот и останатиот медицински персонал.

Сите прегледи, третмани и интервенции се извршени по протокол за работа со суспектни и позитивни пациенти, со комплетна заштита за медицинскиот персонал, во максимално напорни услови, со пролонгирано време на работа во однос на нормални услови.

Прегледот на пациентите се прави во тријажниот центар од каде што во зависност од клиничката слика, статусот и анамнестичките податоци добиени од пациентот се врши прием, а се згрижуваат во Оддел за изолација. Брисевите се земаат интензивно и по протокол на сите примени суспектни пациенти за ковид - 19. Врз основа на резултатот од брисевите, пациентите подоцна се прераспределуваат во одделите за позитивни пациенти.

Имаме еден изолационен Оддел за суспектни, Оддел за позитивни со полесна клиничка слика, Оддел за позитивни со средно тешка клиничка слика, Оддел за интензивно лекување каде што ги третираме најтешките пациенти на респираторна машина, но и оддели за негативни и негативизирани пациенти.

За цело време, работата беше тимска меѓу лекарите анестезиолози, инфектолози и интернисти, сестрите и останатиот медицински персонал. Сите бевме предизвикани професионално, вложени хумано со надчовечки напори. Континуирано ги применуваме принципите за сеопфатна специфична здравствена грижа, мултидисциплинарно, соочувајќи се со сите предизвици во специфичниот процес на лекување кои бараа навистина многу време и знаење, бидејќи пациентите имаа многу тешки и сериозни компликации, како резултат на корона вирусната инфекција.

Во однос на терапијата, како новитет, покрај стандардните протоколи, за првпат во болницата започнавме и со примена на озонска терапија на позитивните пациенти со ковид - 19.

Анестезиолошкиот тим работеше со полн капацитет, интензивно учествувавме во лекување на најтешките пациенти на респираторна машина, во 24 часовни смени, во скафандер и целосна заштитна облека која е тешка за носење и функционирање во неа, која ги пролонгираше сите акции,

Премногу тажни приказни поминаа низ нашите очи, но и очи полни со среќа за двајцата екстубирани пациенти после подолг период на лекување. Моментот кога пациентите беа исклучени од респиратор после поминати 11 дена на респиратор, кога го земаа првиот здив самостојно, ќе го паметиме за цел живот. Тоа е резултат на координираноста и е заслуга на сите. Голем успех и наплив на емоции. Среќа. беше желба - стана реалност



Пандемија



Во услови на ваква пандемија, круцијална улога имаат лекарите анестезиолози и сестрите на одделенијата за интензивно лекување кои интензивно ги третираа пациентите и покрај физичкиот и психолошкиот предизвик како измореност за време на интензивно повеќечасовно работење во скафандер и отежнати услови како и можноста за да се заразат и да ги заразат најблиските

интубациите беа потешки, како и водењето на анестезија за време на итните операции и реанимациите. Интернистите и инфектолозите беа максимално вложени во лекувањето и третманот. Никој од нас не можеше во ниту еден момент да дозволи да го совлада уморот, ниту пак емоциите, бидејќи знаевме дека не чека уште многу работа која бара посветеност, трпение и сила.

Во услови на ваква пандемија, круцијална улога имаат докторите и сестрите и сите други медицински работници кои секојдневно максимално се ангажираат во грижата за пациентите и покрај физичкиот и психолошкиот предизвик, како измореност за време на интензивно повеќечасовно работење во скафандер и отежнати услови како и можноста за да се заразат и да ги заразат најблиските. На едно дежурство се случуваа и по две итни операции на препратени пациенти од други болници поради суспектност, по неколку реанимации, интубации и специфичната грижата за најтешките ковид пациенти на респиратори.

Премногу тажни приказни поминаа низ нашите очи, но и очи полни со среќа за двајцата екстубирани пациенти после подолг период на лекување. Моментот кога пациентите беа исклучени од респиратор после поминати 11 дена на респиратор, кога го земаа првиот здив самостојно, ќе го паметиме за цел живот. Тоа е резултат на координираноста и е заслуга на сите. Голем успех и наплив на емоции. Среќа. беше желба - стана реалност. Гордост за целиот тим, момент за памтење за целото професионално заедништво, неизмерна радост и растреперени емоции. Овие глетки не оставија никого рамнодушен на ОАРИЛ.

Медицинскиот персонал, сите лекари и сестри, како и другите здравствени работници имаат единствена и поединечно значајна улога во третманот на пациентите и борбата за нивниот живот. Во таа борба ги соочивме личниот и професионалниот свет. Некогаш резултатот е охрабрувачки, здрав пациент, но некогаш и покрај сите вложени напори без успех.

Борбата со непознатото е најтешка за извојување. Од една страна ние лекарите, сестрите и останатиот медицински персонал, од друга страна пациентите чии животи беа во наши раце. Несебично се вложуваа и секојдневно се вложуваат сите наши потенцијали за справување со пандемијата. Максималното се трудеме во текот на изминатиот период да го зачуваме здравствениот статус на сите примени пациенти. Будното следење на ситуацијата, вметнувањето на нови протоколи и терапии, секојдневното учење, одговорноста пред самите себе и другите е реалноста на секој медицински работник отсекогаш, но во услови на одделување од најблиските, со цел нивна заштита поради нашата изложеност и непредвидливото секојдневие, сето ова станува бреме со кое нашата фела несебично, секојдневно се носи и со многу љубов и хуманост се труди да ги исполни очекувањата пред народот кој треба да верува во нас и секако, да ги почитува советите од стручните медицински лица.

**Д-р Сања Колевска,
ГОБ „8 Септември“**

ОСЛОБОДУВАЊЕ НА ТЕЛОТО, МОЌ НА УМОТ.



Лекување на големо
депресивно растројство.

Лекување на дијабетична
периферна невропатска
болка.

Лекување на генерализирано
анксиозно растројство.

DULSEVIA®

гастрорезистентни капсули
од 30 mg и 60 mg

duloxetine

Детектирајте го
дисбалансот при
депресивно растројство



www.KrkaDepLink.mk

06/2020, Македонија, 2020-36514.

НАПОМЕНА:

Збирниот извештај за особините на лекот, како и дополнителните информации во врска со употреба на лекот, се достапни на ваше барање.
Дулсевиа: 30 mg – 11-874/4 и 60 mg – 11-874/5 и двете со важност од 01.07.2016.

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



Нашата иновативност и знаење се посветени на здравјето. Оттука, нашата определба, истрајност и искуство работат заедно со единствена цел – да создадеме ефикасни и сигурни производи со највисок квалитет.

Пандемија

КОВИД-19: ПРОФЕСИОНАЛНА БОЛЕСТ ИЛИ НЕСРЕЌА НА РАБОТА?

Вовед

Од појавата на првите случаи на ковид - 19 во Кина до денес (1.06.2020), во светот се регистрирани вкупно 6.278.405 случаи на ковид - 19 и 374.157 смртни случаи. Тоа значи, дека глобално, досега, просечно се регистрирани 805 заболени лица и 48,0 смртни случаи на еден милион од светското население. Вкупниот број на активни случаи на ковид - 19 во светот изнесува 3.051.487 случаи, од кои 2% се со тешка клиничка слика или се критично загрозени. Најзагрозени земји во светот се Шпанија, Италија, САД, Чиле, Франција каде овие стапки понекогаш се десетици пати поголеми во однос на просечните податоци регистрирани на глобално ниво.

Во Република Северна Македонија се регистрирани вкупно 2.226 случаи на ковид - 19 и 133 смртни случаи, со стапка на заболени од 1068/1000000 и стапка на смртност од 64/1000000 жители. На 18.март 2020 година беше прогласена вонредна состојба, а на 22 март 2020 година беше воведен полициски час, со забрана за движење од 21 до 6 часот. Оваа забрана, во зависност од епидемиолошката состојба, се прилагодуваше кон потребата за сочувување на здравјето на граѓаните, а по 66 денови, на 27.05.2020 се укина важењето на полицискиот час.

Највисока кумулативна инциденца на 100.000 жители е регистрирана во Куманово со 318,9 заболени на 100.000 жители, Прилеп (221,4/100.000), Велес (196,2/100.000), Дебар (183,8/100.000), Штип (144,3/100.000), Скопје (136,2/100.000), Струга (123,8/100.000) и Тетово (105,1/100.000), додека инциденца со над 50 заболени на 100.000 жители е регистрирана во Кочани, Пехчево и Неготино.

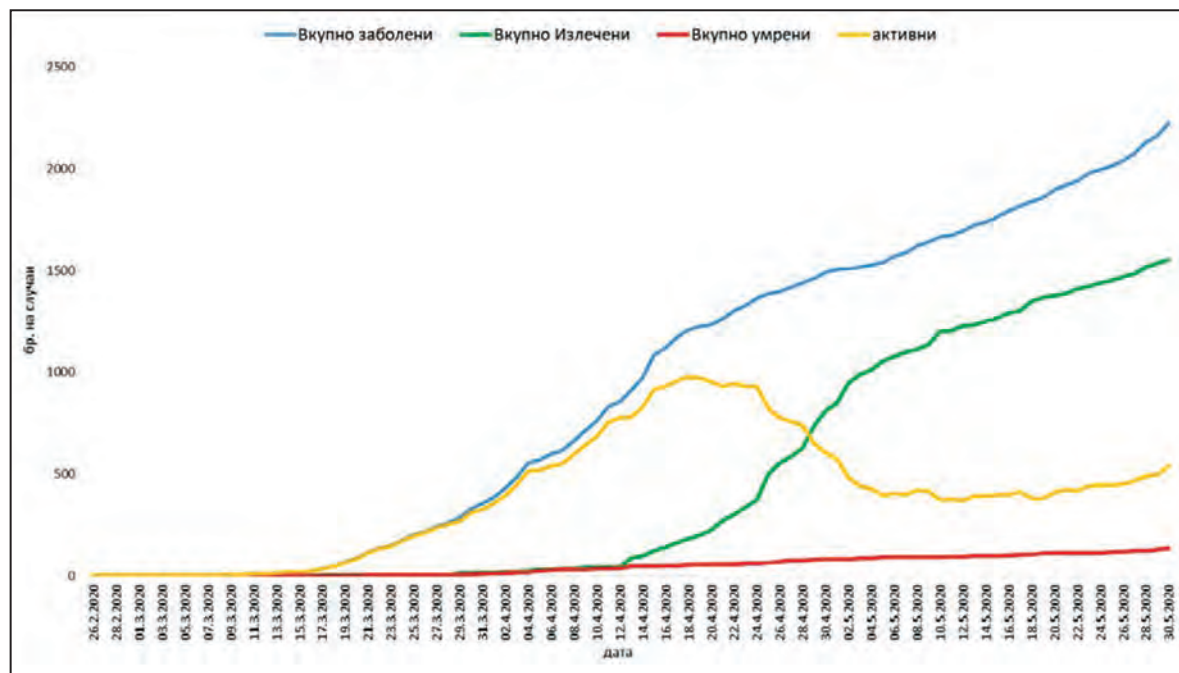
Најголем број на заболени се на возраст над 60 години – 483 (21,7%) со инциденца од 126,0/100.000, а највисока специфична инциденца од 162,6/100.000 се регистрира на возрастната група од 50-59 години (452 заболени).

Во однос на симптомите кои се пријавени кај заболените лица, најчесто се регистрирани температура (65,7%), кашлица (52,9%), малаксаност (39,8%), треска (19,2%), главоболка (15,2%), отежнато дишење (14,9%) и болка во грло (14,2%).

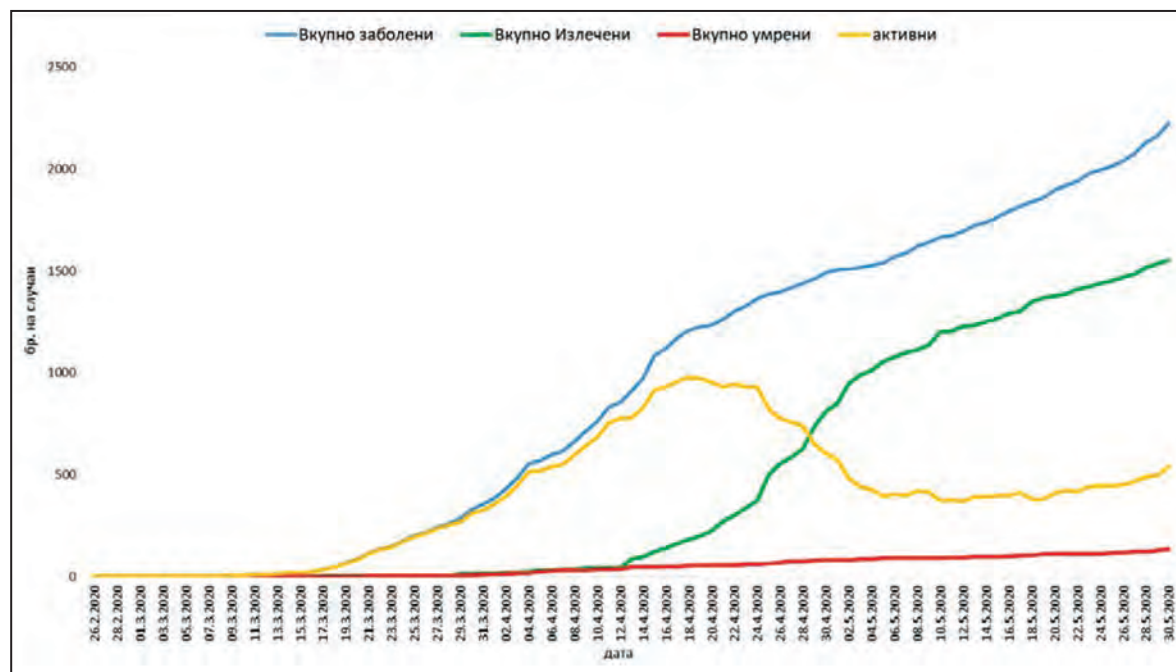
Кај 717 или 32,2% од дијагностицираните лица не се регистрирани симптоми на заболувањето (асимптоматски случаи), а 513 или 75,0% од нив имале контакт со веќе потврден случај во државата.

Дневната фреквенција на јавување на нови случаи од 26.02.-30.05.2020 е прикажана на следниот графикон.

Графикон 1.
Дистрибуција на заболени од ковид - 19 во Р.С. Македонија според исход и вкупен број (состојба 30.05.2020)



Графикон 2.
Дистрибуција на
заболени од
COVID-19 во
С. Македонија,
според ден на
лабораториска
дијагностика и
начин на
стекнување на
болеста, 2020
година
(n=2.226)



Регистрирани се 133 смртни случаи и леталитет од 6% (број на смртни случаи од вкупно заболени). Од регистрираните смртни случаи, најголем дел се на возраст над 60 години (n=85) каде е регистриран и највисок специфичен морталитет – 22,2/100.000 жители. Вкупно 100 од починатите лица (75,2%) се пациенти со коморбидитет (кардиоваскуларни болести, дијабет и белодробни болести).

Ковид - 19 кај здравствените работници

Според извештајот на Европскиот центар за контрола на заразните болести, во Кина, 3,8% од потврдените случаи (1.716/44.672) биле здравствени работници.

Објавените податоци за Италија покажуваат дека 10% од случаите со ковид - 19 се регистрирани кај здравствените работници, а најновиот преглед на состојбата во Шпанија покажува дека овој процент изнесува 20%.

Во САД, во целина, само 3% од пријавени случаи биле кај здравствените работници, иако некои од државите со целосно известување, укажуваат дека здравствените работници учествуваа со 11% во вкупниот број на пријавените случаи.

Во една холандска студија, здравствените работници биле доброволно тествани и е утврдено дека 6% од нив биле позитивни за ковид - 19.

Врз основа на податоци од 30 земји, Меѓународниот совет на сестри проценува дека има над 90.000 заразени здравствени работници, но ако се појде со претпоставка дека 6% од сите случаи на ковид - 19 се регистрирани кај здравствените работници, тогаш бројките би можеле да бидат многу поголеми.

Во нашата земја (според податоците од 30.05.2020) се регистрирани 266 случаи на заболување меѓу здравствени работници, што претставува 11,9% од сите случаи на ковид - 19 во земјата. Најголем број од нив веќе се вратени на своите работни места. Тоа овозможува повеќе институции, во кои работата беше забавена, компромитирана или не беше ком-

плетно во функција, целосно да профункционираат, како што се одделенијата на детската Клиника, Институтот за рехабилитација и болницата во Куманово. Најмногу заболени здравствени работници има во кумановската болница каде кај 70 вработени е дијагностициран корона вирус SARS-CoV-2, а 50 се веќе повторно на своите работни места. Но, според податоците на Министерството за здравство и Институтот за јавно здравје, не сите здравствени работници се заболени како последица на професионална експозиција на нивните работни места.

Не постојат официјални податоци за ковид - 19 кај останатите групи на работници кои според природата на својата работа се упатени да доаѓаат во контакт со потенцијално заразени/заболени граѓани или пак се појавиле кластери на болеста во одредени компании, како резултат на ширење на болеста во заедницата и/или во семејството.

Оттука, за професионалците од областа на безбедност и здравје на работа, останува отворено прашањето: дали ковид - 19 кај здравствените работници во Република Северна Македонија треба и може да се прогласи за професионално заболување и под кои услови?

Уставни, законски и стручни основи за признавање на ковид - 19 за професионална болест

Правото на заштита при работа е уставно гарантирано право за секој граѓанин (чл. 32 од Уставот на РСМ). Ова право се остварува преку низа на законски и подзаконски акти од различна област, со единствена цел – да се овозможи највисок можен степен на безбедност на работното место, да се елиминира и/или да се минимизира специфичниот професионален ризик и да се овозможи унапредување на здравјето на професионално експонираните работници и превенција на професионалните болести и повреди на работа.

Водечки законски акт со кој се остварува ова право на вработените лица е Закон за безбедност и здравје при работа

Пандемија

(Сл. Весник на РМ бр. 92/07 и неговите измени и дополнувања), според кој работодавачот има обврска да презема соодветни мерки за безбедност и здравје при работа, вклучувајќи заштита од професионални ризици, обезбедување информации, обука и соодветна организација на работата. Истовремено, работодавецот мора да го прилагоди работниот процес кон способностите на вработените, а работната средина и средствата за работа мора да бидат безбедни и безопасни по здравјето.

Но, доколку поради која било причина не се обезбеди гарантираното право на безбедна и безопасна работа, се создаваат услови за директно, непосредно негативно влијание на условите за работа врз здравјето и работната способност на вработените, а тоа како последица може да доведе до појава на професионална болест, болест во врска со работата и/или повреда на работа.

Оттука, се отвораат два значајни, а сепак различни аспекти поврзани со професионалните болести:

- дали работодавецот ги презел сите законски мерки и стручни препораки за да го заштити здравјето и работната способност на своите вработени и
- дали се исполнети сите критериуми поврзани со самата болест и нејзиното влијание врз здравјето и работната способност на работникот, за да може болеста да биде признаена како професионална

Анализа на применливоста на постоечките законски и подзаконски акти во процесот на утврдување на условите за признавање на болеста за професионална

Анализата на применливоста на законските и подзаконски акти во процесот на признавање на ковид - 19 како професионална болест е сложен и комплексен процес кој бара познавање на регулативата од повеќе области, но и тимски и мултидисциплинаран пристап на експерти не само од областа на безбедност и здравје на работа, туку и од економската сфера, трудовото право, етичките аспекти и сл.

1. Што е професионална болест?

Според чл. 40 од Законот за пензиско и инвалидско осигурување професионални болести се „определени болести причинети со подолго непосредно влијание на процесот и условите на трудот врз работната способност на осигуреникот“ кои треба да бидат внесени во „Правилникот за листата на професионалните болести“ што ја донесува министерот за труд и социјална политика“.

Според овој Закон, како услов за признавање на професионална болест е обврската да се утврди подолго непосредно влијание (секако негативно) на процесот и условите за работа и да се утврди промена во работната способност на осигуреникот. Под работна способност се подразбира измена, намалување и/или целосен губиток на работната способност согласно Законот за пензиско и инвалидско осигурување.

Во тој смисол, вреди да се истакне дека боледувањето е само привремена спреченост за работа и не се однесува на погоре споменатата категорија на промена во работната способност.

Што е Правилник за листа на професионални болести?

Правилник за листата на професионални болести е подзаконски акт со кој се утврдува бројот на професионалните болести и условите и критериумите што треба да бидат исполнети за тие болести да бидат признаени за професионални.

На 7 мај 2020 година е објавен новиот Правилник за листата на професионалните болести (Сл. Весник на РСМ бр. 118/20), во кој е внесена нова точка 408. Под точка 408 од споменатата Листа стои дека како професионална болест може да бидат признаени: Инфективни заболувања предизвикани од корона вирус COVID-19 при превенција, здравствена заштита, домашна посета и други слични активности за кои е докажан ризикот од инфекцијата.

Со ова се дава можност ковид - 19 да биде признаена како професионална болест и тоа кај „лекарите и другиот медицински персонал, ветеринарскиот персонал и другиот помошен персонал вработен во болници, лекувалишта, амбуланти и други здравствени организации во врска со негата на луѓето или во врска со работа на секцирање на трупови или со заразни материјали, работи што ги врши персоналот на научно-медицински лаборатории при работа со заразни материјали и персоналот при работа за сузбивање и научно-истражување на заразни болести“, кои работодавачите на работни места каде е можен контакт и изложеност со причинителот на болеста.

Во точката 408 стои дека станува збор за инфективно заболување предизвикано од корона вирус (веројатно треба да стои SARS-CoV-2), но она што заслужува особено внимание е дека ТРЕБА да биде докажан ризикот за инфекција.

2. Како се докажува професионалниот ризик?

Начинот и постапката за докажување на ризикот се утврдени со Законот за безбедност и здравје на работа (Сл. Весник на РМ бр. 92/07). Според овој Закон, обврската на работодавецот е тој да спроведе постапка за утврдување на професионалниот ризик на секое работно место и тоа за секоја професионална штетност одделно. Во конкретниот случај, актуелна е проценката на ризик за професионална изложеност на работниците на новиот корона вирус SARS-CoV-2 и појава на болеста ковид - 19.

Според овој Закон, обврската на работодавецот е тој да спроведе постапка за утврдување на професионалниот ризик на секое работно место. За таа цел се објавени два подзаконски акти и тоа:

- Правилникот за начинот на изготвување на изјава за безбедност, нејзината содржина како и податоците врз основа на кои треба да се заснова проценката на ризик (Сл. Весник на РМ бр. 2/09)
- Правилник за минимални барања за безбедност и здравје на работа на вработени од ризици поврзани со изложеност на биолошки агенси (Сл. Весник на РМ бр. 170/10).

Со овие два документи се дефинираат сите аспекти за проценка на ризикот на секое работно место. Проценката на ризик, во законски утврдена постапка, ја прават овластени правни субјекти за безбедност на работа, во заедничка тимска работа со доктор специјалист по медицина на труд од

овластена установа за медицина и стручно лица за безбедност на работа од установата каде се врши проценката на ризик. Составен дел на процесот за проценка на ризикот на работното место е утврдувањето на превентивните и корективни инженерски и организациони мерки, како и препораката (доколку постои потреба) за носење на лична заштитна опрема (ЛЗО).

Во хиерархијата на превентивни мерки, ова се клучните алатки за минимизирање/елиминирање на ризикот на работното место. Доколку и по преземањето на сите тие превентивни и корективни мерки и правилна употреба на стандардизирана ЛЗО се утврди дека на работното место постои зголемен ризик поради можност за инфекција со САРС-КоВ-2, тогаш може да се пристапи кон проверка на исполнувањето на останатите услови за признавање на болеста за професионално. Во спротивно, доколку нема зголемен професионален ризик на работното место, тогаш не постојат стручни основи за барање на какви било последици од работата на такво работно место врз здравјето и работната способност на професионално експонираните работници.

Ковид - 19 е нова болест, која според брзината на ширење и сериозната на последиците, не остави временски простор за (пре)оценка на ризикот на работните места во здравствените установи во различни нивоа на обезбедување на здравствена заштита на населението. Соодветно на тоа, во ниту една здравствена установа не е спроведена постапка за идентификација на степенот на ризик за инфекција со САРС-КоВ-2 вирусот, ниту пак е утврден зголемен професионален ризик, во постапка утврдена со закон.

За надминување на оваа состојба, можно е да се прифати Упатство за хиерархија на ризик, како што имаат направено повеќе земји во светот, со општи принципи и дефиниции, наместо поединечна (пре)оценка на професионалниот ризик. За жал, тоа до сега не е направено кај нас и таков документ со кој би се заменила обврската за проценка на ризик на секое работно место не е донесен.

Треба да се истакне дека во рамките на постапката за проценка на ризик се утврдуваат и обврските на работодавецот (да обезбеди соодветни и сертифицирани линии заштитни средства, да обезбеди информации за ризикот, да спроведе тренинг и обука, да примени организациони, административни и инженерски мерки за превенција и контрола на ширење на инфекцијата). Овие прашања се многу битни во проценката на тоа дали се преземени СИТЕ можни мерки за превенција, како основ за сочувување на здравјето и работната способност на професионално експонираните работници, како наша примарна и единствена цел, затоа што во спротивно признавањето на ковид - 19 како професионална болест, претставува само евидентирање на последиците од непреземање на превентивни/корективни мерки.

3. Дополнителни ограничувања кои ја отежнуваат и/или оневозможуваат постапката за признавање на ковид -19 како професионална болест кај здравствените работници.

Во Листата на професионални болести, под категоријата „Услови“ стои дека „Работникот (лекарите и другиот медицински персонал, ветеринарскиот персонал и другиот помошен персонал вработен во болници, лекувалишта, амбуланти и други здравствени организации во врска со негата

на луѓето или во врска со работа на секцирање на трупови или со заразни материјали, работи што ги врши персоналот на научно-медицински лаборатории при работа со заразни материјали и персоналот при работа за сузбивање и научно-истражување на заразни болести да работел на работи и работни места каде е возможен контакт и изложеност со причинителот на болеста – позитивна работна анамнеза.“

Во категоријата „Критериуми“, пак, стои дека: „Со или без клиничка слика на инфективното заболување (акутен, субакутен или хроничен стадиум), или состојба после прележана болест, дијагноза потврдена од од специјалист за инфективни болести, дополнително потврдена со позитивен микробиолошки ПЦР тест за детекција на корона вирусот COVID-19 од лабораторија која има дозвола од соодветен надлежен орган за изведување на тестирање.“

Условите и критериумите за признавање на ковид – 19, како професионална болест, отвораат неколку сериозни етички и законски прашања.

1. Првото од нив е дали ковид - 19 треба да биде разгледувано како професионална болест само за здравствените работници (докторите и медицинскиот персонал – што и да се подразбира под терминот „медицински“ персонал). Затоа што тоа право би им било одземено на другите работници, особено оние кои во актуелната номенклатура којашто се користи во другите земји се нарекуваат есенцијални работници и од кои зависи функционирањето на заедницата, а според природата, видот и обемот на својата работа се упатени на контакти со потенцијално заразени граѓани.

Впрочем, сведоци сме на поголем број на заразени полицијци кои веројатно (нема официјални податоци) се заразиле во текот на вршењето на својата работа или, пак, на појава на кластери на заболување во одреден фабрики каде болеста е внесена од надвор, но се шири меѓу работниците, на нивните работни места.

2. Зошто е отфрлена потребата за соодветна епидемиолошка анкета со која се потврдува дека изворот на заразување не е како последица на пренос во фамилијата и/или во заедницата, туку истата се заменува со поимот работна анамнеза, наспроти вообичаената постапка за утврдување на „причинско-последичната“ поврзаност на изложеноста и болеста?

3. Зошто асимптоматската форма и дополнително зошто акутната и субакутната форма на болеста би била причина за признавање на болеста за професионална, кога сè уште нема знаци дека тие и такви состојби ќе оставаат трага врз здравствената состојба и уште повеќе, на работната способност на професионално експонираните работници?

Одговорот на овие прашања, веројатно се наоѓа во соопштението што на 13 мај го објави Фондот за здравствено осигурување. Имено, во соопштението на ФЗОМ се утврдува правото за исплата на надоместок на плата по основ на професионално заболување за вработените во здравствените установи заболени од ковид - 19. Во тоа соопштение е објаснета патеката/алгоритмот според кој треба да се движат матичните доктори и работодавачите за да може да се оствари правото на надоместок на плата по основ на привремена

Пандемија

спреченост за работа (боловање) во износ од 100% за заболелите здравствени работници.

Според оваа патека, матичните доктори ја доставуваат бараната медицинска документација до соодветната подрачна служба на ФЗОМ, нотоа што е исклучително значајно е дека РАБОТОДАВЕЦОТ треба да достави ПРИЈАВА ЗА НЕСРЕЌА НА РАБОТА до истата таа подрачна служба на ФЗОМ. Оттаму, така комплетираната документација се препраќа до Институтот по медицина на труд, каде се пристапува кон признавање на ковид - 19 како професионална болест.

Веројатно дека на секој работодавец, но и на секој експерт по медицина на труд би му било исклучително тешко во вакви услови да ја следи проширената постапка и да отпочне т.е. да заврши постапка за признавање на ковид - 19 како професионална болест.

Обврската на работодавачот да потпише Пријава за несреќа на работа (која патем треба да биде потврдена од сведок) со која потврдува дека се случил ненадеен, неочекуван и непланиран настан (дефиниција за несреќа на работа з.а.) кој предизвикал можност за инфекција, која по периодот на инкубација завршила со појава на болест не е нималку едноставна работа, ако доследно се следи словото на законот и објективноста на следење на настанот.

Истовремено, не помалку сложена е и позицијата на докторите по медицина на труд кои треба, со својот потпис, да потврдат дека станува збор за болест која како последица на подолготрајно дејство на штетноста, довела до негативно влијание врз работната способност на работникот (дефиниција на професионална болест з.а.), дека на работното место се преземени сите корективни и превентивни мерки, но и покрај тоа работното место, со изјава за безбедност на работа, е потврдено како работно место со зголемен ризик. И на сè згора, тоа да го направи без епидемиолошка анкета, без доказ за причинско-последична поврзаност и сè тоа да го замени со позитивен ПЦР тест и извештај од специјалист-инфектолог.

Веројатно, ќе беше многу поедноставно да се донесеше каков било друг акт со кој на сите здравствени работници, но и за другите работници кои за време на вонредната ситуација беа на своите работни места и обавуваа есенцијални работни задачи неопходни за нормално функционирање на заедницата, а за кои немаше да биде докажан поинаков начин на заразување (во семејството и/или во заедницата) да им беше одобрено користење на надоместок на плата за време на привремената спреченост за работа во износ од 100% , наместо да се донесуваат нови и да се компромитираат многу други постоечки законски и подзаконски решенија.

Остварување на повластувања (бенефиции) поради професионална болест

Остварувањето на правата по основ на професионална болест се регулираат или со национално законодавство или со конвенциите на Меѓународната организација на трудот.

Во нашата земја, според актуелните законски акти, пакетот на бенефиции се сведува на користење на правата што ги користат и останатите осигуреници, но со поинакви основици/стапки. Тоа се однесува на правото на здравствената заштита, правото на инвалидитет независно од стажот на осигу-

рување, и паричен надоместок за привремена спреченост на работа.

Меѓутоа, нашата земја ја има ратификувано Конвенција за бенефиции поради повреда при работа, 1964, (бр.121). Тоа значи дека таа е применлива и може да се применува во целиот нејзин обем. Според оваа Конвенција се утврдува значително поголем обем на бенефиции и тоа кеш исплата, бенефициите за комплетна медицинска нега и за рехабилитација. Треба да се има предвид дека доследната примена на оваа Конвенција може да ги зголеми правата на работниците за одредени обештетувања, што директно претставува зголемен обем на барања/оптеретувања на работодавачите, Фондот за здравствено и Фондот за пензиско и инвалидско осигурување.

Заклучок:

Ова искуство веројатно ќе не натера во периодот што следи да поставиме многу други системски решенија со можност за нивна примена во вонредни состојби и, конечно, да пристапиме кон изработка на специфични планови за подготвеност за одговор во секоја компанија во случај на закани од природни катастрофи или катастрофи што се последица на човековата активност (хемиски, биолошки и радиолошки штетности).

Проф. д-р Елисавета Стикова

- УКИМ - Медицински факултет, ЈЗУ Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија - Одделение за медицина на труд и проценка на здравствени ризици

Милан Петковски, Мр.сци

Македонско здружение за заштита при работа

Проф. д-р Лазар Јовевски

УКИМ - Правен Факултет „Јустинијан Први“

Извор на користени податоци:

- 1 Worldometer. Covid-19 coronavirus pandemic. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- 2 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid Risk Assessment: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the EU/EEA and the UK– ninth update. Stockholm: ECDC; 2020 [23 April, 2020]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-ninth-update-23-april-2020.pdf>
- 3 Институт за јавно здравје на Република Северна Македонија. Состојба со COVID-19 во Република Северна Македонија – 30.05.2020. Скопје: ИЈЗ на РСМ; 2020 (20.04.2020). Достапно на: <http://www.iph.mk/sostojba-socovid19-3052020/>
- 4 Occupational Safety and Health Administration. Worker Exposure Risk to COVID-19. Available from: <https://www.osha.gov/Publications/OSHA3993.pdf>
- 5 ILO. C121 - Employment Injury Benefits Convention, 1964 [Schedule I amended in 1980] (No. 121). Available from: http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEX-PUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C121
- 6 Stikova E. Disaster Preparedness. In: Laaser, U. and Beluli, F. (2016) “Special Volume 2016, A Global Public Health Curriculum (2nd Edition)”, South Eastern European Journal of Public Health (SEEJPH). doi: 10.4119/seejph-1828, p.121. Available from: <https://www.seejph.com/index.php/seejph/issue/view/178>

Пациенти со дијабетес тип 2 треба да очекуваат повеќе по терапијата со метформин

РЕАЛИЗИРАЈТЕ ГО ПОТЕНЦИЈАЛОТ

НОВО Ozempic®

Единствената терапија за еднаш неделно дозирање која вклучува и супериорна ефикасност и КВ придобивки¹⁻⁵



СУПЕРИОРНА ГЛИКЕМИСКА КОНТРОЛА^{1,2*}

Намалување на HbA_{1c} од -1,8% со Ozempic® 1 mg наспроти -1,4 со Trulicity® 1,5 mg



СУПЕРИОРНО И ОДРЖЛИВО НАМАЛУВАЊЕ НА ТЕЛЕСНАТА ТЕЖИНА^{1,3*}

Повеќе од двојно намалување на телесната тежина наспроти Trulicity® (-6,5 kg со Ozempic® 1 mg наспроти -3,0 kg со Trulicity® 1,5 mg)



ДОКАЖАНИ КВ ПРИДОБИВКИ^{1,3†}

26% намалување на КВ ризик^{1,3†} (Примарен композитен исход од КВ смрт, нефатален МИ или нефатален мозочен удар)



За возрасни со дијабетес тип 2 и утврдена КВБ. Извештај од консензусот на ADA/EASD од 2018 препорачува терапија со GLP-1 рецептор агонист со докажани КВ придобивки⁶

КВ=кардиоваскуларен/на; МИ=миокарден инфаркт; КВБ=кардиоваскуларна болест; ADA=Американска Асоцијација за Дијабетес; EASD=Европска асоцијација за проучување на дијабетесот; GLP-1 рецептор агонист=глукагон сличен пептид-1 рецептор агонист. *Резултатите се однесуваат на Ozempic® во текот на SUSTAIN клиничките студии, кои вклучуваат плацебо, Januvia®, Trulicity®, Bydureon® и Lantus®.^{1,2} †Во SUSTAIN 6, Ozempic® го намалил КВ ризик (КВ смрт, нефатален МИ или нефатален мозочен удар) наспроти плацебо кај пациенти со дијабетес тип 2 со висок КВ ризик третиран со стандардна заштита.¹ ‡Кога се додава на стандардна заштита, која вклучува орална антидијабетична терапија, инсулин, антихипертензивни, диуретици и антихиперлипидемична терапија.⁷

Пред да го пропишете лекот, ве молиме прочитајте го Збирниот извештај со особените на лекот.

Фармацевтска форма: Ozempic® 0,25 mg и Ozempic® 0,5 mg раствор за инјектирање - едно претходно наполнето пенкало за еднаквотна употреба содржи 2 mg semaglutide во 1,5 ml раствор и Ozempic® 1 mg раствор за инјектирање - едно претходно наполнето пенкало содржи 4 mg semaglutide во 3 ml раствор. **Индикации:** Ozempic® е индициран за третман на возрасни со недоволно контролиран дијабетес мелитус тип 2 како дополнително на исхраната и вежбањето како монотерапија кога метформинот се смета за несоодветен поради интолеранција или контраиндикации или како дополнително на други медицински производи за третман на дијабетес. **Дозирање и начин на употреба:** Почетната доза е 0,25 mg semaglutide еднаш неделно. По 4 недели дозата треба да се зголеми на 0,5 mg еднаш неделно. По најмалку 4 недели со доза од 0,5 mg еднаш неделно, дозата може да се зголеми до 1 mg еднаш неделно за понатамошно подобрување на гликемиската контрола. 0,25 mg semaglutide не е доза за одржување. Не се препорачуваат неделни дози поголеми од 1 mg. Ozempic® се употребува еднаш неделно, независно од оброк, се аплицира супкутанно и не смее да се дава интравенски или интрамускулно. Кога Ozempic® се додава на веќе постоечка терапија со метформин и/или тиазолидиндион, тековната доза на метформинот и/или тиазолидиндионот може да остане непроменета. Кога Ozempic® се додава на веќе постоечка терапија со сулфонилуреа или инсулин, треба да се земе предвид намалувањето на дозата на сулфонилуреа или инсулинот со цел да се намали ризикот од појава на хипогликемија. **Посебна група на пациенти:** Не е потребно прилагодување на дозата согласно годините. Терапевтското искуство кај пациенти кои имаат ≥75 години е ограничено. Не е потребно прилагодување на дозата кај пациенти со лесно, умерено или тешко ренално нарушување. Искуството од употребата на semaglutide кај пациенти со тешко ренално нарушување е ограничено. Semaglutide не се препорачува да се употребува кај пациенти со ренални заболувања во краен стадиум. Не е потребно прилагодување на дозата кај пациенти со хепатално нарушување. Искуството од употребата на semaglutide кај пациенти со тешко хепатално нарушување е ограничено. Треба да се внимава кога овие пациенти се третират со semaglutide. Безбедноста и ефикасноста на semaglutide кај деца и адолесценти под 18 годишна возраст сè уште не е утврдена. Не се достапни податоци. **Контраиндикации:** Хиперсензитивност на активната супстанција или на која било состојка. **Предупредувања и претпазливост при употреба:** Semaglutide не треба да се употребува кај пациенти со дијабетес мелитус тип 1 или за третман на кетоацидоза. Semaglutide не е замена за инсулин. Не постои искуство кај пациенти со конгестивна срцева слабост класа IV според Њујоркското здружение за срце - New York Heart Association (NYHA) и од таа причина semaglutide не се препорачува да се употребува кај овие пациенти. Употребата на GLP-1 рецептор агонисти може да биде поврзана со гастроинтестинални несакани реакции. Ова треба да се земе предвид при третирање на пациенти со нарушена бубрежна функција, бидејќи гадењето, повраќањето и дијарејата може да доведат до дехидратација што може да предизвика влошување на бубрежната функција. 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 semaglutide; доколку се потврди акутен панкреатитис, не треба да се почнува повторно со semaglutide. Треба да се внимава кај пациенти со историја на панкреатитис. Пациентите кои земаат semaglutide во комбинација со сулфонилуреа или инсулин може да имаат зголемен ризик од хипогликемија. Ризикот од хипогликемија може да се намали со намалување на дозата на сулфонилуреа или инсулинот кога се почнува со третман со semaglutide. Кај пациенти со дијабетична ретинопатија кои земале инсулин и semaglutide, бил забележан зголемен ризик од развој на компликација - дијабетична ретинопатија. Треба да се внимава кога се употребува semaglutide кај пациенти со дијабетична ретинопатија кои земаат инсулин. Овие пациенти треба внимателно да се следат и да се третираат според клиничките упатства. Брзо подобрување на гликемиската контрола било поврзано со привремено влошување на дијабетичната ретинопатија, но други механизми не може да бидат исклучени. Интеракции: Semaglutide го одложува желудочното празнење и има потенцијал да влијае врз апсорпцијата на оралните медицински производи кои истовремено се администрираат. Semaglutide треба да се употребува внимателно кај пациенти кои земаат орални медицински производи за кои е потребна брза гастроинтестинална апсорпција. Не е потребно прилагодување на дозата на парацетамол, орални контрацептиви (етинилестрадиол и левоноргестрел), аторвастатин, варфарин, дигоксин или метформин кога се администрира со semaglutide. Меглитол, при започнување на третман со semaglutide кај пациенти кои земаат варфарин или други кумарински деривати, се препорачува често следење на INR. **Бременост и лактација:** Ozempic® не треба да се употребува за време на бременост, кај пациентки кои планираат да забременат или кои дојат. Земањето на semaglutide треба да се прекине најмалку 2 месеци пред планирана бременост поради долголет полуживот. **Влијание врз способноста за возење и употреба на машини:** Semaglutide не влијае или незначително влијае врз способноста за возење и употреба на машини. Кога се користи во комбинација со сулфонилуреа или инсулин, треба да се советуваат пациентите да преземат мерки за да избегнат појава на хипогликемија додека возат или употребуваат машини. **Несакани дејства:** Најчесто пријавувани несакани реакции за време на клиничките испитувања биле гастроинтестинални нарушувања, вклучително гадење (многу често), дијареа (многу често) и повраќање (често). Генерално, овие реакции биле лесни или умерени по сериозност и со кратко траење. Несаканите ефекти најчесто биле пријавувани за време на првите месеци од третманот. Не биле забележани епизоди на тешка хипогликемија кога semaglutide бил употребен како монотерапија. Тешка хипогликемија првенствено е забележана кога semaglutide бил употребен со сулфонилуреа или инсулин. **Лекот може да се издава само со лекарски рецепт. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет:** 11-8011/2; 11-8012/2; 11-8013/2 од 21.11.2019. Ozempic® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска. Последната одобрена верзија на Збирниот извештај за особените на лекот е достапна на линкот: <https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/overview> Производител: Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark. Носител на одобрение: Ново Нордиск Фарма дооел, ул.Никола Кљусев 11, Скопје.

Ако приметите било какви несакани дејства, ве молиме да го информирате вашиот лекар, фармацевт или медицинска сестра. Со пријавување на несаканите дејства се обезбедува континуирано следење на односот корист/ризик и се обезбедуваат информации за безбедноста на лекот.

References: 1. Ozempic® [Збирен извештај со особените на лекот]. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-8011/2, 11-8012/2 и 11-8013/2 од 21.11.2019. 2. Pratley RE, Arora VR, Lingvar I, et al. Semaglutide versus dulaglutide once weekly in patients with type 2 diabetes (SUSTAIN 7): a randomised, open-label, phase 3b trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2018;6(4):275-286. 3. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375:1834-1844. 4. Bydureon® [summary of product characteristics]. Södertälje Sweden: AstraZeneca AB. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_information/human/002020/WC500108241.pdf. Accessed October 10, 2017. 5. Trulicity® [summary of product characteristics]. Utrecht, The Netherlands: Eli Lilly Nederland B.V. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Product_information/human/002825/WC500179470.pdf. Accessed October 10, 2017. 6. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes. 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care.* 2018. doi:10.2337/dci18-0033. 7. Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al. Semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2016;375(suppl 1):S1-S108.



Ozempic® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска.
Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
ул. Никола Кљусев бр. 11, Скопје, Р. С. Македонија
тел: +389 2 2400 202; www.novonordisk.com
D-14/01-02/2020; Датум на одобрување: Февруари 2020
Овој материјал е наменет само за здравствени работници

ONCE-WEEKLY
OZEMPIC®
semaglutide injection

Пандемија

Половината од инфицирани беа третирани и контролирани дома од матичните лекари



Актуелната пандемијата со ковид – 19 силно ја засегна примарната здравствена заштита, како и севкупниот здравствен систем на Република Северна Македонија. Во изминативе три месеци сите заедно како доктори, но и севкупниот здравствен систем, се соочуваме со нов предизвик, не само за нас туку и за целото човештво.

Според официјалните податоци од Министерството за здравство на Република Северна Македонија, заклучно со 12.6.2020 година има вкупно 3.701 заболени, 1.694 излекувани и 171 смртни случаи. Од вкупниот број на заболени, до сега, 1.836 се излекувани пациенти.

Во моделот преку кој се справуваме, со овој за нас целосно нов предизвик, во голема мерка се влучени и матичните лекари. Поради заштита од непот-

ребна експозиција на вирусот, пациентите со симптоми на ковид – 19 се јавуваат на телефон кај својот матичен лекар кој во зависност од клиничката слика, епидемиолошката анкета, а со претходно подготвен алгоритам, утврдува кој од нив ќе се тестира дали е позитивен на ковид – 19. Овој модел на справување со епидемијата, особено во првите неколку недели кога капацитетите за тестирање беа поскупи, беше од особено значење за да може да се тестираат токму оние пациенти кај кои симптомите или епидемиолошката анкета го налагаа тоа. Со текот на времето, алгоритамот се менуваше во зависност од потребите на актуелната ситуација, за во последните недели бројот на тестирани пациенти за 24 часа да се зголеми за два до три пати.

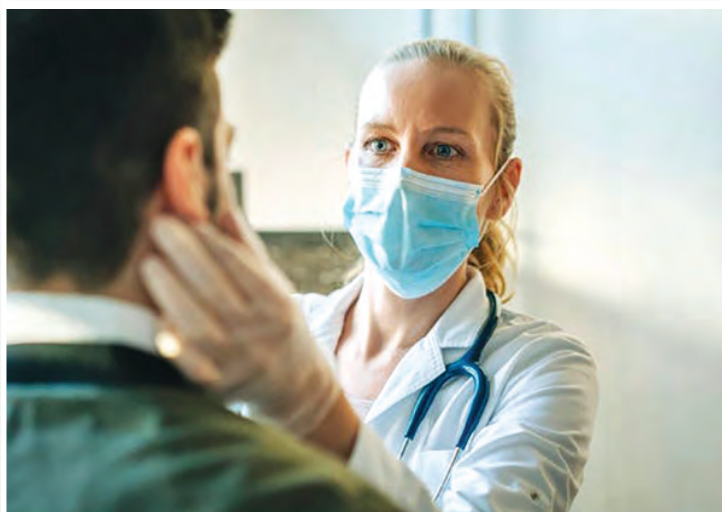
За целото ова време, матичните лека-

ри, останаа главните “тријажери” на пациенти заболени или со симптоми на ковид – 19. Користејќи го алгоритамот тие ги селектираа пациентите кој од нив може да остане и да се лекува дома, а кој има потреба од болнички третман. Според протоколите и препораките, сите позитивни пациенти кои се без симптоми или се со лесна клиничка слика, останаа во домашни услови, третирали соодветно од своите матични лекари, кои секојдневно телефонски ја следеа состојбата на секој од нив поединечно и сите евентуални промени во здравствената состојба ги внесуваа преку системот “Мој термин”. За пациентите кај кои состојбата се влошуваше беше консултиран инфектолог, а оние со тешка клиничка слика беа упатувани во назначените “ковид центри” низ државата. Ова овозможи рационално користење на болничките капацитети за пациенти на кои таквиот третман им беше најнеопходен.

Според официјалните податоци од “Мој термин”, на тестирање преку центрите за Јавно здравје на пунктовите низ Македонија упатени се 6.903 пациенти. Притоа, од вкупниот број на заболени во овој период, на домашно лекување под контрола на матичните лекари останале 1.705 пациенти, од кои се уште активни се 896, излекувани се 744, починати двајца пациенти, а хоспитализирани 63 пациенти. Ова несомнено покажува дека безмалку половината од вкупниот број на заболени пациенти или 46 %, биле третирали и контролирани од матичните лекари, а со тоа болничките капацитети во ниеден момент не беа преоптоварени, што секако уште еднаш го потврдува и оправдува моделот за кој се определија здравствените власти во справувањето со пандемијата со ковид – 19, но истовремено ја покажува и посветеноста на матичните лекари и, секако, нивната важност и улога во здравствениот сис-

тем на Република Северна Македонија.

Во овој период, поточно од 01.5.2020 година, се вовеле електронскиот хроничен рецепт, кој веќе подолго време беше подготвуван од здравствените власти. Оваа “надградба” во системот за електронско здравство, особено поради актуелната епидемија со ковид – 19, е од огромно значење, како за матичните лекари така и за пациентите. Со ова значително се намалија гужвите во ординациите на примарно ниво, а со тоа секако значително се намали и ширењето на вирусот особено кај најзаsegnатите пациенти со хронични заболувања. Секако, не помалку важно е и заштедата на ресурси, како материјал-



ни, така и на кадарот, што индиректно ја намали и веројатноста за заболување со ковид – 19 кај здравствените работници на примарно ниво. Само во периодот од 01.05.2020 година досега, од страна на матичните лекари се изда-

дени 2.787.013 хронични рецепти, 177.829 акутни рецепти и 6.099 рецепти за наркотични лекови, или вкупно 2.970.941 рецепт.

Останува, во иднина, да продолжиме со нашата посветеност да се избориме со заедничкиот непријател, како луѓе, но пред се како доктори. И во овие тешки моменти за сите нас, кога многу од нас беа и доктори и пациенти во исто време, со сите сили и заеднички да се потрудиме да го победиме тој заеднички непријател при што истовремено ќе го подобриме нашиот здравствен систем и кадровски и технички и организационо и секако од ова да излеземе и помудри и подобри и појаки.

д-р Игор Дабеvски

Диаверум - глобален водечки провајдер за бубрежна грижа. Повеќе од 25 години искуство во грижа за бубрежни болни. Над 35.000 пациенти во над 22 земји на 3 континенти во светот.

Секој заслужува исполнет живот.

Поради тоа сме посветени на подобрување на животот на бубрежните пациенти.

Нашите стандарди за грижа обезбедуваат извонредност за секој наш пациент во секоја од нашите клиници широм светот.

Нашот систем за здравствена заштита овозможува универзален пристап до бубрежна нега од светска класа.

Систем кој постојано се подобрува преку едукација и научно истражување.

Ние постојано инвестираме во нови дигитални технологии за да ги подобриме медицинските исходи, ефективоста и ефикасноста.

Да им дадеме на нашите луѓе повеќе време.

Време да дадат она што само луѓето можат да го дадат...

Нега, вистинска нега.



Диаверум започнува со пружање на амбулантски услуги на надворешни болни – дијагностика, превенција, третман и следење на бубрежни болни и пациенти со ризици за развој на бубрежно заболување, со едукација за бубрежни болести, упатување и соработка со други специјализирани установи

Дијагностички услуги: преглед, лабораториски панел за дијагностика на бубрежно заболување, електрокардиографија, ехоренографија од страна на нефролози и интернисти

Диаверум амбуланта започнува во Диаверум Визбегово ул.Јадранска магистра бр.100 Скопје

Закажете го Вашиот преглед на:
02/260 22 22

Во иднина ќе бидат вклучени и амбуланти во:
Струмица
Куманово
Штип

Пандемија

Непочитувањето на препораките - голем скок на инфицираните

Во земјава со ковид – 19 до 8 јуни.2020 се инфицирани 3.125 граѓани, од кои 1.653 се излечени, активни 1.346, а починати 156 лица

Стручњациите предвидуваа дека земјите од Балкан и Централна Европа ќе се соочат со втор бран од ширење на ковид – 19, но Македонија, во моментот, веќе се соочува со втор, брз пораст на случаи со ковид -19.

Последните мерки на властите беа карантин од 80 часа за жителите од Скопје и Тетово, Куманово и Штип, како и во неколку рурални општини кои се нови жаришта. Со оглед на тоа дека бројот на инфицирани расте, властите размислуваат за повторно “стегнување” на мерките. Причините за тоа може да се најдат во фактот дека на 22 јуни инфицирани беа 180 граѓани, следниот ден 125 инфицирани, а на 6 јуни имаше 111 нови случаи.

Заклучно со 8 јуни се евидентирани вкупно 3.125 случаи од кои 1.653 се излекувани, активни се 1.346, а починати 156 лица.

Новиот раст на инфицирани се случи откако Владата попусти со строгите мерки и овозможи одредени религиозни манифестации, семејни прослави и посети за верски празници.

Во другите земји од регионот вирусот е во дефанзива. Така на пример, во Србија, која полицискиот час го укина на 6 мај, бројот на инфицирани од коро-



на е во опаѓање - 7 јуни 82 нови случаи.

Хрватска има вкупно 2.247 инфицирани, 2.128, а починати 104 граѓани.

Во Словенија, која на 14 мај прогласи крај на епидемијата и беше првата европска држава што го направи тоа, има 1.485 регистрирани случаи на ковид - 19, од кои 1.359 оздравени и 109 починати. Крај на епидемијата прогласи и Црна Гора.

Бугарија е со 2.810 случаи, излекувани 1.587, починати 164 граѓани. Во Грција се потврдени 3.049, излекувани 1.374, а 182 починати. Во Велика Британија, која е епицентар на глобалната епидемија во Европа, бројот на смртните случаи изнесуваше 40.597 лица, а на на инфицираните 287.399 лица. Во Италија, бројот на починатите е 33.964, додека вкупниот број на инфицираните- 235.278 лица. Во Франција, бројот на смртните случаи од епидемијата е 29.209 лица, додека бројот заразените - 191.593, а во Шпанија, бројот на починати изнесува 27.136 лица, а вкупниот број на инфицирани - 241.717.

Според оваа статистика, Македонија е на врвот во регионот по бројот на смртни случаи на милион жители. Според “Worldometers”, сите бланански

земји имаат помалку починати во однос на нас - Словенија 52, БиХ 45, Србија 27, Бугарија 19, Грција 17, Црна Гора 14, Хрватска 25, а најмалку - 11 има во Албанија.

Македонија е на врвот на листата и според бројот на инфицирани. Заклучно со 27 мај, на еден милион жители беа евидентирани 979 случаи, а пред нас е само Србија со 1.284 инфицирани. Многу помалку имаат дугите држави од регионот - Албанија 365, Грција 277, Словенија 708, Хрватска 546, БиХ 736, а Бугарија 354. Во Црна Гора се регистрирани 516 случаи на милион жители, а Подгорица прва во регионот прогласи дека ја побелиле епидемијата – три недели немаат ниту еден регистриран случај. Ваквите податоци од третата декада на мај, алармантно во земјава се влошија со бранот на нови кластери од крајот на мај и почетокот на јуни.

Според министерот за здравство Венко Филипче, не е точно дека смртноста од корона вирусот во земјава е највисока во регионот. Таа е исто така далеку под европскиот и светскиот просек. Тој објаснува дека, дополнително, кај нас за разлика од многу други земји, се зема постмортем брис на лицата кои

Македонија (до 8 јуни 2020)

- потврдени случаи 3.125
- излекувани: 1.653
- активни: 1.346
- починати: 156

Свет (“Дон Хопкинс”)

- број на случаи: 7.200.739
- починати: 408.767
- излекувани: 3.331.980

починале со симптоматологија на болеста. Ова е одговорна стратегија затоа што на овој начин ги изолираме контактите на починатиот и превенираме понатамошно ширење на епидемијата.” Ако од вкупната бројка на починати од ковид-19 се изземат позитивните резултати постмортем, стапката на смртност во земјата би била уште пониска”, нагласи тој.

Во тој период, интересен е и податокот за брјот на тестирања во споредба со другите земји на еден милион жители. Реализираните 12.702 тестирања на милион жители, а помалку од нас имаат Албанија со 4.874 и Бугарија со 10.987 тестови. Трипати повеќе тестирања, односно 37.494 тестови на иста популација има Словенија, Србија направила 25.601 тестирања, Хрватска 15.504, Црна Гора 16.188, Грција 15.493, а во Бих се реализирани 18.439 тестови на милион жители.

Пошироко, во светски рамки, податоците до 8.6.2020 г. говорат дека бројот на инфицирани е највисок во Соединетите Американски Држави, кои продолжуваат да важат за епицентар на пандемијата во светот. Таму, бројот на починати од ковид-19 се зголеми на над 113.055, а досега се оздравени приближно 774 илјади заболени од вирусот.

Во латиноамериканската држава Бразил, која по случаите на зараза е веднаш по САД, бројот на инфицирани изнесува 710.887 лица, смртни случаи 37.312, а оздравени 325.602 лица.

Короната го однесе животот на фармацевт од Струга, а зарази над 320 медицинари

До 8 јуни во земјава се евидентирани 326 здравствени работници, 248 се оздравени.

Министерот за здравство, д-р Венко Филипче, им одава чест за храброста и посветеноста на сите здравствени работници

Повеќе од 91% од здравствените работници кои биле инфицирани со ковид -19 се целосно оздравени. Според официјалните податоци на Институтот за јавно здравје, до 8 јуни се евидентирани 326 здравствени работници од кои 248 се оздравени, што е 17,1 процент од вкупниот број на заболени во државата. На 27 мај, на Клиниката за инфективни болести и фебрилни сосотјба, на вирусот ковид -19 му подлегна м-р Петар Мојсоски од Подгорци, Струга, кој се инфицирал на своето работно место во струшката аптека.

Во изминатиот период, медицински персонал - лекари, медицински сестри, болничари се инфицираа од корона вирусот. Медицинскиот персонал кој работел со заболени од корона, исто така е обврзан да оди во самоизолација од 14 дена, со што се појави и неопходноста од реорганизација на некои болници, здравствени установи и центри поради недостаток на кадар.

На Клиниката за онкологија се инфицирале осум лекари, медицински сестри и две транспортерки, а во изолација заминат и

уште 20 вработени. На Клиниката за детски болести, каде што има заболена докторка, медицинска сестра и лаборант, во изолација беа 26 други вработени. На Клиниката за пулмологија беа заразени седум здравствени работници, три докторки и четири медицински сестри. Сите кои биле во близок контакт со нив беа ставени во изолација. Двојно повеќе беа во изолација и во болницата во Битола, а слична е состојбата и со останатите здравствени установи каде што има заболени персонал.

Меѓу прво заболени од корона вирусот беше и доктор Арбен Аголи и две медицински сестри од Дебар. Во болницата во Дебар, која беше прва на удар на епидемијата, заболени беа осум лекари и медицински сестри уште на почетокот од март годинава, а подоцна во овј град се евидентирани и двајца доктори и две медицински сестри од приватна здравствена установа.

На самиот почеток на кризата со пандемијата се појави проблемот со недостаток на медицинска опрема, на што укажа медицинскиот персонал кој воедно тврдеше и дека хируршките маски и ракавици не штитат од заразната болест. Тоа е период кога поради забраната за извоз, во цела Европа постоеше проблемот со недостаток од заштитна опрема.

Инфицирани имаше и во ГОБ “8 Септември” во кој е лоциран ковид-центар, клиничките центри, болниците, како и меѓу матичните лекари – вработените во здравствените установи. Од Институтот за јавно здравје укажаа дека дел од здравствените работници се инфицирале надвор од работните места, а дел додека седеле на состаноци. Од тие причини беа “воспоставени строги протоколи за да се одбегне и овој начин на ширење на инфекцијата”, објаснуваат од Министерството за здравство.



Пандемија

Прим. д-р Весна Неделковска- Итна медицинска помош, Здравствен дом -Скопје

„Обичен ден во службата за Итна медицинска помош, но во необични околности.

Започнува смената. Секој добива опрема за лична заштита, се облекува, се прави дезинфекција на возилата, на просториите. Телефонот свони. Докторите телефонисти прашуваат за епидемиолошка анкета. Пациентите, обично, негираат контакт со заразено лице или сомнително за корона вирусот, освен оние кои се во самоизолација или под здравствен надзор. Го примаме повикот, екипата се упатува на кажаната адреса. Секој повик се третира како да се работи за случај на корона. Ја завршуваме посетата, се упатуваме да ја смениме ЛЗО-опремата. Внимателно, полека, дел по дел соблекуваме, одложуваме во посебни контејнери и повторно облекуваме нова. Во текот на една смена, најмалку осум до девет пати облекување и соблекување: скафандери, капи, калјачи, маски, очила, визири, ракавици... Ова, секако ја усложнува работата и брзината со која работиме, но не е ништо во споредба со ризикот екипите да станат вектор на заразата.

Помеѓу два повика екипите држат дистанца една од друга. Преку ноќ исчезнаа разговорите за одмори, празници, викенди. Сите се фокусирани на сегашниот момент, се споделуваат само искуства или некоја новина како поуспешно да ги следиме протоколите и дали можеме нешто да направиме.

Нов повик. Оеднаш дури четворица позитивни пациенти со проблеми во дишењето треба итно да се пренесат од ГОБ „8-ми Септември“ до Клиниката за инфективни болести. Во овој момент светла точка е соработката на овие институции со Итната медицинска помош (ИМП), сè функционира беспрекорно. Следи брза подготовка на екипите, последен преглед дали во комбето има сè, проверка на боците за кислород. Не смее ништо да недостасува! Екипите веќе

се на теран, во неизвесност го исчекуваме нивното враќање. Конечно се враќаат, за двајца од пациентите била неопходна кислородна поддршка.

Ја предавам смената и следува задолжителното прашање: Колку нови има денес? Се пребројуваме. Сите сме тука, сите сме на број. Добро е!

Никој не се откажува или вели дека не може. Никој не се жали. Едноставно, оваа работа е наша определба, во нашиот код е, впишано дека сме тука да помогаме кога е најтешко. Ние сме секогаш тука и секаде први - при поплави, сообраќајки, земјотереси, епидемии, пандемии. Персоналот на ИМП се грижи за здравјето на граѓаните 24 часа дневно, 365 дена годишно. Она што можеби недостасува е малку повеќе почит и поставување на ИМП на вистинското место во здравствениот систем, во некои идни, помирни и поведри времиња. Она што мора да го направиме е научените лекции да не ги заборавиме и да ги пренесеме на идните генерации, добро е да ги запишеме и документираме сите наши искуства“.

Сега, она што од срце го посакуваме е добро здравје на сите!



Д-р Илир Демири, Клиника за инфективни болести и фебрилни состојби

Давањето крвна плазма покажува добри резултати. Седум пациенти од Клиниката за инфективни болести примале плазма. Крвна плазма може да даруваат луѓе кои го прележале ковид – 19. Доктор Илир Демири од Инфективната клиника објаснува дека кај пациентите кои примале плазма, таа делувала и дала добри резултати кај пет пациенти, а двајца кои биле во потешка здравствена состојба починале. Кај пациентите, седум дена по примањето на плазмата состојбата значително се подобрила.

“Ги издвојуваме пациентите во почетокот на инфекцијата, што е многу важно. Треба да се совпаѓа крвната група и, секако, треба да се има во диспозиција адекватна крвна група со богати анти тела, плазма”. Досегашната практика покажала дека плазмата треба да ја примат средно и средно-тешки пациенти. Кај лесно заболелите пациенти со ковид – 19 најчесто се дава витаминска терапија, во поголеми количини на витамин Ц.

“Кај лесноинфицирани само витаминска терапија е доволна. Ние плазмата ја даваме само кај тешко и критично болни. Битката е да се даде пред да се сигнализираат компликациите”, објаснува доктор Демири .

Докторите велат дека засега бројките на пациенти кои донирале крвна плазма се скромни. Осум луѓе донирале крвна плазма на Клиниката за трансфузиологија. А, инфектолозите со апел до здравените пациенти – да донираат плазма, бидејќи може да спасат живот.



Д-р Алберт Леши, раководител на Ургентниот хируршки центар-Скопје, специјалист по анестезија реанимација и интензивно лекување.

„Како доктор чувствував морална обврска и затоа се пријавив како волонтер во Дебар, град од каде што потекнувам и град каде е регистрирано првото жариште на Covid 19 во земјата. Подготвен сум со своите знаења и вештини да им помогнам на сите пациенти кои би имале потреба за третман со механичка вентилација, односно третман на најкритично болните пациенти.“



Д-р Урим Исахи, супспецијалист гастроентерохепатолог, на Клиниката за гастроентерохепатологија на (на испомош на Клиниката за инфективни болести и фебрилни состојби).

„Потребата за помош на колегите инфектолози ме однесе таму каде што во еден ист миг се испреплетуваат стравот, неизвесноста, тагата поради загубена битка, но и храброста, среќата и непоколебливоста за продолжување на борбата кога е спасен еден живот. Токму тука, на Клиниката за инфективни болести, во ова чудо од време, се соочуваш со најчовечкиот чин, кој впрочем те исполнува со исконска љубов кон професијата.“

Иако на прв поглед нашиот придонес можеби е скромен, задоволството е огромно да се биде дел од тимот кој најнепосредно и непоштено се бори за животите на најтешко погодените со COVID19 инфекција.



Кооперативноста на сите колеги, како и крајно професионалниот однос на раководството, директорката на клиниката д-р Милена Стевановиќ и координаторот д-р Илир Демири, се за восхит.

Свесен за големината и епохалните размери на пандемијата, сигурен сум дека времето кое актуелно го живееме ќе остави длабоки траги во нашата колективна меморија. Несомнено оваа бура ќе помине, ние ќе излеземе победници, но во помирни времиња, кога сите ќе се вратиме на нашите вообичаени обврски, секој во својата специјалност, често ќе се навраќаме и сеќаваме на „времето на COVID-19“. Се надевам дека во таквите моменти, соочувањето со мојата лична професионална совест ќе биде полесно“.

“ФОРБС” ОБЈАВИ ЛИСТА НА НАЈБЕЗБЕДНИ ЗЕМЈИ

Македонија на 103 место

“Форбс” објави листа која покажува кои земји се најбезбедни во време на пандемијата на корона вирусот. На првото место е Швајцарија, втора на листата е Германија, додека пак на 100-то место се Бахамите. Според анализата, Македонија е сместена на 103 место, а како најопасна земја се смета Јужен Судан, која е последна на листата. „Првите места им припаднаа на Швајцарија и Германија, поради силната економија и внимателност за време на олабавувањето на мерките“, а на трето место е Израел, следуваат Сингапур, Јапонија, Австралија и Кина на седмо место.



Земјите во регионот се меѓу првите 100, а Србија, Хрватска, Босна и Херцеговина и Словенија се наоѓаат и пред Русија и САД. Најдобро е позиционирана Словенија на 32 место, четири места зад неа е Хрватска, додека Црна Гора е на 42 место. Србија пак е 54-то место, а Албанија на 88 место.

САД се на 58 место, веднаш по Романија, а Русија е на 61 место.

Податоците се базираат на 130 параметри, како и на повеќе од 11.000 информации во такви категории, како што се ефикасност на карантинот, мониторинг и откривање на заразени, стабилност на здравствениот систем и ефикасност на властите.

Во почетокот на јуни, според извештајот, најопасни држави се Африка, Јужна Америка, како и некои блискоисточни земји и држави од Пацификот.

Она што го прави еден вирус ОПАСЕН

За да се разбере комплексноста на битката против корона вирусот, една компарација со други епидемии, како сида, морбили или ебола, е поучно.

Опасноста од еден вирус зависи од три фактори - независни еден од друг. Првиот, е моментот во кој вирусот ги предизвикува првите симптоми кај болниот, вториот, бројот на лицата кои ги инфицирал, последниот, процентот на смртноста до која доведува кај болните. Здравствените власти се борат на овие три фронта.

Инкубација

Вирусот на сида може да биде откриен во тек на 10 години

Ширењето на една епидемија зависи од брзината со која вирусот се пренесува од една индивидуа на друга. Тоа зависи најмногу од два фактора: контагиозноста и времето за кое патогениот вирус може да помине незабележан.

Најекстремниот пример е вирусот на сида кој ја отпочнува болеста седум до десет години после контаминацијата. Во недостаток на начин на откривање на болеста за време на овој временски интервал, вирусот на сида може да се пренесува од една до друга индивидуа без да биде детектиран. Така, дури иако вирусот на сида не е многу инфективен, сам по себе (една студија од 2012 направи евалуација за просечниот процент дека е 1 : 900 сексуални односи), тоа е таа многу долга фаза на инкубација која дозволува дисеминација низ целиот свет. Во актуелниот момент, истражувачите веќе знаат дека covid 19 се пренесува на овој начин „асимптоматски, и дека инкубацијата трае 14 дена. Ако е таков случајот, работата на здравствените власти ќе биде комплицирана. Всушност, ризикот е дека вирусот ќе стане ендемичен во срцето на една човечка или животинска популација, продолжувајќи да се пренесува без многу врева.



Генетски материјал за корона вирусот Corona virusot има круна од "боцки", поради која го добил името. Боцките се многу важни, бидејќи со нив се овозможува контакт со клетката на домаќинот и нејзино инфицирање

Геномот на корона вирусите е конституиран од РНК едноставна нишка која е рекомбинација помеѓу еден Sars од лилјак и еден друг неидентификуван betacoronavirus

Sars-cov-2 припаѓа на една фамилија на вируси наречена Betacoronavirus, еден е од четирите врсти од corona virus кој ги вклучува исто така Sars и Mers. Тие особено ги инфицираат лилјациите но така исто и камилите и луѓето

Заразност, контагиозност Еден болен од морбили заразува 18 лица

Колку лица вирусот Sars-Cov-2 или covid 19 инфицира? Специјалистите проценуваат засега, дека еден пациент може да контаминира тројца максимално. Тоа е инфективен потенцијал споредлив со тој на Sars-cov-2 од 2003 година или со „шпанскиот грип“, од 1918 година. Корона вирусите може да пату-

ваат во воздухот 2 метра за разлика од 30 метра на еден од најинфективните, како што е вирусот на морбили и, на тој начин, да зарази 18 други. Треба да се земе предвид дека овие способности може да се сменат, бидејќи вирусот е способен да еволуира. Така, изолирајќи ги болните и барајќи ги оние кои биле во контакт со нив, можно е да се ограничи болеста и да се лимитира пропагандацијата. Со тие мерки, кои се првземаа за време на епидемијата на Sars во 2003 година, се овозможи да се редуцира

контагиозноста до степен од 0,4 (пет инфицирани лица заразуваат двајца максимално), што овозможува да се стопира епидемијата. Меѓутоа, актуелната ситуација е многу различна, бидејќи мобилноста на кинеската популација (од каде почна пандемијата), е сега многу поголема (четири милијарди авионски патници и патници со железница во 2019 год. Во однос со една милијарда во 2003 година). Значи, вирусот не може да биде целосно задржан. Особено Sars-Cov-2 (covid 19) има 10 пати поголем афинитет кон клетките на човекот отколку Sars-CoV.

Легалитет Вирусот на Ебола убива 90% од болните

Бројот на лицата убиени од еден вирус е тешко да се утврди, особено на почетокот на епидемијата. Само најтешките случаи тогаш се детектирани што ја прави погрешна евалуацијата за смртноста. Особено што лицата кои се со лесни симптоми не консултираат секогаш лекар, особено кај посиромашната популација. Според првите анализи, смртноста од covid 19 е помала од онаа од Mers-CoV-2 и Sars-CoV кои убиваат помеѓу 35% и 10% од инфицираните лица. Засега, двата најсмртоносни вируси во светот остануваат Ебола, кој убива помеѓу 26% и 90% пациенти според епидемиите и H5N1 или птичји грип, кој ретко се пренесува меѓу луѓето, но предизвикува 59% смртност.

Sciences et avenir
Herve Ratel
Број 877
Март 2020
Подготвила:

Прим. д-р Горица З. Пировска

OLIVIER SCHWARTZ, ДИРЕКТОР НА ЛАБОРАТОРИЈАТА ЗА ВИРУСИ И ИМУНИТЕТ ВО INSTITUT PASTEUR

„Би можело да има други епидемиски жаришта,,

Колку ќе трае пандемијата на covid - 19 ?

Има многу несигурност во врска со реалниот број на случаи или, дури, и карактеристики на вирусот за да се предвиди пикот на пандемијата. Тука има особено еден немир кај соседните земји или оние кои имаат многубројни врски со Кина и кои не објавиле ниту еден заболел или мал број. Тоа е случајот со Лаос, Бурма, Бангладеш или повеќе земји од Африка, кои имаат малку или немаат дијагностички алатки со кои се потврдуваат евентуалните инфекции. Овие непознаници би можеле да ги скријат новите епидемиски жаришта.

Дали пролетта и летото може да доведат до еден прекин на вирусот?

Поради повеќе причини, респираторните вируси имаат тенденција да пролиферираат полесно за време на ладните сезони. Тоа се случува секоја година со грипот кој поради тоа е наречен сезонски. Кога е студено, вирусите преживуваат подолго на површините и тие се поблиску еден до друг, респираторниот систем им е подостапен, а имунитетот на луѓето е пофрагилан. Тоа се повеќе фактори кои ја олеснуваат циркулацијата на вирусите. Но, само месеците кои доаѓаат ќе нè информираат дали епидемијата на covid - 19 е сезонска.

Дали новиот корона вирус може да мутира и да стане поопасен?

Тоа е една можност и затоа неговата генетска еволуција постојано се следи. Но, еволутивниот интерес на еден вирус е да ја намали својата моќ за да не го убие својот домаќин. Пред Sars од 2003, корона вирусите речиси не се изучуваа, бидејќи четирите познати лози, одамна адаптирани на човекот, најчесто предизвикуваат бенижни кијавици. После Sars и Mers, Sars-Cov-2 е седмиот човечки корона вирус и тој останува малку познат, иако научниците од цел свет со голема брзина работат на тоа.

3 патогени агенси во XXI век



Одговорен за Sars ,
(акутен тежок
респираторен синдром)
Прва смртоносна
епидемија предизвикана
Од corona virus, 8.346
случаи од кои 646 смртни
Траела 7 месеци

Одговорен за Mers
(Тежок респираторен
синдром
во Среден Исток)
2.374 случаи,
823 смртни
Сè уште во тек

Одговорен за covid-19
Според последните
податоци :
Повеќе од 7 милиони
случаи, од кои
400 илјади смртни
Пандемијата е
сè уште во тек

Пандемија

Covid - 19 и ендокрини состојби - го менуваме ли пристапот ?

Инфекциите често пати може да влијаат врз влошувањето на некои ендокрини состојби, а тоа неретко може да го доведе во ризик и животот на болниот. Соочени со новиот вирус SARS – COV2, односно клиничката состојба од инфекцијата со COVID - 19, со промптното ширење и заземањето пандемиски размери, здравството од целиот свет, за кратко време, се мобилизира за справување со ова состојба. Овој вирус, кој до крајот на 2019 година, за нас, беше непознат по неговите особини, иако како помал “брат” на двата претходни корона вируси - SARS и MERS, се одвојува со висока вирулентност и со шареноликата клиничка слика што најчесто се манифестира со респираторни инфекции од лесен/ среден степен (80%) и тежок/животозагрозувачки степен (14%) (пневмонија, а во потешка клиничка форма како ARDS), микро и макроваскуларно оштетување и откажување на органите (multi organ failure) и за жал, кај одреден процент (околу 5%) со летален исход. Како што брзо се ширеше пандемијата од Кина, од декември 2019, во Европа (најпрво Италија, потоа Шпанија па цела Европа), потоа во останатите континенти, така произлегоа клиничките и епидемиолошките студии за овај нов вирус. Првичните сознанија на СЗО (WHO) беа дека одредена група на хронично болни се со повисок ризик за потешки и по фудроајантни форми на пневмонија, како и со повисок ризик за смрт во споредба со здравата популација. Па така, според искуствата од Кина и Италија се дојде до податок дека следните групи на хронични болни се со висок ризик за влошување на болеста: постарите лица, оние со кардиоваскуларни болести (КВБ), со хронични заболување на белите дробови (ХОББ, астма), хипертензија, како и лицата со дијабетес кои може да имаат тешки симптоми и компликации во тек на инфекцијата со COVID - 19. Севкупната стапка на леталитет била зголемена кај тие со постоечки коморбидитети - 10.5% за КВБ, 7.3% за дијабетес, 6.3% ХОББ, 6.0% хипертензија и 5.6% за карциноми ⁽¹⁾.

Уште повисок е ризикот за летален исход доколку се комбинираат неколку коморбидитети кај ист пациент (пр. дијабетес и ХТА или дијабетес+ХТА+КВБ).

Дијабетесот е хронична болест која се манифестира со хронични микро и макроваскуларни компликации, како и со нарушен имунолошки одговор. Според податоците од електронскиот систем “Мој термин” во нашава земја има околу 124000 лица со дијабетес, од кои околу 5500 се тип 1 дијабетес, а останатите тип 2 дијабетес. На инсулинска терапија се околу 45000. Придружните коморбидитети, како атероскле-

ротската кардиоваскуларна болест (АСКВБ) која е присутна кај околу 20%, дијабетичната бубрежна болест, хипертензијата и тоа како влијаат врз исходот на болеста. Затоа, многу е важно навремено да се процени метаболната контрола и асоцираните коморбидитети, да се менаџира секој ризик од инфекција (вирусна, бактериска) и да се превенира можното влошување на состојбата кај лицата со дијабетес (потешки форми на пневмонија и други инфекции), појава на акутни животозагрозувачки состојби (дијабетична кетоацидоза – почеста кај тип 1 дијабетес и хипергликемична хиперосмоларна некототична кома – почеста кај постари лица и тип 2 дијабетес). Патем, пациентите со долгогодишен дијабетес, хронични компликации и намален имунитет, имаат зголемен ризик за инфекции, посебно инфлуенца и пнеумонија. Овој ризик може да се редуцира преку одржување на добра гликемиска контрола. Но, исто така, се препорачува вакцина за пнеумоккок и инфлуенца. При инфекција со SARS Cov 2 се покажа дека кај лицата со дијабетес може да дојде до влошување на здравјето и да се развијат тешки симптоми и компликации во тек на инфекцијата со COVID - 19, но доколку дијабетесот е добро контролиран, тогаш ризикот за сериозни компликации е сличен како оној кај општата популација ⁽²⁾. Ако лицата со дијабетес не го контролираат добро дијабетесот и имаат чести гликемиски варијации, постои поголем ризик за потешка форма на инфекција со COVID-19, во споредба со општата популација, бидејќи е ослабен имунитетот на организмот за да се бори со инфекцијата. Од извештајот на Кинескиот центар за контрола на болести се докажа зголемен морталитет кај лицата со дијабетес (2.3%, вкупен и 7.3%, со дијабетес ⁽³⁾). Во нашава земја, според податоците од Институтот за јавно здравје - Скопје, од вкупната бројка на заболени, вкупниот морталитет е 6%. Околу 75% (n=100) од пациентите со летален исход имале коморбидитети од кои дијабетес имале 26%.

Во случај на инфекција со COVID-19, освен општите препораки за заштита од вирусот, посебни препораки за т.н. “болни денови” за лицата со дијабетес се:

- внесување доволно течности,
- мониторирање на гликемија и почесто мерење,
- следење на температурата,
- ако е можно, следење на ацетонот при сомневање за кетоацидоза (ДКА), и
- следење на препораките од тимот здравствени работници.

При хипергликемија, посебно при ДКА кај Т1ДМ, потребно е често менување на дозата на инсулин и корекција на болус инсулиноот, со цел да се одржи нормогликемијата. Анти - хипергликемиските лекови кои може да доведат до волуменска деплеција или хипогликемија, треба да се одбегнуваат. Исто така, можно е да се има потреба од редукција на дозата на оралните антидијабетици (ОАД). Така, во состојба на тешка инфекција (пнеумонија, сепса, АРДС) се препорачува прекин на третманот со метформин и СГЛТ -2 инхибитори и иницирање на инсулинска терапија ⁽⁴⁾.

Мерки на внимателност за време на инфекција со ковид за поедини лекови ⁽⁵⁾:

- Метформин – при фебрилна состојба можна е дехидратација и лактацидоза. Пациентот треба да го прекине терапијата и да ги следи правилата на “болни денови”. За време на болеста треба да се следи реналната функција, поради можно влошување на ХББ или настан на АБИ – АБИ/ХБИ.

- СГЛТ2- ризик од дехидратација и дијабетична кетоацидоза. Пациентот треба да го прекине терапијата и да ги следи правилата на “болни денови”. Треба да се одбегнува иницирање на терапија за време на респираторна инфекција. Внимателно треба да се следи реналната функција за време на АБИ.

- GLP 1- RA – дехидратацијата може да води до сериозно влошување, затоа пациентите треба да се мониторираат. Треба да се внесе адекватна количина на течности и храна.

- DPP-4 инхибитори – генерално добро се толерираат.

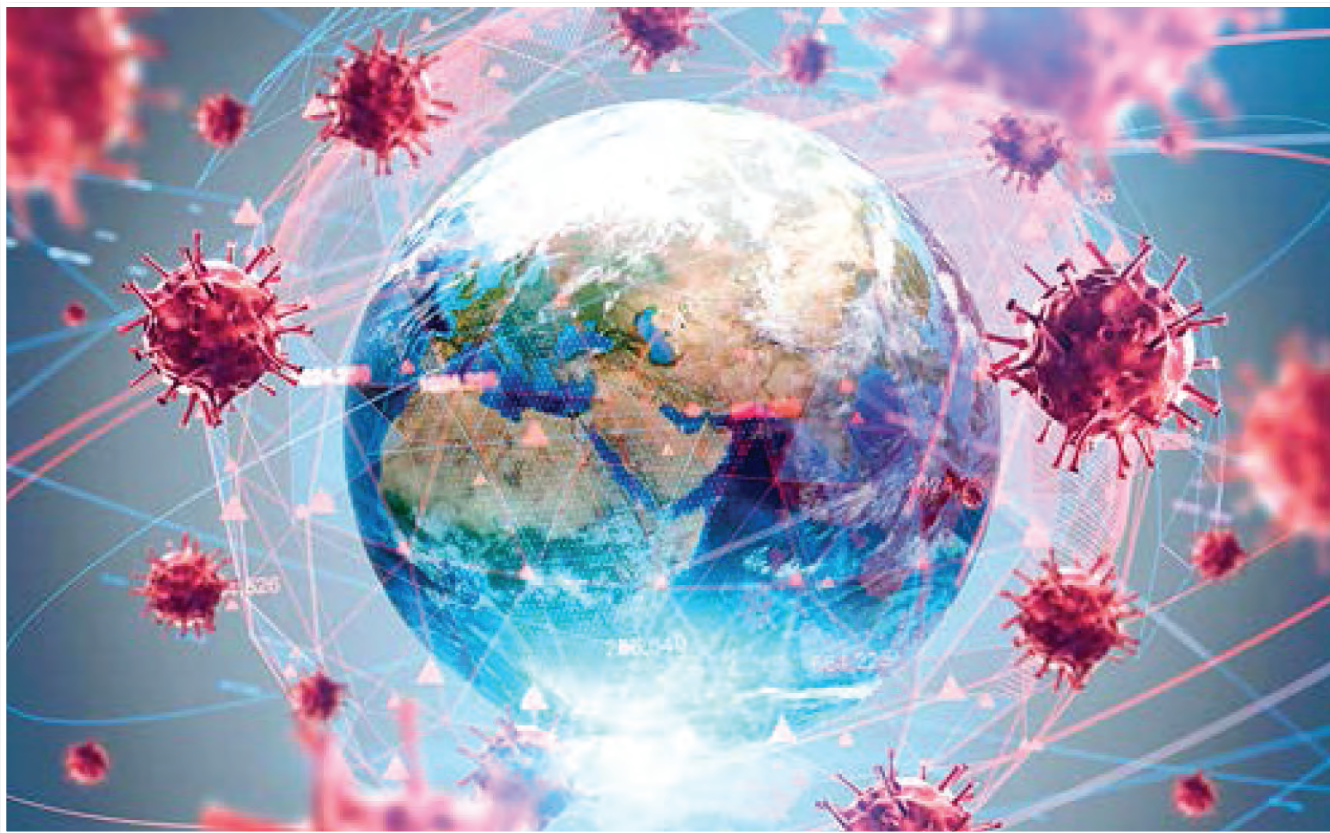
- Инсулин – не треба да се прекине. Се препорачува почеста самоконтрола на гликемија или по можност CGM.

Понекогаш е потребно додавање на инсулин со брзо дејство (болус) со цел, да се одржат претходно зацртаните индивидуани целни вредности.

Постојаната комуникација преку електронските системи, социјалните мрежи (теледијабетес) треба да се користи со цел да се менаџира добро дијабетесот и да се осигураме дека пациентот се придржува на комплијансата и атхеренцата на третманот.

Адренална инсуфициенција

Пациентите со **адренална** инсуфициенција (примарна - Адисонска болест, секундарна и терцијарна) имаат зголемен ризик за инфекција со COVID-19, поради доживотната терапија со глюкокортикоиди. Кај овие пациенти, доколку се манифестира покачена температура, кашлица, диспнеја се советува да го користат правилото на “болни денови” т.е. да го зголемат двојно консумирање течности и оралната глюкокортикоидна доза сè до намалување на температурата. Доколку дојде до влошување на состојбата, со гадење и повраќање, пациентите се советуваат веднаш да се јават кај лекар за понатамошно болничко лекување со парентерална терапија со глюкокортикоиди и надополнување на волуменот ^(6,7). Кај пациенти со АРДС, врз база на студии при инфекција со SARS и MERS, каде што употребата на високи дози глюкокортикоиди не давала бенефит или била поврзана со повишока стапка на инвазивна вентилација и смртност, СЗО не препорачува третман со глюкокортикоиди ⁽⁸⁾. Се препорачува физиолошка стрес доза на хидрокортизон (50-100 мг. и.в. на 8 часа), а не на други кортикостероиди.



Пандемија

Кај критично болните при инфекција со COVID-19 и тешка форма на пнеумонија и ARDS или сепса, хипоталамо-хипофизноадреналната оска може да биде потисната. Ова може да доведе до кортикостероидна инсуфициенција.

Хипопитуитаризам. Доколку е засегната аденалната оска (секундарна адренална инсуфициенција) - потребен е третман со супрафизиолошки дози на хидрокортизон. Инсипидниот дијабетес исто така може да биде присутен при хипопитуитаризам, при што е потребно мониторирање и внимателен внес на течности и електролити, со цел да се превенира хипонатремија или хипернатремија. Ова е од голема важност поради можното губење на течности поради фебрилната состојба и тешкотијата, комбинирано со неможност да се внесат течности и нарушената свест ⁽⁹⁾.

Хипертироза. Повеќето од пациентите со тироидни заболувања се добро менаџирани. Кај помал број на пациенти кои имаат лошо контролирана тироидна функција, поради флукутација на тироидните хормони, перзистираат симптомите. Пациентите со неконтролирана тиротоксикоза имаат повисок ризик за компликации (посебно тие со тироидна бура) од која било инфекција ⁽¹⁰⁾. Итните хируршки или радиоид 131-I се препорачуваат само при живото загрозувачка состојба. Одреден број на пациенти со Graves-ова болест или други облици на хипертироидизам се третираат со метимазол или пропилтиоурацил. Редок, но сериозен несакан ефект на овој третман е неутропенија и/или агранулоцитозата (0.2-0.5%), при што се намалува бројот на леукоцитите и со тоа и на имунитетот. Како симптоми на агранулоцитозата се треска, воспаление на грлото. При ваква појава, пациентите се советуваат веднаш да прават крвна слика, потоа да прекинат со терапијата една недела и се следи дали симптомите ќе се смируваат. По повторно започнување со терапија, доколку симптомите повторно се јавуваат, потребен е итен медицински третман ⁽¹¹⁻¹³⁾. Од друга страна, овие симптоми може да ги имитираат симптомите на инфекцијата со COVID-19. Многу пациенти стравуваат за можната инфекција со ова инфекција. Појавата на агранулоцитоза со фебрилност може да претставува озбиљна инфекција, а е поврзана со третманот со метимазол, се препорачува веднаш да се контактира ендокринологот за натамошно следење. При инфекција со COVID-19, прекинувањето на третманот со метимазол кај критично болни и поставени на вентилатор (неможност на голтање на таблета), може да го влоши хипертироидизмот. При вакви состојби, кога пациентот не е во можност да голта, потребно е таблетата да се дава преку назогастрична сонда.

Пациенти со тироидна очна болест (ТОБ), поради третман со високи дози кортикостероиди, исто така имаат ризик за инфекција со COVID-19.

Опишани се неколку случаи на субакутен тироидит како последица на инфекција со COVID-19.

Заклучок

Инфекцијата со COVID-19, менаџирањето на хроничните ендокрини состојби игра важна улога во добрата контрола и исходот на инфекцијата. Дијабетесот и другите коморбидитети се сигнификантни предиктори на морбидитетот и морталитетот COVID-19. Поставувањето во ризик категорија на ова група на болни ги смени насоките за заштита од инфек-

ција. Со цел, подобро справувањето со COVID-19, намалување на ризикот од инфекција при посета во амбуланти, пациентите со добро менаџиран дијабетес и ендокрини состојби се советуваат да ги намалат посетите во амбуланти со цел, да се одбегне ризикот од инфекција. При ургентни состојби, односно секое влошување или новонастаната состојба, се препорачува упатување кај соодветната институција.

Доц. д-р Ирфан Ахмети
УК за Ендокринологија, УКИМ – Скопје
Претседател на Национална комисија за дијабетес

Референци

- 1 Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team. Vital surveillances: the epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19)—China, 2020. □ China CDC Weekly. Accessed February 20, 2020.
- 2 <http://zdravstvo.gov.mk/preporaki-za-spravuvanje-so-koronavirusot-za-licata-so-dijabetes>
- 3 Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese center for disease control and prevention. J Am Med Assoc 2020 Feb 24
- 4 R. Pal, S.K. Bhadada, Should anti-diabetic medications be reconsidered amid COVID-19 pandemic?, Diabetes Research and Clinical Practice (2020)
- 5 SR Bornstein et al. Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19. thelancet.com/diabetes-endocrinology. Vol. 8, June 2020
- 6 Arlt W; Society for Endocrinology Clinical Committee Society for Endocrinology Endocrine Emergency Guidance: emergency management of acute adrenal insufficiency (adrenal crisis) in adult patients. Endocr Connect. 2016;5(5):G1-G3. 10.1530/EC-16-0054
- 7 Kaiser UB, Mirmira RG, Stewart PM. Our Response to COVID-19 as Endocrinologists and Diabetologists. J Clin Endocrinol Metab. 2020;105(5):dgaa148. doi:10.1210/clinem/dgaa148
- 8 WHO/2019-nCoV/clinical/2020.5
- 9 Baldeweg SE, Ball S, Brooke A, Gleeson HK, Levy MJ, Prentice M, Wass J; Society for Endocrinology Clinical Committee Society for Endocrinology clinical guidance: inpatient management of cranial diabetes insipidus. Endocr Connect. 2018;7(7):G8-G11
- 10 De Leo S, Lee SY & Braverman LE. Hyperthyroidism. Lancet 2016 388 906-918
- 11 Ross DS, Burch HB, Cooper DS, Greenlee MC, Laurberg P, Maia AL, Rivkees SA, Samuels M, Sosa JA, Stan MN et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid 2016 26 1343- 1421
- 12 <https://www.endocrinology.org/clinical-practice/covid-19-resources-for-managing-endocrine-conditions/>
- 13 European Society of Endocrinology. Endocrinology in the time of COVID-19: Management of hypo- and hyperthyroidism , May 2020

НАМЕСТО СВЕЧЕН СОБИР И НАГРАДА

Лекарската комора донираше заштитна опрема на Инфективна клиника и на „8 Септември“

Лекарската комора на Република Северна Македонија на 5 јуни одбележа 28 година од основањето, а наместо традиционалниот свечен собир и доделување награди и признанија, Комората одлучи годинава да донира заштитна медицинска опрема за здравствените работници на Клиниката за инфективни и фебрилни состојби и на Градската болница „8 Септември“ - Скопје. Со донацијата се обезбедени маски KN95 и мантили за еднократна употреба.

За овие активности беа пренаменети средствата кои се планирани за наградата „Св. Наум Охридски“ и организацијата за одбележување на Денот на Комората. Донацијата беше иницирана и одобрена од Извршниот одбор на Лекарската комора, а веќе им е предадена на овие хоспитални институции.

На 10.4.2020 во Градската општа болница „8 Септември“ - Скопје, донацијата ја предадоа претседателката на Лекарската комора, проф. д-р Калина Гривчева Старделова, потпретседателот д-р Никола Граматниковски и членот на Извршниот одбор на Комората, д-р Гордана Божиновска - Беака. Директорот на оваа институција, д-р Христијан Костов, се заблагодари на донацијата.

Во оваа пригода беа поделени новите членски карти на докторите од болницата.

На 7 мај, претседателката Гривчева Старделова, во просториите на Лекарската комора ја предаде донацијата од 250 заштитни мантили за еднократна употреба на директорката на Клиниката за инфективни и фебрилни состојби, д-р



Милена Стевановиќ, која се заблагодари на укажаната поддршка.

Во соработка со Институтот за трансфузиона медицина, а во рамките на одбележувањето на Денот на Комората, се планираше на 4 јуни да се одржи крводарителска акција во просториите на Лекарската комора, но таа беше одложена поради алармантно зголемениот број на лица инфицирани со ковид – 19.

Лекарската комора, како самостојна, професионална асоцијација на докторите на медицина е основана на 5 јуни 1992 година поради заштита на интересите и правата на докторите на медицина. Тогашниот министер за здравство, проф. д-р Јован Тофоски, заедно со група доктори ентузијастички ги релизираа заложбите за законските измени со кои, по теркот на развиените земји и кај нас, се институционализира коморското работење на докторите, а за прв претседател на Комората беше избран проф. д-р Алексај Дума.

НОВИНА

КМЕ во форма на вебинари

Поради состојбата со ковид -19, Лекарската комора на Република Северна Македонија започнува со организирање на е-едукација за различни области во рамките на континуираната медицинска едукација (КМЕ). Е-едукацијата ќе се остварува преку вебинари на web - страницата на Комората, каде за докторите на медицина ќе се поставуваат стручните активности (стручни состаноци, курсеви и сл.).

Е-едукацијата ќе биде бесплатна и достапна за сите заинтересирани доктори во секое време и од секое место. На овој начин, освен што непречено ќе се одвива континуираната стручна едукација којашто ја организираат стручните друштва и здруженија, ќе се овозможи докторите да обезбедат и бодови за КМЕ, кои се услов за обновување на лиценцата за работа.

Информацијата за линковите што обезбедуваат пристап до содржките на е-едукацијата ќе бидат дополнително објавени на web-страницата на Комората.

Награди за најдобрите студенти

Посебната награда на Лекарската комора на Република Северна Македонија за најдобрите студенти на медицинските факултети во земјата, со која се покрива полагањето на сручниот испит, а која го носи името на прим. д-р Димитар Ивановски, најдобриот студент од првата генерација на Медицинскиот факултет во Скопје, кој дипломираше 1953 година, годинава ја добиваат:

- Ева Палчевска просек 9,90 - Медицински факултет - Скопје, УКИМ
- Стефан Коцев просек 9,80, Факултет за медицински науки, УГД - Штип
- Влора Нури Ибрахими просек 9,03, Факултет за медицински науки, ДУ - Тетово.

Практика

НА КЛИНИКАТА ЗА ДРЖАВНА КАРДИОХИРУРГИЈА

Прва трансплантација на срце во македонската медицина

На Клиниката за државна кардиохирургија во Скопје, по шестчасовна операција, на 23 мај во два часот наутро, беше трансплантирано новото срце во телото на 54-годишниот Иван Огњановски од Скопје. Два бубрега од истиот донор се трансплантираа на Клиниката за урологија кај двајца пациенти со хронична бубрежна слабост кои со години беа на дијализа.

-Трансплантацијата е успешна. Ова е голем ден за нас. Посебен по многу нешта. Би сакале најпрво да се заблагодариме на семејството на донорот. Да се донесе одлука да се даруваат органи во моментот кога го губите саканиот, е тешко. Незамисливо тешко. Потребно е многу сила, многу љубов и многу хуманост да мислите на нечиј туѓ живот во моменти кога знаете дека сте го изгубиле најблискиот. И за ова сме им бескрајно благодарни. Тие се се хероите на оваа приказна. Би сакал да им се заблагодарам на лекарите од јавното и приватното здравство, медицинските сестри, координаторите и сите оние кои тимски ја направија трансплантацијата. Ова е огромен успех за македонското здравство, порача министерот Филипче ден по извршената интервенција, прва од ваков вид во земјата.

На експлантацијата работеа д-р Марјан Шокаровски и д-р Александар Колевски од Клиниката за државна кардиохирургија, д-р Александар Николиќ од Ацибадем Систина, а од КАРИЛ анестезијата ја водеа д-р Маја Мојсова - Мијовска, д-р Весна Дурнев и д-р Билјана Андоновска.

Трансплантацијата на срцето ја работеа проф. д-р Сашко Јовев и академик Жан Митрев заедно со д-р Васил Папестиев, д-р Марјан Шокаровски, д-р Вангел Здравески, д-р Кјутим Целили, д-р Тања Ангешева, д-р Никола Христов, д-р Стефанија Хациевска, д-р Надица Мехмедовиќ, д-р Весна Миташова, д-р Јасмина Илиевска, д-р Марија Гераковска и д-р Димче Славевски од Ацибадем Систина.

Првата трансплантација на срце во координација со министерот за здравство Венко Филипче ја започна и ја водеше националниот координатор за трансплантација д-р Маја Мојсова Мијовска. Таа со својот тим болнички координатори д-р Билјана Андоновска, д-р Весна Дурнев и Адријана Георгиев од Министерството за здравство ја процесираа пациентката во мозочна смрт и ги направија сите лекарски, технички и административни подготовки, за да се започне со трансплантацијата на срце и бубрези.

Донорот Емилија Динева, од Дојран на возраст од 43 години, е жената која доживеала сообраќајна незгода, по што четири дена била во кома. Лекарите прогласиле мозочна смрт, по што дошле на идеја да се побараат органите за донација, а семејството одлучило да ги подари.

Динева е мајка на две деца, а неодамна станала и баба, кога нејзината ќерка го родила првото внуче. Нејзините најблиски, на социјалните медиуми, споделуваат најдобри спомени за неа, а велат, и таа би била задоволна што спасила неколку животи.



Трансплантација на бубрези кај двајца пациенти

На Клиниката за урологија трансплантација на бубрези кај двајца пациенти ја извршија лекарски тимови под раководство на д-р Сашо Дохчев, д-р Сотир Ставридис, д-р Јосиф Јанчулев, д-р Александар Трифуновски, д-р Александар Јосифов и анестезиологот Александра Гавриловска од КАРИЛ, како и проф. Гоце Спасовски, д-р Ирена Рамбабова Бушљетиќ и д-р Светлана Павлеска од Клиниката за нефрологија.

Кај еден од трансплантираните пациенти, за жал, организмот не го прифати донираните орган.

Во оваа постапка беа вклучени и лекарите од Институтот за трансфузиона медицина кои ја направија комплетната обработка за совпаѓање на донорот и на реципиентите на органи, лекарите од Институтот за радиологија кои ги направија потребните снимања, како и лекарите од Клиниката за нефрологија кои ги водеа и подготвија за трансплантација пациентите на дијализа. Пациентите кои ги добија органите беа избрани од националните листи за чекање за срце и бубрези, според медицински утврдени критериуми за совпаѓање кои ги изготви и со кои раководи Министерството за здравство.

„Овој зафат не само што претставува круна во кардиохирургијата во нашата земја, туку претставува и процес на заокружување на лекувањето на терминалната срцева слабост. Трансплантацијата на срце, иако најретко може да го добиеме, е можеби најдобар одговор“, изјави **проф. д-р Сашко Јовев**, кој изрази надеж дека ваквите процеси ќе продолжат и во иднина и ќе имаме уште повеќе донори, за да спасиме уште повеќе животи.

Националниот координатор за трансплантација, **доц. д-р Маја Мојсова**, истакна дека трансплантацијата немаше да биде успешна, доколку семејството не ги донираше органите.

„Нашiot закон е јасен. Сите сме донори доколку не се изјасниме во текот на животот дека не сме, и тоа на писмено кај нотар. Но, во суштина сепак семејството го дава последниот збор и затоа многу треба да вложиме и во едукација, не само на медицинскиот кадар, туку и на граѓаните и општеството за тоа што значи органодарителство по смртта. Не значи дека секој од нас ќе биде дарител, но доколку нешто ни се случи и притоа завршиме со мозочна смрт може да спасиме нечиј живот, изјави Мојсова. Таа нагласи дека нема подобра од кампања за донаторство, кога лично и семејствата на тие што примаат и на тие што донираат би ја раскажале својата приказна.



Академик д-р Жан Митрев од Клиниката „Жан Митрев“ изјави дека ова беше неминовно и мораше да се случи. Се заблагодари на Филипче, затоа што ги сплотил, а целта е една - да се лекуваат пациентите. Тој нагласува дека сето ова е една голема, успешна приказна. Според него, досега имало многу малку разбирање за овој проблем.

„Од минатата година за првпат во Македонија се дозволи вградување на вештачки срца, што беше првиот исчекор кон ова. Се покажа дека ги имаме сите капацитети и можности. Сакам да се заблагодарам на министерот Филипче, кој не организира и сплоти со една цел - да ги лекуваме пациентите, изјави д-р Митрев.

За **д-р Александар Николиќ** од Ацибадем Систина ова е еден од најзначајните чекори во македонската медицина и навистина историски ден.

Нови изданија

“Дијабетична кардиомиопатија - Ехокардиографски и клинички карактеристики” од д-р С. Митровска и д-р С. Јованова

Монографијата „Дијабетична кардиомиопатија - Ехокардиографски и клинички карактеристики“ од сци.д-р Славица Митровска и проф. д-р Силвана Јованова, анализира ендокринолошки проблем од кардиолошка гледна точка, давајќи јасен и концизен преглед на структурните и функционалните карактеристики на левата комора кај пациенти со дијабетес мелитус тип 2.

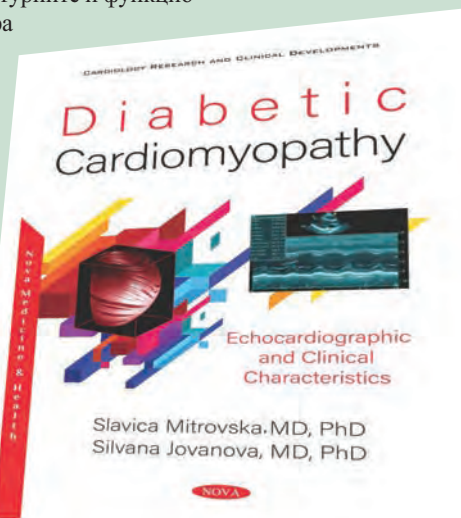
Монографијата се состои од неколку поглавја во кои детално се објаснети молекуларните механизми во метаболизмот на гликозата и масните, како и комплексните метаболични реакции во развојот на дијабетичната кардиомиопатија. Тука се вклучени процесите на хипергликемија, дислипидемија, обезноста, зголемиениот оксидативен стрес и нивното влијание врз функцијата на левата комора.

Даден е целосен осврт на ехокардиографските карактеристики на промените на левата комора кај пациентите со дијабетес, со примена на конвенционалните и современите ехокардио-

графски техники, како и нивната корелација со антропометријските и биохемиските параметри.

Акцентирано е значењето на навремената дијагностика на субклиничките отстапки во функцијата на левата комора и истовремено е потенциран ефектот од навремената корекција на сите потенцијални фактори на ризик од развој на кардиоваскуларни заболувања, со цел превенирање на развој на срцева слабост.

Авторите укажуваат дека оваа монографија може да ја најде својата примена не само во секојдневната практика на кардиолозите, туку ќе биде корисна и за ендокринолозите и за докторите од семејна медицина. Исто така, трудот има за цел да ја подигне здравствената едукација на пациентите со срцеви заболувања, пациентите со дијабетес мелитус тип 2, хиперлипидемија и со вишок килограми.



ТЕСТИРАЈ ГО СВОЕТО ЗНАЕЊЕ

Уредува проф. д-р Катица Зафировска

Серотонински синдром поради интеракција на лекови

Приказ на случајот:

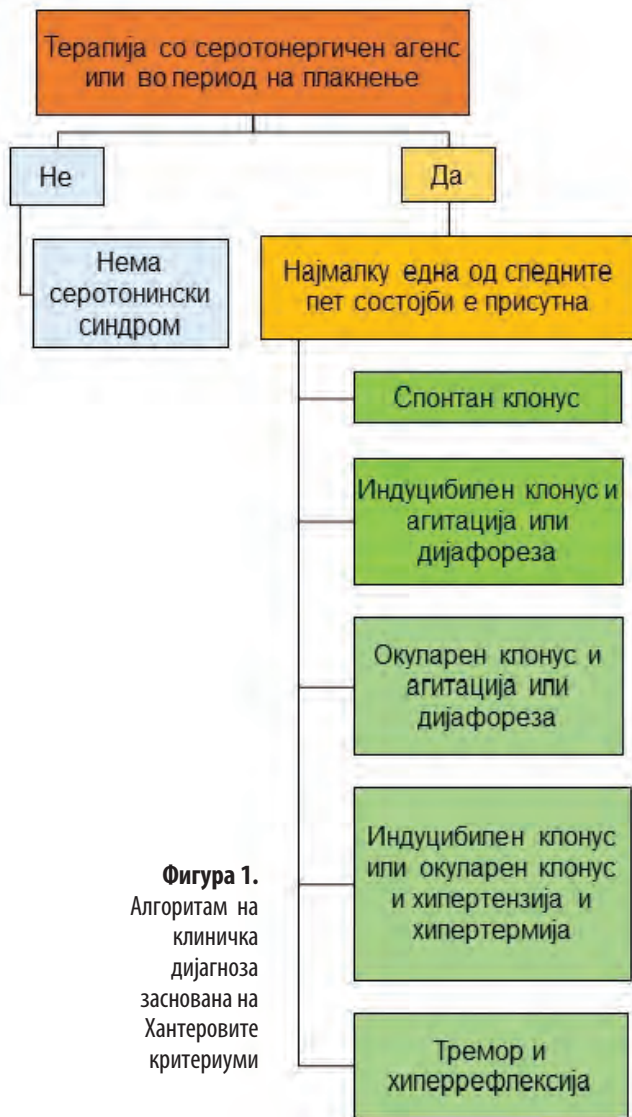
Жена на 64 години го консултира матичниот лекар поради често и ургентно мокрење, печење при мокрењето и непријатна миризба на мочката од пред еден ден. Земала увин чај, но тегобите не се намалиле. Матичниот лекар ѝ препишува таблети ципрофлоксацин од 500 мг на 12 часа. Освен оваа терапија, пациентката прима и есциталопрам 10 мг/ден од пред 6 месеци, откако ѝ починал сопругот и со

лековите има добро контролирана хипертензија и дислипидемија – комбинирана двојна терапија за хипертензијата (лизиноприл/ хидрохлоротиазид - 20мг/12.5мг) и аторвастатин 20 мг/ден за дислипидемијата. По втората доза на ципрофлоксацин тегобите со мокрењето речиси се отсутни, но почнува да чувствува страв и вознемиреност, а ѝ се јавува гадење и повраќање, кои пациентката ги поврзува со земањето на кинолонон, поради што самата зема од „домашната аптека“ таблета метоклопрамид од 10 мг.

По околу четири часа, се јавува засилено чувство на страв и немир, гадење, силно тресење на телото, треперење и неконтролирани движења на мускулите на нозете, „играње“ на очите поради што не може јасно да гледа, забрзана срцева работа и конфузија. Со итна медицинска служба е однесена во невролошка амбуланта каде е утврдено дека има хипер-рефлексија со спонтан клонус на долните екстремитети, окуларен клонус, хипертензија – 150/110 и тахикардија – 102/мин, немирна е и конфузна.

Откако ги добил податоците за тоа кои лекови ги прима пациентката, неврологот поставува сомневање за серотонински синдром. Појавата на синдромот е последица на интеракција на селективниот инхибитор на повторното преземање на серотонинот (есциталопрам) со:

- 1 Лизиноприл/хидрохлоротиазид
- 2 Лизиноприл/хидрохлоротиазид и аторвастатин
- 3 Ципрофлоксацин
- 4 Метоклопрамид
- 5 Ципрофлоксацин и метоклопрамид



пот е фокусиран на одржување на нивното животно здравје. Двете главни животнозаставачки состојби се ритмичката и хипертермијата (температура над 40°C која е предизвикана од мускулниот ритмички ритм), што може да доведе до хиповолемија. Овие пациенти треба да се седират, парализирани и интубирани. Се применуваат стандардните методи на ладнење, а антипиретичките немаат улога во третманот. Ципрофлоксацин, инхибитор на повторното преземање на серотонинот, не е препорачан поради неговите кардиотоксични ефекти кои се даваат кај најтежките случаи и барат, освен поединечните прикази на случај, допопозитивни и интубирани. Двете главни животнозаставачки состојби се ритмичката и хипертермијата (температура над 40°C која е предизвикана од мускулниот ритмички ритм), што може да доведе до хиповолемија. Овие пациенти треба да се седират, парализирани и интубирани. Се применуваат стандардните методи на ладнење, а антипиретичките немаат улога во третманот. Ципрофлоксацин, инхибитор на повторното преземање на серотонинот, не е препорачан поради неговите кардиотоксични ефекти кои се даваат кај најтежките случаи и барат, освен поединечните прикази на случај, допопозитивни и интубирани. Двете главни животнозаставачки состојби се ритмичката и хипертермијата (температура над 40°C која е предизвикана од мускулниот ритмички ритм), што може да доведе до хиповолемија. Овие пациенти треба да се седират, парализирани и интубирани. Се применуваат стандардните методи на ладнење, а антипиретичките немаат улога во третманот. Ципрофлоксацин, инхибитор на повторното преземање на серотонинот, не е препорачан поради неговите кардиотоксични ефекти кои се даваат кај најтежките случаи и барат, освен поединечните прикази на случај, допопозитивни и интубирани.

Новини од медицина

НИВОТО НА ВИТАМИН D ВЛИЈАЕ ВРЗ МОРТАЛИТЕТОТ ОД COVID-19

Анализата на податоци на пациенти од 10 земји потврдила поврзаност со ниското ниво на витаминот D со хиперактивност на нивниот имун систем. Витаминот D го зајакнува имунитетот и го превенира преактивниот имун одговор. Ова може да ги објасни неколкуте мистерии поврзани со COVID-19, вклучувајќи и зашто децата може да настрадаат од ова заболување. Оваа студија, исто така утврдила сигнификантна корелација помеѓу дефицит на витамин D со морталитетот на заболелите.

Студијата е базирана на статистичка анализа на податоци од болници и клиници од Кина, Франција, Германија, Италија, Иран, Јужна Кореа, Шпанија, Швајцарија, Велика Британија и Обединетите Американски Држави. Пациентите од земји со висок COVID-19 морталитет, како Италија, Шпанија, Велика Британија, имале значително помали вредности на витамин D во споредба со пациенти од земјите каде немало висок морталитет. Ова не значи дека секој, а особено не оние луѓе кои немаат недостаток на овој витамин, да почнат да складираат суплементи или, пак, ги употребуваат редовно. За тоа се потребни дополнителни студии кои ќе посветат особено внимание на механизмите на смртност, а со тоа би тербало да доведат и до нови терапевтски индикации за пошироката примена на овој витамин.

medRxiv, Posted April 30, 2020

НАЈДОБРИТЕ РАЧНО НАПРАВЕНИ МАСКИ СЕ ОД КОМБИНАЦИЈА НА ДВЕ ТКАЕНИНИ

Носењето маски во јавните простори станува задолжително во повеќето држави низ светот. Со оглед дека N95 and хируршките маски се тешко дос-

тапни, и воглавно се за здравствените работници, многумина се решеаат истите да ги прават рачно од најразлични материјали. Но, не сите ги имаат и посакуваните заштитни карактеристики.

SARS-CoV-2, новиот корона вирус што предизвикува COVID-19, воглавно се разнесува преку респираторните капки при кашлање, кивање, говорење или пак дишење. Овие капки се со различна големина, но и најмалите т.н. аеросоли, може да се протнат низ празнините помеѓу ткаенините влакна, што предизвикува и сомнеж дали заштитните маски навистина може да помогнат во превенцијата на болести. Во една неодамнешна студија научниците ги испитувале способностите на различни поединечни ткаенини, како и нивните комбинации, да ги филтрираат аеросолите со големина на респираторните капки. За ова, користена е комора што произвела честички во големина од 10 nm до 6 µm дијаметар. Со помош на вентилатор со брзина на брзината на човековото дишење при мирување, аеросолните честички биле распрснати врз различни ткаенини, по што нивниот број и големина биле измерени во воздухот пред и по минувањето низ ткаенините.

Еден слој на густо ткаен памучен чаршав во комбинација со два слоја на полистер-спандекс шифон (материјал што вообичаено се користи за вечерни и матурски тоалети) се покажал како најдобар во филтрацијата на аеросолните честички (80-99%, во зависност од големината на честичките) што е многу блиску до ефикасноста на материјалот што се користи во производството на N95 маските. Заклучокот е дека густо ткаени материјали, како памучните, делуваат како механичка бариера на честички, додека ткаенините кои имаат статички полнеж, како шифонот и природната свила, служат како елестеростатичка бариера. Со други зборови, доколку се решите самите да си направите маска, комбинацијата на памук со свила или шифон е најефективна, не само во филтрирањето на аеросолните честички но, ви дава и дополнителна можност да бидете креативни!

*ACS Nano, 2020;
DOI: 10.1021/acsnano.0c03252*

ГУБИТОКОТ НА МИРИС И ВКУС СЕ ЗНАЦИ ЗА ПОДОБАР ИСХОД НА COVID-19

Губитокот на мирис и вкус се сигурни знаци на сензорен губиток поврзан со COVID-19. Една од поновите студии по прв пат документира дека губитокот на овие два осета ја зголемуваат 10 пати повеќе веројатноста за дијагноза на COVID-19 и, заедно со покачената температура и уморот се и најчестите првични знаци на оваа инфекција.

Студијата влучила 1.480 пациенти со симптоми на настинка и загриженост за потенцијална COVID-19 инфекција, поради што и биле тестирани во UC San Diego Health од 3-ти до 29-ти март 2020. Од нив, вкупно 102 пациенти биле позитивни на вирусот, а 1.378 имале негативен тест.

Студијата, исто така, влучила одговори од 59 COVID-19-позитивни и 203 COVID-19-негативни пациенти и документирала дека значително зголемената инциденца на губиток на сензорните осети е специфична за пациентите позитивни на COVID-19.

За одбележување е дека луѓето кои забележале промени на мирисот и вкусот, овие промени се должеле на значителен губиток на осетите.

Но, закрепнувањето на сетилата бил висок и нивниот мирис и вкус се повратил во просек од 2-4 недели по инфекцијата и тоа, во времето на потполно оздравување. Интересно, луѓето кои се жалеле на гребене на грлото, најчесто имале негативен тест за COVID-19.

Препораките од оваа студија се дека губитокот на сетилата за вкус и мирис може да служи како скрининг за посетителите и медицинскиот персонал, како и клинички симптом за тестирање на пациентите кои би можеле да бидат позитивни на вирусот.

*International Forum of Allergy &
Rhinology, 2020;
DOI: 10.1002/alar.22579*

НОВИ ПРЕПОРАКИ ЗА COVID-19 И НЕГА ПО МОЗОЧЕН УДАР

Вирусот може да го зголеми ризикот за мозочен удар кај некои од заразени-те пациенти, а може да биде и еден од првите симптоми на заболувањето. По внимателно следење на поврзаноста помеѓу COVID-19 и акутен исхемичен мозочен удар, над 40-тина нови препораки за неџа на овие пациенти се публикувани од страна на интернационален консорциум.

Кај COVID-19 пациентите има зголемена крвна коагулација, што придонесува кон покачен ризик за мозочен удар. Помладите луѓе без претходни ризични фактори за мозочен удар развиваат исхемичен мозочен удар, како резултат на формирањето на артериски тромбови, најверојатно поврзани директно со COVID-19 инфекцијата. Во просек, мозочниот удар се појавува по 10 дена од инфекцијата, но во поедини случаеви, може да е и првиот, иницијален симптом на инфекцијата. Како таков, не е зачудувачки дека доведува и до ургентен болнички прием. Со оглед на инфективноста на овие болни, овие препораки имаат за цел да се поведе сметка како за здравјето на овие пациенти, така и за здравјето на медицинскиот персонал кој ги лечи и негува.

Медицинските работници кои се вклучени во неџата на овие пациенти се под зголемен ризик да бидат инфицирани, и ова изискува преземање на превентивни мерки во време кога бројот на медицински персонал со директен контакт со овие пациенти се намалува. Препораките содржат упатства за секој сомнителен COVID-19 пациент со мозочен удар да биде третиран како да е инфициран и целата опрема околу нивната неџа да биде дезинфекцирана. Доколку пациентот со мозочен удар се сомнева дека има COVID-19, СТ на градниот кош ќе помогне да се утврди присуство на карактеристичната белодробна инфекција.

International Journal of Stroke,
2020; 174749302092323
DOI: 10.1177/1747493020923234

ДНЕВНОТО ПИЕЊЕ ШЕЌЕРНИ НАПИТОЦИ МОЖЕ ДА Е ПОВРЗАНО СО ЦЕРЕБРОВАСКУЛАРНИ ЗАБОЛУВАЊА КАЈ ЖЕНИ

Во студија на просветни работници од Калифорнија, дневното конзумирање на еден или повеќе засладени пијалоци дневно било поврзано со 20% поголем ризик за кардиоваскуларно заболување во споредба со тие што ретко или пак никогаш не конзумирале засладени пијалоци. Во оваа студија биле вклучени само жени.

Дневното конзумирање на овошни сокови со шеќерен додаток придонело дури и до 42% зголемен ризик за кардиоваскуларно заболување во споредба со жени кои никогаш, или пак ретко пиеле вакви напитки.

Оваа студија започнала во 1995 година, и вклучила повеќе од 106.000 жени со средна возраст од 52 години, а кои немале дијагноза на срцево заболување, мозочен удар или дијабетес во почетокот на испитувањето.

Учесничките пополниле прашалник колку и што пиеле. Државниот регистер за болничка хоспитализација бил користен за да се утврди дали некоја од жените имала срцев и/или мозочен удар или, пак, хируршка интервенција за запушени артерии.

Жените кои имале највисок внес на засладени пијалоци биле помлади, пушачи, гојазни, и помалку конзумирале здрава храна.

Journal of the American Heart Association, 2020;
DOI: 10.1161/JAHA.119.014883

ТОА ШТО НЕ ГО ГЛЕДАМЕ ЌЕ НИ ПОМОГНЕ ДА ГО НАЈДЕМЕ

Последниот пат кога во брзина баравте нешто и не можевте да го најдете, сигурно мислевте на бојата на предметот, неговата големина или пак формата. Но, карактеристиките на предметот, таканаречените латентните физички карактеристики, имаат исто

така голема улога во оваа потрага. Така, кога испитаниците биле запрашани да идентифицираат поедини предмет во мноштво на распрснат неред на предмети, оние кои мислеле на латентните карактеристики на предметите, како на пр. мекоост или тврдоост, биле за 20% побрзи во изнаоѓањето на предметот отколку оние кои се ослонувале само на бојата, формата или пак големината.

Луѓето, на пример, од искуство знаат дека јајцата се лесни и кршливи, додека конзервите се тврди и тешки. Во продавница, при пакувањето, ги ставаме тешките конзерви на дното на торбите, а фрагилните јајца најодозгора.

Иако не можеме да ја видиме фрагилноста или тежината, ние инхерентно ги знаеме овие карактеристики, но, не знаеме дали ќе ни помогне и да ги најдеме предметите кога брзаеме, на пр. клучеви, торба, шамија и сл.

Во оваа студија, во серија на визуални експерименти, луѓето биле замолени да алоцираат предмети во секојдневниот неред, и цврстината на предметот била применета како една од карактеристиките.

Учесниците и незнајчи го користеле ова својство и го лоцирале бараниот предмет многу побргу но, ниту еден од нив не регистрирал дека бил свесен за релевантноста на оваа карактеристика. Така на пр. кога барале наметка, учесниците не го губеле времето во пребарување на тешки предмети туку се фокусирале на тие кои биле меки на пр. алишта, постелнина, крпи и сл. Доколку имало поголем неред, толку оваа способност доаѓала до израз.

Journal of Experimental Psychology: General, 2020;
DOI: 10.1037/xge0000776

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

Регион

ХРВАТСКА

Хрватска имаше најстроги мерки на светот



Сите европски земји спроведуваа помалку или повеќе слични противепидемски мерки и имаа слични сценарија на „заклучување“ и „отклучување“. Истражувањето на Универзитетот во Оксфорд за строгоста на мерките на одделните држави покажува дека Хрватска по многу нешта била поригорозна од другите, но и дека побргу ги попустила мерките кои кон крајот на мај беа многу послаби отколку во многу други земји.

Првите два смртни случаи од ковид-19 се евидентирани во Италија на 23 февруари, а два дена подоцна е регистриран првиот случај на инфекција во хрватска. Европската унија на 2 март го крена ризикот од корона вирусот од умерен на висок, а во наредните денови во северна Италија, која најмногу беше погодена од епидемијата почнаа да се воведуваат строги противепидемски мерки.

На 20 февруари хрватската Влада основа Седиште за цивилна заштита, а потоа донесе и одлука за основање на карантин во Инфективната клиника во Загреб. Набргу беа засилен надзорот на граничните премини кон Италија, а беше воведена и самоизолацијата за сите патници опфатени со инфекцијата. Во почетокот на март се издадени препораки за лицата постари од 60 години и хроничните болни, додека епидемијата на територијата на цела Хрватска е прогласена на 13 март. Три дена подоцна е прекината наставата, а со скратено работно време беа продавниците и најнеопходните служби. Напуштањето на местото на живеење беше можно само со посебни пропусници.

Кон крајот на март, според истражувањето на Универзитетот Оксфорд, Хрватска имаше најрестриктивни мерки во светот за сузбивање на коронавирусот во однос на бројот на инфицираните а рамо до рамо и беа Србија, Сирија и Катар. Во истражувањето предвид беа земени 11 индикатори на владиниот одговор на пандемијата: затворање училишта, деловни простори, забрани на јавни собири, прекин на јавниот превоз, информативни кампањи за населението, забрана на патување во земјата, рестрикции на меѓународните патувања, фискални и монетарни мерки, вложување во здравствениот систем ...

Месец дена подоцна, на 27 април, со подобрувањето на епидемиолошката состојба почна со попуштање на противепидемските мерки во три фази: отворање на продавниците (исклучок се оние во трговските центри), почнување на градскиот превоз и овозможување на одделни спортски тренинзи, некои услужни дејности, библиотеки, книжарници, музеи и галерии. Во втората фаза на попуштање, од 4 мај здравствениот систем почнува да работи со полн капацитет, а отворени се фризерските и козметичките салони. Во третата фаза, од 11 мај, повторно се дозволува собирање до десет лица, работење на трговските центри, градинките, училиштата.

Под посебни услови е дозволено работењето на угостителските објекти и е воспоставен градскиот и меѓуградскиот превоз.

“ Љечничке новине ”

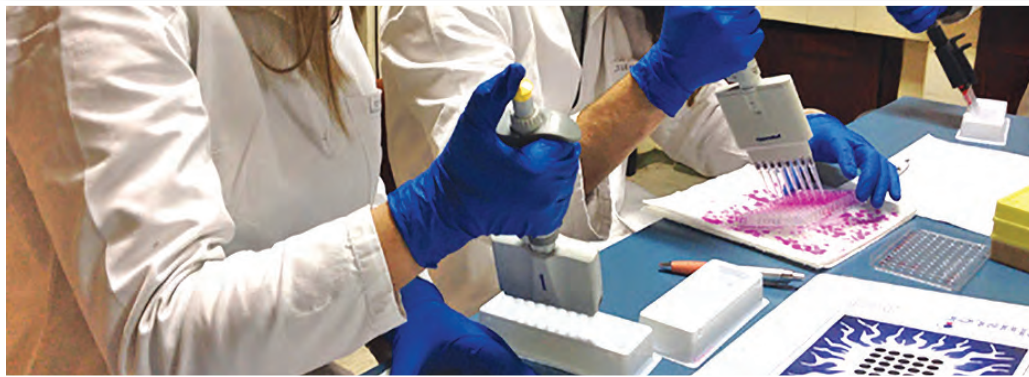
Во КСЦ е отворена нова лабораторија една од петте такви во светот

СРБИЈА

Клиничкиот центар во Србија отвори нова централна лабораторија во рамките на Центарот на медицинска биохемија која е една од петте најмодерни лаборатории во светот.

„Работиме на три основни насоки на промени на здравствениот систем што е важно и за граѓаните и за вработените. Најнапред тоа е изградбата на нова и реконструкција на постоечката инфраструктура, подобрување на условите за работа во здравствениот систем и условите за лекување на граѓаните, како и зголемување на платите и вработување на нов кадар“, изјави премиерката на Србија, Ана Брнабиќ.

Новата лабораторија во КСЦ ја посети министерот за здравство Златибор Лончар кој посебно и се заблагодари на американската компанија Абот која вложила милион ипол евра во нејзино екипирање. Тој објасни дека постојат



само четири лаборатории на тоа ниво и тоа, во Германија, Англија, Белгија и Израел. „Лабораторијата ќе значи многу за вработените и ќе им обезбеди максимални услови за работа. Таа, како централна лабораторија ќе работи 24 часа и ќе го опслужува целиот Клинички центар“, истакна Лончар.

В.Д. директорот на КСЦ, Милика Ашани, објаснувајќи ги важностите на новата лабораторија истакна на можноста да се обработат 1500 епрувети во еден час и да се направат 5.000 анализи. (РТС)

Словенија прва во Европа прогласи крај на епидемијата на корона вирусот

СЛОВЕНИЈА

Владата на Словенија на 15 мај официјално прогласи крај на епидемијата на корона вирусот и со тоа стана прва во Европа што стори такво нешто откако властите потврдија помалку од

седум случаи дневно во текот на две седмици.

Одлуката Владата ја донесе доцна вечерта, на 15 мај.

Граѓаните кои доаѓаат во Словенија

од другите земји од Европската унија нема да бидат обврзани да бидат најмалку седум дена во карантин, додека оние кои доаѓаат од земјите вон ЕУ ќе бидат обврзани да бидат во карантин 14 дена.

Словенија која има околу два милиони жители, официјално имаше пријавено 1.464 случаи со корона вирус и 103 починати.

Крајот на епидемијата значи дека некои од мерките, вклучувајќи ја и финансиската помош за граѓаните и компаниите ја укинуваат кон крајот на мај. Владата тогаш одлучи и странските државјани кои покажуваат знаци на инфекција да не може да влезат во земјата. Инаку, епидемијата беше прогласена на 12 март.



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 потоа, беше од суштинско и неопходно значење.

Во рубриката „За првите доајени на Медицинскиот факултет во Скопје“ „Vox medici“ ја продолжува традицијата за расветлување на историската улога и придонес на лекарите и групи стручњаци-наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиници и катедри во новоформираните Медицински факултети во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од 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 истражување на расположливи архивски и други материјали, јубилејни публикации и стручно-научна литература, слики и документи за верификација на историските факти и случувања, да дадат придонес во оваа секција/рубрика со написи заради расветлување на денешната историја на медицината и оддавање должна почта и признание на првите наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.



Христо ДУМА

Професор и основоположник на современата македонска педијатриска генетика и молекуларна биологија

„Пријатели, го изгубив генот!“ – извикал Римскиот цар Тиј една вечер кога во тој ден не најправил нишу едно добро на никој. – Лаинска договорка

Д-р Христо Дума е роден во Битола на 8.11.1919 г. како второ од две деца (Елпиди и Христо), во лекарско семејство, од мајка Донка (Домника) и татко д-р Александар Дума. Основно образование и гимназија завршил во Битола. Медицински студии започнал во Белград во 1937 г., за првите три години, а по прекинот од четири години, поради воените услови и учество во НОБ, продолжил и дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Белград во 1948 г., каде завршил и специјализација по педијатрија во 1953 г.

Својата животна сопатничка, Васка Бакалинова од Битола, професор по македонски јазик и литература, ја запознал по завршувањето на војната, во Охрид, каде таа работела како наставник во гимназијата. Стапиле во брак на 16.09.1947 г. Во бракот се родиле две машки деца: Алексеј, професор по судска медицина и криминалистика на МФ-Скопје и основач и прв претседател на Лекарската комора на Македонија, сега во пензија; и Филип, професор по педијатрија на Клиниката за детски болести при МФ-Скопје. Двајца внуци на проф. Х. Дума, Христијан и Ирена, се дипломирани лекари, како четврта генерација во семејната традиција.

Д-р Х. Дума остварил професионален едногодишен престој во Париз (1953-54), а од 1954-56 г. бил управник на Општата болница во Битола. Во

1956 г. бил избран за асистент на Клиниката за педијатрија, а во 1957 г. за универзитетски предавач и бил назначен за в.д. раководител на Клиниката за детски болести при МФ-Скопје. Во звање доцент бил избран во 1958 г., вонреден професор во 1964 г. (реизбран во 1969 г.) и професор во 1971 г.

Проф. Х. Дума раководел со Клиниката за детски болести од 1957-75 г. Бил продекан (1961-63) и декан на МФ-Скопје (1969-71).

Проф. д-р Христо Дума почина во Скопје на 9.01.2009 г., на возраст од 89 години.

Лекар хуманист, наставник и едукатор

По дипломирањето на МФ-Белград, во 1948 г., се вработил во Болницата во Битола од каде започнал специјализација по педијатрија. Голем дел од специјалистичкиот турнус, во траење од 18 месеци, реализирал во Клиниката за детски болести во МФ-Белград (кај проф. Матија Амброжик), а специјалистичкиот испит го положил во 1953 г. Потоа, како лекар специјалист по педијатрија, остварил едногодишен престој во Париз, во Клиниката за детски болести (Clinique des maladies infantiles). Притоа, воспоставил тесна соработка во повеќе научни проекти, посебно во областа на педијатриската хематологија и лекувањето на леукемиите во детската возраст, со познатите професори Жулије Мари (Julien Marie), Роберт Дебре (Robert Debre) и други еминентни имиња во центарот на педијатриската мисла и пракса во Европа и светот во тој период - Париз, Франција, со последователна размена на посети и испраќање повеќе лекари од Клиниката на стручно усовршување во Париз.

Во периодот од 1954-56 г. бил шеф на



Дел од кадрите во Клиниката за детски болести при МФ-Скопје, 1971 г. Од лево, прв ред: проф. Душко Теодосиевски, доц. Марија Страла-Делицакова, проф. д-р Аврам Садикарио, проф. д-р Жули Мари (Julien Marie), проф. Христо Дума, д-р Радмила Котевска и доц. д-р Васка Донева

Одделението за детски болести и управник на Болницата во Битола. Организиран редовно одржување

стручни и семинарски болнички состави и формирал централна лабораторија на кој начин придонел за подигнување на севкупната стручна работа на битолската Болница.

Во 1956 г. бил избран за асистент и се вработил во Клиниката за детски болести при МФ-Скопје. Теоретската настава по предметот педијатрија од 1950-57 ја реализирал доц. Харалампие Манчев. Во 1957 г., асис. д-р Х. Дума хабилиитирал со одбрана на трудот: „За некои проблеми на раната дијагноза и терапија на туберкулозниот менингит со посебен осврт на вредноста на ликворната цитодијагностика и оправданоста на интратекално аплицирање на туберкулозостатиците“ и бил избран за универзитетски предавач. Во истата, 1957 г., бил поставен на чело на Клиниката и на Катедрата за педијатрија. Во звање доцент бил избран во 1958 г., потоа вонр. професор во 1964 г. (реизбран 1969 г.) и редовен професор во 1971 г. Од 1965 г. организирал и раководел со отворени стручни состаноци со прикази на педијатриска казуистика и постигнати резултати, трипати неделно, со цел за едукација на лекарите на специјализација и подигање на стручниот и научен потенцијал на соработниците и наставниците на Клиниката. По пензионирањето во 1976 г. продолжил со

својата наставна активност во рамките на постдипломските студии на МФ-Скопје, како одговорен наставник по предметот молекуларна биологија и хумана генетика, до 1989 г.

Иницијатор, организатор и општественик

По двегодишно успешно раководење на Болницата во Битола, како талентиран организатор на стручните активности и на административно-финансиските работи, д-р Х. Дума се придружил на Клиниката за детски болести при МФ-Скопје во 1956 г. Клиниката за детски болести, при нејзиното формирање во 1947 г. и првите неколку години потоа, имала 60 болнички кревети сместени во скромни услови, распределени во две одделенија: за доенче и за поголемо дете. Прв директор на Клиниката бил доц. Харалампие Манчев (1947-57 г.), а првите двајца асистенти биле д-р Милош Јаковлевски и д-р Душан Теодосиевски.

Во 1957 г. Клиниката за детски болести била преселена во новоизградената зграда на интерните клиника, со повеќе од 100 болнички кревети и 6 лекари специјалисти по педијатрија. Креветите биле распределени во три одделенија (за доенчиња, за деца од 2-3 г. и за предучилишни и училишни деца). Раководители на одделенијата биле доцентите, подоцна професори, Христо Дума, Аврам Садикарио и Душан Теодосиевски. Во истата година д-р Х. Дума бил назначен за в.д. управник, потоа директор, на Клиниката за детски болести. Тогаш започнал период на забрзано созревање и модернизација на ова клиника. Негова основна ориентација и цел била педијатријата и Клиниката за детски болести да остане како една целина, а не да се дели во посебни клиника. Притоа, со порастот на бројот на лекарите специјалисти во 1960-те, во рамките на трите посебни одделенија започнале да се диференцираат посебни оддели: кардиологија, метаболизам, пулмологија, хематологија, гастроентерологија и нефрологија, како и формирање соодветни амбуланти. Покрај професорите Х. Дума, А. Садикарио и Д. Теодосиевски, стручниот потенцијал на Клиниката го зајакнувале и повеќе искусни лекари специјалисти по педијатрија, повеќето од



Семејството Дума, Скопје 1985 г., Христо со сопругата Васка и синовите Алексеј и Филип

Доајени



Проф. Христо Дума
со сопругата Васка,
Скопје 2008 г.

нив избрани во доценти, потоа професори: Марија Страла-Делицакова, Васка Донева, Ратка Влашки, Будимир Младеновски, Радмила Котевска и Ѓорѓи Грозданов, а во лабораторијата м-р Милка Андреевска. По земјотресот во Скопје, во 1963 г., условите за работа на Клиниката се влошиле, со работа под шатори и во бараките на поранешното Средно медицинско училиште. Оштетената зграда на Клиниката била санирана и проширена, со капацитет од над 250 кревети. Голем број од вкупно 20-тина лекари биле испратени на повеќемесечни престои за специјализација во Белград и други педијатриски центри во СФР Југославија, а повеќе специјалисти, подоцна професори, оствариле подолги престои во Париз и други европски центри: Илија Бојациев, Вулнет Старова, Никола Софијанов, Никола Зисовски и др.

Укажувајќи на достигнувањата на проф. Х. Дума, треба да се истакне современата реорганизација на Клиниката во европски стил, со воведување на стручни супспецијалисти, како и организирање и оживување на клиничката повеќедимензионална лабораторија со педијатриска ориентација. Посебно значајно е основањето на хематолошко-цитолошката лабораторија, која истовремено била и солидна биохемиска лабораторија, со можности за испитување на ензими, аминокиселини, електролити, протеински фракции и др.

Организираше и посебна цитогенетска лабораторија и придонел за истражување и диференцијација на хемоглобинопатиите. Притоа настојувал да формира соодветни кадри подготвени да решаваат генетички проблеми во одредени важни области на детската патологија. Проф. Х. Дума посебно укажувал и се залагал за воведување на информатиката и добрата статистика во секојдневната работа на Клиниката за детски болести. Придонел и за диференцирањето на педијатриската радиологија, во соработка со Институтот за радиологија и онкологија, од што имале корист и педијатрите и радиолозите, но и МФ-Скопје во целина. Нивото на Клиниката го издигнал многу високо и создал школа за слободна дискусија и поддршка на личните иницијативи и творечката работа на помладите колеги и соработници, од која школа произлегле многубројни добри специјалисти и наставници. Клиниката за детски болести во тој период прераснала во современа здравствена установа согласно европските стандарди и пракса во дијагностиката и третманот на болестите кај детската популација во Македонија и пошироко и била една од водечките во СФР Југославија, посебно во областа на детската хематологија, молекуларната биологија и генетиката.

Покрај извршувањето на многу други општествени и управни функции, проф. Х. Дума бил продекан (1961-63) и

декан на МФ-Скопје (1969-71). Учествовал во работата и на бројни високи републички и сојузни форуми. Бил избран во раководните тела на СКЈ и други општествени организации и член на разни тела и одбори во МФ и Универзитетот во Скопје. Бил активен соработник и член на Управниот одбор на МЛД (1971-81), на Секцијата на педијатрите на Македонија и на Здружението на педијатрите на Југославија.

Проф. Х. Дума раководел со Клиниката за детски болести од 1957-75 г., кога се повлекол од раководната позиција од здравствени причини (прележан инфаркт), една година пред пензионирањето во 1976 г.

Научно-истражувачка, публицистичка и уредувачка дејност

Научноистражувачката работа, во периодот на раководењето на проф. Х. Дума, била интензивизирана во рамките на Клиниката за детски болести, во соработка со други клиници и институти при МФ-Скопје и пошироко, но и преку соработка на меѓународни проекти со повеќе педијатриски центри во развиените земји. Од посебно значење била соработката со Клиниката за детски болести во Париз, како врвна и водечка педијатриска институција во Европа и пошироко. Многу значајна била и соработката со одделни институции во САД, посебно со Националните институти за здравје во Бетезда, со кои Клиниката за детски болести реализирала неколку истражувачки проекти.

Проф. Х. Дума посебно бил посветен на истражувањата во областа на молекуларна биологија и хуманата генетика, неврофизиологија и имунохематологија, испитување на манифестните и латентните форми на таласемијата, на абнормалните хемоглобини и на ензимските дефекти. Има посебна заслуга во изучувањето на хемоглобинопатиите во Македонија. Иницирал и придонел за воведување на современите функционални истражувачки методи, за унапредување на неврофизиолошките методи, за унапредување на имунохематологијата во соработка со Заводот за трансфузија на крв и, воопшто, за воведување на функционалната дијагностика на одделните системи. Исто

така, создал еден посебен приод кон стручната и научната работа, долго време единствен на теренот на клиниките: приказ на клинички случаи за заедничка анализа на сите педијатри и стручњаци од други специјалности. Покрај тоа, истражувањата ги насочувал и кон изучувањето на мајчиното млеко, на протеините и на исхраната на децата, а организирал и посебна млечна кујна за доенчиња и за подготовка на диетална храна за деца со дигестивни нарушувања.

Учествувал со трудови на многубројни домашни и меѓународни конгреси. Проф. Х. Дума објавил над 120 трудови од кои голем број во странски списанија. Посебно значајни биле трудовите од областа на молекуларната биологија и генетика. Во соработка со наставниците во Катедрата за педијатрија (А. Садикарио и Д. Теодосиевски), во 1966 г. издал учебно помагало „Педијатрија“ за студентите по медицина на МФ-Скопје. Во 1985 г. објавил монографија со наслов „Генетска пропедевтика во два тома, и тоа: Том 1 - Генетски информации: молекуларни и цитолошки основи на нивното наследување и експресија“; и Том 2 - Основи на хуманата генетика. Автор е на поглавјето за гените кои учествуваат во создавање на ракот во антологиската публикација Современа дијагностика и терапија во медицината - прирачник за лекари (Никодијевиќ Б, уредник, 2000).

Во рефератите и трудовите на проф. Х. Дума, презентирани на педијатриски стручни собири и конгреси и објавени во домашни и странски научни списанија, дадени се многубројни прилози во



изучувањето на клиничките проблеми од значење за детската патологија. Од посебно значење се достигнувањата во областа на генетиката и исхраната на детето: испитувањата на манифестни и латентни форми на таласемијата во Македонија, на абнормални хемоглобини и на ензиматски дефекти. Сите тие сознанија се значајни и трајни придонеси во педијатриската хематологија, генетика и молекуларна биологија. Од друга страна, изучувањата на мајчиното млеко, проблемите на протеините во исхраната на децата, се од посебно значење за нашата педијатрија.

Проф. Х. Дума соработувал со многу клиници и институти во рамките на МФ-Скопје и со повеќе педијатриски центри, здруженија и стручњаци во поранешна СФР Југославија и пошироко. Бил член на Редакцискиот одбор на ММП (1964-68). Со дејноста на проф. д-р Х. Дума создадени се солидни основи за научноистражувачката работа на Клиниката за детски болести и е достигнат значаен квалитетен напредок на таа институција, која се вбројувала во редот на најзначајните педијатриски институции во поранешна СФР Југославија.

Спомени, награди и признанија

Проф. Христо Дума ќе остане во колективната меморија како еден од столбовите и најзначајни личности во македонската педијатрија и медицина. Бил хуман лекар, посветен наставник и научник, кој повеќе од три децении придонесувал за иницијалниот и натамошен развој на педијатријата и, пошироко, за развојот на медицинската наука и дејност во Р. Македонија. Со неговата посветеност во раководењето и професионалната дејност придонел за унапредување на здравствената дејност и организационата поставеност на Клиниката за детски болести. Со негово залагање се отворени диетална и млечна кујна за доенчиња, како и електрофизиолошка, цитогенетска и биохемиска лабораторија за изучување на хемоглобините, ензимите и др. на кој начин е покачен здравствениот, научниот и наставниот потенцијал на Клиниката и на Катедрата за педијатрија.

← Проф. д-р Христо Дума, Скопје 1991 г.

Кон крајот на 1978 година, Универзитетскиот центар за медицински науки (УЦМН), во присуство на делегати на Наставно-научниот состав на УЦМН, приредил свеченост по повод пензионирањето на професорите Христо Дума, Богдан Каракашевиќ и Димитар Миовски од МФ, и проф. Димитар Смилев од Стоматолошкиот факултет.

Проф. д-р Христо Дума е добитник на повелбата „Д-р Трифун Пановски“ од МЛД (1986) и на благодарница од Здружението на педијатрите на Македонија (2005). Добитник е на многу други признанија од МФ-Скопје, МЛД и повеќе хуманитарни здруженија. Одликуван е со орден за заслуги за народ со сребрени зраци во 1968 г.

Проф. д-р Дончо Донев

ЛИТЕРАТУРА

1. Редакција на Vox Medici. Професор д-р Христо Дума – Четири генерации доктори. Vox Medici, јуни 2001; 9(31): 24-6.
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. Дума Х. Генетска пропедевтика. Т. 1. Генетски информации: молекуларни и цитолошки основи на нивното наследување и нивната експресија. Студентски збор, Скопје, 1985: 333 стр.
4. Дума Х, Садикарио А, Теодосиевски Д. Педијатрија. Универзитет „Кирил и Методиј“, Скопје, 1966: 743 стр.
5. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, Чапароски Р, Главаш Е. Развој на институциите во рамките на МФ-Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. МФ-Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987: 183-345.
6. Николовски Љ, уредник. 60 Гдини од постоењето на Здружението на педијатрите на Македонија. МЛД, 2005: 105.
7. Редакција на ММП. Биографија на пензионирани професори – Христо Дума. ММП 1978; 32(5-6): 391-2
8. Ристовски Б, Гл. и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел I. МАНУ-Скопје, 2009: 812.
9. Таџер И, Арсов Д, Андреевски А, рецензенти. Реферат за избор на професор по педијатрија (Христо Дума) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 159, август 1971: 15-21
10. Тофоски Ј, уредник. 60 Гдини МЛД 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.

Доајени



Божидар БЕЛИА

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

*„Науката е прекрасна работа
ако не мора да заработуваш
еџистенција со неа“ - Алберт
Ајнштајн*

Д-р Божидар Белиа е роден во Раб, Хрватска, на 20.11.1904 г., како прво од две деца (Божидар и Славко), во семејството на Правдоје Белиа, истакнат општественик и шумарски стручњак кој придонел за пошумувањето на голите пасишта и карпести површини на островот Раб, главно со борова шума, кон крајот на 19-от и почетокот на 20-от век.

Основно училиште завршил во родниот град, а класична гимназија започнал во Задар и матурирал во Сењ, во 1924 г. Потоа се запишал на студии по фармација и дипломирал на Универзитетот во Загреб во 1928 г. Работел како фармацевтски офицер во Главната воена болница во Белград до 1935 г. Продолжил сослужба во Загреб и со вонредни студии по хемија на Универзитетот во Загреб, каде дипломирал во 1937 г. Одбранил докторска дисертација од полето на хемијата на Фармацевтскиот факултет во Загреб во 1942 г. За време на војната помагал на НОБ, а во 1945 г. активно се вклучил во Југословенската армија, до почетокот на 1947 г.

Во бракот на Божидар Белиа се родиле две ќерки: Биби (Бибиана), лекар специјалист по ортопедија и Кики (Кристина), по професија историчар на уметноста и кустос.

Во декември 1947 г. бил избран за вонреден професор по хемија и бил одговорен наставник за предметите хемија и биохемија на Медицинскиот факултет (МФ) во Скопје. Во 1957 г.

бил избран во звање редовен професор по хемија на МФ-Скопје и продолжил да ја реализира наставата по хемија до 1960 г. кога се преселил во Нови Сад.

Проф. д-р Божидар Белиа починал на 28.9.1982 г., на возраст од 78 години, и бил погребан во неговиот роден град Раб.

Професионален развој, стручна и наставно-едукативна дејност

По завршените студии на Фармацевтскиот отсек при Универзитетот во Загреб се стекнал со диплома „магистер по фармација“, во 1928 г. По завршувањето на редовната воена обврска, во 1929 г. се придружил на армијата како фармацевтски офицер, со служба во Главната воена болница во Белград. Тој повторно се вратил во Загреб во 1935 г., на негово барање за преместување во службата, со цел да ги надополни студиите по фармација со предметите од групата хемија на Филозофскиот факултет во Загреб. Студирал вонредно, покрај ангажманот во воената служба. По положување на испитите и завршниот стручен испит, дипломирал на 27.10.1937 г.

Во воената служба бил на разни должности: во аптека на Главната воена болница во Белград, во Санитетскиот магацин на IV. Армиска област во Загреб и потоа, до окупацијата, во својство на началник на Хемиската лабораторија на армијата при Воената болница во Загреб. Повеќе години работел како волонтер во Одделението за хемија при Централниот хигиенски завод во Загреб поради стекнување искуство во испитувањето на хранителните продукти и во хемиското испитување на телесните течности и екстракти. На 9.10.1942 г. одбранил докторска дисертација од областа на капиларна хемија, со наслов „Квантитативни

односи на адсорпцијата на некои алифатични и ароматични халогениди на животинскиот јаглен (carbo animalis)“ и се стекнал со диплома - доктор по филозофија.

Во периодот од 1941-43 г. служел, како санитетски мајор, во Службата за општонародна одбрана во Сараево, а потоа бил вклучен во здравствената служба на I. Мобилизациско подрачје на Загреб. За време на војната бил избран за приватен доцент на Фармацевтскиот факултет и Заводот за фармацевтска технологија во Загреб, како прво наставно звање во академската кариера во тој период, но не можел да ја преземе и извршува таа функција и да учествува во реализација на наставата затоа што не биле исполнети барањите услови од страна на Факултетот - да се ослободи од активната армиска служба. За време на војната помагал на НОБ, а по ослободувањето на Загреб на 8.5.1945 г. тој се приклучил во Југословенската армија, каде во јануари 1946 г. му бил доделен чин потполковник на санитетската служба.

На барање на Фармацевтскиот факултет во Загреб, во почетокот на 1946 г., бил демобилизиран од Југословенска армија и во мај 1946 г. ја прифатил позицијата на која претходно бил избран - приватен доцент во Заводот за фармацевтска технологија во Загреб.

Доаѓање на проф. Божидар Белиа во Скопје

За време на основањето на МФ-Скопје во 1947 г., проф. Б. Белиа одговорил на поканата од Матичната комисија, преку Комитетот за наука и образование на Хрватска, и бил избран за вонреден професор по хемија. Исто така, бил назначен за прв директор на новоформиранитот Институт за хемија, во чиј состав бил интегриран и функционирал Институтот за биохемија. На овие должности проф. Б. Белиа стапил во декември 1947 г. Теориската и практична настава по предметите хемија (120+105 часа во прва година на студии) и биохемија (105+90 часа во втора година на студии), за студентите на медицина, ја координирал проф. Б. Белиа, кој самиот ја одржувал теориската настава по двата предмети до 1954 г., кога наставата по биохемија ја презел проф. И. Беркеш, а во наставата по



Броматолошката лабораторија во Хигиенскиот завод каде се извршувале хемиско-токсиколошки и други анализи на Институтот за хемија при МФ-Скопје, по формирањето и во раните 1950-ти години

хемија се вклучил и доц. Панче Кирков, дипл. инж. по хемиска технологија и доктор на мед. науки. За практичната настава била задолжена асис. Дивна Ташкова и, потоа, се придружиле и асис. Александра Бабамова и асис. Нада Гилова-Чумбелиќ, заедно со дипл. хемичар Анатолиј Богуславски (емигрант од Русија), шеф на Одделот за броматологија во Хигиенскиот завод (сега Институт за јавно здравје) каде се правеле хемиско-токсиколошки анализи, се испитувала хигиенската исправност на хранителни продукти и се вршеле анализи на крв и урина за болните од поранешната Земска (Државна) болница и од новоформираните клиници на МФ-Скопје. Како наставник проф. Б. Белиа бил многу солиден и студентите со голем интерес ги следеле неговите предавања. Во звањето редовен професор по хемија на МФ-Скопје бил избран во 1957 г. и продолжил да спроведува настава по предметот хемија и да ги извршува функциите шеф на Катедрата за хемија и директор на Институтот за хемија на МФ-Скопје до крајот на академската 1959/60 г.

Проф. Б. Белиа, исто така, од 1949 г. започнал да одржува и вонредна настава по хемија и биохемија на Земјоделско-шумарскиот факултет, формиран во истата 1947 г. како и МФ-Скопје, и на Природноматематичкиот оддел (студиска група по хемија) на Филозофскиот факултет при

Универзитетот во Скопје.

Пред почетокот на академската 1960/61 г. проф. Б. Белиа заминал во Нови Сад како редовен професор по хемија на Технолошкиот факултет и на Земјоделскиот факултет во Нови Сад каде основал Завод за хемија (1962 г.) и бил прв директор на тој Завод, осум години. Покрај тоа, бил одговорен наставник за новововедената студиска група по хемија на Филозофскиот факултет, а подоцна и на самостојниот Природноматематички факултет во Нови Сад, формиран во 1969 г.

На крајот на 1975 г., на 71-годишна возраст, проф. Б. Белиа побарал да се пензионира и потоа се вратил во Загреб. Тој продолжил да работи како член во многу комисији за рецензија и одбрана на магистерски трудови и докторски дисертации и за избор на наставници во наставни звања. Како долгогодишен член на Хрватското фармацевтско друштво и Хемиското друштво на Хрватска присуствувал на состаноци на овие здруженија, што била негова омилена активност и покрај влошената здравствена состојба.

Иницијатор, организатор и стручно-општествена активност

На почетокот, по основањето во 1947 г., Институтот за хемија и биохемија при МФ-Скопје бил сместен во барака во кругот на Факултетот. Кога зградата на институтите на МФ-Скопје била

завршена, во 1948 г., Институтот за хемија и биохемија бил преместен во нови простории на првиот кат во левото крило (каде што сега е сместен Институтот за микробиологија).

Во 1954 г., Институтот за хемија и биохемија се реорганизираше, со формирање на два института: Институт за хемија, кој останал во истите простории под раководство на проф. Б. Белиа и Институт за биохемија со медицинска биохемија како самостоен институт при МФ-Скопје, кој добил свои простории на подолниот кат од зградата во кои и денес е сместен. Во исто време била формирана и Катедрата за биохемија, а проф. Иван Беркеш бил назначен за прв директор на Институтот и раководител на Катедрата за биохемија.

Проф. Б. Белиа продолжил да ги координира севкупните активности и развојот на Институтот за хемија кој бил скромно финансиран со еден дел од заедничкиот буџет на МФ-Скопје. Тоа ги ограничувало можностите за поширока научноистражувачка работа и за учество на стручните кадри (со прифатени реферати) на меѓународни конгреси. Покрај залагањата во рамките на МФ-Скопје, проф. Б. Белиа укажувал на потребите за развој и дополнително финансирање на Институтот во редовните дописи до Советот за култура на Н.Р. Македонија и Сојузниот секретаријат за просвета и култура на ФНР Југославија. Притоа, укажувал и на посебните услови за работа и ризиците за нарушување на здравјето на вработените во Институтот од допир со хемикалиите или вдишување на пари од киселини, сулфурводород, жива и нејзини соли, органски растворувачи и сл. Поради тоа, предлагал на сите вработени да им се додели посебен додаток на платата.

Институтот и Катедрата за хемија при МФ-Скопје престанале да постојат со усвојување на првиот Статут на МФ-Скопје, на 18.5.1960 г., со кој биле укинати предметите хемија, физика и биологија на МФ-Скопје. Просториите на Институтот за хемија биле отстапени на Институтот за микробиологија, а стручните кадри и апаратурата биле преместени во Институтот за биохемија на Факултетот. Со донесувањето нов Статут на МФ-Скопје, во 1964 г., повторно во наставата биле вратени пред-

Доајени



Прва генерација студенти на МФ-Скопје - вежби по биохемија во Хигиенскиот завод со А. Богуславски, 1948 г.

метите хемија, физика и биологија, но биле отстапени во надлежност на Природноматематичкиот факултет во Скопје.

Проф. Б. Белиа бил активен член на Наставничкиот совет и продекан на МФ-Скопје во два мандати (1957-58 и 1959-60 г.).

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Научноистражувачката работа во Институтот за хемија и биохемија при МФ-Скопје се извршувала и развивала во скромни финансиски услови и недоволна опременост, особено во првите неколку години по основањето. Покрај токсиколошки и броматолошки анализи за хигиенска исправност на хранителни продукти и рутински анализи на крв и урина, се вршеле испитувања и на серумските и ткивните протеини и липопротеини, како и усовршување на клиничко-апликативните методи во областа на ензимологијата. Главни подрачја на истражување во Институтот за хемија, по извршената реорганизација во 1954 г., биле во врска со механизмите на граничните процеси во микрохемијата, хемиската кинетика и посебно кинетиката на јонската измена, појавите на адсорпција и систематизирањето на стероидите. Проф. Б. Белиа бил целосно посветен на проблемите на медицинско-фармацевтската хемија и

посебно бил активен во примената на електрохемијата во медицината.

Во периодот од формирањето на Институтот до 1958 г. биле објавени 26 научни трудови во домашни и странски научни списанија, а голем дел од нив биле презентирани на стручни конгреси и други стручни собири во земјата и странство.

За време на воената служба во Белград, како млад магистер по фармација, учествувал во изготвувањето на II. Издание на Привремената воена фармакопеја, а по враќањето во Загреб во 1935 г. соработувал со Хрватскиот издавачки библиографски завод во подготовката на Хрватската енциклопедија – том IV, објавен во 1942 г.

Спомени, признанија и награди

Проф Б. Белиа ќе остане трајно во колективната меморија и историјата на МФ-Скопје и на медицината во Р. Македонија како основоположник и прв директор на Институтот за хемија и шеф на Катедрата за хемија и биохемија при МФ-Скопје. Тој е проминентен стручњак и учител во медицината и фармацијата, основач на медицинско-фармацевтската хемија во Македонија, со придонес за нејзин развој и во Србија и пошироко, во СФР Југославија,

За својата плодна и успешна дејност во Скопје проф Б. Белиа бил добитник

на повеќе благодарници и признанија од МФ-Скопје и МЛД, а во 1960 г. бил одликуван со орден на трудот. За неговиот придонес во основањето и раководењето на Заводот за хемија во Нови Сад бил награден со повелба за благодарност од Универзитетот во Нови Сад.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Белиа Б. Писмена кореспонденција со Советот за култура на Н.Р. Македонија во 1950-те. Државен архив на Р. Македонија, јануари 2019 г.

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

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

4. Пиперковски И, Фотиновска Б, уредници. Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје 1949 – 2009. Скенпоинт, Скопје, 2009: 344.

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

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

7. Ставриќ Хрисохо Р. Развој на биохемиската дејност во Македонија. Здружение на медицински биохемичари на Македонија, Скопје, 1999: 596.

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

9. Фармацевтски факултет-Загреб. 75 Години фармацевтска настава на Универзитетот во Загреб 1882-1957. Универзитет во Загреб, Загреб, 1958.

10. Ujević M. Hrvatska enciklopedija –Svezak IV. Naklada Hrvatskog izdavačkog bibliografskog zavoda, Zagreb, 1942. Достапно на:

<https://www.sumari.hr/biblio/pdf/11340.pdf>

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“



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 поднесените трудови.

Рецензија или евалуација од колеги-експерти е процес на подложување на труд, истражување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да направат 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 поминале низ рецензија најчесто се жлага со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудите кои иледираат на оригиналност треба да се придржуваат на приностите на добрата клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научно истражување и за шекнување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (неистражена) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажанието поустити и на нив жлагаат како на можност да го унапредат своето знаење и да ја зголемят веројатноста за објавување на своите трудови, други се обесхрабруваат и се илашат гури и да се обидат да истражат труд за објавување, а ирејти, се озорчени, лушти, 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 ириднесе за иодобрување на квалитетот на рецензирањето. Иако рецензирањето има многу недостиги (најчесто се споменува бавноста), сепак, на него треба да се жлага како на чувар на профилот на едно сисание, унапредувач на квалитетот и учешел 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 108 од септември 2020 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 август 2020 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 2020 година.

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

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

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

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

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

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

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

Едиторите може да бараат авторите да го оправдаат авторството.

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

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

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

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

Вовед: Изнесете ја целта на трудот. Сумирајте ја оправданоста за изведување на студијата или опсервацијата. Дајте ги само референците строго поврзани со предметот на истражување или опсервација, не правете 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.

Стручни и научни трудови

Статистика: Ако податоците се сумирани во делот резултати, специфицирајте ги статистичките методи што сте ги користеле за да ги анализирате. Опишете ги статистичките методи со доволно детали за да му овозможите на секој читател со доволно знаење да има пристап до оригиналните податоци за да се верифицираат изнесените резултати. Кога е можно, квантифицирајте ги наодите и изнесете ги со соодветни индикатори на грешките на мерење (како што се интервалите на доверба - CI). Избегнете потпирање само на статистичко тестирање на хипотеза, како што е употреба на „п“ вредноста, ако не можат да пренесат важна 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 гарантира дека може да биде означена како

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

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

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

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

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

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

КНИГИ И ДРУГИ МОНОГРАФИИ

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

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

табела треба да биде цитирана во текстот.

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

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

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

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

НАПОМЕНА

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

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

ПРИРОДНА МИНЕРАЛНА
ВОДА ЧИЈА ОСНОВА Е
МАГНЕЗИУМ КАЛЦИУМОВА
ВОДА ШТО ВО СЕБЕ
СОДРЖИ **БОГАТСТВО**
ОД МИНЕРАЛИ

#ДаИВерувашНаПриродата





Braltus®

тиотропиум

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

Малите Подобрувања* прават 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 Kanner Cetat. 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 6.6. 1000 Скопје Р. Северна Македонија. Телефон: +389 2 3063 414, Факс: +389 2 3062 702 www.pliva.com, www.plivamed.net