

година XXXI • број 118 • март 2023

VOX Medici X



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА



RAMIPRIL / AMLODIPIN PLIVA

МОКНА СИНЕРГИЈА ЗА СПАС НА СРЦЕТО!

- ✓ Комбинацијата делува на различни физиолошки системи⁴
- ✓ Ги блокира контрарегулаторните механизми⁴
- ✓ Подобра ја лекува умерената и тешка хипертензија⁴
- ✓ Го намалува променливиот одговор на монотерапија⁴
- ✓ Ги намалува несаканите ефекти⁴
- ✓ Комбинација на златни стандарди за антихипертензивен третман^{1,2}
- ✓ Подобра соработка и контрола на пациентите³

Препорачана доза - една капсула дневно.

Највисока дневна доза - една капсула 10mg / 10mg

РАМИПРИЛ / АМЛОДИПИН ПЛИВА - тврди капсули:

30 x (5 mg + 5 mg), 30 x (5 mg + 10 mg), 30 x (10 mg + 5 mg), 30 x (10 mg + 10mg)

Литература:

1. Berlaimont V, et al. Lessons from ONTARGET. Acta Clin Belg. 2008 May-Jun; 63(3):142-51.
2. Neutel J, Smith DH. Evaluation of angiotensin II receptor blockers for 24-hour blood pressure control: meta-analysis of a clinical database. J Clin Hypertens (Greenwich). 2003 Jan-Feb;5(1):58-63.
3. Gupta A et al. Hypertension 2010; 55:399-407
4. Sever. P. Messerli FH. Eur Heart J 2011;32:2499-506

НАПОМЕНА: Збирен извештај за особините на лекот RAMIPRIL/AMLODIPIN PLIVA 5 mg/5mg; RAMIPRIL/AMLODIPIN PLIVA 5 mg/10mg; RAMIPRIL/AMLODIPIN PLIVA 10mg/5 mg; RAMIPRIL/AMLODIPIN PLIVA 10mg/10mg е достапен на барање и на сајтот: www.malmed.gov.mk. Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет: RAMIPRIL/AMLODIPIN PLIVA капсула, тврда 11-1911/2; 11-1912/2; 11-1913/2; 11-1914/2 од 08.10.2019. Начин и место на издавање: се издава само со лекарски рецепт (P). Носител на одобрение: ПЛИВА доел Скопје, Никола Паранунов б.б., Скопје. Тел. 02/3062702.

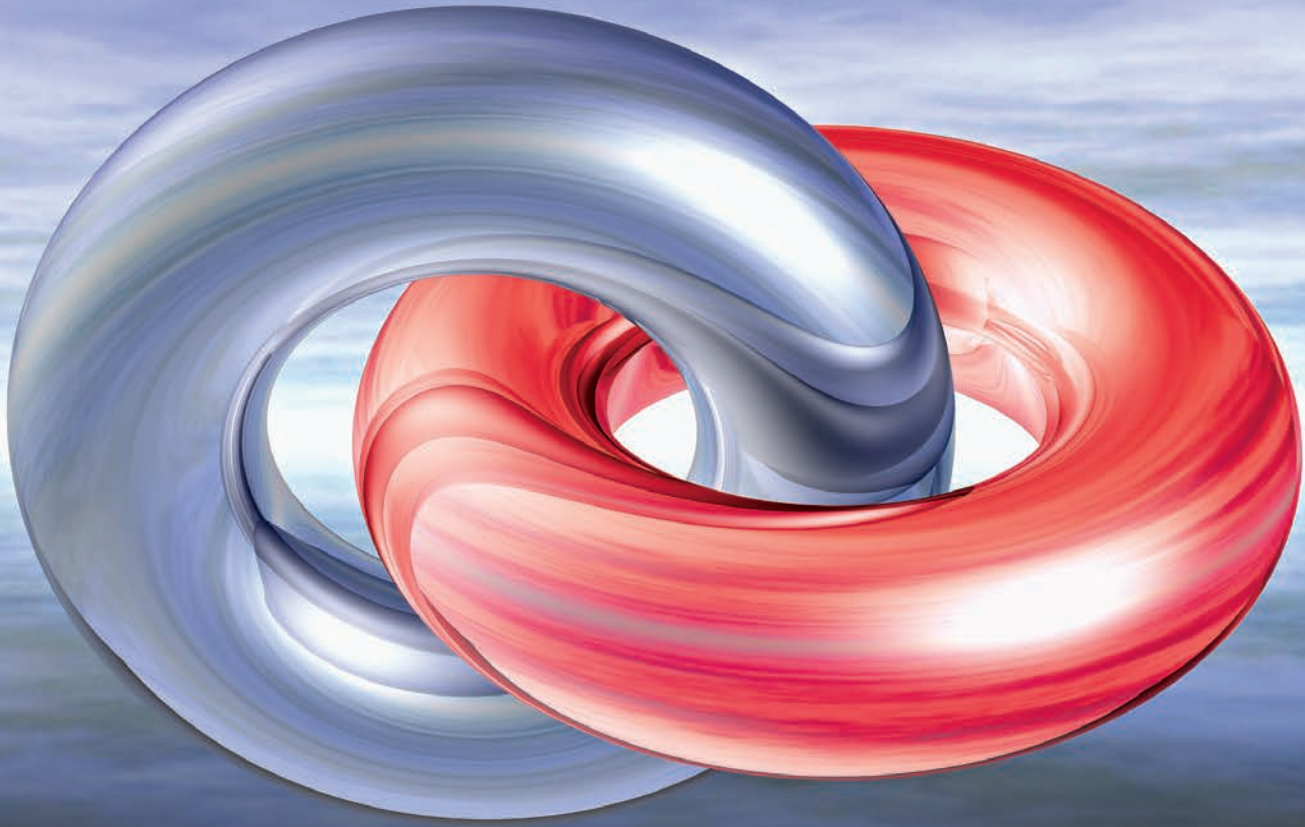
САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

MULTI-MK-00159

www.pliva.hr
www.pliva.com.mk
www.plivamed.net

PLIVA

teva



Refidoro

rosuvastatin/ezetimibe

филм-обложени таблети од 20 mg/10 mg


АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ
Здравјето прег сè

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

Напомена: Збирниот извештај за особините на лекот РЕФИДОРО е достапен на сајтот: www.malmed.gov.mk

Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет за РЕФИДОРО филм обложени таблети 20 mg / 10 mg: 11-6405/2 од 19.10.2021.

Лекот може да се издава само на лекарски рецепт. Носител на одобрение: Алкалоид АД Скопје. Датум на подготовка февруари 2023.

Содржина

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 8 | <p>Тема на бројот</p> <p>Доц. д-р Викторија Јовановска
Успехот не е само крајниот резултат,
туку и што ќе научите попат</p> | 18 | <p>Актуелно</p> <p>Заложба на Министерството е зголемување
на платите во здравството</p> |
| 14 | <p>Актуелно</p> <p>Мецити: “Мојот фокус е здравствениот
систем да е достапен, ефикасен и да
ги задоволува потребите на граѓаните”</p> | 22 | <p>Гости(н) во Vox Medici</p> <p>Успешноста е спрега меѓу човечкиот фактор,
правилна селекција на персонал и тимска работа</p> |
| 15 | <p>Актуелно</p> <p>Зголемена вредноста на капитацискиот бод за
избраните лекари по општа медицина и гинекологија</p> | 40 | <p>Докторски приказни</p> <p>Разговор со д-р Иво Бошкоски, еден од top 10
researchers во своето поле, на светско ниво</p> |
| 16 | <p>Од македонското здравство</p> <p>Ова што го направивме како тим беше
мотивирано само од нашиот ентузијазам</p> | 42 | <p>Од агол</p> <p>Медицинска грешка:
како да се намали и да се спречи</p> |

Прилог: Стручни и научни трудови

- 00719 | **Слаѓана Симеонова Крстевска, Игор Самарџиски, Викторија Јовановска, Марјан Стојовски, Ива Панева, Марија Јоксимовиќ, Весна Велиќ Стефановска, Ирена Тодоровска, Весна Ливринова, Горан Кочоски, Даниел Милковски, Анета Сима, Маја Пејковска Илиева, Ивана Кијајова, Влатко Гиревски, Маја Котева Мираковска**
- Атосибан наспроти конвенционален третман за заканувачко предвремено породување



Портрет на пациент

Обезноста е хронична болест што влијае на здравјето на луѓето на повеќе начини.¹

Saxenda® (liraglutide 3,0 mg) е првиот GLP-1 рецептор агонист одобрен за справување со телесната тежина како дополнување на диета или физичка активност.*

„Сум пробала различни диети, но ми треба помош за да ја намалам и да ја одржам телесната тежина. Кои други опции ги имам?“

Сузана
Возраст: 52
BMI: 36

Вашите пациенти со обезност имаат **волја**.
Вие може да им понудите **начин**.

Оптимизирајте го планот за справување со телесната тежина на вашите пациенти со вклучување на Saxenda® како додаток на терапијата со промена на животниот стил.^{2,3}

BMI, индекс на телесна маса; **GLP-1**, глукаген сличен пептид 1.

* Индицирана за возрасни со BMI ≥ 30 kg/m² или ≥ 27 kg/m² со присуство на барем еден коморбидитет врзан со телесната тежина како што се дисгликемија (предијабетес или дијабетес мелитус тип 2), хипертензија, дислипидемија или опструктивна ноќна апнеа.

За повеќе информации за производот, ве молиме прочитајте го збирниот извештај со особените на лекот достапен на следниот линк: <https://lekovi.zdravstvo.gov.mk/drugsregister/detailview/2761498564> или скенирајте го овој код.



Референци: 1. World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017;18(7):715-723. 2. Saxenda® Professional Information, 8 Feb 2022. 3. le Roux CW, Astrup A, Fujioka K, et al; for the SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. 3 years of liraglutide versus placebo for type 2 diabetes risk reduction and weight management in individuals with prediabetes: a randomised, double-blind trial. *Lancet.* 2017;389(10077):1399-1409.



Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ

ул. Никола Кљусев бр. 11, Скопје, Р. С. Македонија

тел.: +389 2 2400 202, www.novonordisk.mk

D-06/01-03/2023

Овој материјал е наменет само за здравствени работници.

Saxenda®
liraglutide injection



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

Проф. д-р Калина Гривчева – Старделова

ИЗДАВАЧКИ СОВЕТ

Д-р Калина Гривчева Старделова
Д-р Беким Исмаили
Д-р Висар Муча
Д-р Љубомир Стефановски
Д-р Маја Манолева
Д-р Алберт Леши
Д-р Илир Шурлани
Д-р Лилија Чолакова Дервишова
Д-р Дениел Поповски
Д-р Мевлудин Куч
Д-р Тодор Кичуков
Д-р Дафина Карацова
Д-р Илбер Бесими
Д-р Кадри Хаџихамза
Д-р Џабир Бајрами

КОМИСИЈА ЗА ИНФОРМАТИВНО -ПРОПАГАНДНА И ИЗДАВАЧКА ДЕЈНОСТ

ПРЕТСЕДАТЕЛ

д-р Оливер Алексовски

ЗАМЕНИК ПРЕТСЕДАТЕЛ

Д-р Беким Татеш

ЧЛЕНОВИ

Д-р Висар Лешко
Д-р Миралем Јукиќ
Д-р Лилјана Малиновска Николовска

УРЕДНИК

Јасминка М. Јанева

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Владимир Бачваровски

ЈАЗИЧНА РЕДАКЦИЈА

Јасминка М. Јанева

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ

ISSN 1409-8865

www.lkm.org.mk

31
ГОДИНИ

ЛКРСМ

Пријатно читање!

Драги колежи,

Само зашто што ова што немавме најправено вчера, не значи дека не треба да што направиме денес.

Започнувајќи од првиот број на Vox Medici во 2023 год., Комисијата за информативно-издавачка и пропагандна дејност оглучи да најрави измени во нашето информативно-сѝручно сѝисание, да вовече нови рубрики и да издѝшви поинаков дизајн на гласилошо на Комората.



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

Vox поведеке од деценија немаше промени, истиот изглед и рубрики ја, еве, од овој број се обидовме да внесеме нешто различно низ разговори со нашите млади колежи, да промовираме успешни приказни, низ сите страници да воведеме проведување на една главна тема која секогаш не случајно ќе биде одбрана за тема на бројот.

Vox Medici е поделен на три целини, со поведеке рубрики. На првите страници, во информативниот дел, како и досега, ќе бидат одфатени актуелностите од медицината, активностите на Лекарска комора и новините од законодавството што не засегаат. Во овој дел ќе биде застаено едно главно интѝреву со соговорник на Vox кој е од главната тема.

Срединниот дел од Vox Medici е резервиран за медицината кај нас. Новини од клиниките, болниците, здравствениите домови и групи институции од кои еден текст ќе биде поврзан со главната тема на бројот, а соговорниците ќе бидат гостите на Vox Medici. Ке публикуваме и за новите методи и успешни зафати, за престои во сѝранство и меѓународни соработки или изведени медицински зафати кои заслужуваат посебно место на нашите страници.

Vox ќе што збогатиме со занимливост и одбаста на медицината, ќе има информации за новини во медицината и сѝручно-научни достижнувања од светски рамки, а во редовната рубрика која ја именувавме "Од агол" ќе биде одфатена медицинската етика и геонтологија.

Особено ми е мило што од овој број, во новата рубрика "Докторски приказни", ќе одвораме разни теми со млади, успешни колежи кои работат во државата или со оние кои живеат и работат во сѝранство, ја ќе може и од нивна перспектива да размислуваме за здравствениот систем, за сѝудините по медицина на нашите високообразовни институции и во своите, за бистоста и од континуираната медицинска едукација, за очекувањата или разочарувањата.....

Како и досега, претниот дел од Vox Medici е резервиран за сѝручно-научни текстови. Во оваа смисла, ги повикувам сите колежи своите трудови да ги промовираат на нашите страници.

Секој број сме подготвени да ги анализираме целиите, да што преиспитаме пристајот, да ги обновиме чистаителски односи - за поусиешен медиум. Со надеж и очекувања дека ќе ја задоволиме вашата потреба за актуелни содржини и дека сме на висинскиот пат кон одобрвање на квалитетот, Ве повикувам да учествуваите во нашата заедничка креација на Vox Medici.

Ви благодарам на досегашната поддршка и се надевам дека ќе си пронајдете омилено четиво.

ЈЗУ УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА ЗА ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО - ИНТЕРВЈУ СО ДИРЕКТОР

Успехот не е само крајниот резултат, туку и што ќе научите попат



Значително е намалена смртноста на предвреме родените бебиња, и тоа од 25% во 2016 година на 8,2% во 2022 година, што е голем успех и сатисфакција за стручњаците од ЈЗУ Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство. На што се должи оваа успешна работа во изминативе неколку години?

Успехот и резултатите не доаѓаат сами од себе. По утврдената фактичка состојба од 2016 година, беше потребно да се направи стратегија.

Стратегијата подразбираше внимателно испитување на внатрешните и на надворешните фактори кои довеле до таков катастрофален процент на смртност. Факторите беа воочени, целите поставени. За многу кусо време го доекипиравме кадарот, во првиот момент беше направена огромна инвестиција во опрема, беа повикани и експерти од надвор и набргу потоа бевме сведоци на напредокот. Бројката е импозантна, но ние сакаме што повеќе да зборуваме за преживување отколку за смртност на бебињата.

Многу труд и многу волја од страна на персоналот беа вложени при спроведувањето на планот.

Во изминатите пет години на Клиниката се инвестирани околу 2,2 милиони евра во медицинска опрема (15 нови инкубатори, исто толку монитори, три нови апарати за механичка вентилација, нов дигитален РТГ апарат, апарат за скрининг на отоакустични емисии, перфузори, инфузиони пумпи, поголема инвестиција во инфраструктурата на самото одделение, како и континуираната едукација на персоналот). За оваа година е предвидена набавка на дополнителна современа медицинска опрема која навистина го следи светскиот тренд во третманот на пациентките.

Во последните години имаме тенденција за враќање на персоналот од приватните болници во ГАК

Како е да сте прв гинеколог на гинекологија? Што за вас претставува функцијата директор на Клиника за гинекологија и акушерство?

Како доктор, гинекологијата е љубов. Како директор, е одговорност без работно време, без право на целосно слободен годишен одмор, без право на исклучен мобилен. Да се биде менаџер, а истовремено и

ДОЦ. Д-Р ВИКТОРИЈА ЈОВАНОВСКА

доктор, е предизвик, значи да имате увид за здравјето на пациентите, увид на случувањата на 12000 метри квадратни површина, исправност на сè, комуникација со голем број од персоналот, тековни работи за нормално функционирање на Клиниката, формула за сите инцидентни проблеми што можат да се појават, како од техничка природа, така и од аспект на влошувањето на здравјето на одредена пациентка.

Директор значи одговорност пред системот, пред самиот себеси, пред целиот персонал, пред пациентите.

Кои се новините што се воведуваат на Клиниката за гинекологија и акушерство?

Во изминатите пет години на Клиниката се инвестирани околу 2,2 милиони евра во медицинска опрема (15 нови инкубатори, исто толку монитори, три нови апарати за механичка вентилација, нов дигитален РТГ апарат, апарат за скрининг на отоакустични емисии, перфузори, инфузиони пумпи, поголема инвестиција во инфраструктурата на самото одделение, како и континуираната едукација на персоналот). За оваа година е предвидена набавка на дополнителна современа медицинска опрема која навистина го следи светскиот тренд во третманот на пациентките. Во процедура сме за обезбедување на еден од најсовремените ултразвучни апарати за безбедна бременост. Деновиве, на Клиниката ѝ беше врачен меморандум за соработка помеѓу македонската и грчката Влада, како и Фондацијата за фетална медицина предводена од еминентниот проф. Николаидес, под чие менторство на нашата Клиника ќе биде отворен центар за дополнителна едукација на сите специјалисти гинеколози од целата држава. Странски предавачи ќе ги извршуваат обуките, при што за таа цел обезбедивме реконструкција на дел од просториите на Клиниката, обезбедивме донација за два, исто така најсовремени ултразвук апарати кои навистина ќе обезбедат високософистициран пристап во дијагностиката на феталните аномалии кај плодот.

Освен директната поврзаност со менаџирање на здравствениот кадар на Клиниката и секако, со потребите и барањата на граѓаните, какво е вашето искуство со едукација на младите кадри кои работат на оваа Клиника и успевате ли сè да постигнете?

ГАК претставува наставно-научна установа и својствено на тоа, во природата на нашата установа е да едуцираме кадри. Клиниката има востановена пракса за континуирана едукација како за младите кадри кои доаѓаат на специјализација и супспецијализација, така и за континуирана едукација на постојниот кадар кој работи во неа. Менторството и едукативниот дел се пракса, благородна цел, но и своевидна одговорност за тоа какви идни генерации ќе создадете и оставите.

Може ли да ни кажете кои се вашите цели во работата (лични, како доктор и целите што ги имате за Клиниката како директор)?

Целите се секогаш исти, а тоа е да не бидете исти. Постојано да тежнеете кон лично унапредување, но истовремено тоа позитивно да се одрази и на колективното работење.



Чекор понапред, скала повисоко. Имајќи предвид дека мојата професионална определба и мисија е доктор, постојано да им помагаш на луѓето кога си им најпотребен, да се биде директор на институција која исто така им помага на луѓето е спој помеѓу личната и колективната цел.

Успехот не е само крајниот резултат, туку и што ќе научите попат.

Скопје е една авангардна средина, социолошки и културолошки. Ја водите ли Клиниката за гинекологија на тој начин?

Постојат одредени кодекси како треба да функционира оваа, јасно дефинирана по Статут, институција. Природата на работата е таква што секојдневно се соочуваме со категорија на пациенти кои доаѓаат од социјална и културолошки различна средина, но за време на болка кога ви се обраќа пациентот буквално сите ви се исти и единствениот елемент кој тогаш ви помага и вам за полесно да го разберете и нему за да му помогнете, е емпатијата и професионалноста. Од друга страна, ние сме колектив со околу петстотини вработени, сите различни во карактерите, но сите заедно со иста цел. Во едни такви услови, на површина ви излегуваат сите вештини за успешно менаџирање со човечките ресурси. Важно е да ги воочите потребите на сите нив, а воедно да им овозможите и реализација на одредени нивни потреби коишто често не се зад светските текови на организирање на работното место, нови инвентивни пристапи кон пациентите, создавање на можности за примена на алатки кои се современ начин на комуникација, прифаќање на идеи и стилови кои понекогаш можеби се и авангарда во споредба со старите устоличени теркови на работа.

Тема на бројот

До пред две години имавме само „мирнодопски“ грижи. Може ли да ни направите една паралела за функционирањето на Клиниката пред и по ковид-19?

Секако дека и во „мирнодопски“ услови, условите не се извонредни, но за време на пандемијата видовме како се работи и во вонредни услови. Пред пандемијата установата си работеше како часовник. Точно се знаеше кога, што, во колку. За време на пандемијата тој часовник се претвори во аларм. Иако медицинскиот персонал генерално е научен да работи под притисок, оти никогаш не знаете колку возила на брзата помош ќе ви дојдат во текот на ноќта, колку крв ќе изгуби пациентот во текот да денот, чука ли правилно срцето на некое бебе, пандемијата бараше инфраструктурни промени, регрутирање на одреден број од персоналот, посебни правила и прописи на однесување и големи материјални трошоци. Во услови кога и персоналот ви се заразува, во услови кога секој пациент потенцијално е заразен, во услови на психолошки притисок од пандемијата, вработените на клиниката која беше единствен центар за ковид - позитивни бременни жени во државата, пандемијата ја прифатија како еден од најголемите предизвици. Од самиот почеток нè следеше паролата: „кога ако не сега, за кого ако не за пациентите“, и тоа навистина даде резултати. Не дозволивме ширење на болеста таму каде што ја нема, успеавме да обезбедиме доволно потрошен материјал за сите, дури и смртноста на бебињата за време на најголемите бранови на ковидот беше во опаѓање. Како одминува пандемијата, нештата се враќаат во својот тек.

Како и колку успеавте да го смените секојдневното функционирање што го наметнаа новите прилики? Дали докторите се подготвени за вакви предизвици?

Да, персоналот на Клиниката веќе докажа дека е подготвен за предизвици. За време на поновата историја видовме дека нашиот персонал е исправен пред сите предизвици. И тогаш, кога имаше конфликт во државата, истиот беше на повик 24 часа за да пружи помош во која било здравствена установа доколку биде повикан, и тогаш кога ги има најтешките случаи на справување со смртта и тогаш кога недостасуваше опрема. Сега, кога недостасуваат гинеколози низ државата, нашиот персонал со мобилна амбуланта по не знам кој пат го посетува секое село и град, па дури и најнедостапните места, за да извршува редовни гинеколошки прегледи, за време на епидемиите во државата, но и сега, за време на пандемијата. Се надеваме на што помалку вакви искушења, но подготвени сме за тоа.

Колку вие, како директор на една важна и голема јавна здравствена установа, успевате да одговорите на секојдневните барања и потреби на своите колеги?

Успешниот менаџер е добар планер, организиран и најчесто без мотивациски вештини на лидер, додека успешните лидери се способни да стимулираат расположение и посветеност, но немаат менаџерски вештини. Лидерите преземаат ризик, додека менаџерите го контролираат ризикот. Како директор на здравствена установа мора да ја пронајдете средината и да дејствувате во согласност со потребите на вашите колеги и со потребите на пациентите.



Имате ли доволно медицински персонал? Колку сте мобилни и колку од колегите заминуваат само во една насока?

- Имаме доволен број доктори специјалисти. Средниот и високообразован медицински персонал секогаш е подобро дојден. Она што е важно, дека во моментот немаме одлив на персонал, освен поради пензионирање. На Клиниката владее убава работна атмосфера со луѓе кои со причина се одлучиле за оваа професија, со љубов ја работат, имаат можност за кариерен развој и тоа е веројатно императив да го задржите персоналот. Во последните години имаме дури и тенденција за враќање на персоналот од приватните болници во ГАК.

Која е стратегијата што ја користете за да го подобрите задоволството на пациентите од услугите на ЈЗУ Клиника за гинекологија и акушерство?

Јас и мојот тим имаме една наша интерна филозофија, а тоа е: „работи на имиџот, да ти се покаже на рејтингот“, а тоа значи дека преку континуирано следење на работата во сите сегменти, преку идентификување на проблемите, преку постојано следење на задоволството на пациентите преку редовни анкети, преку градење на стратегија за подобрување на условите за работа на персоналот, постојано инвестирање во опремата, преку континуирано вложување во персоналот во едукации и обуки, преку подигнување на нивото на хоспиталната култура, расте мотивацијата кај вработените, а тоа се одразува и на се поголемо задоволство кај пациентките. Доказ за тоа се и бројот на извршени прегледи на годишно ниво, бројот на хируршки интервенции, бројот на породувања, тежината на дијагнозите поради кои ни се обраќаат пациентите и др.

ДА ЗБОРУВАМЕ ЗА ОБЕЗНОСТА

Обезноста е сериозна, хронична, повторувачка болест што се поврзува со зголемен морбидитет и морталитет и го намалува квалитетот на животот.^{1,2} И покрај високата преваленца и последиците, многу луѓе со обезност не добиваат третман базиран на докази.³

Студија за глобалната преваленца на обезноста открива дека во 2016:



39%

од возрасните живееле со прекумерна телесна тежина или обезност.*⁴

* Во 2016 во целиот свет; возрасни на возраст од ≥ 18 години; $BMI \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$

Стапките на обезност се зголемуваат насекаде во светот:



Преваленцата на обезноста е **~3x поголема** во 2021 во споредба со 1975 година.⁴

>1 милион

возрасни ќе живеат со обезност до 2025 година ако продолжи овој тренд.⁵

Обезноста е поврзана со многу компликации⁶⁻¹⁰



Обезноста влијае на морталитетот

30%

зголемување на морталитетот со секое зголемување од 5 BMI единици над $25,0 \text{ kg/m}^2$.¹¹

Обезноста е одговорна за **4,7 милиони** предвремени смртни случаи секоја година*¹²

*Глобално во 2017 година

Обезноста претставува голем ризик фактор и за неколку типови карциноми, меѓу кои ендометријален карцином, карцином на дојка, оваријален карцином, карцином на простата, црниот дроб, жолчката, бубрезите и карцином на дебелото црево.

Дознајте ја

ВИСТИНАТА ЗА ДЕБЕЛИНАТА®
на веб-страницата VistinataZaDebelinata.mk



Референци: 1. Caterson ID, Alfadda AA, Auerbach P, et al. Gaps to bridge: Misalignment between perception, reality and actions in obesity. *Diabetes Obes Metab.* 2019;21:1914-1924. 2. Allison DB, Downey M, Atkinson RL, et al. Obesity as a disease: a white paper on evidence and arguments commissioned by the Council of the Obesity Society. *Obesity (Silver Spring)*. 2008;16:1161-1177. 3. Kaplan LM, Golden A, Jinnett K, et al. Perceptions of barriers to effective care: results from the National ACTION Study. *Obesity (Silver Spring)*. 2018;26:61-69. 4. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. Last updated 1 April 2020. Accessed 10 March 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. 5. World Obesity. Prevalence of obesity. Accessed 18 March 2021. <https://www.worldobesity.org/about/about-obesity/prevalence-of-obesity>. 6. Garvey WT, Mechanick JJ, Brett EM, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College Of Endocrinology comprehensive clinical practice guidelines for medical care of patients with obesity. *Endocr Pract.* 2016;22(3):1-203. 7. The Look AHEAD Research Group. Association of the magnitude of weight loss and changes in physical fitness with long-term cardiovascular disease outcomes in overweight or obese people with type 2 diabetes: a posthoc analysis of the Look AHEAD randomised clinical trial. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016;4:913-21. 8. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DIRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet.* 2018;391:541-51. 9. Benraoune F, Litwin SE. Reductions in cardiovascular risk after bariatric surgery. *Curr Opin Cardiol.* 2011;26(6):555-561. 10. Sundström J, Bruze G, Ottosson J, et al. Weight loss and heart failure: a nationwide study of gastric bypass surgery versus intensive lifestyle treatment. *Circulation.* 2017;135:1577-1585. 11. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev.* 2017;18:715-723. 12. Ritchie H, Roser M. Obesity: our world in data. 2017. Accessed 10 March 2021. <https://ourworldindata.org/obesity>.

Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ

ул. Никола Кљусев бр. 11, Скопје, Р. С. Македонија
тел.: +389 2 2400 202, www.novonordisk.mk
D-07/01-03/2023

Овој материјал е наменет само за здравствени работници.



Driving change | in obesity

Собрание на ЛКРСМ

Избрани новите комисии на Комората

**Надзорен одбор**

Д-р Ѓорѓи Јота, претседател

Членови:

Д-р Арменд Арслани
 Д-р Зоран Трајковски
 Д-р Тони Јованов
 Д-р Сенавер Селими

Комисија за етички и правни прашања

Д-р Весна Герасимовска, претседател

Членови:

Д-р Д-р Енис Бојку
 Д-р Љупчо Арсовски
 Д-р Илир Хасани
 Д-р Александар Мишев
 Д-р Љавдим Ибраими
 Д-р Горе Дервишов

Комисија за економско социјални прашања

Д-р Едмонд Вејсели, претседател

Членови:

Д-р Елизабета Тодоровска
 Д-р Петар Васик
 Д-р Јован Тодоровски
 Д-р Микун Микунски

Комисија за стручно – медицински прашања

Д-р Шенаси Јусуфи, претседател

Членови:

Д-р Елизабета
 Стојовска-Јовановска

Д-р Иринка Сотирова-Бухова
 Д-р Оливер Каранфилски
 Д-р Љубинка Дамјановска

Комисија за следење на промени во здравството

Д-р Кирил Сливоски, претседател

Членови:

Д-р Небиљ Аббас
 Д-р Никола Граматниковски
 Д-р Гордана Божиновска Беака
 Д-р Лејла Радончик

Комисија за приватно здравство на ЛКРСМ

Д-р Рамизе Алији, претседател

Членови:

Д-р Илија Нешковски
 Д-р Едон Камили
 Д-р Светлана Трифуновска
 Д-р Борислав Манев

Комисија за доделување на наградата “Св. Наум Охридски” на ЛКРСМ

Д-р Маја Мојсова – Мијовска, претседател

Членови:

Д-р Лулије Ибраими - Јахја
 Д-р Нагип Руфати
 Д-р Македонка Глигорова
 Д-р Камка Пакетчиева

Суд на честа

Д-р Зорица Манчевска

-Трајчулеска, претседател

Членови:

Д-р Рубенс Јовановиќ
 Д-р Верица Попоска
 Д-р Милена Стевановиќ
 Д-р Ѓорѓи Трајковски
 Д-р Газменд Елези
 Д-р Фати Ебиби
 Д-р Едип Шеји
 Д-р Гази Мустафа
 Д-р Фатљуме Хоџа
 Д-р Лазо Новески
 Д-р Весна Ѓорковска
 Д-р Златко Јаковски
 Д-р Горан Димитров
 Д-р Ади Јакупи

Судија: Иван Џолев - судија

Обвинител и заменици на обвинителот на Судот на честа на ЛКРСМ

Обвинител на ЛКРСМ: Д-р Илир Исмаили

Заменици:

Д-р Даландише
 Демири Сулејмани
 Д-р Владимир Андреевски

Бранители:

Д-р Ацо Младеновски
 Д-р Вања Џ. Трајковска
 Д-р Биљана Андоновска
 Д-р Даниела Иванова Панова
 Д-р Лирум Бекири
 Д-р Зорица Јовановска
 Д-р Леутрине Џамбази
 Д-р Македонка Глигорова
 Д-р Арта Бајрактари
 Д-р Амир Ељеви

Комисија за информативно-пропагандна и издавачка дејност на ЛКРСМ

Д-р Оливер Александровски, претседател

Членови:

Д-р Беќим Татеши
 Д-р Висар Лешко
 Д-р Миралем Јукиќ

Собранието на Лекарска комора, на посебна седница одржана на 26 декември 2022 год., ги избра членовите на комисиите, Судот на честа, Обвинителот и неговите заменици и Надзорниот одбор на ЛКРСМ, со четиригодишен мандат.

Д-р Лилјана Малиновска
Николовска**Комисија за рурален развој**

Д-р Игор Јовановски, претседател

Членови:

Д-р Исмаил Машкули
 Д-р Александар Божиновски
 Д-р Влатко Грковски
 Д-р Алириза Османи

Комисија за стручен надзор

Д-р Ирфан Ахмети, претседател

Членови:

Д-р Александар Трајановски
 Д-р Јакуп Јакупи
 Д-р Панче Арсов
 Д-р Билјана Ширгоска

Комисија за спортски активности на ЛКРСМ

Д-р Љупчо Милановски, претседател

Членови:

Д-р Милан Гудев
 Д-р Генц Селмани
 Д-р Марија Гоцевска
 Д-р Аднан Џабири

Комисија за специјализации и млади доктори на ЛКРСМ

Д-р Роберт Николовски, претседател

Членови:

Д-р Димитар Стоилковски
 Д-р Ивана Милошевска
 Д-р Иле Кузманоски
 Д-р Африм Салиу

Парична донација за настраданите во Турција

Во знак на солидарност и поддршка, Извршниот одбор на Лекарска комора донесе одлука за доделување парична донација во висина од 5.000 евра за настраданите граѓани на Турција во катастрофалните земјотреси кои односоа многу човечки животи и предизвикаа огромна материјална штета.

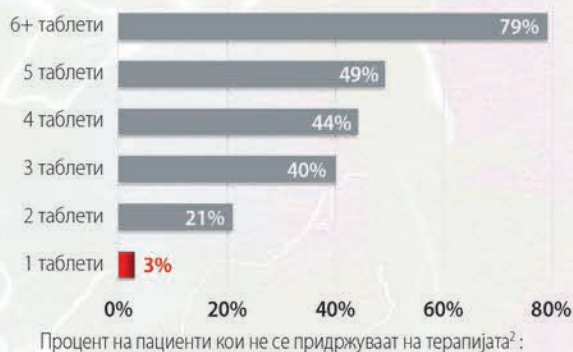
Средствата се уплатени во фондот “Хуманитарна акција” кој е воспоставен од Центарот за управување со катастрофи и вонредни состојби (АФАД) при Министерството за внатрешни работи на Република Турција.



ИСТОВРЕМЕН ТРЕТМАН НА ХИПЕРТЕНЗИЈА И ХИПЕРЛИПИДЕМИЈА СО ЕДНА ТАБЛЕТА

Прим. М-р Д-р Слободан Антов

Во современиот свет се соочуваме со пораст на бројот на коморбидитети кај пациентите. Меѓу пациентите со кардиоваскуларни болести, од 2000 година до 2014 година, процентот на пациенти со истовремени дополнителни заболувања се зголемил за 4 пати¹. Секој четврти кардиоваскуларен пациент е отповарен со многу висока коморбидност. Хипертензијата е најчестиот коморбидитет, кој е присутен кај речиси третина од пациентите (28,9%), хиперлипидемијата како коморбидитет се јавува кај 11,3% и дијабетесот кај 11,2% од пациентите. Со присуството на зголемен број на коморбидитети се зголемува потребата од истовремен третман на повеќе болести што значи покомплексно лекување на пациентите. Пациентите кои употребуваат поголем број на лекови, имаат поголеми шанси самостојно да ја прекинат дадената терапија.



При истовремен третман на хипертензија и хиперлипидемија, придржувањето е исто така слабо³. Не се изненадувачки податоците од Euroaspire V кои покажуваат дека помалку од половина од третираниите пациенти го достигнуваат целниот крвен притисок (<140mmHg) и помалку од една третина од пациентите ги постигнуваат целните вредности на LDL холестерол, согласно нивниот кардиоваскуларен ризик⁴.

Незадоволителни резултати во редукција на резидуалниот КВ ризик покажаа мноштво стратегии со различни класи на антихипертензивни. Дури и кога крвниот притисок е добро регулиран, неопходно е да се спроведе соодветна медицинска терапија и да се вклучат нови превентивни стратегии во секојдневната клиничка пракса⁵. Третманот на умерено покачениот холестерол со ниски дози на статин го намалува КВ ризик за 35-40%. Комбинирана терапија на статин со РАС инхибитор демонстрира адитивен/синергистички ефект врз ендотелната дисфункција и инсулинската резистентност, дополнително на редукцијата на холестерол и вредностите на крвен притисок. Затоа, комбинираниот третман со статин и РАС инхибитор може да биде оптимална стратегија кај пациенти со хипертензија, хиперхолестеролемија, дијабетес, метаболен синдром или гојазност, со цел превенција на КВ заболувања⁶.

Упатствата за третман на хипертензија од 2018 ESH/ESC препорачуваат употреба на комбинирани лекови во една таблета секогаш кога тоа е возможно. Истовремениот третман на хипертензијата и хиперлипидемијата со употреба на комбинирана терапија во една таблета - полипил терапија е од големо значење бидејќи ќе овозможи подобрена контрола на двата ризик фактори. Со употребата на комбинирани лекови во една таблета ќе се намали бројот на таблети кои е потребно пациентот да ги употреби во текот на денот, ќе се поедностави режимот на лекување, ќе се зголеми придржувањето кон дадената терапија со што ќе се подобри исходот од лекување и ќе се постигнат таргетираните целни вредности. И за крај, полипил терапијата може да претставува сигнификантна поддршка на лекарите во подобар менаџмент на КВ ризици кај пациентите.

Референци:

1. Tran J, Norton R, Conrad N, et al. Patterns and temporal trends of comorbidity among adult patients with incident cardiovascular disease in the UK between 2000 and 2014: A population-based cohort study. 2018 PLoS Med 15(3): e1002513. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002513> 2. Gupta P, Patel P, Strauch B, et al. Risk Factors for Nonadherence to Antihypertensive Treatment. 2017 Hypertension: 69:1113-20. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.116.08729 3. Catapano AL, Graham I, De Backer G et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. Eur Heart J 2016; 37(39): 2999-3058. 4. Kotseva K, De Backer G, De Bacquer, et al. Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. 2019 European Journal of Preventive Cardiology 26: 824-35. DOI: 10.1177/2047487318825350 5. Tsukahashi Y, Shiga Y, Suetatsu Y, et al. Presence and severity of coronary artery disease in patients who achieved intensive blood pressure reduction at the time of coronary computed tomography angiography. Hypertens Res. 2020. <https://doi.org/10.1038/s41440-020-00545-6> 6. Hae-Young Lee, MD, PhD, Ichiro Sakuma, MD, PhD et al. Statins and Renin-Angiotensin System Inhibitor Combination Treatment to Prevent Cardiovascular Disease. Circ J 2014; 78: 281 - 287. 7. 36ириен извештај на особините на лекот Роксипер.

Roxiper®

rosuvastatin/perindopril/indapamid
филм-обложени таблети

ПРВА КОМБИНАЦИЈА

на статин, АКЕи* и диуретик во Европа и Република Северна Македонија.

* инхибитори на ангиотензин конвертирачки ензими



За подетални информации обратете се на:

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

KRKA

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

ИЗБРАНИ НОВИОТ МИНИСТЕР И ЗАМЕНИК - МИНИСТЕР ЗА ЗДРАВСТВО

Меџити: “Мојот фокус е здравствениот систем да е достапен, ефикасен и да ги задоволува потребите на граѓаните”

Доктор Фатмир Меџити е специјалист-невролог кој доаѓа од ЈЗУ УК за неврологија - Скопје. Дипломирал 1999 на Медицински факултет во Сараево, а неврологија специјализирал во 2015 год. на Медицински факултет – Скопје (УКИМ). Во своето работно искуство бил советник во Кабинетот на министер за здравство во 2017 година и член и претседател на Управен одбор на Фондот за здравствено осигурување во периодот 2017-2018 год. Доктор Меџити е член на Лекарската комора, на Македонско лекарско друштво, Македонско невролошко здружение и на Европската академија за неврологија.



Доктор Маја Манолева - Заменик- министер за здравство

За Заменик-министер за здравство е именувана д-р Маја Манолева. Доктор Манолева дипломирала во 1999 г., а специјализирала физикална медицина и рехабилитација во 2010 год. на Медицинскиот факултет-Скопје, Универзитет “Св. Кирил и Методиј”. До именувањето на функцијата, д-р Маја Манолева ја извршуваше функцијата директор на ЈЗУ Институт за физикална медицина и рехабилитација во Скопје. Член е на Лекарска комора и на стручни здруженија.



Доктор Фатмир Меџити е нов министер за здравство. На функцијата стапи по именувањето на 104-та собраниската седница, на местото од стом. д-р Беќим Сали.

При примопредавањето на должноста, д-р Меџити изјави дека му е чест што е именуван за нов министер за здравство и дека со “нетрпение очекува да служи со оваа важна улога”.

“Имав продуктивна средба со поранешниот министер д-р Сали. Решен сум да ја продолжаме важната работа за унапредување и заштита на здравјето и благосостојбата на сите наши граѓани,” рече министерот Меџити.

“Мојот фокус ќе биде нашиот здравствен систем да биде достапен, на прошитување на позитивната листа со нови лекови, како и на унапредување на статусот на здравствените работници, а пред сè за покачување на платите на вработените во здравството”.

Тој посочи и дека за да се постигнат заеднички цели, инвестирањето во здравјето на нашите граѓани е од суштинско значење за градење здраво општество и дека останува посветен на соработката со здравствените работници, засегнатите страни и лидерите на заедницата.



Зголемена вредноста на капитацискиот бод за избраните лекари по општа медицина и гинекологија

Фондот за здравствено осигурување, како резултат од разговорите и преговорите со Лекарската комора на РСМ и со Министерството за здравство, на седницата на Управниот одбор одржана на 26 декември 2022 година донесе одлука од 1 јануари 2023 година да ја зголеми вредноста на капитацискиот бод за избраните лекари по општа медицина и по гинекологија од 63 денари на 75 денари. За избраните лекари стоматолози капитацискиот бод се зголемува од 48 на 61 денари, по приклучено осигурено лице.

Изминатиот период Лекарска комора вложи силни заложби во интензивни преговори да се реализира зголемувањето на капитацискиот бод во примарната здравствена заштита, како чекор кон подобрување на положбата на матичните лекарите.



Измените во Кривичниот законик ќе создадат побезбена околина за лекарите и пациентите

Лекарската комора, како професионално здружение на сите доктори по медицина во нашата земја, го поздравува носењето на измените на Кривичниот законик со кои вербалното и физичкото насилство над лекарите и другите здравствени работници се смета за кривично дело “спречување службено лице во вршење службено дејствие” и соодветно ќе се казнува. Со новите измени во Кривичниот законик е одредено дека делата, како употреба на сила, сериозни закани, навреда, малтретирање, задавање телесни пов-

реди или закана со употреба на оружје кон лекар или друг здравствен работник при вршење на нивните професионални задачи се кривични дела за кои е предвидена казна затвор од шест месеци до пет години.

Комората подолг период во соработка со надлежните институции работеше на подготовка на новите законски решенија, при што беа донесени измените на Законот за здравствена заштита, а сега со носење на измени на Кривичниот законик се заокружува процесот, кој треба да создаде побезбедна околина за вршење на здравствената дејност, што ќе биде корисно како за здравствените работници, така и за пациентите.

Носењето на овие законски измени е особено значајно бидејќи доаѓа во време кога се регистрираат зачестените физички и вербални напади врз здравствените работници и е потребно да се превенираат нови и посериозни инциденти. Лекарите и другите здравствени работници имаат право да ги извршуваат своите работни обврски без да бидат под притисок на закани по нивниот живот и безбедност и не смее да се дозволи тие да бидат мета на незадоволството на пациентите. Лекарите и пациентите само преку заедничко делување и соработка може да постигнат изнаоѓање на решение за предизвиците во пружањето на здравствената заштита, кои најчесто се должат на системски проблеми за чие решавање е потребен општ консензус.

Лекарската комора останува отворена за своите членови да ги пријавуваат инцидентите со кои се соочуваат и да пружа помош и поддршка, како и будно да го следи постапувањето на надлежните институции.



Ова што го направивме како тим беше мотивирано само од нашиот ентузијазам

Подготовката на тимот траеше долг период, сепак тие две недели беа таков сублимат на хрватските искуства во трансплантацијата што буквално ни ја даде силата што ни беше потребна за да ја направиме првата трансплантација на црн дроб во нашата држава, сами како чист македонски тим

Основата се луѓето, кадарот, а понатаму ако тој кадар е мотивиран верувајте нема нешто што македонското здравство нема да го достигне и направи. Основната грижа сега треба да биде токму тоа, кадарот да не го загуби својот мотив и желба за работа, додека второто на што ќе мора да се фокусираме е да го поставиме системот за кадарична трансплантација на здрави нозе

Неодамна бевте дел од тимот кој престојуваше во турската “Меморијал хоспитал”. Како дојде до соработка со турската болница и поопширно за престојот таму?

Сосема случајно и за тоа треба да им се заблагодарам на колегите од ГЕХ Клиниката кои всушност ме поканија да одам со нив во “Меморијал” болница со која ГЕХ Клиниката има долгогодишна соработка. Поканата до мене беше поради неодамнешната прва трансплантација на црн дроб во Македонија која Клиниката за дигестивна хирургија ја направи пред само неколку месеци. Мојот мотив да отидам во “Меморијал” беше фактот дека е тоа болница која има одлични резултати во трансплантација на црн дроб од жив дарител, нешто за кое нашата Клиника ќе во наредниот период се подготвува да го совлада. Искрено, бев неверојатно изненаден од приемот на проф. д-р Корај Ачарли кој несебично ме вклучи во целокупниот процес на работа асистирајќи на две трансплантации што е многу ретко некој да ви го овозможи во светов. Престојот таму за мене беше неверојатно искуство и го чувствувам како голем едукативен чекор напред за што сум му особено благодарен на проф. д-р Ачарли.



Проф.д-р Светозар Антовиќ беше дел од тимот што ја изведе првата трансплантација на црн дроб во Македонија, а неодамна во турската “Меморијал хоспитал” асистираше на две трансплантации на црн дроб од жив дарител

Како стручњак престојувате во Центарот за трансплантација во КБЦ “Меркур” во Загреб, а сега и во турската болница “Меморијал”. Со какви искуства се вративте?

Престојот во Загреб беше во состав на многу поголем проект, кога како Клиника за дигестивна хирургија се подготвуваме за првата трансплантација на црн дроб. Таму, на едукативен стручен престој две недели беше вклучен целиот тим. Не може да се искаже со зборови благодарноста која ја чувствувам кон д-р Коцман и проф.д-р Микулиќ кои не воде во Загреб. Иако подготовката на тимот траеше многу долг период, сепак тие две недели беа таков сублимат на хрватските искуства во трансплантацијата што буквално ни ја даде силата којашто ни беше потребна за да ја направиме првата трансплантација на црн дроб во нашата држава, во ноември минатата година, сами како чист македонски тим.

За цело време се подготвуваме за кадаверична трансплантација или трансплантација од дарител со мозочна смрт. Тоа е директно различно од престојот во “Меморијал” каде всушност за првпат се запознав со хируршките техники за трансплантација од жив дарител, постапка која е многу покомплицирана од кадаверичната трансплантација. Секако, верувам дека истата во догледна иднина сигурно ќе ја направиме.

Имаме ли едуциран и мотивиран стручен кадар, опрема, медикаменти, соодветно поставен систем што во иднина би ја гарантирале успешноста во трансплантацијата на органи?

Едуциран да, со назнака дека тоа е континуиран процес што треба и да продолжи, додека за мотивиран би кажал засега - да. Сето ова што го направивме како тим беше мотивирано, искрено, само од нашиот ентузијазам. Но, тој ентузијазам има свој рок на траење и, за жал, мислам дека кратко ќе трае доколку не го преточиме во одржлив систем во којшто секој ќе го добие своето место, задачи, но и заслужена надокнада за сè она што го сработил.

Основата се луѓето, кадарот, а понатаму ако тој кадар е мотивиран верувајте нема нешто што македонското здравство нема да го достигне и направи. Основната грижа сега треба да биде токму тоа, кадарот да не го загуби својот мотив и желба за работа, додека второто на што ќе мора да се фокусираме е да го поставиме системот за кадаверична трансплантација на здрави нозе. И за двата приоритети неопходна ни е поддршка од Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување и се надевам дека и двете институции ќе имаат желба тоа да го направат, особено што зборуваме за исклучително важен дел од здравствениот систем, а тоа е трансплантацијата.

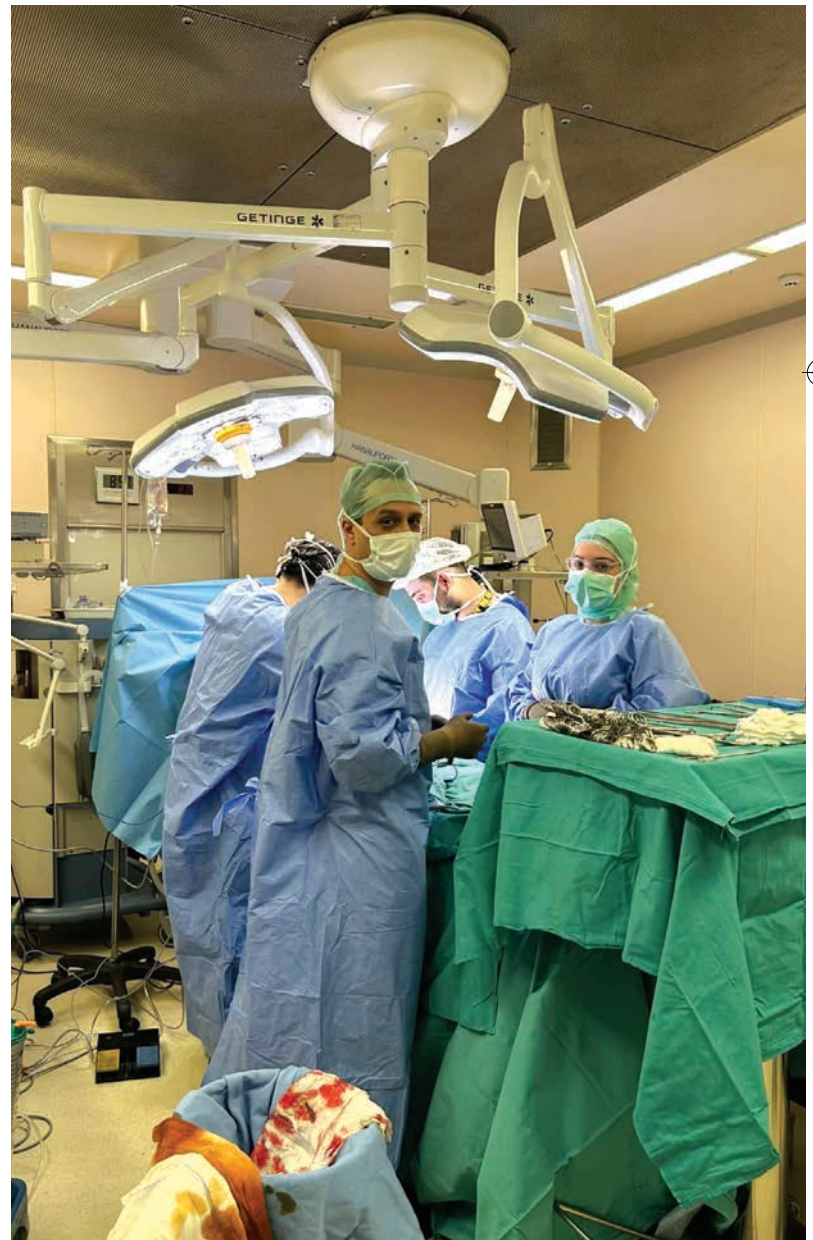
Колку се посветува внимание на постоперативниот болнички период, но и колкава и каква е грижата за пациентите по напуштањето на клиниките?

Постоперативниот тек и следење на пациентите е буквално важен на ист начин како и периоперативниот период. Мислам дека нашите колеги од клиниката за ГЕХ, кои се одговорни за тој дел од лекувањето на пациентите, прават исклучително добра работа. Тие, впрочем, и досега со децении ги следат пациентите кои беа трансплантирани со црн дроб надвор од нашата земја. Ние, како хирурзи, дури сега активно се вклучуваме во лекувањето на овие пациенти, така што мислам дека сите одговори околу постоперативната терапија кај пациентите може многу посоодветно да ги добиете од колегите гастроентеролози.

Треба ли наскоро да очекуваме трансплантација на црн дроб од жив дарител?

Ние сигурно ќе се подготвуваме за тоа, ќе треба време за целиот тим со тоа да се запознае и да влеземе во таа приказна сигурни како и при првата трансплантација од кадавер.

Но, она што сакам да го истакнам е дека нашиот фокус мора да биде кадаверичната трансплантација која е поедноставна и од етички аспект многу поприватлива. И, доколку изградиме добар систем, таа може да одговори на сите потреби на нашите пациенти. Кај трансплантацијата од жив дарител, сепак оперираме врз здрави луѓе, за да извадиме половина црн дроб, кој потоа го пресадуваме кај пациент на кој му е потребен. Концепт којшто, ќе се согласите, не е толку лесно приватлив. Секако, тој вид трансплантација има свое место, особено кај итни пациенти на кои им е потребен црн дроб итно, а немаме кадавер. Токму поради тоа мора да ни биде на располагање во арсеналот на Клиниката и овој вид трансплантација на црн дроб, а јас ви ветувам дека за истата нема да чекаме толку долго како за првата кадаверична трансплантација на црн дроб во нашата земја.



Франција додели Орден за национални заслуги на ректорот на УКИМ, проф Јанкуловски

Со ова високо признание ректорот Јанкуловски стана Витез од Националниот ред за заслуги на Република Франција

Амбасадорот на Република Франција во Република Северна Македонија, г. Сирил Бомгартнер, на свечен начин на ректорот на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје, проф. д-р Никола Јанкуловски, му додели Орден за национални заслуги на Франција. Со ова високо признание ректорот Јанкуловски стана Витез од Националниот ред за заслуги.

Орденот за национални заслуги на Република Франција е воспоставен во далечната 1963 година од страна на генералот Шарл Де Гол, како едно од најпрестижните француски одликувања со кој се наградуваат лица, Французи или странци, кои имаат особени заслуги за Република Франција.

Францускиот амбасадор, г. Сирил Бомгартнер, нарекувајќи го ректорот Јанкуловски голем пријател на Франција, во својата пригодна беседа го истакна следново:

“Покажавте голема отвореност за различни форми на соработка со Франција. Од вашето именување за декан на Медицинскиот факултет при УКИМ во Скопје во 2009 г., а благодарение на добрата соработка, Францускиот институт успеа да реализира повеќе настани во амфитеатарот на Деканатот како „Празникот на науката“ и бројни конференции од областа на физиката, медицината и радиофармацијата. Од вашиот избор за ректор на УКИМ во 2016 година оваа соработка вклучува и нова димензија. Тука, мислам на потпишувањето на Договорот со Универзитетската агенција за франкофонија којшто во септември 2018 г.



овозвозможи отворање на Центарот за универзитетска успешност во кругот на кампусот на Универзитетот – проект кој се чекаше со години, а се реализираше благодарение на вас”.

Заблагодарувајќи се на високата чест укажана со доделувањето на Орденот за национални заслуги на Република Франција, ректорот проф. д-р Никола Јанкуловски рече:

“Ова одликување за мене е голема чест и мотив да продолжам по патот кој го одбрав - да ѝ служам на мојата земја со сиот свој личен и професионален капацитет и сето свое знаење и енергија да ги употребам во продлабочување на соработката на нашата земја со Република Франција, посебно во делот на академската соработка која отвора нови хоризонти за нас, која создава дополнителни вредности, а тоа се слободната мисла, демократија и просперитет. Мојата цел е да придонесам колку што можам во зацврстувањето на европските вредности на нашиот Универзитет, но и на мојата држава”.

ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ СО БАРАЊЕ ЗА ПОВИСОКИ ПРИМАЊА Заложба на Министерството е зголемување на платите во здравството

Здравствените работници да имаат за 2.000 и 3.000 денари повисоки примања, 3.000 денари бруто за медицинските сестри и по 2.000 денари за сите останати, вклучително помошниот персонал, технички персонал, администрација, се барањата на здравствените работници. Тие се противат и на Предлог-законот за систем на плати со којшто сметаат дека ќе се скрати правото на синдикално здружување.

“Како Министерство ќе се залагаме за унапредување на статусот на здравствените работници, а пред сè за покачување на платите на вработените во здравството. Во претстојниот период ќе организираме средба со сите надлежни институции, меѓу кои Фондот за здравствено осигурување, Министерството за финансии, Министерството за труд и социјална политика, со цел заеднички да изнајдеме оптимално решение”, истакна министерот Меџити на првата средба со здравствените работници.

Премиерот додели благодарници на тимот кој ја направи првата трансплантација на црн дроб



Претседателот на Владата на Република Северна Македонија, Димитар Ковачевски, им додели благодарница на сите кои учествуваа во првата трансплантација на црн дроб во ноември 2022 година.

Ковачевски, на тимот лекари и медицинскиот персонал, им честиташе за успешноста со што Клиниката за дигестивна хирургија и останатите клиници и институти кои беа вклучени во транспланта-

цијата, направија огромен придонес за здравствениот систем.

Премиерот изрази и неизмерна благодарност до семејствата кои во најтешките мигови од животот, одлучуваат да ги донираат органите на нивен близок починат. Во период од три години, почнувајќи од 2020 година до јануари 2023, 18 семејства дадоа согласност од нивните блиски да се подарат и трансплантираат органи и подарија живот на десетици пациенти.

Вакцинацијата обезбедува ефикасна заштита од зголемен ризик од компликации во бременоста поради омикрон - варијантата на **COVID-19**

Глобалната мрежа предводена од Институтот за мајчино и перинатално здравје (OMPPI) на Универзитетот во Оксфорд, на 17.01.2023 г. во The Lancet ги објави резултатите од студијата INTERCOVID 2022, спроведена во 41 болница во 18 држави.

За да го проценат влијанието на омикрон - варијантата на COVID-19 врз исходот на мајката и новороденчето, истражувачите проучувале 1.545 бремени жени со дијагноза за варијантата и 3.073 недијагностицирани, истовремено бремени жени, како контроли. Студијата била спроведена помеѓу 27 ноември 2021 година и 30 јуни 2022 година, во периодот кога беше присутна омикрон - варијантата на вирусот.

Омикрон - варијантата на COVID-19, за време на бременоста, беше поврзана со зголемен ризик од морбидитет на мајката, тешки компликации на бременоста и прием во болница, особено кај симптоматски и невакцинирани жени. Ризикот од прееклампсија, особено бил зголемен кај жени со тешки симптоми. Обезните жени и жените со прекумерна телесна тежина со тешки симптоми биле изложени на најголем ризик за мајчински морбидитет и тешки компликации. Вакцинираните жени беа добро заштитени од тешки симптоми и компликации на COVID-19 и имаа многу низок ризик од прием во единицата за интензивна нега. За спречување на тешки симптоми и компликации на COVID-19 е потребно жените да бидат целосно вакцинирани, по можност и со бустер доза. Во студијата, mRNA вакцините беа најефективни во спречувањето на тешки симптоми и компликации на COVID-19, иако вакцините со вирусен вектор со засилувач исто така обезбедија соодветна заштита - најмалку 10 месеци по последната доза и за вакцините со mRNA и за вакцините со вирусен векторски засилувач.

Според Хозе Вилар, професор по перинатална медицина на Универзитетот во Оксфорд, еден од водачите на студијата INTERCOVID 2022, студијата обезбедува цврсти информации засновани на докази за зголемениот ризик предизвикан од омикрон варијантата на COVID-19 за време на бременоста за тешки компликации кај мајката кај симптоматски и невакцинирани жени. Загрижувачко е тоа што тешките симптоми на болеста се јавиле кај 4% до 7% од невакцинираните жени дијагностицирани со омикрон - варијантата за време на бременоста. Студијата јасно укажува на потребата од целосна вакцинација за време на бременоста, по можност со бустер, за да се обезбеди заштита најмалку 10 месеци по последната доза. Професор Вилар препорачува антенаталните служби ширум светот да се стремат да ја вклучат вакцинацијата против COVID-19 во рутинската грижа за бремените жени.

Арис Папагеоргиу, професор по фетална медицина на Универзитетот во Оксфорд, кој исто така ја водеше студијата INTERCOVID 2022 г. вели: „Иако варијантата омикрон може да биде помалку штетна од претходните варијанти кај општата популација, голем дел од невакцинираните бремени жени ширум светот сè уште се на големи ризик. Бидејќи е невозможно да се предвиди кој ќе развие тешки симптоми или компликации, потребна е универзална целосна вакцинација. За жал, целосната покриеност со вакцинација кај бремените жени сè уште е несоодветна дури и во развиениите земји“.

Стивен Кенеди, професор по репродуктивна медицина на Универзитетот во Оксфорд, кој беше дел од тимот на водачи на студијата INTERCOVID 2022 година, вели: „Оваа студија е светол пример за тоа како добро координирано, мултинационално, заедничко истражување може, за многу кратко време, да обезбеди цврсти докази за подобрување на здравјето на мајките и бебињата ширум светот. Наодите од оваа студија и нашите претходни INTERCOVID студии (види подолу) придонесоа за промени во клиничката пракса и политиката на јавното здравје со препорака за вакцинација на сите бремени жени. Се надеваме дека нашата работа ќе помогне да се негираат значителните дезинформации кои кружат во врска со пандемијата и ефикасноста на вакцините.“

Линк до целосниот труд

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02467-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02467-9/fulltext)

Претходни публикации на проектот INTERCOVID:

Април 2021: Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without Covid 19 infection: The Intercovid Multinational Cohort Study. JAMA Pediatrics.

Јуни 2021: Preeclampsia and COVID-19: results from the INTERCOVID prospective longitudinal study. The American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Април 2022: Effect of prenatal exposure to maternal COVID-19 and perinatal care on neonatal outcome: results from the INTERCOVID Multinational Cohort Study. The American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Јули 2022: Diabetes mellitus, maternal adiposity, and insulin dependent gestational diabetes are associated with COVID-19 in pregnancy: the INTERCOVID study. The American Journal of Obstetrics and Gynecology.

Превод: Прим.м-р.сци.д-р Габриела Тавчиоска

Занимливости

ЗДРАВЈЕ

Првиот сексуален однос го активира вагиналниот имунитет

Научниците измерија концентрација на 19 соединенија коишто ги фаворизираат имунитетните реакции

Кај млади жени во вагиналното ткиво се случува имунитетно нарушување после првиот сексуален однос. Тоа се покажува во една студија водена кај 95 млади жени на возраст од 16 до 20 години, во Кенија. Примероците се собрани во месеците пред и после првиот однос со пенетрација. Научниците ја измериле концентрацијата на 19 соединенија, познати како медијатори на имунитетните реакции. Сите тие се зголемени после првиот сексуален однос. Тие не знаеле дали тоа што го опсервирале е еден вид штетна инфламација или е едноставно зголемување на имунитетната активност, како што вели Sean Hughes, истражувач од Универзитетот од Вашингтон (САД). Но, прашањето е од интерес за адолесценти и млади жени бидејќи се изложуваат на диспропорционален ризик да се заразат со сексуално пренослива болест за разлика од жените кои се постари.

ИНФЕКТОЛОГИЈА

Еден резистентен комарец ја загрозува битката против маларичната грозница

Невообичаената епидемија која ја зафати Етиопија на маларична грозница во почетокот на 2022 година е поради пристигнувањето на посебниот вид комарец дојден од Азија, кој е резистентен на инсектицидите. Детектиран во 2012 година во Џибути, *Anopheles stephensi* веќе е распространет во други четири држави. Наспроти другите вектори на паразитот од Африка, овој комарец има афекција кон урбани зони со што се комплицира уште повеќе борбата против епидемијата.

Намалени случаи на сенилна деменција во САД

Процентите на случаи на деменција се намалија од 12% на 8% кај Американците постари од 65 години меѓу 2000 и 2016 година, покажува една широка анкета. Два фактори ја успорија појавата на деменција: зголемување на мозочните ресурси со зголемувањето на нивото на едукација и сè поголем број жени на пазарот на трудот.

ОНКОЛОГИЈА

Два знака кои ќе го претркаат ракот на панкреас

Големо намалување на телесната тежина или знатно зголемување на гликемијата се два индикатори за ризик од рак на панкреас една до две години пред да се дијагностицира, покажува една широка епидемиолошка студија водена во Велика Британија. Овој вид на карцином се одликува со висок морталитет затоа што се открива многу доцна бидејќи неговите симптоми се малку видливи. Овие предупредувачки знаци би можеле да го променат исходот.

ПНЕУМОЛОГИЈА

Канабисот повеќе ги оштетува белите дробови отколку цигарите

Пушењето на канабис е почесто поврзано со дилатација на бронхиите и деградација на пулмоналното ткиво, отколку пушењето на цигари, според една студија. Оваа хронична инфламација би дошла до израз и кај пушењето на цигари ако би се пушеле цигари без филтри и кога длабоко би се инхалирал димот.

УЛТРАЗВУК ЗА ТРЕТИРАЊЕ НА ЕСЕНЦИЈАЛНО ТРЕПЕРЕЊЕ

Еден неинвазивен зафат, воден од MRI во мозокот, ги уништува невроните што се во врска со неконтролираните движења

Американски доктори на лица хендикепирани поради есенцијален тремор на рацете, им донесоа голема надеж. Овој симптом, чие потекло е непознато и е различно од треперењата кај Паркинсоновата болест, може да биде многу хендикепирачки дотолку да не може лицето да држи чаша, да јаде да телефонира. Засега, во Франција, има околу 30 000 лица кои делумно се лекувани со лекови. Причината за овој тремор е оштетен дел од мозокот, конкретно, таламичното јадро. Благодарение на ултразвучи, лекарите успеаа со голема прецизност да ги уништат ткивата со зголемување на температурата. Пет години после овој зафат, од 40 пациенти треперењето засекогаш исчезнало кај 70%, што докажува дека се работи за долготрајна бенефиција.

Француска екипа формирана за третман со помош на оваа техника

Обидот на Американците со ултразвук ја потврди техниката која се примени во 2013 година. Таа имаше повеќе предности, како на пример дека нема потреба од хируршки зафат интракранијално ниту долготрајно следење на пациентите. Marie Vidailhet е на чело на истражувачката екипа која врши контрола на движењата во Институтот за мозок, во Париз. Операцијата со ултразвук, фокализирана и водена во мозокот со помош на MRI, не е инвазивна метода нуди резултати веднаш, изгорувајќи ги невроните од таламичното јадро, кое е одговорно за треморот. Во Франција е формирана една екипа која можеби веќе ја применила со успех оваа метода кај 15 пациенти во болницата La Pitie –Salpetriere во Париз. Екипите кои стојат зад овој зафат, веќе очекуваат одобрување за да ја воведат терапијата како редовна. За овој зафат владее големо интересирање од страна на многу пациенти со есенцијален тремор.

Подготви: прим. д-р Горица Зафировска



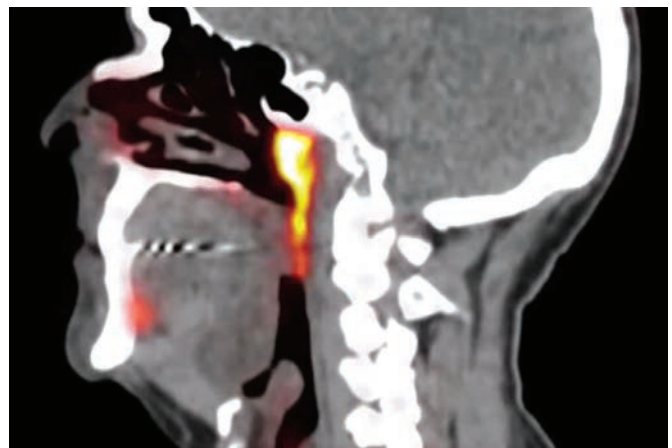
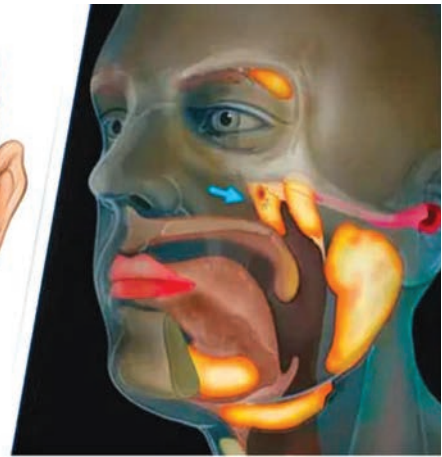
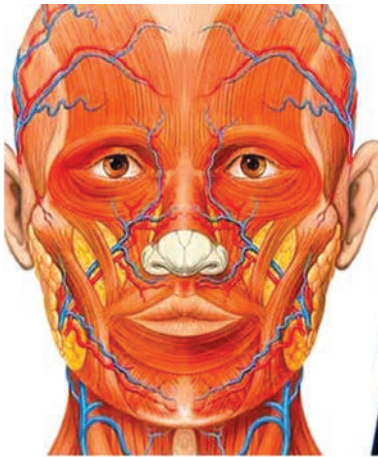
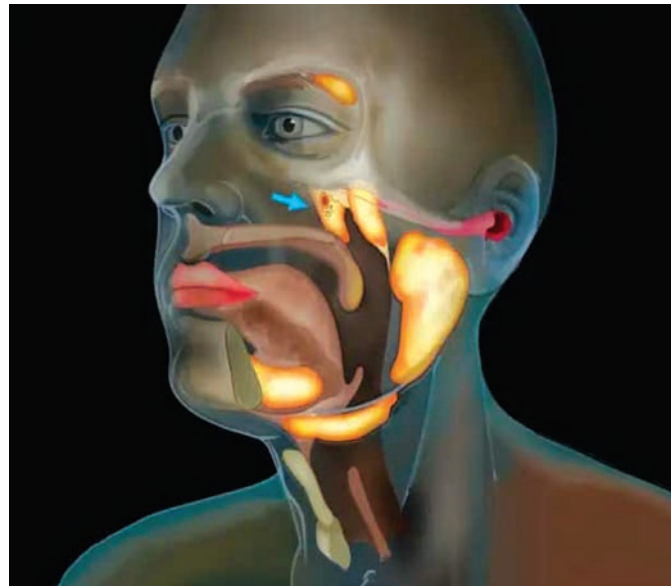
САЛИВАРНИ – ФЛЕКИ

Научници случајно открија нов орган во човечкото тело

Joe Harker

Вие, сега, сигурно мислите дека доволно знаеме за човечкото тело но, секогаш нешто ново се открива, како на пример овој нов орган. Точно тоа им се случило на група холандски истражувачи. Тие го откриле органот случајно, додека го проучувале карциномот на простата. Овој скриен орган е лоциран под нашиот нос или, поточно, токму зад него. И, кажано попрецизно, тој е лоциран внатре во нашата глава, во долниот дел на лицето. Вие, можеби, би прашале како тимот истражувачи истражувајќи го ракот на простата завршиле со откривање на орган во човечката глава, бидејќи сметате дека тоа се две различни места во телото. Се се случило кога истражувачите анализирајќи го ракот на простата направиле СТИ PET scan на пациенти на кои им инјектирале радиоактивна глукоза во улога на маркер така, на местото на туморот, се појавува светлина. Но, истражувачите виделе дека и две полиња во главата се осветлени. Истражувачите, сфатиле дека се работи за пар саливарни жлезди. Ги нарекле тубарни саливарни жлезди, а може да се најдат во аголот каде назалната шуплина се соединува со грлото. Што се однесува до улогата на овој откриен орган, се претпоставува дека е лубрикант и овлажнувач на подрачјето на грлото, зад носот и устатата. Ова откритие беше како шок за истражувачите, бидејќи не можеа да сфатат дека досега бил неоткриен. Онкологот Wouter Vogel од Холандскиот институт за рак вели дека овие жлезди досега останале неоткриени бидејќи се многу сензитивни кога се снимаат, дури добиваат флеку како последица од снимањето но и бидејќи се многу недостапни. Тој вели дека луѓето имаат три пара широки саливарни жлезди, но не таму. Досега знаевме дека единствените саливарни или мукозни жлезди во *nasopharynx* се микроскопски мали и се раширени секаде каде има мукоза. Може да се замисли нивното изненадување кога е откриен овој орган. Откривањето на органот може да помогне да се објасни зошто луѓето кои биле третирани со радиотерапија често страдаат од сува уста и имаат проблеми со голтањето. Dr Vogel вели дека ќе биде штета доколку перманентно се оштетува овој орган, бидејќи не се знае дека постои и никој не се обидува да го заштити од зрачењето. Иако откривањето беше случајно, истражувачот се надева дека искуството на пациентите со рак после примање на радиотерапија ќе бидат со помалку компликации. Тој верува дека многу компликации на тубарните саливарни жлезди се во врска со третманот. Сега, кога се знае за овој орган, следниот чекор е научниците да размислат како да не се оштетува за време на радиотерапија. Ако не успеат, може да даде резултат и значајно подобрување на квалитетот на живот на луѓе кои примаат радиотерапија.

Подготви: Прим. д-р Горица Зафировска



СУП. СПЕЦ. Д-Р РЕНАТА ДИМИТРИОСКА, РАКОВОДИТЕЛ НА ОДДЕЛЕНИЕТО ЗА ИНТЕНЗИВНА

Успешноста е спрега меѓу човечкиот фактор, правилна селекција на персонал и тимска работа



Простор за подобрување, се разбира, има. Она што најмногу ќе ја осовремени медицинската нега на ОИИТ е подигнување на директната инвестиција во знаењето на секој поединец на медицинскиот персонал

Важите за едно од најдобрите одделенија на Универзитетската клиника за гинекологија. На што се должи вашиот успех во работата? На тимска работа, исклучителни стручњаци и индивидуалисти или добро лидерство?

Успешното функционирање на Одделението за интензивна терапија (ОИИТ) при ЈЗУ УГАК зависи од повеќе чинители кои дејствуваат во спрега. Би почнала од човечкиот фактор, правилната селекција на лекари - специјалисти и медицински персонал, што претставува почетокот на сите почетоци. Потоа, креирање тим и долгорочно инсистирање на тимска работа, затоа што пружање на здравствена услуга на ниво на интензивна терапија секогаш зависи од 24-часовно функционирање на Одделението, а тоа не е можно да се постигне без добро координиран тим.

Сите ние, вработените во ОИИТ, помалку или повеќе не престануваме да работиме и по работното време, консултациите ги продолжуваме од своите домови, а комуникациската поврзаноста со колегите кои се наоѓаат во првата линија никогаш не се затвора.

Како раководител на Одделението, мојот ангажман, се разбира, е најприсутен токму во координација на медицинскиот персонал и тоа не се состои само од распоредување на смените, планирање на дежурствата и сл., туку и од иницирање и водење на стручни дискусии со членовите на тимот околу стратешкиот и оперативниот приод во грижата на најкритичните и најмалите пациенти, поставување на дијагнозата и имплементација на терапијата.

Во тој процес ги вклучуваме и помладите лекари-специјалисти, кои на тој начин не само што стекнуваат искуство и вештини, туку и навлегуваат во тајните на професијата - неонатологија, а и се идентификуваат како членови на тимот.

Кои сè се задачите, односно обврските на Одделението за интензивна нега и терапија на новородени деца (опишете го вашиот дел од работата)?

Секојдневно пружаме висок квалитет на грижа на дваесетина мали и критични бебиња кои се на респираторна



НЕГА И ТЕРАПИЈА ЗА НОВОРОДЕНИ ДЕЦА (ОИНТ) ПРИ ГАК

поддршка и на дваесеттина предвремено родени мали бебиња, на кои им е потребно посебна грижа, но се кардиореспираторно стабилни, посебно под 33 гестациска недела, со родилна маса под 1500 грама или кои се родени со малформации или со други медицински предизвици. Од моментот на раѓање и со соодветна примарна реанимација како и со 24-часовната неонатолошка покриеност на секое бебе му овозможуваме најдобар можен почеток.

Грижата, негата за некои бебиња трае само неколку дена или недели, а за новородените со екстремна ниска родилна тежина, (под 1000 грама) и по неколку месеци. Тоа е професионален предизвик за секој од нас, но и ангажман исполнет со емотивен набој. Секојдневно дискутираме за секое критично бебе и ја планираме нивната грижа за следните 24 часа, секое од нив напредува индивидуално, со различна брзина.

Исходот е често неизвесен, никогаш не се знае каков ќе биде денот. Може да вклучува радосни настани (како отпуштање на бебе по долга хоспитализација), тажни или нешто помеѓу, да биде активен или мирен – иако во нашата единица, тоа може да се промени за една минута.

За среќа, честопати, заедно со болните бебиња се постигнуваат неверојатни резултати.

Ние сме во состојба да им помогнеме на многу од нив да растат и заздрават, но за жал, не секое бебе одговара на медицинската нега.

Дали сте поддржани во барањата што ги имате во организациона смисла?

Одделението за интензивна нега ја ужива безрезервната поддршка на раководството на ГАК. Тоа е особено истакнато последните пет години кога одделението се опремува со современа опрема и се екипира со тим на специјалисти, чија главна карактеристика е посветеност кон својата професија и подреденост кон тимот. Притоа, не треба да се заборави дека ја делевме судбината со сите слични медицински тимови кои функционираат во државата, а тоа е одливот на формирани кадри кои со години се креирани токму во Одделението. За да се одржи функционалноста во постојана кондиција, неопходно беше континуирана и повторна селекција на кадри и нивна обука и интегрирање во тимот. Без поддршката која ја имаме од страна на ГАК е илузорно да се претпостави дека Одделението ќе ги постигне резултатите кои денес му се припишуваат.

Со колку персонал располага Одделението за интензивна нега и терапија на новородени деца, на колку пациенти во просек работат тимовите во една смена?

Во моментот на ОИНТ работат тројца специјалисти – педијатри, од кои двајца се супспецијалисти неонатолози, тројца обучени специјализанти и четири новопримени специјализанти по педијатрија. Вкупно единаесет доктори, од кои седуммина се на специјализација на Клиниката за детс-



Гости(н) во Vox Medici

ки болести и работат само на дежурства. Во тек на прва смена, како и во текот на дежурствата, работи еден специјалист со еден специјализант во просек на 16 до 20 предвремено родени нестабилни новороденчиња и критично болни доносени, термински новороденчиња.

Една медицинска сестра работи во просек на пет бебиња згрижени во инкубатор.

Во високоразвиените земји, стандард е една сестра на два инкубатора, еден доктор на пет критични бебиња.

Дали Одделението ги следи најновите случувања, дали работите по современи теркови во делот на интензивна нега и терапија на новородени деца?

Следењето на современите трендови во областа на неонатологијата претставува неопходен услов во функционирањето на NICU. Секој од нас ги следи стандардите за грижа на новородени кои ги публикува Светската здравствена организација, кои освен што го подигаат нивото на медицинската услуга, значи и држење чекор со светските медицински центри. Употребата на поновите технолошки методи, употреба на високософистицирана опрема, само го докажува фактот дека се доближуваме до методите кои ги применуваат клиничките центри во најразвиените земји.

Колку на медицинскиот персонал му се овозможуваат стручни обуки и размена на искуства во центрите од регионот и пошироко?

Во периодот што измина бележиме намалување на интензитетот на размена на искуствата од референтните центри во регионот и од светот поради присуство на пандемијата. Па, сепак, дури и во такви услови на Одделението престојуваше експерт од Белград, со што процесот на размена на искуства и знаења не престана. Освен тоа, во земјава се организираа семинари на кои, како предавачи, учествуваа експерти од регионот и пошироко. И на крај, индивидуално, секој од нас, присуствуваше на конгреси во европски земји на кои редовно беа следени предавања за трендовите во неонатологијата во светот.

Дали има методи од вашата област што не се практикуваат на Одделението за интензивна нега на ГАК, а постои потреба од нив?

Но, дали е тоа доволно за давање високо квалитетна нега? Простор за подобрување, се разбира, има. Според мене, она што најмногу ќе ја осовремени медицинската нега на ОИИТ е подигнување на директната инвестиција во знаењето на секој поединец на медицинскиот персонал, лекари и медицински сестри. Но, на пример, посета на референтни центри во регионот, па и подалеку, на директен начин ќе го подобри нивото на квалитетна грижа. Би се донеле и примениле поефективни методи кои директно ќе влијаат на подобрување на крајниот исход од работата на Одделението.

Постои ли, според вас, можност за примена на нови и иновативни методи во блиска иднина и кои се условите што треба да се исполнат за што побрзо нивно воведување?

Неонаталниот морбидитет и морталитет се глобален про-



блем за јавното здравје во земјите во развој. Првите четири недели од животот на доенчињата се нивниот најранлив период, во текот на кој тие се склони кон значителни морбидитет и морталитет. Изложеноста на новороденчињата на инфекции, асфиксија при раѓање и раѓање пред термин се сметаат за најчести причини за неонатална смрт. Сепак, овие вообичаени причини се претежно спречени во текот на последните две децении, како резултат на напредокот во знаење и стручната грижа за овие бебиња. Но, и понатаму предмет на голема загриженост се малите и болни новороденчиња, поради континуирана изложеност на различни ризик - фактори. Изложеноста на стресни фактори имаат штетен ефект врз нивниот раст и невноразвој. Бидејќи повеќето од овие причини може да се спречат, важно е да се применат докажаните иницијативи за подобрување на квалитетот со цел, да се подобрат резултатите од неонаталната нега.

Некои од докажаните иницијативи за подобрување на квалитетот со цел подобрување на резултатите од неонаталната нега, вклучуваат мерки како што се намалување на ризикот од хипотермија, одржување на хигиената на рацете, одржување и оптимизација на централните линии, подобрување на интеракцијата мајка-бебе, намалување на изложеноста на доенчињата на различни стресни фактори (бучава, светлина, болка), намалување на ризикот од бронхопулмонална дисплазија и имплементирање на пристапот на грижа на семејството за своето бебе.

Ние сме фокусирани кон мали но постојани промени, за кои се потребни соодветни алатки – опрема, обука и време за подигнување на квалитетот на медицинската нега и постигнување на посакуваниот исход.

75 ГОДИНИ ОД ПОСТОЕЊЕТО

НА УНИВЕРЗИТЕТСКАТА КЛИНИКА ЗА ГИНЕКОЛОГИЈА И АКУШЕРСТВО И НЕЈЗИНИОТ ИСТОРИСКИ РАЗВОЈ

Особено сме горди на намалениот перинатален
морталитет кој сега се движи во рамките на светскиот

Годинава што измина одбележавме голем број настани и случувања, но за нас од особено значење е 75-годишнината од формирањето на Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство - Скопје. За нас и нашата установа, која е првото и најзначајно родилиште по ослободувањето во 1945 година, овој Јубилеј претставува историско одбележување на една плејада од генерациски личности кои соочени со многу предизвици ентузијастички ја формираа, градеа и надоградуваа Клиниката и овозможија раѓање на здрава популација и соодветна акушерска и гинеколошка грижа за женската популација изминативе 75 години.

На свечената академија по повод Јубилејот, која се случи кон крајот на минатата година, присуствуваа министерот за здравство, ректорот на УКИМ, декани, продекани, директори на клиники и бројни професионалци и великани кои низ годините наназад со сето свое знаење и посветеност придонесоа за развојот на Клиниката и на кои во знак на длабока почит, им беа доделени благодарници.

Клиника за гинекологија и акушерство. Клиниката била сместена во зградата на Клиниката за хирургија, во делот каде што сега е сместена ортопедската Клиника. За прв директор на Гинеколошко-акушерската клиника е назначена д-р Грозда Симитчиева, која дотогаш работела како шеф на гинеколошко-акушерското Одделение при Земската болница. На 20.02.1951 г. за директор на Гинеколошката клиника е поставен проф. д-р Миленко Берик, со што се создаваат услови за формирање на Катедра за гинекологија и акушерство. Професор Берик е основоположник на додипломската и на постдипломската едукација по гинекологија и акушерство.

Во понатамошниот развој, Клиниката брзо се доекипира со соодветен кадар, се развива со многу брзо темпо и согласно потребите почнува да се формираат сите оддели кои се неопходни за работа на една универзитетска клиника. Се развиваат лабораториите, се отвораат нови оддели, но паралелно со тоа се оформува и работата на немедицинската дејност.

Главната ориентација на стручната работа на Клиниката е супспецијалистичка работа, соодветно на поставеноста на работата на ремираните европски и светски клиники. Императив од основањето на Клиниката па сè до денешен ден е континуираната едукација на персоналот остварена преку многубројни престои на вработените во најпознатите сродни клиники ширум светот, се покануваат како гости и ремирани стручњаци од целиот свет, се организираат работилници и курсеви, се усвојуваат нови знаења и вештини кои потоа се применуваат и на нашата Клиника.

Покрај тоа, сите раководители на Клиниката, од основањето до денес, вложуваат големи напори за адекватно просторно сместување, во прилог на што оди и преселувањето на Клиниката прво во зградата на Уредот, потоа во кругот на Медицинскиот факултет во поранешната зграда на Ушната, очната и кожната клиника, доградбите на таа зграда, па сè до конечната изградба на новиот објект во кој и денес е сместена УГАК. Постојано се набавувала и се набавувала современа опрема за работа.

Во текот на 75-годишното постоење се направени 78.797 гинеколошки операции, 42.306 царски резови, породени се повеќе од 289.663 трудници и конзервативно се лекувани повеќе од 300.000 пациентки. Со еден збор, Клиниката константно бележи прогресивен развој и напредок како на полето на здравствената, така и на полето на наставната и на



Свечената академија по повод Јубилејот - раководство на Клиниката со ректорот проф. д-р Н. Јанкуловски

Историјата на постоење на Клиниката започнува во далечната 1947 г. кога е донесена уредба за престанок на Земската болница во Скопје и формирање на Медицинскиот факултет и уредба бр. 7656 од 17.09.1947 г. за преименување на гинеколошко-акушерското Одделение при Земската болница во

Јубилеј

*Универзитетска клиника
за гинекологија и акушерство –
денес*



научната дејност. Особено сме горди на намалениот перинатален морталитет кој сега се движи во рамките на светскиот перинатален морталитет. Мајчиниот морталитет бележи постојан пад и во одредени години достигнува 0 промили.

Неонаталната заштита е во постојан подем, Клиниката постепено прерасна во републички центар за прематуритет и со особена гордост може да кажеме дека сега и плодовите помали од 1000 грама успешно преживуваат.

Во текот на овој период перманентно се воведуваат нови дијагностички методи како во акушерството, така и во гинекологијата, со што современите дијагностички процедури коишто се изведуваат во светот се на секојдневниот репертоар на Клиниката. Анестезиолошката служба со своите знаења и вештини, но и со современата опрема што ја поседува, успешно се рангира во редот на реномираните светски оддели за анестезија на гинеколошките оддели.

Освен високо диференцираната, врвна здравствена дејност, Клиниката врши повеќе видови едукативна, наставна дејност и тоа: додипломска настава за студенти по медицина и стоматологија, постдипломска настава и едукација на лекари на специјализација по гинекологија и акушерство. Со еден збор, Клиниката претставува највисока школа за гинекологија и акушерство која ја профилира и унапредува професијата на оваа територија. Посветени на 75-годишнината од постоењето на Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство во Скопје, уште еднаш искажуваме огромна благодарност до поранешниот и сегашен медицински и немедицински кадар кој учествувал и учествува во исто толку години борба за здравјето на пациентките и новороденчињата.



Дел од секојдневната работа во операциона сала

ХИРУРГИЈА НА ЛИЦЕ, ВИЛИЦИ И ВРАТ MAXILLOFACIAL SURGERY



ГОДИНИ
ПОЛИКЛИНИКА
Круна МС[®]
од 1991

Проф. НАУМОВСКИ



krunams.com.mk



krunams@t.mk



02 3166 919



071 266 919

ГТЦ, Кеј 13 Ноември 2/2 Скопје

Tysabri SC – дополнителна вредност за пациентите и лекарите

Мултиплекс склероза (МС) е воспалително, демиелинизирачко и невродегенеративно заболување на централниот нервен систем кое засега околу 2,8 милиони индивидуи во светски рамки.

Натализумаб (Tysabri) е хумано моноклонално антители кое ги остварува своите ефекти благодарение на неговото врзување со $\alpha 4$ интегринот од површината на лимфоцитите. На тој начин ја инхибира васкуларната адхезија со посредство на клеточната адхезиона молекула (VCAM), како и инфилтрацијата на имуните клетки низ крвно-мозочната бариера во ЦНС.

Познато е дека интравенскиот (ИВ) натализумаб се аплицира во едночасовна инфузија во одредени медицински установи. Од огромно значење за здравствените работници и за пациентите е супкутаната администрација на овој лек. Овој вид на администрација овозможува скратување на времето на администрација, а истовремено претставува и алтернативен начин на апликација кај пациенти со лоши вени. Од големо значење е фактот што кај супкутаната апликација не мора да постои централизирана администрација, така што е можна и примена во други болници.

Предностите на супкутаната апликација во однос на интравенската се состојат во побрзото аплицирање, со што периодот на мониторирање после дози може да се скрати. Од огромна важност за пациентите е намалувањето на отсуството од работа при администрација на лекот, повеќе слободно време, можност за апликација и во место поблиску до домот, намалување на можни трошоци (за паркирање, грижа за деца).

Според најновите студии, при споредба на безбедносниот профил на супкутаното и интравенски аплицираниот натализумаб, хиперсензитивноста при супкутаната апликација на натализумабот на секои четири недели, била пријавена само кај еден пациент. Од друга страна, пак, според резултатите од двегодишни контролирани студии со интравенска апликација на истиот лек, хиперсензитивноста се јавила кај 4% од пациентите. Несаканите ефекти при супкутаната апликација на натализумабот се конзистентни со оние што се јавуваат при интравенска апликација, со исклучок на болка на местото на апликација. Што се однесува до имуногеноста, перзистентните анти-натализумаб антители се регистрирани кај <1% од пациентите кои примале натализумаб супкутаното, за разлика од регистрираните 6% кај пациентите со интравенска апликација.

Според податоците од REFINE и DELIVER рандомизираните студии, МС пациентите третирани со 300 мг натализумаб при супкутаната администрација после четири недели, покажале фармакокинетски и фармакодинамски параметри, заедно со безбедносен профил споредливи со МС пациенти третирани со натализумаб 300 мг администриран интравенозно. Овие резултати сугерираат на употребата на супкутаниот натализумаб кај пациенти со релапс-ремитирачка форма на мултипла склероза.

EMA (European Medicines Agency) препораки за супкутаната администрација на натализумаб

Супкутаната администрација на натализумабот мора да биде аплицирана од страна на професионален здравствен работник, со цел рано препознавање на знаци и симптоми на ПМЛ (прогресивна мултифокална леукоенцефалопатија) и обезбедување на правилна контрола и опсервација на местото на апликацијата, вклучувајќи ја и хиперсензитивноста. Промената на начинот на апликација на натализумабот треба да се направи после четири недели од последната доза.

Најчести места на апликација се бутините, абдоменот или задната страна од надлактицата. Пред апликација, лекот треба да биде 30 минути на собна температура. Комплетната доза од 300 мг е еквивалентна на два подготвени шприца коишто се аплицираат последователно (најмногу 30 минути меѓу двете инјекции). Втората инјекција треба да се аплицира на најмалку 3 cm од претходната инјекција. Еден од најбитните моменти во текот на супкутаната апликација на овој лек е опсервацијата на пациентот за време на апликацијата и еден час потоа, поради можни знаци и симптоми по инјектирањето, земајќи ја предвид и хиперсензитивноста. После првите шест дози пациентите треба да се опсервираат зависно од клиничката проценка.

Инаку, натализумабот се чува на температура од 2°C - 8°C. Во своето оригинално пакување може да биде до 24 часа на собна температура, најмногу 25°C. После вадење не треба да се врати во фрижидер. Истиот не треба да се аплицира на иритирана, зацрвена, инфицирана или оштетена кожа.

Доц.д-р Иван Барбов-ЈЗУ УК за неврологија Скопје

ПОГОЛЕМА ДОВЕРБА ПОГОЛЕМА ФЛЕКСИБИЛНОСТ

TYSABRI (natalizumab)
SUBCUTANEOUS USE | 300mg

Пред претпишување на лекот и за повеќе информации молиме да го прочитате последно одобриениот Збирен Извештај за особените на лекот кој можете да го добиете од носителот на решението за ставање на лекот во промет: Медис Македонија ДООЕЛ Скопје, Ул. Наука Наумовски Брње 502-6, 1000 Скопје, обратете се на mail: medis.mk@medis.com или скенирајте го QR кодот.

1. TYSABRI (natalizumab) Summary of Product Characteristics, June 2022. 2. Tetteh EK, et al. Health Economics Review. 2014. 3. Bitner B, et al. BioDrugs. 2018. 4. Wright JM, et al. Medical Research Archives. 2017. 5. Santus P, et al. World Allergy Organ J. 2019. 6. Rummel M, et al. Ann Oncol. 2017. 7. Plavina T, et al. J Clin Pharmacol. 2016. 8. Trojano M, et al. Mult Scler. 2021.

Biogen MEDIS Therapeutics

Референци

1. Rudick RA, Sandrock A. Natalizumab: alpha 4-integrin antagonist selective adhesion molecule inhibitors for MS. Expert Rev Neurother. 2004;4(4):571-580.
2. TYSABRI IV (natalizumab) Summary of Product Characteristics.
3. Tetteh EK and Moriss S. Health Economics Review. 2014;4(26).
4. Wright JM and Jones GB. Medical Research Archives. 2017;5(12):1-12.
5. Santus P et al. World Allergy Organ J. 2019;12(4):100030.
6. Plavina T et al. A Randomized Trial Evaluating Various Administration Routes of Natalizumab in Multiple Sclerosis. J Clin Pharmacol. 2016; 56(10): 1254-1262; 2.
7. Trojano M et al. Subcutaneous natalizumab 300 mg every 4 weeks is comparable to standard intravenous dosing in REFINE: a study exploring the safety, tolerability, and efficacy of multiple natalizumab treatment regimens in patients with relapsing multiple sclerosis. 2021
8. Natalizumab SmPC, 9. <https://malmed.gov.mk>
9. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/tysabri>

УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА ЗА ХЕМАТОЛОГИЈА

Издадено “Водичи за дијагноза и третман на пациентите со Б и Т лимфопрولیферативни заболувања”

Според податоци од интерната статистика на Клиниката за хематологија во Скопје е забележан невообичаен пад во инциденцата од 14 проценти во однос на периодот пред пандемијата, надолен тренд, кој продолжува и во 2021 година, кога имаме 16 проценти пониска инциденца во споредба со 2020 година, вели проф. д-р Ирина Пановска Ставридис, директорка на Универзитетската клиника за хематологија.

Тоа беше и најголемата причина Здружението на хематолози, заедно со лекарите од Клиниката за хематологија, да го создалат првото издание на “Водичи за дијагноза и третман на пациентите со Б и Т лимфопрولیферативни заболувања”.

Наш приоритет е да имаме подобри резултати во лекувањето на пациентите заболени од лимфопрولیферативни заболувања, применувајќи ја како основа медицината базирана на докази во комбинација со најновите иновативни тераписки опции.

Повикаувајќи се на искуствата и статистиките на УК за хематологија се потврдува дека пандемијата, од повеќе аспекти, сериозно влијаела врз пациентите со малигни хематолошки заболувања.

Во светот, и покрај пандемијата со COVID-19, глобалната инциденца во САД е во пораст, а овој тренд го следат и европските држави. Ако западните европски држави имаат очекувана годишна инциденца поголема или 10,2/100.000, околните земји на Балканот инциденца во рангот од 7,7–10,2/100.000, а Република Северна Македонија бележи пад од 3,1/100.000 во 2019 година до 2,6/100.000 во 2020 година.

Ваквата разлика кај нас, во однос на соседните држави, упатува кон три главни фокуси: свесноста за малигните лимфоми кај општата популација, патот и чинителите во дијагностиката на малигните лимфоми и времетраењето на дијагностиката.

“Изработивме нови национални ‘Водичи со препораки за третман на лимфоми и мултипен миелом’. Спроведовме едукации за матичните лекари и лекарите од секундарното здравство за рана дијагностика на мултипен миелом и лимфом. Самостојно, и во соработка со здруженијата на пациентите, Министерството за здравство, учествувавме во повеќе јавни промотивни настани за подигнување на свесноста за мултипен миелом и лимфом”, вели проф. д-р Пановска Ставридис.

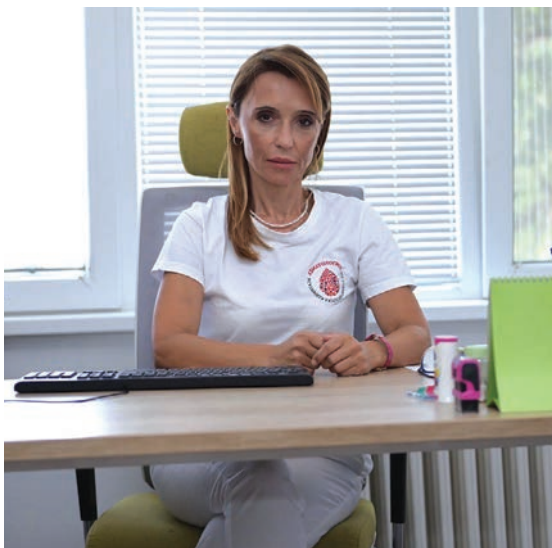
Лекарите од Клиниката за хематологија веруваат дека спроведените активности ќе придонесат за подобра и навремената дијагностика и современ третман на секој пациент, што води кон подобар клинички исход и поквалитетен живот, како за пациентот така и за неговото семејството и заедницата во целост.

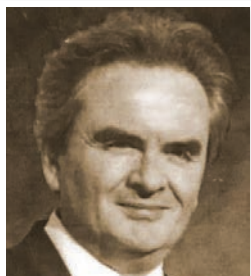
Првото издание на “Водичите за дијагноза и третман на пациентите со Б и Т лимфопрولیферативни заболувања”, е создадено како резултат на континуирана работа на Здружението, за како дел од проектот спроведен од Здружението за хематологија на Македонија насловен “Унапредување на раната дијагностика и третман на пациентите со лимфом и мултипен миелом во Република Северна



Македонија: предизвици и можности”. Овие “Водичи” се стручно издание кои имаат за цел да ја унапредат дијагностиката, третманот и исходот од лекувањето на пациенти со лимфопрولیферативни заболувања, согласно актуелните светски водичи за лекување, но прилагодени на нашите услови на работење. “Водичите” се патоказ за дијагностички постапки и тераписки одлуки за третман на оваа група на заболувања. Фокусот на темите во ова прво издание е на процесот на дијагностиката и лекувањето, но и на процената за избор на соодветна терапија.

Во “Водичите” е особено потенцирано нивото на научните докази и степенот на препораки за сите обработени клинички чинители. Имајќи ја предвид сложеноста на секој организам, невозможно е да се предвидат сите клинички состојби во секојдневната практика. Затоа, овие “Водичи” нудат основна рамка во дијагностиката и лекувањето на хроничните лимфопрولیферативни болести и сметаат дека покрај почитувањето на насоките и почитувањето на индивидуализираниот пристап кон секој пациент, при носењето на секоја терапевтска одлука ќе претставуваат наш императив.



Проф. д-р Ненад Марковиќ 1938 - 2021

Проф. д-р Ненад Светомир Марковиќ, интернист, добар клиничар, хематолог-онколог, професор на неколку факултети (во Македонија, Србија и САД), медицински рецензент на FDA, претприемач, човек „подвижна енциклопедија“ - како што го нарекувавме. Имаше широки познавања не само од медицината туку и од историја, литература, општествени науки, религија, политика, уметности и др. Автор на бројни статии (повеќе од 300 референци), поглавја во учебници, книгата: „Што треба секоја жена да знае за цервикалниот рак“ (What Every Woman Should Know about Cervical Cancer) која доживеа трето дополнето издание.

Роден е во Скопје, во 1938 г. во фамилија на интелектуалци. Основното, средното образование и Медицинскиот факултет (1962) ги завршил во Скопје. Прво работел како општ лекар во ЗД Скопје, ЗД „Идадија“. За време на скопскиот земјотрес, во 1963 г. како волонтер на Црвениот крст на Република Македонија организирал полска болница, тријажен центар и станица за прва помош на ранетите. Уште тогаш доаѓаат до израз неговите организаторски способности, кога требало да се пружи стручна помош на населението, но и да се распоредат медицинските екипи дојдени отсекаде од Југославија. За својата самопрегорна работа бил одликуван од Град Скопје.

Од 1964 г. бил примен на работа на Клиниката за интерни болести при Медицинскиот факултет во Скопје. Специјализацијата по интерна медицина ја завршил 1968 г.

Постдипломски усовршувања имал во Белград, на хематолошкото Одделение (Интерна А клиника), кај проф. С. Стефановиќ; во Малме, 1972 г., на хематолошкото Одделение на Интерната клиника кај проф. Waldenstrom (како стипендист на шведската Влада) и во Бетезда, САД, во Националниот институт за рак (1972 г), каде што го положил и лиценциот испит ЕЦФМГ (ECFMG =Educational Commission for Foreign Medical Graduates).

Докторската дисертација под наслов „Морфологијата на бластната клетка, можен параметар за процена на прогнозата на акутната леукемија“ ја одбрал во Белград (1975г.) .

Во 1976 г. повторно престојувал во Бетезда, каде што работел на проблемите од примената на автоматизираната цитолошка дијагностика во хематологијата.

Постојно вработен на Клиниката за хематологија при Медицинскиот факултет во Скопје, ги поминал сите академски звања: асистент, доцент, до вонреден и редовен профе-

сор, а истовремено се занимавал со рутинска работа, со хематолошки болни, предавал на студенти и специјализанти, истражувал и публикувал. Бил ментор на магистерски трудови и докторски дисертации. Бил раководител на научноистражувачки проект финансиран од СИЗ за научни дејности: „Развој на модифицираната методологија за интрацелуларно испитување на ензимите, достапна за средно развиени и помалку развиените земји“. Во 1981 г. му е доделено звањето примариус.

Бил претседател на Здружението на канцеролозите на Југославија и многу успешно го организирал VI Конгрес на канцеролозите на Југославија со меѓународно учество. Бил иницијатор и учествувал во преводот на онколошкиот прирачник од Интернационалната унија за борба против ракот, во издание на Здружението на канцеролозите на Југославија, во 1982 г. „Како лечити рак“.

Проф. Ненад Марковиќ бил професор на МФ во Скопје, до неговото заминување во САД, 1993. Во меѓувреме работел и како “визитинг” професор на Одделот за патологија, на Универзитетот во Пенсилванија, Филадельфија (1985-88). Од 1988 г. бил “визитинг” професор по фармакологија на Медицинскиот колеџ во Пенсилванија, Филадельфија. Во овој период, практично живеел и работел во три земји, Македонија, Србија и САД.

Во Нови Сад бил професор по онкологија, од 1988 – 1993 г., каде организирал медицински студии на англиски јазик. Директор на Институтот за онкологија бил од 1991-1994 г.

Од 1994 – 1998 г. проф. Ненад Марковиќ бил медицински консултант на Агенцијата за храна и лекови (Food and Drug Administration = FDA), во центарот за истражување и евалуација на лекови, Роквиле, Мериленд.

Додека бил во Југославија, бил член на Сојузот на лекари на Македонија и на Југославија; член на Асоцијацијата на југословенските хематолози - Секцијата за цитохемија; член на Југословенското канцеролошко здружение и др.

Член е на Американската друштво за борба против ракот, Американската асоцијација за клинички студии и многу други.

НАУЧНА ДЕЈНОСТ

Научниот интерес на д-р Н. Марковиќ бил особено насочен кон хематоцитологијата, цитохемијата на хематопоетичните клетки и хемотерапијата. Од посебен интерес е методот за испитување на кинетиката на некои ензими (каталаза) и визуализацијата на изоензимите на киселата фосфатаза во ќелиите.

Продлабочувањето на испитувањата на клеточниот метаболизам, со помош на маркирани ензими (биомаркери) го довеле до пронаоѓањето на најновата метода за скринирање на асимптоматски жени, во фазата на пред-морфолошка промена на клетките од грлцето на матката (PVU), како претстадиум на диспластична промена 1999 г.

**Спец. д-р Вангел Тодоров** 1954 - 2023

На 69-години почина д-р Вангел Тодоров, специјалист педијатар. Медицинскиот факултет го заврши на Универзитетот во Белград, каде на Институтот за мајка и дете специјализира во областа на педијатрија. Д-р Тодоров повеќе од 40 години работеше како лекар и педијатар, а пред 17 години ја основа ПЗУ „Д-р Вангел“.

Тој е добитник е на бројни награди, меѓу кои и наградата 4-Ноември на општина Битола, добиена во областа на здравството.

Ќе остане запаметен по исклучителната стручност, ведриот дух и посебната посветеност на здравјето на децата се до последните моменти од неговиот живот.

Прим. д-р Милош Р. Грубовиќ 1941 - 2022



Прим. д-р Милош Р. Грубовиќ е еден од основоположниците на трансфузиолошката служба во Република Македонија и основоположник на доброволното крводарителство во РМ. Својата стручност и професионалност ја покажуваше и ја докажа на повеќе полиња, секогаш на најдобар можен начин, исполнувајќи ја Хипократовата заклетва и е горд пример за тоа што значи да се подаде рака и да се спасат

животите на илјадници луѓе. Активно работеше на унапредување и промовирање на Македонското лекарско друштво и Лекарската комора на Македонија, како во Македонија, така и во тогашна СФРЈ и пошироко. За неговите заслуги и постигнати резултати од значење на напредокот на државата, д-р Грубовиќ е одликуван е со Орден на труд со сребрен венец од Претседателството на СФРЈ, а за својот голем хуманизам и значителен придонес во унапредување на здравството и крводарителството ја доби “13 Ноемвриска награда” од градот Скопје и “21 Јулската награда” на градот Беране, Црна Гора, каде што е роден. Тој е добитник и на многу други највисоки државни награди и признанија на териториите на поранешна Југославија, Македонија и Црна Гора.

Биографија

Прим. д-р Милош Р. Грубовиќ е роден на 17.02.1941 година во Југовине, Беране, Црна Гора. Основното и средното образование завршил во Беране. Во 1962/63 година се запишал во Медицинскиот факултет во Скопје и станал еден од најдобрите студенти, поради што од втората година од студите до дипломирањето водел вежби како демонстратор по анатомија на студентите по медицина. По дипломирањето заминал да отслужува воен рок во Нови Сад и Ниш, а работел во Стационарното одделение во Воената болница во Ниш и во амбулантата, каде што станал омилен лекар поради доброто однесување со пациентите и неговата стручност во работа, за што неколку пати пишувале весниците. Следните две години работел во Гостивар, а оттогаш има пријателства кои продолжиле до денес. Од 1971 година работел како асистент на Медицинскиот факултет во Скопје по предметот - анатомија и држел вежби на студентите по медицина, стоматологија и на Факултетот за физичка култура, сè до вработувањето во Републичкиот завод за трансфузија (РЗТ). Во 1977 година бил реизбран за асистент на Медицинскиот факултет во Скопје.

Специјализацијата трансфузиологија ја завршил во 1978 година, а во 1987 година бил избран за примариус.

По доаѓањето во Републичкиот институт за трансфузиона медицина (сегашен ЈЗУ Институт за трансфузиона медицина на РСМ) во јули, 1973 година, веднаш бил назначен за раководител и формирал Оддел за мотивација, организација и подобрување на крводарителството, со кое раководел до неговото пензионирање. Во периодот кога се формирало Одделението, бројот на крводарители во Скопје и во Република Македонија бел прилично мал, околу 7.000 крводарувања годишно, од кои најголемиот дел биле платени крводарители, а помал дел биле семејни дарувања крв, кои биле недоволни за лекување на болните и повредените во здравствените установи во Македонија. Оттогаш, со својата работа и посветеност, тој го зголемил доброволното дарување крв на 64.000 дарувања во 1989 година, додека семејното дарување крв речиси и да го снема.

Прим. д-р Милош Р. Грубовиќ е основоположник на доброволното, анонимно и бесплатно дарување крв во Република Македонија и горд пример за тоа што значи да се подаде рака и да се спасат животите на илјадници луѓе. Својата стручност и професионалност ја покажуваше и ја докажа на повеќе полиња, секогаш на најдобар можен начин исполнувајќи ја Хипократовата заклетва, пред сè со обезбедување доволни количини крв и крвни продукти за болните и повредените ширум нашата држава, како и при лекување на пациенти со различни

патологии кои се лекувале во Клинички центар во Скопје. Учувствувал во голем број хуманитарни акции со различни видови помош, секогаш кога можел и каде што било потребно. Активно работел на унапредување и промовирање на Македонското лекарско друштво и Лекарската комора на Македонија, кои ги претставуваше на најдобар можен начин, како во Македонија, така и во тогашна СФРЈ и пошироко. Учувствувал во збратимувањето на Црногорското лекарско друштво (ЦЛД) со Македонското лекарско друштво (МЛД) и во проширувањето на соработката. Работејќи на организацијата на крводарителството, тој имал можност и бил присутен во сите општини во Македонија и поранешна СФРЈ, како и во други европски земји (Швајцарија, Германија и др.). Објавил над 150 научни и стручни трудови во домашни и меѓународни медицински списанија и учествувал на голем број домашни и меѓународни конгреси, симпозиуми и семинари. Во текот на својата кариера активно бил вклучен во раководната политика на Републичкиот завод за трансфузиологија. Бил претседател на Управниот одбор на РЗТ, неколку пати претседател на Синдикатот на РЗТ, член на Советот за труд и претседател на делегацијата на РЗТ, како и член на Советот на Републичкиот синдикат на Македонија. Бил потпретседател на Координативниот комитет на Републиката конференција на Социјалистичката алијанса на Република Македонија, претседател на Координативниот комитет за крводарителство на општинската конференција на Социјалистичката алијанса на Република Македонија - Центар и член на Советот на Здравствениот дом на Скопје, како и член на Републиката комисија за дарување крв при Собранието на Црвениот крст на Република Македонија. Бил делегат и во Комитетот за здружена работа на општина Центар и претседател на Комитетот за општествени дејности и унапредување на човековата средина, претседател на СИЗ за Центар за физичка култура и член на истиот одбор во ГКССРН.

Долгогодишен член на Македонското здружение на трансфузиолози, на Македонското лекарско друштво, на Лекарската комора на Македонија и на Меѓународното здружение на трансфузиолози.

Прим. д-р Милош Р. Грубовиќ бил основач и прв претседател на Здружението за црногорско - македонско пријателство во Република Македонија, а потоа бил реизбран за доживотен претседател и коосновач на Заедницата на црногорците во РМ.

Награди и признанија:

За заслугите и за постигнатите резултати во работата што се значајни за напредокот на државата бил одликуван со “Орден на трудот” со сребрен венец од Претседателството на СФРЈ во 1984 година.

Добитник е на “Златниот знак” на Црвениот крст на Република Македонија – како признание и благодарност за неговата долгогодишна успешна работа во ширење на здравствената култура меѓу населението и за развивање хуманизам и солидарност меѓу луѓето.

Добитник на медалот на Црвениот крст на Република Молдавија, како признание за подобрувањето на крводарителството во Република Молдавија.

Добитник е на повелба и плакета од Републичкиот завод за трансфузиологија за неговиот придонес во развојот на крводарителството и трансфузионите активности во Република Молдавија.

Добитник е на највисокото признание на Македонското лекарско друштво - ПОВЕЛБА (2016), како и на плакета, диплома и благодарница.

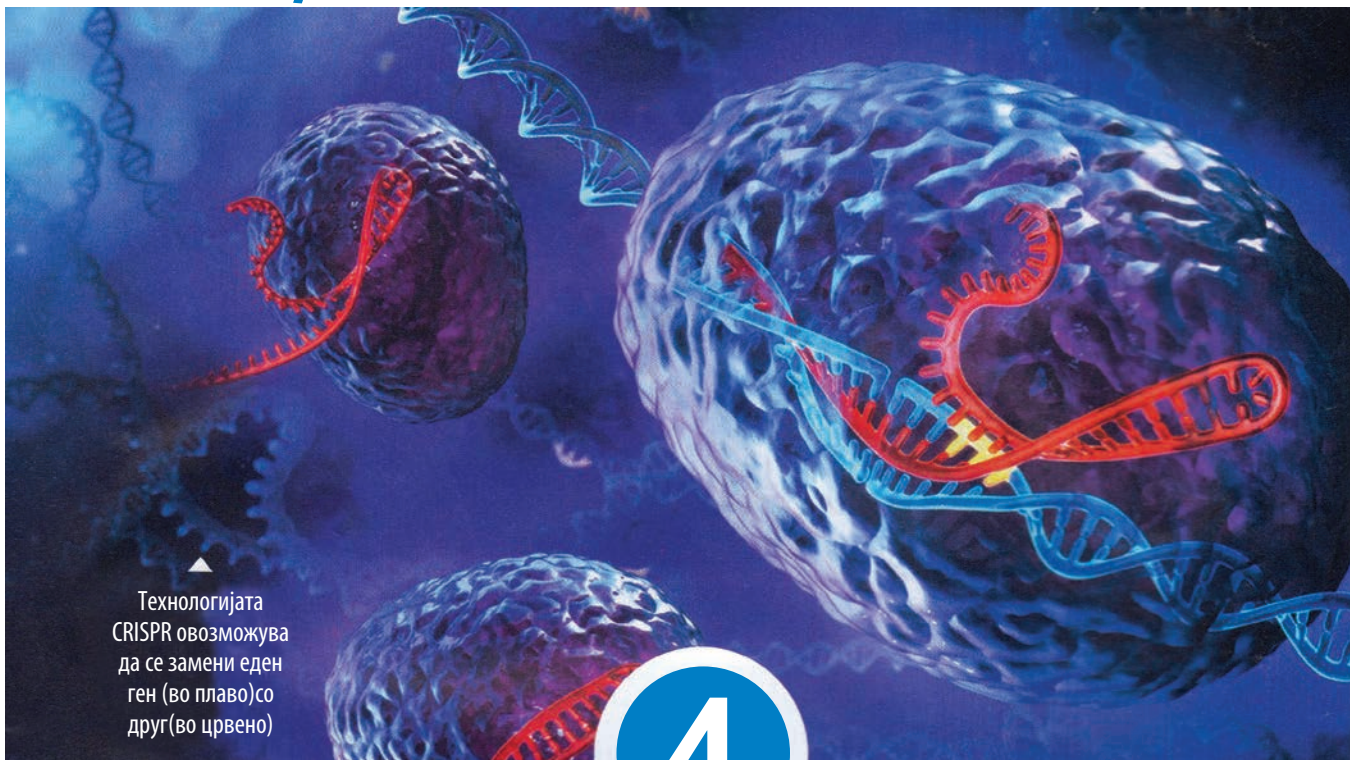
Добитник е на највисокото признание на град Скопје “13 Ноемвриска награда” (2008) за неговиот голем хуманизам и значаен придонес во унапредувањето на здравството и крводарителството во градот Скопје и Република Македонија.

Добитник е на највисокото признание на Универзитетот “Св. Кирил и Методиј” - плакета на Универзитетот “Св. Кирил и Методиј” (2007), како признание за неговиот придонес во афирмацијата на Универзитетот.

Добитник е на најголемото признание на градот Беране – “Наградата 21 Јули” (2009) за неговиот хуманизам, голема професионалност и стручност и филантропија.

Со заминување на прим. д-р Милош Р. Грубовиќ, Р С Македонија изгуби еден голем професионалец, хуманист и филантроп. Но, легендите никогаш не умираат, тие живеат вечно.

Досие: Заменување на оштетени гени



Технологијата
CRISPR овозможува
да се замени еден
ген (во плаво) со
друг (во црвено)

4

ГЕНЕТСКА ТЕРАПИЈА

За да се третираат некои болести (особено генетски, каде само еден ген е засегнат) научниците, уште 1990 година, имаа моќни алатки за репарирање или заменување на оштетени гени или органи. Ако се работи за оштетен ген одговорен за болеста на пациент, како на пример кај болеста beta thalassaemia, која произведува анормален хемоглобин којшто доведува до тешка анемија, терапијата се состои во воведување во клетките на болниот една нормална верзија на генот кој е во прашање. На овој начин, организмот на пациентот станува способен да произведе протеин чија оштетеност или отсутност предизвикува болест.

Најнапред, неопходно е да биде идентификуван оштетениот ген. Но, тоа не е најделикатната етапа затоа што потоа треба генот –лек да се поврзе со вектор кој ќе овозможи да пенетрира во клетката. Најчесто, вектор е вирус кој се искористува поради неговата способност да „помине,, низ клеточни-

Благодареејќи на оваа техника, организмот станува способен да го фабрикува протеинот чија отсутност предизвикува болест. Нови полиња на апликација се разоткриваат со алатката за геномска едиција CRISPR.

от сид. Понекогаш, овој пристап е проследен со несакани ефекти. Во 2000-та година во болницата Necker, во Париз, се правело терапевско испитување врз деца со тежок дефицит на имуниот систем. Матични клетки биле извадени од коскена срж на млади луѓе и генетски модифицирани за да го експримираат

генот што недостасува и потоа реинјектирани во крвната циркулација на болните деца. Иако сите осум деца биле лекувани со успех, овој обид за несреќа активирал леукемија кај повеќето од нив. За ова е „виновен,, користениот вектор аденовирус којшто се имплантирал анархично за туморски гени. После овој немил настан, еден цел арсенал од вектори во голема мера се подобрени. Тоа овозможи да се стави акцент на генетска терапија за повеќе болести, како drepanocytosis или betathalassaemia, двете најраширени моногенични болести во свет. Овие последни години, триесет пациенти се третирани во Франција, САД, Австралија и Тајланд со успех: тие веќе немаат потреба од трансфузија на крв бидејќи нивното тело го произведува терапевскиот хемоглобин благодарение на третманот.

Револуција на геномската едиција - Генетската терапија покажува нов залет, благодарение на алатката на



геномска едичија CRISPR. Така, за лекување на betathalasemia, во 2020 год. се користеле матични клетки кај десет пациенти. Тие биле извадени, корегирани во лабораторија со CRISPR и реинјектирани. Овој третман, кај сите болни завршил успешно, значи пациентите веќе не морале да примаат трансфузија на крв. За повеќето патологии, за несреќа - нема само еден ген што треба да се репарира туку повеќе. Тогаш, еден начин би бил да се поврзе генетската терапија и целуларната терапија, а тоа значи да се инјектираат на пациентите клетки на кои им се додадени нови својства. Тој пат е избран и за борба против клетките на ракот, значи најнапред тие треба да станат мета, а потоа и да бидат убиени.

НЕВРОСТИМУЛАЦИЈА

Електроди за командување на нервниот систем

5

Денеска, после реставрирање на когнитивните и моторните функции, се аплицира електрична стимулација на нервните клетки, но тоа се применува и кај други различни патологии како на пример: Morbus Parkinson, параплегија, депресија.



Веќе се далечно минато лобектомијата и електрошоковите, бидејќи невролошките научници сега имаат знаења многу повеќе, а голема помош е и се попрецизната визуелизација на современите апарати и на сè поусовершените електроди, како и разбирањето на меандрите на мозокот и на нервниот систем што се толку совршени што дозволуваат реставрирање на моторните и когнитивните функции, иако изгледаат како дефинитивно да се изгубени. Првиот патокан на оваа револуција е длабоката церебрална стимулацијата усовршена од Alim Louis Benabid во 1987 година. Благодарение на електродите вовлечени во супталамичното јадро, тој постигнал да запрат треперењата и вкочанетоста на паркинсоновата болест. Оттогаш, апликациите на електричните импулси за модулирање на мозокот или нервниот систем стануваат сè повеќе различни. Минатата година во Лозана, во Швајцарија, во Ecole polytechnique federale, импланти поставени во оштетен р'бетен мозок на параплегични пациенти, овозможиле воспоставување нервен инфлукс којшто им овозможи повторно да одат.

Во 2021 година една екипа од Универзитетот во Калифорнија, во Сан Франциско, имплантирала уред во мозокот на пациентка со тешка депресија која била резистентна на класичната терапија, со цел да го модулира нејзиното расположение.

Позитивен ефект на моментната меморија

Последниот подвиг, објавен во август оваа година, е транскранијална стимулација (испорачана директно на косматиот дел на кожата) изведена на Универзитетот во Бостон (САД), врз стари лица кои ја почувствувале моментната меморија зацврстена и која сè уште траела и после еден месец од сеансата. Универзитетот на Пенсилванија, пак, добил ветувачки резултатите кај булимична тегоба. Алгоритмите постигнаа уште повеќе декодирајќи еден дел од зборовите на кои мисли мозокот, што би било едно квазителепатско средство на комуникација, на оние кои ја загубиле моќта на говорот.

МАТИЧНИ КЛЕТКИ

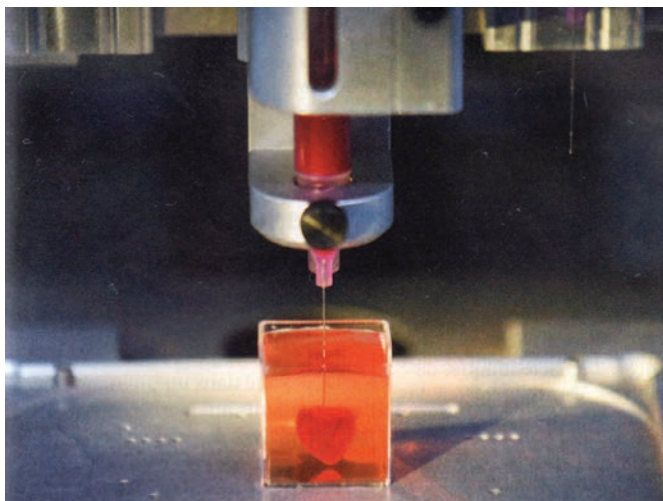
Ера на регенеративна хирургија

6

Ако еден орган еднаш се развил во човечкото тело, би можело ли овој процес да се повтори? Ваква идеја произлегла помислувајќи на првата клетка која го подарува раѓањето.

Сонот на истражувачот стана реалност и за тоа со право доби Нобелова награда за медицина во 2012 год. Ја засновал својата теза на база на трудовите на Shinya Yamanaka, од Универзитетот во Кобе, според која генетски е можно да се репрограмира која било адултна клетка од нашето тело (кожа, мускул) за да стане плурипотентна, што значи да стане способна да се мултиплицира бесконечно и да се диференцира во сите типови на клетки коишто се дел од адултен организам. Овој научен подвиг, за одредено време, би требало да овозможи репарирање на оштетен или остарен орган или да го креира de novo, во лабораторија (и можеби еден ден да го ублажи недостатокот на органи), но исто така да го разјасни механизмот на нивната патологијата за подобра да оздравуваат или за да се тестира ефикасноста на соединенијата што би можеле да лекуваат. Ова се многубројните очекувања од матичните клетки, една извонредна алатка за биомедицински истражувања која е во голем замав. Нејзината историја започнала во Франција, во 1960 година, во битката против некои малигноми на крвта (Leukemia, Lymphoma) со графтови од адултни матични клетки, наречени хематопоетични, коишто потекнуваат од р'бетниот мозок. Хематопоетичните клетки во улога на матични клетки, користени од екипата на Pr Georges Mathe, во 1958 година, станале рутина во лекувањето на leukemia, lymphoma и на овој начин биле излекувани стотина





Едно „вештачко срце,, 2см .долго ,отпечатено во 3D на почеток од хумани клетки во Универзитетот во Tel –Aviv, (Израел)

илјади лица во светот. Повторно, во Франција во 1988 година, соочени со ретка анемија за првпат се користел графт од клетки од крв од папочната врвца, како алтернатива за графто од р’бетниот мозок. Но, треба да кажеме и за откритието во 1988 година на ембрионалните матични клетки (ЕМК) со потекло од прекубројни ембриони (тоа значи дека не се користени од некој брачен пар кој се откажал од проектот на фекондација in vitro), а потоа во 2006 година овие плурипотентни клетки IPS (induced pluripotent stem cells) од Shinya Yamanaka ги возбудил сите од научната фела. Денеска, ако Јапонецот, неспорно пионерот во овој домен, основа банка на матични клетки, голем број други лаборатории ширум светот исто така вршат клинички испитувања користејќи (ЕМК) и (IPS) или induced pluripotent stem cells. Некои од нив покажуваат ветувачки резултати. Овој напредок се однесува на дијабетот (да се прочита текстот во рамката) или уште и на макуларната дегенерација поврзана со возраста и за retinitis pigmentosa, офталмолошки болести кај кои остријата на видот на неколку десетина лица во свет денес може да биде подобрена благодареејќи на графтовите од ретинални клетки добиени in vitro, на пример од кожни клетки. Всушност, во 2020 година, ревијата Stem cell Report објавила 54 клинички испитувања во светот кои користеле плурипотентните матични клетки кои во најголем број се однесуваат на окото како лесно достапен

орган. Но, другите трудови (американски, јапонски и наскоро европски) се однесуваат на болеста Parkinson. Така и екипата на неврохирургот Viviane Tabar од Memorial Sloan Kettering Cancer Center во Њујорк, во јуни оваа година, објавила почеток на истражување откако регрутирала 10 пациенти кои требало да примат интрацеребрални инекции на допаминергични неврони изведени од плурипотентни матични клетки, со цел да се компензира присутниот дефицит кај овие болни. Но, ќе треба да се почека да поминат години за да се процени дали во иднина ќе има интерес за вакви третмани.

После окото и невроните, интересот на истражувачите е насочен кон р’бетниот мозок.

Повторно еден Јапонец, од Универзитетската болница од Keio, во јануари оваа година, прв во светот со успех трансплантирал матични клетки кои потекнувале од IPS човечки кај пациент со оштетување на р’бетниот мозок. Четири други пациенти веќе би требало да бидат приклучени. Потоа, пракса е да се вреднува овој нов пристап пред да се повтори. Но, кога има повеќе истражувања, може тешко да се компарираат бидејќи секој истражувачки тим има различен протокол. Но, мора да се каже дека користењето на IPS клетки создадени во лабораторија за разлика од ЕМК (ембрионални матични клетки) не се соочуваат со фундаментални т.е. етички проблеми. Се очекува во

Франција во 2024 година кератински клетки, суперфицијалните клетки на кожата добиени од ембрионални клетки да се употребуваат во вид на привремена преврска кај големи изгоретини што ќе биде голем успех во третирање на тешки оштетувања на кожата.

Чекор кон биофабрикација на органи

Кожата, очигледно не е единствениот орган кој може да се регенерира туку и белите дробови, панкреасот, коските, со техниките наречени биопечатење 3D поврзани со целуларна тера-



Прогрес на био-импресија (овде е мини – мозок во лабораторија Biotis, во Bordeaux)



пија. Овие техники не престануваат да се софистицираат. Во 2019 година за првпат едно вештачко срце два сантиметра долго, но неспособно да пумпа крв, е конструирано од човечки клетки на Универзитетот во Тел Авив. Додека чекале да успеат да состават целосно срце, овие истражувачи како и другите, Британците измислиле парче од клетки кое би требало да се позиционира во зоната на некроза после инфаркт. Ова лето, според еден труд објавен во Science, од биоинженери од Бостон (САД), е развиен првиот модел наречен биохибриден од човечки клетки коишто чукаат, а по потекло од хумани матични клетки ограничени со елиса, што е еден важен чекор кон биофабрикација на органи. Без никакво сомнение, регенеративната медицина не престанува да нè тера да сонуваме.

ДИАБЕТОЛОГИЈА Една година без инсулин

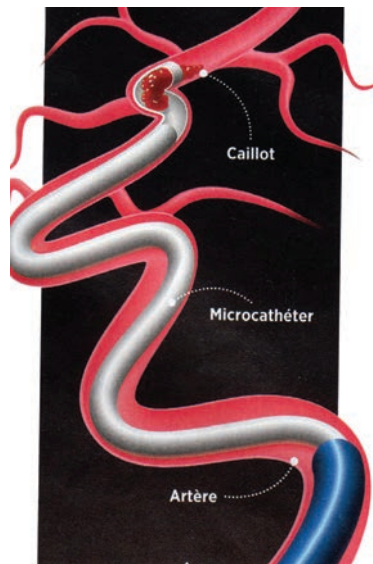
Во 2022 година се постигнува првиот успех на една целуларна терапија кај дијабет тип 1, со дефицит на инсулин, хормонот кој единствено се произведува од бета клетките на панкреасот. За првиот пациент, Американецот на 65 години со тежок и нестабилен дијабет уште од детството, подвиг е што цела година не примил ни една инјекција со инсулин. Ова е резултат на прецизен протокол спроведен од екипата на Melton Lab од Harvard (Cambridge USA), на Dr. Douglas Melton. Најнапред, ембрионалните матични клетки се трансформирани in vitro во бета панкреатични клетки, а потоа трансплантирани во 2021 година венозно кај пациент, со цел да му се заменат дефектните клетки на неговиот панкреас. Пристапот е многу различен од графтовите на панкреатичните островца фабрикувани најнапред од бета клетки од панкреас на донор во состојба на церебрална смрт. Сепак, во двата случаи е неопходен имunosупресивен третман. Сега, научниците од Vertex, компанија на биотехнологија која соработува со Melton Lab, работат на изнаоѓање на толерантен имун систем на пресадени матични клетки. Можеби тоа ќе се потврди кај 16-те други пациенти.

THROMBECTOMIA Ново оружје против CVI

Кај оваа ситуација секоја минута се брои. Ако акцентот се стави на механиката, кај васкуларните акциденти ќе се овозможи да се заштедат повеќе саати. Правилото е да се улови груката коагулирана крв.

Се случува револуција која спасува животи, како резултат на соочувањето со некои типови на CVI-невоља која се случува секоја четврта минута во Франција и секоја втора секунда во светот. Сè се заснова на механичка тромбектомија, еден чин на интервентна неврорадиологија. Во практиката, директно во мозокот се бара груката когулирана крв која ја затнува артеријата (исхемична CVI) која е застапена во 80% од CVI. Долго време на невролозите им беше на располагање само еден хемиски раствор, со цел да настапи тромболиза. Ако се администрира интравенски брзо, после четири часа и половина супстанциите од растворот овозможуваат да се раствори тромбот. Но, во декември 2014 година за првпат, во New England Journal of Medicine, е објавена студија на Холанѓанката Mr Clean во која таа докажува дека механичкиот пристап, искористен после тромболизата и до шесте саати кои следат, навистина може да ја промени ситуацијата. Нејзините резултати потврдени и од други трудови покажаа дека асоцијацијата на двете техники, тромболиза и потоа тромбектомија, двапати повеќе овозможуваат пациентите да започнат нормален живот, а секвелите

7



се помалку тешки или 50 до 60% од пациентите се самостојни, наспроти 20 до 30 % кои се само со тромболиза.

Постапка која може да се реализира 24 часа после почетокот на CVI

Последниве години, се воведоа некои нови алатки, како на пример харпун или вадичеп. Денеска постои тенденција да се користи решеткаста мрежа, стент, сличен на оние кои се вовлекуваат во артериите на срцето, во случај на инфаркт или во каротидите, за да се спречи да се запушат. Овде, спротивно од оној за срцето, стентот нема улога да остане на местото. Груката коагулирана крв, која е уловена во мрежата, се повлекува со помош на претходно вовлечен микрокатетер во феморалната артерија, на ниво на препоните. Последните трудови покажаа дека постапката може да се реализира дури и до 24 - часа после почетокот на CVI. Оваа техника сè повеќе се применува последните години. Од 1214 извршени тромбектомии во 2014 година во Франција, до 7299 во 2020 година. Но, специјалистите проценуваат дека потребите не се задоволени, бидејќи е тешко да се проценат прецизно. Што се однесува до CVI, не се решаваат сите со тромбектомија, бидејќи 20% од сите CVI по потекло се хеморагични, со церебрална артерија која не е запушена туку раскината. 30% од нив се со масивно крварење и смртоносни, но и ако се работи за грукта коагулирана крв, таа може да се наоѓа во недостапна зона во мозокот каде крвните садови се многу нежни. Но, сè повеќе се смалуваат димензиите на алатките кои се користат. Тоа, на неврорадиологот му овозможува да се приближува сè поблиску до тромбот.

N 908-October 2022 Sciences et Avenir La Recherche

Избор и подготовка:
Прим. д-р Горица З Пировска



ТЕСТИРАЈ ГО СВОЕТО ЗНАЕЊЕ *Уредува проф. д-р Катица Зафировска*

Млада девојка со главоболка, диплопија и птоза на очен капак

Клиничко сценарио: Девојка на 28 години се јавува кај офталмолог поради болка во левото око, од пред три дена. Болката ја опишува како пулсирачка, која започнала во левиот ретроорбитален регион и, по неколку минути, се проширила кон челото. Пратена е со блага мачнина без повраќање и фотофобија. По неколку часови одмор во кревет, забележала спуштеност на левиот очен капак и диплопија кои постепено се влошувале во тек на следните 24 часови, поради што побарала лекарска помош. Една недела пред почеток на симптомите прележала горнореспираторна инфекција. Не се жали на парестезии на лицето, дисфагија, дизартрија, парестезии или слабост на екстремитетите.

Во медикалната историја дава податок за ретки епизоди на мигрена, без аура, коишто ги третираше со обични аналгетици. Главоболката која претходела на птозата на очниот капак и диплопијата имала сличност со нејзините вообичаени мигрени. Дава податок дека имала три слични епизоди на птоза на очниот капак и диплопија во поврзаност со главоболка на возраст од 11, 16 и 24 години кои секогаш спонтано заздравувале во период од неколку денови. Досега, не се правени специфични испитувања вкл. КТ скен или НМР на мозокот. Никогаш не примала стероиди.

Офталмологот не нашол очни абнормалности и очното дно покажало нормален наод. Затоа, ја упатил кај невролог. Невролошкиот наод покажал парцијална парализа на левиот околомоторен нерв (левоострана лесна птоза и ограничена очна аддукција), без промени на пупилата. Не забележал засегање на други кранијални нерви, ниту моторен, сензорен или церебеларен дефицит. Длабоките тетивни рефлекси биле нормални.

Биохемиските анализи за ренална, хепатална и тироидна функција, седиментација на еритроцитите и антинуклеарните антитела биле во нормални граници, како и сите други лабораториски испитувања.

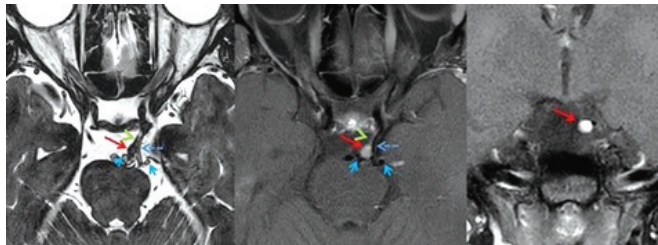
Според клиничката презентација и невролошкиот наод, за која од подолу наброените состојби се работи:

1. Синдромот Tolosa-Hunt
2. Рекурентна болна офталмоплегична невропатија
3. Кранијална невропатија поради артеритис со гигантски клетки
4. Менингеално инфилтративно нарушување
5. Каротидно-кавернозна фистула

„енедлим еннигелпловгетфо“ егвалкреден
 ээ онедон ејок (НОЗР) ејтепорефвен еннигелпловгетфо енгод
 енднрелкжэ ег енниши ээ ендрелим оо тсонезрвоп ов ејшополит
 и еготш енгедретеингл ен иб’оэиэ ижнев’уротрвоп :д’овол’т’о

Болната парализа на третиот нерв се смета за невролошка итност, а поради непотполното заздравување, неврологот индицирал НМР ангиографија (фигура 1 а, б, в) која покажала нодуларна лезија (слика 1, црвената стрелка) во цистерналниот сегментот на левиот околомоторен нерв (слика 1, зелени стрелки) дистално од излезиштето на коренот. Во поврзаност со левиот околомоторен нерв биле идентифицирани и левата постериорна комуницирачка артерија (сини стрелки) и задната цереб-

рална артерија (кратки сини стрелки). Промени видени на НМР ангиографијата и клиничкото некомплетно заздравување укажувале на лезија на окуломоторниот нерв од типот на шваном.



Рекурентната болна офталмоплегична невропатија е контроверзно нарушување и порано се сметало за варијанта на мигрена. Кога со сликовните техники е најдено дека е асоцирана со промени на окуломоторниот нерв, прифатена е невропатската етиологија. Иако од Интернационалното здружение за главоболка офталмоплегичната мигрена почнала да се нарекува рекурентна болна офталмоплегична невропатија, некои истражувачи сè уште ја подржуваат класификацијата на РБОН како варијанта на мигрена, така што ова сè уште останува предмет на дебата.

РБОН оригинално е опишана како парализа на еден или повеќе окуларни кранијални нерви (> 60% е околомоторниот нерв) која се јавува во непосредна поврзаност или после неколку дена од епизода на обично тешка главоболка, со постепена резолуција на симптомите со тек на време. РБОН е ретко нарушување и е известно кај пациенти на возраст од седум месеци до 50 години. Кај повеќето пациенти, главоболката се јавува просечно околу 1.5 ден пред офталмоплегијата, но кај 5% од пациентите епизодите може да не се пратени со болка.

Во една проспективна кохорта од 62 пациенти, било известно дека РБОН се јавува преодоминантно кај млади луѓе (средна возраст 36.4 ± 12.8 години) и кај 95% од нив се јавила офталмоплегија во тек на тежок атак на мигрена без аура. Повеќе од 80% од пациентите известиле за зголемување на тежината на мигрената во претходните две или повеќе недели. Офталмоплегијата се јавила ипсилатерално на унилатералната главоболка кај 75% од пациентите, додека кај останатите биле забележани билатерални главоболки. Само 22.5% од пациентите имале повеќе од една атака на офталмоплегична мигрена. Кај ниту еден пациент кај кого е направена контрастна НМР не биле забележани нервни абнормалности.

Главоболката кај РБОН се мисли дека е секундарна на иритација на сензорните влакна за болка на тригеминус кои го преминуваат третиот кранијален нерв, поттикнувајќи тригемино-васкуларен одговор. Комплетната парализа на третиот кранијален нерв со засегање и на пупилата е најчестата презентација, но може да се јави и само делумно засегање. Зафаќање на мултипли окуломоторни нерви се гледа кај помалку од 10% од случаите. Главоболката може да трае неколку денови до една недела, а офталмоплегијата може да перзистира од 2-3 недели, па дури и до 2-3 месеци. Заздравувањето од атака на РБОН може да биде комплетно, особено после мултипли епизоди.



НМР промените на окуломоторниот нерв се гледаат кај најголемиот број пациенти, обично во зоната на излезиштето на коренот на нервот во интерпедункуларната цистерна. НМР абнормалностите – фокално задебелување на нервот и контрастно засилување, обично се повлекуваат по епизодата (за помалку од три месеци), но промените може да трајат со месеци и години; типично, симптомите се повлекуваат пред да се забележи подобрување во НМР абнормалностите на нервот.

Патогенезата на РБОН сè уште не е утврдена. Постојат теории за микроваскуларна исхемија која е секундарна на компромитирање на vasa nervosum, ослободување на инфламаторни неврпептиди, вазоспазам поврзан со оштетување на крвно-невралната бариера и структурно нарушување поради васкуларни аномалии кои ја зголемуваат суспенцибилноста на кранијалниот нерв кон тригеминоваскуларен одговор.

Рекласификацијата на офталмоплегичната мигрена како невротопатско нарушување се должи на наодите за НМР промени на нервот, на релапсно-ремитентниот тек, одговорот на стероиди и отсуството на главоболка кај некои пациенти.

Дијагностичките критериуми за РБОН се следните:

- Присуство на најмалку две атаки на унилатерална главоболка со ипсилатерална пареза на еден, два или три окуларни моторни нерви;
- Со соодветни испитувања се исклучени орбитални и параселарни лезии, како и лезии во задната јама;
- Симптоми кои не можат подобро да се објаснат со друга дијагноза во последната едиција на Интернационалната класификација на нарушувања со главоболка (ICHD).

Различните диференцијални дијагнози за болна парализа на третиот нерв вклучуваат: аневризма, најчесто на задната комуницирачка артерија, синдромот Tolosa-Hunt, кранијална невропатија поради васкулитичен и невакулитичен артеритис, менингеални инфилтративни нарушувања, каротидно-кавернозна фистула, артериска дисекција и туморски лезии.

Синдромот Tolosa-Hunt се манифестира со периорбитална главоболка и парализа на кранијален нерв. Двете состојби имаат одличен одговор на кортикостероидна терапија.

Диференцијацијата од РБОН се прави со невро-сликовните техники, со коишто се докажува грануломатозна инфилтрација во орбитата, горната орбитална фисура и/или кавернозниот синус.

Кранијалната невропатија, поради артеритис, типично окуломоторна невропатија кај пациенти со дијабетес, обично е безболна и почесто се гледа кај постари лица со присутни јасни васкуларни ризик фактори.

На артеритис со гигантски клетки треба да се посомнева кај пациенти кои се постари од 50 години и кај кои се добиваат податоци за системски симптоми (температура, слабеење), а мора да се присутни и клаудикација на вилицата и артеритис со болна осетливост или губиток на пулсациите на темпоралната артерија. Проценката на инфламаторните маркери – седиментација на еритроцитите и С-реактивниот протеин, како и преглед на очното дно, се задолжителни кај пациенти со наоди симнителни за артеритис со гигантски клетки.

Во зависност од присутните системски и невролошки наоди, испитувањата за болна парализа на третиот нерв вклучуваат испитување на спиналната течност и менингеална биопсија.

Туморските лезии имаат тенденција бавно да напредуваат, меѓутоа известено е за тумори кои се манифестираат со клиничка слика на РБОН, посебно шваномите. Пациентите обично покажуваат потполно повлекување на дефицитот меѓу епизодите. Кај повеќето известени случаи тир го зафаќаат окуломоторниот нерв, со лезии претежно забележани во цистерналниот сегмент.

Сомнеж за инфилтративна лезија обично треба да се постави при последователен напад со нецелосно закрепнување и/или постојано контрастно засилување на нервот при испитување со сликовните техники. Во таквите случаи, механизмот на настанок на епизодната главоболка и ремитирачката кранијална невропатија е нејасен. Претпоставка е дека од туморот се ослободуваат воспалителни супстанции. Ограничувачки фактор за потврда на дијагнозата е отсуството на хистолошка процена во речиси сите случаи. Од друга страна, повторувачкото воспаление на нервот може самостојно да предизвика клеточна пролиферација и последователна трансформација во неопластичен процес.

РБОН е дијагноза на ексклузија. Иако според дијагностичките критериуми се потребни две атаки, во системскиот преглед од 2022 г силно се препорачува да се сомнева за РБОН дури и при првата атака, доколку се присутни клиничките симптоми и специфичните НМР наоди. Следењето со сликовните техники мора да се примени кај сите пациенти со нервни абнормалности и е мандаторно кај оние кои покажуваат некомплетно заздравување, за да се исклучат неврални тумори.

Нема докази кои поткрепуваат примена на некој специфичен третман за РБОН.

Референци

1. Aleksic DZ et al. Recurrent Painful Ophthalmoplegic Neuropathy: Migraine, Neuralgia, or Something Else? *J Oral Facial Pain Headache*. 2020;34(4):374-378.
2. Falsaperla R et al. Diagnostic controversies in recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy: single case report with a systematic review. *Ital J Pediatr*. 2022 Jun 3;48(1):82.
3. Gelfand AA et al. Ophthalmoplegic "Migraine" or Recurrent Ophthalmoplegic Cranial Neuropathy: New Cases and a Systematic Review. *J Child Neurol*. 2012;27(6):759-766.
4. Gladstone JP. An approach to the patient with painful ophthalmoplegia, with a focus on Tolosa-Hunt syndrome. *Curr Pain Headache Rep*. 2007;11:317-325.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders: 3rd edition*. Cephalalgia. 2018;38:1-211.
6. Huang C et al. Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy. *Pract Neurol*. 2017;17(4):318-320.
7. Lal V et al. Ophthalmoplegia with migraine in adults: is it ophthalmoplegic migraine? *Headache*. 2009;49:838-850.

8. McMillan HJ et al. Ophthalmoplegic Migraine: Inflammatory Neuropathy with Secondary Migraine? *Can J Neurol Sci J Can Sci Neurol*. 2007;34(3):349-355.

9. Mrabet S et al. Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy revealing oculomotor nerve schwannoma. *Tunis Med*. 2021 Aout;99(8):919-923.

10. Murakami T et al. Oculomotor nerve schwannoma mimicking ophthalmoplegic migraine. *Neuropediatrics*. 2005;36:395-8.

11. Petruzzelli MG et al. Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy and oculomotor nerve schwannoma: a pediatric case report with long-term MRI follow-up and literature review. *Pain Res Manag*. 2019;25(2019):1-11.

12. Sharifi A et al. Recurrent painful ophthalmoplegic neuropathy: MRI findings in 2 patients. *Radiol Case Rep*. 2019;14(8):1039-1042. doi: 10.1016/j.radcr.2019.05.029.

13. Shin RK et al. Transient ocular motor nerve palsies associated with presumed cranial nerve schwannomas. *J Neuroophthalmol*. 2015;35:139-143.

14. Smith SV, Schuster NM. Relapsing Painful Ophthalmoplegic Neuropathy: No longer a "Migraine", but Still a Headache. *Curr Pain Headache Rep*. 2018;22(7):50.



ДЕМЕНЦИЈАТА ПРЕТСТАВУВА САМО 41% ОД КОГНИТИВНОТО ОШТЕТУВАЊЕ ПРИ СТАРЕЕЊЕТО

Опаѓањето на когнитивно функционирање е нормален процес при стареењето. Превенцијата на деменција, воглавно се состои од испитување на ризичните фактори. Во оваа студија, на над 7000 луѓе на возраст од 54 до 85 - годишна возраст, а кои биле следени во текот на 20 години (1996-2016), нивното когнитивно функционирање е мерено со помош на когнитивна батерија.

Социоекономските фактори, како на пр. здравје, вежбање и пушење придонеле за 38% од варијацијата на когнитивното функционирање кај луѓето на 54 - годишна возраст. Од нив, нивото на образование бил најзначајниот предиктор (25%), а по него следеле податоците на расна припадност, благосостојбата на домаќинството и нивото на плата, едукацијата на родителите, професијата и присуството на депресија. Придонесот на хронични болести, заболувања што го лимтираат однесувањето (на пр. гојазност и пушење), болести во детството, вклучувајќи нутриција, финансиска состојба, пол, брачна состојба и религија, допринесуваат многу малку (5%). Иако придонесот на стареење варира кај многумина од испитаниците, воглавно тие придонесуваат само за 5.6% на ризикот кај оваа животна група. Дополнителни испитувања се потребни за да се детерминираат факторите што би придонеле за успорување на когнитивно оштетување со стареење како и кај деменциите.

PlusOne2023.doi.org/10.1371/journal.pone.0281139.

ФИЗИЧКАТА АКТИВНОСТ ВО ОДРЕДЕНО ВРЕМЕ НА ДЕНОТ ПРИДОНЕСУВА ДО ЗГОЛЕМЕН ГУБИТОК НА МАСНОТИИ

Времето на денот кога вежбаме може да влијае врз губитокот на телесните маснотии. Поранешни студии имаат

најдено дека утринското вежбање може да биде подобро, додека други наведуваат дека вечерните часови се тие кои се најповолни, особено кај гојазни мажи. Оваа најнова студија потврдува дека за горењето на маснотии најдобро е утринското вежбање.

Циркадениот часовник влијае врз нашето функционирање во различни делови на денот. Голем број фактори, како на пр. хормони, температура, внес на храна и вежбање, влијаат врз периферниот часовник. Во оваа студија, од Каролинска институтот во Шведска, испитано е дали одреден дел од денот посветен на вежбање е поврзан со поголемо/поефикасно губење на адипозното (масно) ткиво. За ова, RNA секвенцирање на ингвиналното адипозно ткиво е применето непосредно, по максимално вежбање или активна фаза. Само за време на раната, активна фаза, вежбањето покажало зголемување на серум Adrb2 експресијата, како и зголемена липолитична активност. Во раната активна фаза на вежбање била забележана и зголемена експресија на маркери на термогенеза и митохондријална пролиферација во ингвиналното адипозно ткиво. In vitro, 3T3-L1 адипоцитите имале временско зависна разлика во циркадениот часовник. Со ова, авторите докажале дека адипозното ткиво реагира кон вежбање зависно од времето на денот. Со оглед дека транскриптомскиот одговор не бил забележан, авторите сметаат дека ова најверојатно е регулирано од влијанието на нонстероидните масни киселини.

За да утврдат како времето на исхрана влијае врз физичка активност, авторите го повториле експериментот на глувци кои не јаделе 10 часа. 10-часовното изгладнување покажало сличен одговор од страна на липоцитите, како и активната фаза на вежбање. Влијанието на времето на исхрана во отсуство на транскриптомична активација, укажува дека промените во генската експресија не се резултат на исхранување. Заклучокот од оваа студија е дека акутното вежбање предизвикува време-специфични ефекти на адипозното ткиво, со цел да ја одржи телесната хомеостаза.

PNAS (USA)

2023.doi:https://doi.org/10.1073/pnas.221851012.

АНАКИНРА, ЛЕК ЗА РЕУМАТОИД АРТРИТИС, МОЖЕ ДА ГО УСПОРИ СТАРЕЕЊЕТО НА КРВНИТЕ КЛЕТКИ

Со стареењето, продукцијата на хематопоетичните стем клетки се успорува и човековата способност да ги регенерира клетките сериозно е оштетена. Со оглед дека стареењето е поврзано со инфламација на клетките во коскевата срцевина, примената на антиинфламаторни супстанции што го таргираат IL-1 сигналниот пат потенцијално може да го успорат стареењето на крвните клетки, а со тоа и да имаат ефект врз стареењето на продукцијата на нови крвни клетки.

Неодамнешна студија покажа дека блокирање на рецепторот на проинфламаторниот протеин IL-1 со примена на Anakinra, лек против реуматоиден артрит, може да го успори дефицитот на хематопоетичните, клетки како резултат на стареењето. Со ова се отвораат нови можности за превенција и евенталното лекување на деменциите.

**Nature Cell Biology 2023, 25:30–41.
doi: https://doi.org/10.1038/s41556-022-01053-0.**

ДИЕТА БОГАТА СО РАСТЕНИЈА ГО НАМАЛУВА РИЗИКОТ ЗА РАНА СМРТНОСТ

Нездравата исхрана е најчестата причина за рана смртност. Голем број на здрави диети може да го намалат ризикот за прерана смртност. Во оваа студија, што ги има обработувано податоците за исхрана на над 100,000 луѓе во текот на 36 години, учесниците кои постојано имале здрава исхрана имале значително помал ризик на смртност од незаразни болести, во споредба со оние кои имале диета базирана на нездрава исхрана. Овие резултати ги поддржуваат неодамнешни препораки за исхрана во САД, што препорачуваат адаптирање на здравите диетални режими во согласно на личните традиции и преференци.

**JAMA Intern Med.2023;183(2):142-153.
doi:10.1001/jamainternmed.2022.6117.**



РЕЧИСИ СИТЕ ФОРМИ НА ВЕЖБИ ПОМАГААТ ВО МЕНАЦМЕНТОТ НА СИМПТОМИТЕ НА ПАРКИНСОНОВАТА БОЛЕСТ

Голем број студии укажуваат дека физичкото вежбање има поволно влијание врз симптомите на Паркинсоновата болест. Во неодамнешна студија на 156 рандомизирани контролни иследувања биле вклучени 7939 партиципанти, претежно со благи и умерени симптоми на Паркинсоновата болест и ниеден од нив немал когнитивно оштетување. Бројот на партиципанти во студиите бил мал (средно 51, од 10 до 474 ученици/судија).

Осумдесет и пет студии (5192 participants) содржеле податоци за бенефитите на една единствена физичка вежба кај возрасни со Паркинсоновата болест, во споредба со друг тип на вежбање, како контролна група. Во овие студии, разновидни вежби (на пр. танцување, одење, тај чи и сл.) се покажале како бенефитни кај оние кои вежбаат во споредба со оние кои не вежбаат. Авторите на овој Кохран преглед заклучуваат дека специфични моторни симптоми може доста ефективно да се третираат со програмирани вежби и специфично дизајнирани за пациенти со Паркинсон-ва болест.

Cochrane Database Syst Rev
2023;1(1):CD013856.[doi:10.1002/14651858.CD013856](https://doi.org/10.1002/14651858.CD013856).

АКТИВНАТА СУПСТАНЦА ОД ПЕЧУРКИ ЗА ЈАДЕЊЕ ГО СТИМУЛИРА РАСТЕЊЕТО НА НЕРВИТЕ И ГО ПОДОБРУВА ПАМТЕЊЕТО

Новооткриената активна супстанца од *hericium erinaceus* го подобрува памтењето и растењето на мозочните клетки. Екстрактите од оваа таканаречена 'lion's mane' (лавовска грива) печурка со векови се користат во традиционалната медицина во земјите на Азија. Претклиничкото испитување на lion's mane покажало сигнификантно влијание врз растењето на мозочните клетки и подобрување на памтењето.

Неуротрофичните својства на *hericium erinaceus* се докажани во култури на мозочни клетки, во кои активната супстанца ги стимулира неуроналните продолжувања, а со тоа и поврзаноста со останатите неврони. Овие наоди може да најдат примена во лекувањето и превенцијата на невродегенеративните заболувања, како што е Alzheimer-та болест.

Journal of Neurochemistry
2023.doi.org/10.1111/jnc.15767.

НЕ ПОСТОИ ДОКАЗ ЗА ГОЛЕМИОТ БРОЈ ЗДРАВСТВЕНИ И НУТРИЦИОНИ ВРЕДНОСТИ НА ФОРМУЛАТА ЗА НОВОРОДЕНЧИЊА

Најголемиот број здравствени и нутриционистички тврдења за формулата на бебиња, во клинички студии, не се докажани. Ова се однесува на бенефитот врз мозочниот развој, имунитетот и развојот на новороденчињата. Но, транспарентност за овие наоди недостасува. Авторите на оваа неодамнешна студија, не само што го свртуваат вниманието на штетата што се нанесува на омаловажување на самиот чин на доене туку, исто така, предупредуваат на штетите што се предизвикани од страна на агресивниот маркетинг на овие продукти.

Оваа студија ги има прегледано достапните докази за здравствените и нутриционистичките предности на формулата на бебиња кај високо, средно и ниско равниени земји (Австралија, Канада, Германија, Индија, Италија, Јапан, Нигерија, Норвешка, Пакистан, Русија, Саудиска Арабија, Јужна Африка, Шпанија, Велика Британија и Соединетите Американски Држави) во периодот од 2020-2022 година, и ја има евалуирано валидноста на ваквите докази.

Авторите идентификувале вкупно 757 формуларни продукти за новороденчиња, што имале средно два бенефита (од еден во Австралија до 4 во САД) и 31 "доказ". Најчестиот доказ бил "помага во развојот на мозокот и/или очите и/или нервниот систем" (53% од продуктите, 13 состојки), "го

засилува /имуниот систем" (39% од продукти, 12 состојки) и "помага во растењето и развојот" (37% од продуктите, 20 состојки). Најголем број на изјавите биле без референца на специфичната состојка (307 или 50% од продуктите). Најчестите групи на состојки што биле цитирани биле долгите ланци на полинезаситените масни киселини (46% од продуктите, 9 различни изјави); пробиотици, пробиотици или синбиотици (37% од продуктите, 19 изјави) и хидролизиран протеин (20% продукти, 9 изјави). Само 161 од 608 продукти имале барем една научна референца за да ги потврди изјавите за бенефитот што е поврзан со продуктот. Од нив, 56% биле резултат од клинички иследувања, а 90% од нив биле поврзани со висок ризик на бијас, со 88% од регистрираните иследувања биле поврзани со индустриско финансирање на авторите. Авторите повикуваат за поригорозна регулација на овие препарати и компаративни студии со мајчиното млеко/доене.

BMJ.doi.org/10.1136/bmj-2022-071075.

ПОКАЧЕНИТЕ АГРЕГАТИ НА α -SYNUCLEIN ВО СТОЛИЦАТА СЕ РАН ИНДИКАТОР ЗА ПАРКИНСОНОВАТА БОЛЕСТ

Иако присуството на таканаречената REM-sleep behavior disorder е најчесто поврзано со Паркинсоновата болест, неодамнешна студија укажува дека наодите на α -synuclein агрегати, идентификувани во фецесот се еден од најраните биомаркери за оваа болест. Оваа студија, исто така презентира и методологија како овие агрегати може и да се откријат, со помош на нов тест базиран на флуоресцентна дистрибуција, интензитет анализа (sFIDA) што не само што ги идентификува туку и ги квантифицира индивидуалните партикли на α -synuclein агрегатите.

npj Parkinson's Disease.doi.org/10.1038/s41531-023-00458-4.

Изборот го направи

Проф. д-р Елизабета Б. Мукаетова-Ладинска



РАЗГОВОР СО Д-Р ИВО БОШКОСКИ, ЕДЕН ОД TOP 10 RESEARCHERS ВО СВОЕТО ПОЛЕ, НА СВЕТСКО НИВО

Се прашувам како може шеф на клиника да биде колега кој нема никакво искуство



Со оглед дека студиите ги имате започнато во Македонија, а продолжено во Италија, може ли да направите една паралела помеѓу начинот на студирање на Медицинскиот факултет – Скопје при Универзитетот “Св. Кирил и Методиј” (УКИМ) со Факултетот за медицина и хирургија при Универзитетот во Перуџа?

Дипломирав во 2005 година. Системот на студирање во Перуџа и во Италија е целосно различен. Писмените испити се со бар-код, без име и презиме и никој не знае кој е студентот. Резултатите се со бројче и никој не знае чии се. Устен испит се полага пред комисија: јавно прашање, јавен одговор, во амфитеатар со публика.

Според вас, има ли нешто што сметате дека може и треба да е поинаку во врска со додипломската едукација во РСМ (студиската програма, начинот на полагање, недостасуваат ли часови по практични вежби за студентите, работа со пациенти и сл.)?

Едукацискиот систем во Македонија има потреба од радикални промени, а најголемиот проблем се ургенциите. Не случајно најдобрите лекари и професионалци во Македонија се ничии деца. Во Македонија е потребна радикална промена на Медицинскиот факултет и на клиниките на сите нивоа, најпрво полагање со бар-код, комисија и слично. Но, ова е минимален проблем. Буквално бев шокиран кога колегите ме информираа дека шефови на клиници се ставаат партиски, а не по курикулум и дека тоа е сосема нормално во очите на сите. Се прашувам како може шеф на клиника да биде колега којшто нема никакво искуство, кој нема ниту една научна публикација и е ставен таму само затоа што е член на партија. Замислете какви вежби и какви предавања може да држи. Исто е и со професори. Имате професори на УКИМ кои немаат ниту еден peer review научен труд.

Дали го постигнавте тоа што планиравте на професионален план?

Да. Јас сум доцент (ас. проф) по гастроентерологија и сум меѓу top 10 researchers во моето поле, на светско ниво (0.78%), работам на оперативна ендоскопија, innovations and development of new devices.

Под претпоставка дека имате сознанија за функционирањето на здравствениот систем во државава, може ли да ни направите една споредба со здравството во Италија?

Тешко ми е да правам споредби. Жално е што во Македонија приватното здравство функционира перфектно, а јавното е на колена. Пред некое време ми се јави човек, Македонец, дојден во Италија да лепи плочки за да прехрани фамилијата. Татко му имал канцер и на Клиника му барале три илјади евра за операција, на црно. Човекот ме молеше да се јавам, да ургирам кај лекарот да не им бара пари. Им помогнав за операција на друго место.

Една паралела помеѓу докторите кои работат во Македонија со оние кои работат во Италија? Каква е организираноста на тимовите таму?

Условите за работа се подобри. Во Италија, државата инвестира во здравството. Здравствениот систем е огледало на државата.

Кое е вашето мислење, која е стратегијата со којашто државата може да го намали трендот на заминување на докторите од земјата?

Зголемување на платите на докторите и професорите, строги критериуми за доделување титула професор по медицина, хоризонтални инвестиции во технологија за

здравството, stipendii za siromasni studenti, стипендии за сиромашни студенти, нови методи на лечење.

Едукацијата кај докторите никогаш не завршува со завршување на студиите или со стручната или научна пост-дипломска едукација. Понатамошното надградување од професионален аспект, најмногу зависи од секој поединечно, колку некој се залага за личното, стручно напредување и следење на новите трендови во медицината. Но, дали здравствената установа во која работите се грижи за понатамошна едукација на медицинскиот персонал и следење на современите медицински сознанија и методи и на кој начин ги мотивира и реализира едукативните активности за своите вработени?

Во Европа и во сите земји членки има закон за ECM или CME (continous medical education – континуирана медицинска едукација) и е задолжителна. Добиваме кредити. На пример, во Италија на секои три години мора да имате околу 80 ECM. Доколку ги немате задолжителните бодови, ви ја суспендираат лиценцата за работа.

Во кој момент, односно која е постапката, дипломираниот доктор на медицина да може самостојно да дава здравствени услуги од примарна здравствена дејност? Дали по дипломирањето докторот во Италија полага стручен испит и се стекнува со лиценца за работа за самостојно работење и која институција е надлежна за стручниот испит и издавањето на лиценцата за работа?

Да. Се полага стручен испит. (Моментално е суспендиран поради недостиг на доктори).

Дали лиценцата за работа имаат рок и доколку има, кои се законските обврски на докторот за обновување на истата?

Лиценцата нема рок, но докторот мора да прави ECM (да следи континуирана медицинска едукација).

Колку здравствените установи и докторите се ангажираат пациентот да го воведат и запознаат со неговото здравје, со



третманот и лечењето што претстои, односно колку се вложува за целосно информирање на пациентите за лекувањето и третманот што ќе се преземат?

Имаме тимови. На пример, tumour board. Секој пациент се дискутира на борд за лечење.

Стручната грешка, одговорноста на здравствениот работник, постапката за нејзино докажување и што доколку се докаже дека постоел стручен пропуст во третманот и лекувањето на пациентот? Имате ли сознанија за постапките што се покренуваат во вакви случаи и која институција ја третира материјата?

Се разбира, тоа е многу јака тематика и многу комплексна. Прво, секоја болница има "risk management unit" којшто презема сè за да се намалат ризиците од грешка. Доколку има грешка, тогаш се отвора цела постапка.

Како доктор, стручњак, имате ли законска обврска да членувате во некоја стручна асоцијација?

Да, во Лекарската комора, а потоа и во професионални здруженија.

Не така одамна во светот се случуваше здравствена драма предизвикана од ковид пандемијата за која и денес во целост не може да кажеме дека е минато. Како се справувавте со овој проблем, постоеше ли некаква магична формула по која работевте, а за која може да речете дека се покажа како успешна?

Вакцина и маска се покажаа како успешна мерка. Денес сме слободни од Covid.

Медицинска грешка: како да се намали и да се спречи

Лекарските грешки се сериозен проблем на јавното здравје и една од водечките причина за смрт во многу земји во светот. Претставува предизвик да се откријат причините за грешките и ако се пронајдат, да се обезбеди одржливо решение со кое ќе се минимизираат шансите за нивно повторување. Препознавањето на ваквите несакани настани, учењето од нив и работата на нивното спречување, можат да ја подобрат безбедноста на пациентите.



Сите даватели на здравствени услуги знаат дека лекарските грешки создаваат сериозен проблем за јавното здравје кој е значајна закана за безбедноста на пациентите.

Здравствените работници сакаат да ги подобрат резултатите од својата работа и истовремено да го намалат ризикот од наштетување на пациентите, но и покрај нивните најдобри напори, стопите на медицински грешки остануваат високи со податоци за значаен инвалидитет и смрт како последица. Освен тоа, медицинските грешки што може да се спречат, значајно придонесуваат за трошоците за здравствена заштита, вклучувајќи ги и трошоците за здравственото осигурување на секој поединец.

Едно од најпредизвикувачките прашања без дециден одговор е: „Што претставува лекарска грешка?“ Одговорот на ова основно прашање не е јасно утврден. Поради нејасните дефиниции, „медицинската грешка“ е тешко научно да се измери. Недостатокот на стандардизирана номенклатура и преклопувачките дефиниции се пречка за добра анализа, синтеза и евалуација на податоците.

Најчесто, медицинската грешка се дефинира како пре-вентабилен, несакан ефект од медицинска нега, без оглед на тоа дали е или не е евидентен или оштетувачки за пациентот.

Постојат два главни вида на грешки:

1. Грешки на превид - настануваат како резултат на непре-земање на некои дејствија. На пример, неврзување на пациентот во инвалидска количка или нестабилизација на количката пред трансфер на пациентот.

2. Грешки кои се резултат на погрешно дејствие. На пример, давање на лек на кој пациентот има позната алергија или не означување на лабораторискиот примерок поради што тој потоа се препишува на погрешен пациент.

Најчестите медицински грешки што се јавуваат во текот на давањето на здравствена нега се:

- несаканите ефекти од лекови,
- несоодветни трансфузии,
- погрешни дијагнози,
- премалку или премногу третман,
- хируршки повреди,
- операции на погрешна страна,
- самоубиства,
- повреди или смрт поврзани со ограничување на движењата на пациентот (врзување),
- падови,
- изгореници,
- декубитуси и
- погрешен идентитет на пациентот.

Најголема веројатност за висока рата на грешки со сериозни последици има во единиците за интензивна нега, операционите сали и ургентните одделенија. Медицинските грешки се поврзани и со напредната старост на пациентите, со примена на нови процедури, со потребата од итност во делувањето и со тежината на медицинската состојба која се третира.

Клиничка важност на медицинските грешки

Во легендарниот извештај на Институтот за медицина (ИЗМ) во 1999 година: „Да се греша е човечки“, се проценува дека имало 98.000 јатрогени причини за смрт со што тие станале шеста водечка причина за смрт во САД. Подоцнежна студија, во 2010 година, покажала речиси двапати повеќе јатрогени причини за смрт, одн. 180.000. Студијата од 2013 година сугерира дека бројот е меѓу 210.000 до 440.000 умирања годишно, поради медицинска



грешка. Оваа последна бројка ја ставила медицинската грешка на трето место на водечки причини за смрт, веднаш зад кардиоваскуларните болести и ракот. Но, овие бројки може само да се пресметаат, бидејќи медицинските извештаи често пати не се точни и изготвачите на извештаите може да се неволни да ги евидентираат и разоткријат грешките.

Еден од главните заклучоци на извештајот на ИЗМ, од 1999 година, е дека најголемиот дел од медицинските грешки резултира од индивидуална невнимателност или од делување на определена група. Најчесто, грешките биле предизвикани од погрешни системски постановки, процеси или состојби кои воделе до тоа луѓето да направат грешка или да не успеат да ја спречат. На пример, снабдување на одделенијата за нега на пациенти со лекови во поединечни пакувања со големи дози, иако тие биле токсични доколку не се дилуираат, довело до грешки и со смртни исходи. Затоа, грешките најдобро може да се спречат со дизајнирање на здравствени системи на сите нивоа коишто ќе бидат побезбедни, одн. да биде тешко луѓето да направат нешто погрешно, а воедно да овозможува да биде полесно да се постапи правилно.

Секако, ова не значи дека поединците не треба да се сметаат за одговорни кога грешката може да им се препише ним. На пример, т.н. сидро-пристрасноста (упорност да се опстои на иницијалната дијагностичка импресија и покрај доказите за друга дијагноза) е главниот извор на дијагностичка грешка. Но, треба да се има на ум, дека кога ќе се случи грешка, префрлувањето на одговорноста на индивидуално лице всушност прави многу малку за унапредување на безбедноста на системот на здравствена заштита и за спречување некој друг да ја направи истата грешка.

Најчестите медицински грешки во САД, според честотата, се: несакани настани од лекови, со катетер поврзани уринарни инфекции, инфекции поврзани со централни венски катетери, повреди од падови и имобилност, опстетрички несакани настани, декубитуси, инфекции на местото на операција, венски тромбози, пневмонии поврзани со механичка вентилација, оперативен зафат на погрешна страна или погрешна хируршка процедура (најчеста основа за повреда на квалитетот на нега). Петте најчести погрешно дијагностицирани состојби се: состојби поврзани со рак, невролошки состојби, срцеви состојби, уролошки состојби и ненавремен одговор на компликации во тек на операција и постоперативно.

Во ноемврскиот број на Risk Management Monthly од 2016 година (волумен 10, број 11) се извлечени неколку важни точки од студијата на затворените случаи на барања во единиците за ургентна медицина од страна на The Doctors Company која анализираше 332 затворени барања во ургентната медицина за периодот од 2007-2013 година. Главните наоди биле следните:

1. Проблемите поврзани со дијагнозата го чинеле најголемиот број на случаи: неуспех да се постави дијагноза, задоцнета дијагноза или неточна дијагноза. Ова може да вклучува едно или повеќе од наброеново: не поставување на диференцијална дијагноза, не назначување на дијагностички тестови, несоодветно постапување при абнормални наоди од испитувањата, не земање предвид на достапните медицински информации. Други проблеми кои неповолно влијаеле на дијагностичкиот процес биле поврзани со не барање на консултација од стручњаци од други специјалности и со предвремено отпуштање од ургентната единица.

Најчестите погрешно дијагностицирани состојби биле: акутен цереброваскуларен акцидент, миокарден инфаркт, спинален епидурален апсцес, белодробен емболизам, некротизиращки фасциитис, менингитис, тестикуларна торзија, септикемија, субарахноидална хеморагија, белодробен рак, фрактури и апендицитис. Студијата идентифицирала специфични фактори коишто придонеле за повреда на пациентот.

2. Фактори кои допринесуваат за правење на медицинските грешки вклучуваат и не назначување соодветни тестови, несоодветно постапување при добивање на абнормални резултати и некористење на клинички информации за постапување на диференцијалната дијагноза.

Карактеристиките на пациентот, исто така, може да придонесат за медицински грешки. Така на пример, дебелината на пациентот може да води до пропуштање на специфични елементи при прегледот, не придржување кон терапискиот план и контролните прегледи од страна на пациентите, како и лошата хигиена.

3. Проблемите во комуникација меѓу давателите на здравствената нега води до медицински грешки, а тоа вклучува: не комуницирање, не читање на медицинските извештаи, лошо професионално известување и лоша комуникација меѓу давателите на здравствена нега и пациентот/фамилијата, вклучувајќи не користење на квалифицирани преведувачи кога тоа е потребно.

4. Сумирано, **препораките за избегнување на дијагностичките грешки се следните:**

- Избегнувај дијагноза на прв впечаток или базирана на интуиција;
- Комплетирај и документирај детална диференцијална дијагноза за секој пациент;
- Обезбеди сите специјалисти кои се повикани да го евалуираат пациентот, да добијат сеопфатен сумиран извештај за клиничката слика;
- Вежбај ефективно примопредавање. При примопредавањето дискусијата треба да вклучи јасно делегирање на поединецот кој е одговорен за прегледот и пратењето на сите резултати од тестовите.

Студијата на D.P Sklar и сор., која ги обработува непредвидените смртни исходи кои се јавиле во тек на седум дена по испитувањето од одделенијата за ургентна медицина, дала неколку важни опсервации. Имало 30 смртни исходи на 100.000 исписи, од кои половината биле неочекувани, но поврзани со посета на ургентно одделение и 60% од нив вклучувале можна грешка. Забележани се четири теми кои се повторувале:

1. Атипична презентација на невообичаен проблем;
2. Хронични болести со декомпензација;
3. За скоро сите неочекувани смртни исходи, виталните знаци биле абнормални при испитувањето (најчеста била тахикардијата);
4. Чести биле случаи со ментална попреченост или психијатриски проблеми. Студијата известила дека на таквите пациенти им се направени помалку дијагностички тестови, дадени им се помалку лекови за намалување на болка и следењето не било јасно кај оние со хронични психијатриски дијагнози. На друг начин кажано, треба да се запамети дека психијатриската болест на никаков начин не го „штити“ пациентот од развој на друга нова медицинска состојба. Напротив, често пати пациентите со психијатриска состојба се под поголем ризик да развијат нова, значајна болест. Ова



може да биде дури тешко да се цени поради пристрасноста која често е присутна при процена на пациенти со психијатриски болести.

Примената на електронски системи во здравството, исто така, е поврзано со ризици за појава на медицински грешки. Трудот: „Одговорност за медицинска несвесност во доба на електронски здравствени картони“, цитира три фази на ризик од несвесна медицинска пракса поврзани со овие системи:

1. Имплементациона фаза – кога се учи како да се користи новиот систем. Несоодветната обука е најголемиот проблем во оваа фаза. Нејаснотиите и замршеноста на различните системи може да ѝ пркосат на стандардната логика, создавајќи погрешни отстапувања од страна на корисникот.

2. Транзициона фаза - премин од хартиениот на компјутеризираниот систем, често води до поделување на евиденцијата и неприменување на процедурите за избегнување на грешки. Корисничките грешки може да создадат неточни или недостаточни внесови на податоци, како и празнини во документацијата и комуникацијата.

3. Зрела фаза во која можат да се грешките и неправилности во целиот систем, на пример, ситуации на недостапна техничка поддршка кога системот ќе се расипе во два часот наутро, создавајќи хаос во одделението и правејќи значајни пречки во документацијата.

Основни причини за медицински грешки на поединците

Вообичаени основни причини за медицински грешки на лекарите се:

- Промени во менталната остроумност, што вклучува дека не бараат совети од колегите, погрешно ја применуваат стручноста, не формулираат план за работа, не ја земаат предвид најочигледната дијагноза, имаат сидро-пристрасност, ја обавуваат здравствената работа на автоматски начин;
- Проблеми во комуникацијата - немаат увид и не ја почитуваат хиерархијата, немаат цврсто раководство, не знаат кому да го пријават проблемот, не ги откриваат проблемите или немаат способност за решавање на проблемите;
- Имаат недостатоци во образованието, обуката, оријентацијата и искуството;
- Применуваат неадекватни методи за идентификација на пациентите, нецелосно ги проценуваат пациентите при приемот, не бараат пациентот да потпише согласност за испитување и лекување, несоодветно ги едуцираат пациентите;
- Неадекватни политики за правилно насочување на здравствените работници;
- Недостаток на доследност во процедурите;
- Неадекватен персонал и/или лош надзор над нив;
- Технички неправилности поврзани со медицинската опрема;
- Немање стручна ревизија во системот;
- Никој не е подготвен да ја прифати вината или да го промени системот.

Препораки за постигнување на безбедносните цели

Заедничката комисија за безбедност на здравствените системи дала препораки за помош на институциите и на здравствените работници во создавање на поголема без-

бедност за пациентите и за давателите на услуги:

- Идентифицирајте ги опасностите и ризиците за безбедност на пациентите;
- Идентифицирајте ги пациентите со правилна потврда на идентитетот на најмалку два начина;
- Подобрете ја комуникацијата, како на пример, брзо добивање на резултати од тестовите точно за лицето за кое се наменети;
- Спречете ги инфекциите со правилно чистење на рацете, давање на антибиотици после операција, промена на катетер и мерки на претпазливост за централна линија;
- За да се спречат интрахоспиталните инфекции, миенето на рацете треба да биде рутинско пред и после посета на секој пациент;
- Спречете ги грешките при операција така што ќе се провери дали исправна операција треба да се направи на исправен дел од телото; паузирајте пред операцијата за да ја направите проверката уште еднаш;
- Користете алармни уреди и уверете се дека алармите на медицинската опрема може добро да се слушат и брзо да се проверат;
- Користите ги лековите исправно и безбедно, двапати проверете ја етикетата и правилно проследите ги лековите за пациентите на наредниот добавувач;
- Означете ги сите лекови, дури и оние во шприц. Пожелно е ова да се направи на местото каде се подготвуваат лековите;
- Одвојте повеќе време за пациентите на кои им се препишани антикоагуланси и хемотерапевтски лекови и други лекови од ризичните групи.

Подобрување на резултатите на тимот за здравствена заштита

Здравствените професионалци доживуваат длабоки психолошки ефекти, како што се бес, вина, неадекватност, депресија и дури помислуваат на самоубиство или го извршуваат поради вистински или воочени грешки. Заканата од претстојна правна постапка може да ги влоши овие чувства и, исто така, да доведе до губиток на клиничката самодоверба. Клиничарите ги изедначуваат грешките со неуспех, со намалување на довербата на јавноста и со нанесување на штета на пациентите и покрај нивното основно правило „прво, немој да наштетиш“.

Затоа, некои стручњаци сметаат дека изразот „грешка“ е претерано негативен, антагонистички и ја одразува културата на обвинување. Професионалецот чија самодоверба и морал се нарушени како резултат на грешка, поради тоа може да работи помалку ефикасно и дури може да ја напушти кариерата во медицината. Многу стручњаци предложуваат терминот „грешка“ воопшто да не се користи и поради негативната конотација, мудро е да се ограничи неговата употреба кога се документира во јавен медицински картон. Меѓутоа, бидејќи медицинската грешка може да доведе до несакани исходи кај пациентите, со бришење на терминот се замаглува целта да се спречи и да се управува со нејзините причини и последици.

Стравот од казна прави здравствените работници нерадо да ги пријавуваат грешките. Иако се плашат за безбедноста на пациентите, исто така се плашат од дисциплински постапки, вклучително и страв од губиток на работното место, доколку се пријави инцидентот. За жал, непријавувањето придонесува да се зголеми веројатноста за сериозна повре-



да на пациентот. Многу здравствени установи применуваат строги политики што создаваат неповолно и спротивставено опкружување што може да доведе до тоа персоналот да се колеба да пријави грешка, да го минимизира проблемот или дури да не успее да го документа проблемот. Овие делувања или нивниот недостаток може да придонесат за развој на циклус на медицински грешки. Но, кога овие грешки ќе излезат на виделина, тие може да го извалкаат угледот на здравствената установа и на нејзините вработени.

Дел од решението за намалување и спречување на медицинските грешки е и одржување на култура на работа која ќе ги препознава безбедносните предизвици и ќе применува одржливи решенија, наместо да негува култура на вина, срам и казна. Сите поединци во здравствениот тим мора да имаат своја улога во тоа да обезбедат давањето на здравствената заштита да е колку што може побезбедно за пациентите и за здравствените работници.

Лекарските грешки и понатаму ќе се случуваат, иако многу помалку отколку во минатото. Постојат многу причини за медицински грешки и повеќето болници вовеле правила и прописи, со цел овие грешки да се сведат на минимум, со помош на системот на проверка. Императив е сите здравствени работници во интерпрофесионалниот тим, кој вклучува фармацевт, медицинска сестра и лекар, да бидат свесни дека лекарските грешки не само што ги изложуваат пациентите на штета, туку доведуваат до судски спорови за несовесност на лекарот. Клиничарите, пред да ги дадат своите налози за дијагностички или терапевски постапки, мора да ги верификуваат. Фармацевтот треба да изврши проверка на интеракциите и да го потврди изборот на агенсот и на дозата. Конечно, медицинската сестра служи како последен заштитен механизам пред давањето на лекот, проверувајќи дали тоа е вистинската доза, на вистинскиот лек и за вистинскиот пациент. На крајот, постојаната будност на секој член на интерпрофесионалниот тим е единствениот начин да се намали бројот на лекарските грешки.

Грешките, без оглед на номенклатурата, обично настануваат поради конвергенција на повеќе фактори кои придонесуваат за тоа. Јавната и законодавната нетолеранција кон медицинските грешки, обично илустрира недостаток на разбирање дека некои грешки, всушност, не можат да се спречат со актуелната технологија или ресурси што им се достапни на лекарите. Човечкиот фактор секогаш е проблем, а идентифицирање на грешките овозможува да се преземат стратегии на подобрување. Имено, обвинувањето или казнувањето на поединци за грешки поради системски причини, не ги решава причините, ниту спречува грешките да се повторат.

Постои тренд стручњациите за безбедност на пациентите да се фокусираат на подобрување на безбедноста на системот на здравствена заштита, со цел да се намали веројатноста за настанување на грешките и да се ублажат нивните ефекти, а не да се фокусираат на постапките на поединците. Здравствените организации треба да воспостават култура на безбедност која ќе се фокусира на подобрување на системите гледајќи на медицинските грешки како на предизвици кои треба да се надминат.

Владините, правните и медицинските институции мора да соработуваат за да се отстрани културата на вина, а притоа да се задржи принципот на одговорност.

Подготовки: Проф.д-р Катица Зафировска

Референци

- Battard J. Nonpunitive response to errors fosters a just culture. *Nurs Manage*. 2017 Jan;48(1):53-55. - PubMed
- Brennan TA et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med*. 1991 Feb 07;324(6):370-6. [PubMed]
- Delacroix R. Exploring the experience of nurse practitioners who have committed medical errors: A phenomenological approach. *J Am Assoc Nurse Pract*. 2017 Jul;29(7):403-409. - PubMed
- Grober ED, Bohnen JM. Defining medical error. *Can J Surg*. 2005 Feb;48(1):39-44. - PMC - PubMed
- Helo S, Moulton CE. Complications: acknowledging, managing, and coping with human error. *Transl Androl Urol*. 2017 Aug;6(4):773-782. - PMC - PubMed
- Hines S et al. Effectiveness of interventions to prevent medication errors: an umbrella systematic review protocol. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2018 Feb;16(2):291-296. - PubMed
- Hofer TP et al. What is an error? *Eff Clin Pract*. 2000 Nov-Dec;3(6):261-9. [PubMed]
- James JT. A new, evidence-based estimate of patient harms associated with hospital care. *J Patient Saf*. 2013 Sep;9(3):122-8. - PubMed
- Kellogg KM et al. Our current approach to root cause analysis: is it contributing to our failure to improve patient safety? *BMJ Qual Saf*. 2017 May;26(5):381-387. - PubMed
- La Pietra L et al. Medical errors and clinical risk management: state of the art. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2005 Dec;25(6):339-46. - PMC - PubMed
- Leape LL et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N Engl J Med*. 1991 Feb 07;324(6):377-84. [PubMed]
- Mangalmurti SS et al. Medical malpractice liability in the age of electronic health records. *N Engl J Med*. 2010 Nov 18;363(21):2060-7. [PubMed]
- Mascioli S, Carrico CB. Spotlight on the 2016 National Patient Safety Goals for hospitals. *Nursing*. 2016 May;46(5):52-5. - PubMed
- Oyebode F. Clinical errors and medical negligence. *Med Princ Pract*. 2013;22(4):323-33.
- Palojoki S et al. Electronic Health Record-Related Safety Concerns: A Cross-Sectional Survey of Electronic Health Record Users. *JMIR Med Inform*. 2016 May 06;4(2):e13. - PMC - PubMed
- Revelas A. Healthcare - associated infections: A public health problem. *Niger Med J*. 2012 Apr;53(2):59-64. - PMC - PubMed
- Robertson JJ, Long B. Suffering in Silence: Medical Error and its Impact on Health Care Providers. *J Emerg Med*. 2018 Apr;54(4):402-409. - PubMed
- Singh H et al. Reducing diagnostic errors through effective communication: harnessing the power of information technology. *J Gen Intern Med*. 2008 Apr;23(4):489-94. - PMC - PubMed
- Singh H et al. The global burden of diagnostic errors in primary care. *BMJ Qual Saf*. 2017 Jun;26(6):484-494. - PMC - PubMed
- Sklar DP et al. Unanticipated death after discharge home from the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2007 Jun;49(6):735-45. [PubMed]
- Thomas L et al. Medical Error Reduction and Prevention. StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. 2022 May 1.
- Walker JM et al. EHR safety: the way forward to safe and effective systems. *J Am Med Inform Assoc*. 2008 May-Jun;15(3):272-7. - PMC - PubMed
- Wolf ZR et al. Nursing student medication errors involving tubing and catheters: a descriptive study. *Nurse Educ Today*. 2009 Aug;29(6):681-8. - PubMed



Ако има доктори во Бирото за труд нека се јават

Управата на Здравствениот дом Никшиќ по обвинувањата дека во градот под Требјеш има здравствени работници без работа.

Никшиќ со години се справува со недостиг на лекари, па редици во Здравствен дом и чекање за специјалистички прегледи станаа вообичаена практика.

Неодамна, во медиумите беше објавено дека во Бирото за труд во градот Требјеш има седум лекари, меѓу кои е и специјалист по абдоминална хирургија.

„Против mail до Институтот да ми каже кои доктори се под Биро. Многу би сакал во моментот да имам можност да вработам седум доктори. Тогаш пациентите би биле многу позадоволни, а лекарите многу поодморени. Доколку ги има, би сакала да се јават - веднаш ќе добијат договор за работа и за 15-на дена ќе бидат на Клиника“, изјави директорката на Здравствениот дом Никшиќ, Вера Булатовиќ.

Булатовиќ потсети дека во 2008 година била спроведена реформата во примарната здравствена заштита и дека тогаш било кажано дека со оглед на бројот на жители, во Никшиќ треба да има 33 општи лекари, а во моментот има 16 од вкупно 20.

„Досега таа бројка од 33 никогаш не била исполнета. Кадровската состојба е проблематична изминативе десет години. Во еден момент, во јануари, имавме отсутни десет лекари, па тоа беше голем проблем. Јануари отсекогаш бил познат како месец погоден за разни респираторни инфекции, кога се зголемувал приливот на пациенти. Тогаш имавме зголемена гужва и огромен напор на лекарите кои работат“, рече Булатовиќ и додаде дека моментално се во нешто подобра ситуација, бидејќи голем број лекари се вратиле од боледување.

А во Општата болница, според директорката Душанка Милатовиќ Перовиќ, би било добро да имаа уште десетина лекари на различни одделенија, но недостигот од кадар да успеат да го надополнат со добра организација.

„И со недостиг на кадар, успеавме да ги намалиме листите на чекање. Имаше проблем со кардиолошките прегледи, бидејќи имавме двајца лекари и многу пациенти, па се чекаше подолго. Третиот лекар штотуку почна да работи, веќе правиме списоци и медицинските сестри ќе повикаат пациенти кои чекаат повеќе од еден месец и сите ќе бидат прегледани“, рече Милатовиќ Перовиќ.

Како што истакна таа, на некои одделенија очекуваат олеснување со враќањето на лекарите од супспецијализациите, а се надеваат дека ќе успеат да ги заинтересираат лекарите за психијатрија и за инфективни болести, бидејќи во моментот тие две гранки се „без млади“.

Малку по малку се доближуваме до оптимален број лекари“, изјави директорот на Општата болница во Никшиќ.

И Милатовиќ Перовиќ имаше порака за невработените лекари, специјалисти по абдоминална хирургија:

„Навистина ни треба специјалист по абдоминална хирургија“.

Андрија Вујовиќ, интернист и нефролог, посочува дека на Одделението секогаш е преполно и дека секој ден сами низ Итната помош поминуваат 60 или повеќе пациенти. За систематизацијата, како што рече, се планирани 16 интернисти, а моментално има седум, а исто толку има на супспецијализација, а дел од нив веќе почнуваат со работа.

„Ги пополнуваме и ги добиваме сите профили на специјалис-



ти што се однесува до интерна медицина. Беше критично во текот на јануари, но ние продолживме. Имаме 45 кревети и сите места се пополнети. И сега примивме пациенти на други одделенија, а ни остана и дел за пациенти со ковид, со шест кревети“, рече Вујовиќ.

Директорот на Општата болница истакна дека успеале да ја подобрат опремата и дека благодарение на новата опрема и лекарите, офталмологијата и хирургијата станале помалку оптоварени.

„Нашите пациенти нема да мора да одат во Подгорица на операција на катаракта, туку сега ќе може тоа да го прават и овде. Добивме и ортопедска маса, така што ќе може да се прават сите видови операции, а благодарение на електрохируршкиот радиофреквентен нож во нашата болница се вршат сите гинеколошко-акушерски операции. Доаѓаат лекари и овде се прави гастроскопија и колоноскопија“, рече Милатовиќ Перовиќ.

Наскоро очекуваат да добијат апарат за магнетна резонанца, а ќе следи и тендер за лапароскопска колона.

Извор: Вјести

БУГАРИЈА

Бугарија ќе увезе 8, а ќе уништи 2,8

Бугарското Министерство за здравство соопшти дека поради недостаток на побарувачка е зголемен бројот на вакцини против ковид-19 во магацините во земјата и дека е неизбежно отстранувањето на вакцините со истечен рок. Министерот за здравство, Асен Меџидиев, рече дека нема интерес за вакцинација.

„На прагот сме да уништиме 2,8 милиони вакцини кои се блиску до истекување“, изјави Меџидиев.

Тој рече дека поради слабиот интерес на граѓаните за вакцинација, ги затвориле одделенијата во главните болници во земјата, кои речиси никој веќе не ги посетува.

Понатаму, Меџидиев додаде дека по уништувањето на 2 милиони дози од вакцината, чиј рок беше истечен мината-



ХЗЈЗ: Ќе дојде време кога мудроста ќе молчи, будалата ќе зборува и ќе се збогати

Хрватскиот институт за јавно здравје (ХЗЈЗ) денеска објави соопштение во кое ги повикува „псевдоекспертите“ и „псевдонаучниците“ кои јавно ги напаѓаат лекарите и научниците кои зборуваат за пандемијата со корона вирус.

Соопштението за медиумите започнува со цитат од Иво Андриќ: „Ќе дојдат времиња, вака, кога мудроста молчи, будалата ќе зборува, а будалата и ќе се збогати!“

„Не можеме да молчиме“

Соопштението го пренесуваме во целост:

„Паметните луѓе знаат дека молчењето е златно, особено ако нема што да се каже, а тоа е и на јавен простор. Сепак, не може да молчиме ако некој е непрофесионален и, кажано на граѓански јазик, нецивилизиран и во исто време крајно злонамерен, јавно напаѓа луѓе кои имаат проблеми со темата за дискусија формални и реални квалификации, долгогодишно искуство, стручно и научно искуство признаено во Хрватска и во странство, а се вработени во институции одговорни за јавни здравствени политики во Република Хрватска.

Хрватските јавни здравствени установи, вклучително и Хрватскиот институт за јавно здравје, се горди што ги наследуваат вредностите и доктрините на светски познатиот и признат д-р Андрија Штампар, во промовирањето на здравствени информации меѓу граѓаните, спроведувањето активности и кампањи за превенција на болести и јавната здравствена заштита.

Експертите вработени во јавните здравствени институти и сродните и соработувачките институции за време на пандемијата COVID-19, која го зафати целиот свет, се обидоа со својата професионална работа и знаење во борбата против новата и непозната болест, често со големи лични жртви, да утврдат, планираат и спроведуваат процедури коишто најдобро ќе го заштитат животот и здравјето на секој поединец и на целото население на нашата земја. Се разбира, не можеме да дозволиме овие мерки и нашата работа, која спаси многу животи, да бидат исмеани и девалвирани.

„Навреда на лично ниво, извртување на фактите и нивните значења“

Работата и професионалните активности на експертите, научниците и здравствените работници секогаш се достапни за увид од најшироката хрватска јавност и се предмет на стручни и научни испитувања, судови и мислења на граѓаните, како што доликува на слободно демократско општество.



Она што ги надминува нормите на цивилизираната јавна комуникација и нормите на комуникацијата прифатена во граѓанското општество е навреда на лично ниво, извртување на фактите и нивните значења, омаловажување на личности и нарекување на луѓето со погрдни имиња. Токму тоа го прават некои псевдоексперти и псевдонаучници во јавната комуникација достапна за граѓаните на социјалните мрежи, кои без никакви валидни докази пред хрватската јавност се претставуваат како експерти и квалификувани за прашања за здравствена заштита, превенција, дијагноза и третман на болести.

Овие лица, своите несогласувања за прашањата на пандемијата на социјалните мрежи и портали ги претвораат во јавни навреди и обиди за јавно понижување на работата и личноста на експертите со користење на несоодветен речник и квалификации, а најлошо од сè, исто така, со привлекување луѓе кои користат различни псевдоними од нивните нејасни англи, скриени со крут превез на незнаење, презентираат разни теории на заговор, навредуваат, пцујат и повикуваат на линч на вредни членови на професионалниот и научниот живот во Хрватска и во странство.

Злонамерното манипулирање од псевдонаучници го загрозува здравјето

Загрижени за иднината, ние силно стоиме зад експертите и научниците од јавното здравство и поврзаните и заедничките активности кои својата работа ја вршат во согласност со професијата и законите на Република Хрватска и ја поддржуваме нивната претходна професионална и научна работа и придонес на личната и тимска акција во борбата против најголемата пандемија на модерната ера.

Непрофесионалното, научно неосновано и злонамерно мешање на псевдонаучниците во прашањата за здравјето на граѓаните и политиките за јавно здравје, нивното утврдување и спроведување, претставува неодговорен напад и закана за здравјето на поединците и на сите граѓани на нашата земја и е споредливо со надрилекарство забрането со закон.

Затоа, „ги повикуваме сите стручни и научни институции на хрватскиот јавно здравствен систем, стручни здруженија и здруженија на пациенти јавно да го кренат својот глас и да ги осудат ваквите повторени обиди за непрофесионално и злонамерно мешање во прашањата на јавното здравје, дезинформирање на граѓаните и неосновано оцрнување на квалификувани и докажани експерти. Ги повикуваме и хрватските медиуми да не им даваат простор и време на таквите да изнесуваат неистини“, пишува ХЗЈЗ.

Преземено-Indeks HR

милиони вакцини против ковид-19

та година, годинава ќе истече и рокот за 2,8 милиони дози.

Министерството за здравство соопшти дека земјата треба да увезе уште 8 милиони вакцини до крајот на оваа година, во зависност од координираната политика на Европската унија (ЕУ) во борбата против ковид-19.

Еден дел од овој договорен увоз се плаќа однапред и. Меџидиев рече дека увозот на овие вакцини е „непотребен трошок“.

Бугарија е меѓу земјите со најниска стапка на вакцинација против ковид-19 во ЕУ. Околу 39.000 луѓе ги загубија животите како последица на инфекцијата со корона вирус во земјата.

Извор – Фактор



Награди

Познати се најдобрите достигнувања на лекари и фармацевти од девет земји од Централна и Југоисточна Европа

Љубљана, Словенија, 9. 3. 2023 – Во замокот Љубљански град на 9 март 2023 година, свечено беа прогласени девет победници на конкурсот 9. International Medis Awards for Medical Research. Конкурсот веќе девет години ги наградува врвните научни достигнувања на лекари и фармацевти од девет земји на Централна и Југоисточна Европа.

Сите победници на конкурсот 9. International Medis Awards for Medical Research (по област):

- Гастроентерологија: д-р Јулијан Петер Шварцлер, Австрија;
- Гинекологија: д-р Вид Јанша, Словенија;
- Медицина за интензивна нега и анестезиологија: д-р Кристијан Рајтерер, Австрија;
- Неврологија: д-р Иво Божовиќ, Србија;
- Офталмологија: д-р Мартина Томиќ, Хрватска;
- Педијатрија: проф. д-р Златан Звиздиќ, Босна и Херцеговина;
- Пулмологија и алергологија: д-р Кристијан, Австрија;
- Ревматологија: вонр. проф. доц. д-р Петер Мандл, Австрија;
- Фармација: проф. д-р Анета Перик, Србија.



Претседателот на Меѓународната стручна комисија, фармацевт проф. д-р Борут Штрукељ, изјави за објавеното истражување: “За членовите на Меѓународната стручна комисија е голема привилегија да се биде дел од еден многу интересен процес во кој се запознаваме со различноста и длабочината на истражувачката работа на врвните лекари и фармацевти од нашиот регион. Нивното истражување е висококвалитетно, инспиративно и е ресурс за подобрување на здравствената заштита. Сите тие заслужуваат највисоки пофалби и искрени честитки, особено за трудот и жртвите што често ги бара нивната клиничка и истражувачка работа”.

По две години наградите повторно беа доделени во живо, а прославата се одржа во замокот Љубљански град. Основачот на наградите International Medis Awards, м-р фарм Тоне Страд, изјавува во воведот: “Неуморната истражувачка работа на лекарите и фармацевтите од Централна и Југоисточна Европа го зголемува богатството на знаења во медицината и фармацијата на највисоко научно ниво. На овој начин тие директно придонесуваат за подобро лекување. Нивната работа заслужува секако признание, почит и внимание во пошироката меѓународна и домашна јавност. Токму тоа беше целта на формирањето на Меѓународните награди “Медис” пред девет години, а денес сме горди што преку наградите го градиме угледот на медицинската и фармацевтската заедница во регионот”.

За важноста на истражувањето зборуваше фарм. д-р Мартина Перхарич, директорката на “Медис”:

“Научната работа на лекарите и фармацевтите е дел од големата приказна за откривање иновации кои ќе помогнат во откривање и лекување на болести и подобрување на квалитетот на животот на многу луѓе. Нивната посветеност ја заслужува нашата длабока почит. Без нивните напори, многу животи би биле изгубени, а многу лекови и дијагностички методи би останале неоткриени. Нивната страст за медицината и истражувањето е вистинска инспирација за сите нас”.

На конкурсот за награди 9. International Medis Awards може да се пријават лекари и фармацевти кои ги објавиле своите научно-истражувачки трудови во најпрестижните научни публикации, односно оние со фактор на влијание поголем од 1.500. Оваа година на конкурсот пристигнаа 238 апликации од Австрија, Босна и Херцеговина, Бугарија, Северна Македонија, Словенија и Србија, Унгарија, Хрватска и Црна Гора. Сите високи критериуми за позицијата кандидат за меѓународните награди “Медис” ги исполниле 185 пријавени. Меѓународната стручна комисија ги оцени апликациите и избра 18 финалисти, меѓу кои девет победници.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 56, март 2023 година

АТОСИБАН НАСПРОТИ КОНВЕНЦИОНАЛЕН ТРЕТМАН ЗА ЗАКАНУВАЧКО ПРЕДВРЕМЕНО ПОРОДУВАЊЕ

Слаѓана Симеонова Крстевска, Игор Самарџиски, Викторија Јовановска,
Марјан Стојовски, Ива Панева, Марија Јоксимовиќ, Весна Велиќ Стефановска,
Ирена Тодоровска, Весна Ливринова, Горан Кочоски, Даниел Милковски, Анета Сима,
Маја Пејковска Илиева, Ивана Кијајова, Влатко Гиревски, Маја Котева Мираковска

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 она што произлегува од читањето на објавените трудови, туку и за подигнување на ниво 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, исцрпување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да направат нејспирасна рецензија. Одлучајќи дали манускриптот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува одлука на сисанието врз основа на мислењето на еден или повеќе рецензенти. Овој процес треба да ги охрабри и поттикне авторите да се придржуваат на професионалните стандарди на нивната дисциплина и да сиречи дисеминација на релевантни наоди, неопходни мерки, неинформативни интервенции и лични видувања. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се злега со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудови кои илудираат на оригиналност треба да се придржуваат на препораките на добрата клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се смејат за карактеристични за научно исцрпување и за спекнување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (негативна) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажанието проистигнува и на нив злегаат како на можност да го унапредат своето знаење и да ја зголемаат веројатноста за објавување на своите трудови, други се обесхрабруваат и се плашат дури и да се обидат да испратат труд за објавување, а ирети, се озорчени, лути, навредени.

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

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 119 од јуни 2023 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 мај 2023 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.

Атосибан наспроти конвенционален третман за заканувачко предвремено породување

Слаѓана Симеонова Крстевска¹, Игор Самарџиски¹,
Викторија Јовановска¹, Марјан Стојовски¹, Ива Панева¹,
Марија Јоксимовиќ¹, Весна Велиќ Стефановска²,
Ирена Тодоровска¹, Весна Ливринова¹,
Горан Кочоски¹, Даниел Милковски¹, Анета Сима¹,
Маја Пејковска Илиева¹, Ивана Кијајова¹,
Влатко Гиревски¹, Маја Котева Мираковска

1. Универзитетска клиника за гинекологија и акушерство, Медицински факултет, Скопје, С Македонија.
2. Институт за епидемиологија и биостатистика со медицинска информатика, Медицински факултет, Скопје, С Македонија.

Апстракт

Предвременото породување е најважната причина за неонатален морбидитет и морталитет на светско ниво.

Цел на студијата

Да се евалуира ефикасноста на атосибан во случаеви на заканувачко предвремено породување во различна гестациска старост и да се спореди со конвенционален третман.

Материјал и методи

Беа евалуирани податоци од медицинските истории на бремени жени лекувани на Одделот за перипартална интензивна нега во периодот од 2019 до 2021 година на Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство. Студијата вклучува бремени жени на возраст од 18 до 45 години кои исполнуваат критериуми за заканувачко предвремено породување во гестациска старост меѓу 24 и 34+6 недели. Атосибанот беше спореден со конвенционален третман (индометацин, магнезиум сулфат и калциум антагонисти, поединечно или како комбинирана терапија). Податоци за третманот, перинаталниот исход и информации за безбедност за мајката беа обезбедени од медицинските истории.

Резултати

Сигнификантна разлика беше најдена во групата со атосибан во смисла на пролонгирање на бременоста споредено со конвенционален третман. Сигнификантно поголемо продолжување на бременоста беше најдена во групата со атосибан споредено со конвенционалниот третман кога гестациската недела на прием беше $\geq 28 + 0$ денови ($p=0,034$), без претходен паритет ($p=0,013$) и без историја на предвремено породување ($p=0,016$). Во групата атосибан имаше сигнификантна умерена позитивна корелација помеѓу пролонгирање на бременоста во денови и цервикална должина за

$r(40)=0,404$; $p=0,011$. Со зголемување на цервикалната должина имаше сигнификантно пролонгирање на бременоста.

Заклучок

Најдовме дека атосибанот беше поефективен од конвенционалниот третман кај гестациска старост >28 недели.

Клучни зборови:

атосибан, конвенционален третман, предвремено породување

Вовед

Предвременото породување, породувањето кое настанува по 22 а пред 37 гестациска недела е најважна причина за неонатален морбидитет и морталитет на светско ниво. Истото е важна причина за церебрална парализа, интелектуален дефицит, нарушување во сетилата за вид и слух. Околу 15 милиони предвремени новородени се раѓаат на светско ниво секоја година.^[1]

Две третини од предвремените породување настануваат поради спонтано нивно започнување, а останатите се медицински иницирани поради матернални или фетални состојби како прееклампсија, интраутерин застој во раст на плодот, дијабетес, плацента превија или абрупција на постелката. Инциденцата е меѓу 5 и 18% од сите бремености.^[2]

Механизмите на иницијација на предвремени контракции вклучуваат: утерина прекумерна дистензија, пад на прогестеронска активност, инфекција, цервикален фактор и стрес. Терапија за зреење на феталното белодробие и токолитичниот третман до 48 часа е стандардна клиничка пракса. Различни типови на токолитици се користат последните декади.

Атосибанот, селективен антагонист на окситоцински рецептори е ефективен токолитик кај заканувачко предвремено породување.^[4] Окситоцилот ги стимулира контракциите со конверзија на фосфатидилинозитолот во инозитол трифосфат којшто се врзува за протеин во саркоплазматски ретикулум и предизвикува ослободување на калциум во цитоплазмата.

Токолитичните агенси се лекови од различни групи (β -агонисти, калциум антагонисти, магнезиум сулфат и инхибитори на синтеза на простагландини) што може да ги редуцираат предвремените контракции. Тие обезбедуваат време за да се дозволи администрација на антенатални кортикостероиди за фетална белодробна матурација и време за in utero трансфер во медицински центар со неонатална интензивна единица.^[5]

Атосибан е специфичен токолитик спореден со другите и е моќно дополнување на останатите терапевски опции за предвремени контракции и треба да се користи како терапија од прва линија.^[6,7]

Стручни и научни трудови

Мета анализа на девет рандомизирани контролирани студии детерминирала дека атосибанот и бета миметиците имаат слична ефикасност во одложување на предвременото породување за барем 48 часа, но е асоциран со сигнификантно помалку несакани ефекти наспроти останатите токолитици.^[8]

Има податоци од литературата дека атосибанот има импакт на нивото на маркерите на оксидативен стрес што е важен фактор во патогенезата на предвремените контракции.^[9]

Поновите студии сугерираат дека конексин-43 (Cx43), важен контрактилно-асоциран протеин е дизрегулиран кај миометриумот на предвремените контракции. Фармаколошката инхибиција на Cx43 во иднина може да ги редуцира контракциите на хуманото миометријално ткиво и да претставува нов пристап кон токолизата.^[10]

Идни студии на токолитичните лекови и нивните комбинации треба да го евалуираат нивниот ефект и влијанието на краткорочен и долгорочен перинатален исход.

Цел на студијата

Оваа студија беше дизајнирана за да се евалуира ефикасноста на атосибан во случаеви на заканувачко предвременно породување во различна гестациска старост и споредба на истиот со конвенционален третман.

Материјал и методи

Лонгитудинална опсервациона студија беше изведена на Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство во Скопје, Р С Македонија, во периодот од 2019-2021 година. Податоците од болничката документација за хоспитализираните бремените жени со заканувачко предвременно породување беа колекционирани.

Студијата вклучи бремените жени на возраст меѓу 18 и 45 години со гестациска старост меѓу 24 и 34+6 недели со жив плод, интактни плодови обвивки, цервикална дилатација ≤ 4 cm и потпишана информирана согласност за токолитична терапија. Случаевите на прееклампсија/еклампсија, фетални или плацентални абнормалности, суспектен хориоамнионитис, предвременно прснат воденик беа исклучени.

Критериумите за заканувачко предвременно породување беа исполнети- присуство на повеќе од четири утерини контракции за период од 30 минути, истите со траење од 40 секунди за секоја контракција, дилатација на цервикално устие 1-4 cm со изгладување од повеќе од 50%.

Атосибан беше прв лек на избор кога беше достапен. Стандарден протокол за администрација беше: иницијален болус од 6.75 mg, следено со 300 $\mu\text{g}/\text{min}$ за 3 h, потоа 100 $\mu\text{g}/\text{min}$ за период од 45 h. Целиот третман траеше 48 h со тотална доза на атосибан од 330 mg.

Бремените жени третирани со конвенционален третман беа искористени како контролна група. Конвенционалниот третман вклучуваше индометацин, магнезиум сулфат, калциум антагонисти сами или во комбинација, согласно актуелните упатства за употреба на токолитична терапија.^[11]

Податоците за третманот, перинаталниот исход, несаканите ефекти беа колекционирани од медицинските истории.

Статистичка анализа

Податоците добиени во текот на истражувањето беа статистички обработени со користење на SPSS software package, version 20.0 for Windows (SPSS, Chicago, IL, USA). Анализата на квалитативните серии беше правена преку одредување на коефициент на односи, пропорции и стапки.

Квантитативните серии беа анализирани со мерки на централна тенденција (просек, медијана, 25% и 75% перцентили, минимални и максимални вредности), како и со мерки на дисперзија (стандардна девијација). Shapiro-Wilk W тест беше користен за утврдување на правилноста на дистрибуцијата на фреквенцијата на испитуваните варијабли. Pearson Chi square test, Fisher exact test и Fisher Feeman Halton test беа користени за утврдување на асоцијацијата меѓу одредени атрибутивни белези. Pearson Correlation беше употребен за утврдување на поврзаноста помеѓу нумеричките варијабли. За тестирање на значајноста на разликата меѓу одредени нумерички параметри со неправилна дистрибуција на фреквенции беа користени Mann Whitney U test и Kruskal-Wallis H test. За споредба на пропорциите беше користен Difference test. За утврдување на статистичка значајност беше користена двострана анализа со ниво на сигнификантност од $p < 0,05$.

Резултати

Примерокот на истражувањето опфати вкупно 70 жени кои ги исполнуваа однапред поставените инклузиони и ексклузиони критериуми. Терапија со атосибан примаа 40 (57,14%), додека конвенционален третман примаа 30 (42,86%) жени, без сигнификантна разлика во процентуалната застапеност на двете групи - Difference 14,28% [(-2,22 – 29,73) 95% CI]; $p=0,0923$.

Жените од групата со конвенционален третман беа гранично сигнификантно постари ($p=0,044$) во споредба со оние кои беа третирани со атосибан за консеквентно 25,97 \pm 6,41 vs. 29,47 \pm 6,79 и со 50% помлади од 24 односно 30 години (Табела 1).

Согласно Табела 1, не беше согледана сигнификантна асоцијација на групата на која ѝ припаѓаат жените со: националност ($p=0,6701$); паритет ($p=0,4004$); претходни предвремена породувања ($p=0,8496$); позитивната историја на спонтанни абортуси во претходните бремености ($p=0,0927$); in vitro бременост ($p=0,2177$) и конизација $p=0,3943$.

Во однос на гестациската недела на прием ($p=0,0902$), како и гестациската недела на прием анализирана како ≤ 27 недела + 6 дена vs. ≥ 28 недела + 0 дена, не беше утврдена сигнификантна разлика помеѓу групата со атосибан, односно групата со конвенционален третман ($p=0,2122$).

Дополнително, базирано на гинеколошката анамнеза беше согледано дека во секоја од двете групи имаше по една жена со историја на две претходни предвремена породувања и имаше по една жена со серклагж во оваа бременост.

Помеѓу жените од двете групи (третман со атосибан односно конвенционален) не беше утврдена сигнификантна разлика во однос на должината на грлото на матката во mm ($p=0,1039$) и CTG на 10 минути на прием ($p=0,1784$).

Табела 1. Демографски, анамнестички и клинички карактеристики според групи

Параметри	Групи		P
	Atosiban третман	Конвенционален третман	
Број			
N (%)	40 (57,14%)	30 (42,86%)	p=0,0923
Возраст на мајката (години)			
Mean ±SD	25,97±6,41	29,47±6,79	Mann-Whitney U Test: Z=2,118; p=0,044*
Мин/ Мак (Range)	17/42	20/44	
Median (IQR)	24 (21-31,5)	30 (24-34)	
Националност на мајката			
Македонка	12 (30%)	11 (36,67%)	p=0,6701
Албанка	20 (50%)	14 (46,67%)	
Ромка	7 (17,5%)	3 (10%)	
Турчинка	1 (2,5%)	2 (6,67%)	
Гестациска недела на прием			
Mean ±SD	31,39±2,06	33,58±12,99	Z=0,122; p=0,0902
Мин/ Мак (Range)	27/34	25,2/101	
Median (IQR)	31,9 (30 – 33,1)	31,8 (30,2 – 33,4)	
Гестациска недела на прием – Група			
≤ 27 недела + 6 дена	37 (92,50%)	24 (82,76%)	p=0,2122
≥ 28 недела + 0 дена	3 (7,50%)	5 (17,24%)	
Паритет			
Ниеден	22 (55%)	20 (66,67%)	p=0,3806
Еден	14 (35%)	6 (20%)	
Повеќе	4 (10%)	4 (13,33%)	
Претходни предвремени породувања			
Не	34 (85%)	25 (83,33%)	X ² =0,036; df=2; p=0,8496
Да	6 (15%)	5 (16,67%)	
Спонтани абортуси во претходна бременост			
Ниеден	31 (77,5%)	19 (63,33%)	p=0,0927
Еден	4 (10%)	9 (30%)	
Повеќе	5 (12,5%)	2 (6,67%)	
In vitro бременост			
Не	38 (95%)	26 (86,67%)	p=0,2177
Да	2 (5%)	4 (13,33%)	
Конизација			
Не	39 (97,5%)	28 (93,33%)	p=0,3943
Да	1 (2,5%)	2 (6,67%)	
Должина на грло на матка (мм)			
Mean ±SD	21,80±7,89	18,53±7,50	Z=1,626; p=0,1039
Мин/ Мак (Range)	5/37	2/34	
Median (IQR)	20 (16 – 28,5)	19 (15 – 25)	
СТГ – контракции во 10 мин на прием			
Mean ±SD	3,67±0,85	3,37±1,00	Z=1,346; p=0,1784
Мин/ Мак (Range)	2/5	2/5	
Median (IQR)	4 (3 – 4)	3 (3 – 4)	
Z=Mann-Whitney U Test	¹ Fisher Freeman Halton test	² Fisher exact test	X ² =Pearson Chi-square test
сигнификантно за p<0,05			

Табела 2. Карактеристики на породување и на новородено според групи

Параметри	Групи		P
	Atosiban третман	Конвенционален третман	
Хоспитализација (денови)			
Mean ±SD	6,20±6,67	7,80±11,74	Z=0,4509; p=0,6521
Мин/ Мак (Range)	1/40	1/60	
Median (IQR)	5 (3 – 6)	4 (2 – 7)	
Начин на породување			
Спонтано	19 (48,72%)	11 (36,67%)	X ² =1,002; df=1; p=0,4495
Царски рез	20 (51,28%)	19 (63,33%)	
AS во 1 минута			
Mean ±SD	7,08±1,40	7,05±1,48	Z=-0,071; p=0,9431
Мин/ Мак (Range)	3/10	2/9	
Median (IQR)	7 (6 – 8)	7,5 (6 – 8)	
AS во 5 минута			
Mean ±SD	7,95±1,23	7,96±1,26	Z=0,000; p=1,0000
Мин/ Мак (Range)	4/10	5/10	
Median (IQR)	8 (7-9)	8 (7 – 9)	
Тежина (кг)			
Mean ±SD	2442±660,82	2405±1015	Z=0,472; p=0,6365
Мин/ Мак (Range)	1290/ 4050	1080/ 5000	
Median (IQR)	2510 (1980-2700)	2200 (1620-2920)	
Должина (цм)			
Mean ±SD	46,37±3,17	44,74±5,35	Z=552; p=0,5806
Мин/ Мак (Range)	40/52	33/51	
Median (IQR)	46 (45 – 48)	47 (41 – 49)	
Z=Mann-Whitney U Test		X ² =Pearson Chi-square test	
сигнификантно за p<0,05			

Не беше утврдена сигнификантна разлика во должината на хоспитализацијата на жените од двете групи третирани со atosiban, односно со конвенционален метод (p=0,6521). И во двете групи пропорцијата на жени породени со царски рез беше поголема, без сигнификантна асоцијација на начинот на породување и групата на која ѝ припаѓаат (p=0,4495). (Табела 2).

Споредбата на двете групи на родилки со различен третман во однос на Апгар скорот на новороденчињата во 1 и 5 минута, како и тежината и должината на новороденчињата, не укажа на сигнификантна разлика.

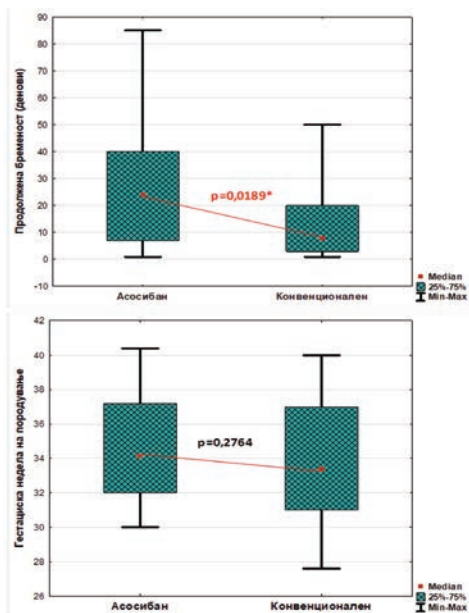
Стручни и научни трудови

Во групата на жени третирана со атосибан беше согледано сигнификантно подолга продолжена бременост споредено со оние кои биле третирани конвенционално за консеквентно 24,72±19,69 дена и 50% од нив со продолжување на бременоста помалку од 24 дена vs. 14,37±14,42 со 50% кај кои бременоста била продолжена помалку од осум дена. Во однос на гестациската недела на породување, немаше сигнификантна разлика помеѓу жените од двете групи ($p=0,2764$). Согледано беше несигнификантно покасна гестациска недела кај жените од групата со атосибан - 34,78±3,18 за Median IQR=34,15 (32 – 37,2) споредено со онаа која беше третирана конвенционално -33,69±3,64 за Median IQR=33,4 (31 – 37) (Табела 3 и Графикон 1).

Табела 3. Споредба на продолжена бременост и гестациска недела на породување според групи

Параметри	Групи		P
	Атосибан третман	Конвенционален третман	
Продолжена бременост (денови)			
Mean ±SD	24,72±19,69	14,37±14,42	Z=2,348; p=0,0189*
Мин/ Макс (Range)	1/85	1/50	
Median (IQR)	24 (7 – 50)	8 (3 – 20)	
Гестациска недела на породување			
Mean ±SD	34,78±3,18	33,69±3,64	Z=1,088; p=0,2764
Мин/ Макс (Range)	30/40	27,6/40	
Median (IQR)	34,15 (32 – 37,2)	33,4 (31 – 37)	
Z=Mann-Whitney U Test		сигнификантно за $p<0,05$	

Графикон 1. Споредба на продолжена бременост и гестациска недела на породување според групи



Табела 4. Продолжена бременост според селектирани параметри во двете групи

Продолжена бременост (денови)	Групи		P
	Атосибан третман	Конвенционален третман	
Гестациска недела на прием - ≤ 27 недела + 6 дена			
N	3	5	Z=-1,350; p=0,250
Mean ±SD	25±4,58	13,8±20,28	
Мин/ Макс (Range)	21/30	3/50	
Гестациска недела на прием - ≥ 28 недела + 0 дена			
N	36	24	Z=-2,120; p=0,034*
Mean ±SD	24,69±20,48	14,25±13,75	
Мин/ Макс (Range)	1/85	1/40	
Паритет – Не			
N	21	20	Z=-2,472; p=0,013*
Mean ±SD	29,42±20,09	14,3±15,29	
Мин/ Макс (Range)	1/85	1/50	
Паритет – Да			
N	18	10	Z=-0,722; p=0,494
Mean ±SD	19,22±18,23	14,50±13,26	
Мин/ Макс (Range)	1/60	1/40	
Предвремени породувања – Не			
N	33	25	Z=-2,417; p=0,016*
Mean ±SD	26,67±19,75	14,56±14,99	
Мин/ Макс (Range)	1/85	1/50	
Предвремени породувања – Да			
N	6	5	Z=-0,185; p=0,931
Mean ±SD	14,01±16,95	13,40±12,54	
Мин/ Макс (Range)	1/45	1/30	
Спонтани абортуси во претходна бременост – Не			
N	30	19	Z=-1,769; p=0,077
Mean ±SD	28,80±19,89	18,10±15,32	
Мин/ Макс (Range)	2/85	1/50	
Спонтани абортуси во претходна бременост – Да			
N	9	11	Z=-1,102; p=0,295
Mean ±SD	11,11±11,61	7,91±10,39	
Мин/ Макс (Range)	1/30	1/30	
Z=Mann-Whitney U Test		сигнификантно за $p<0,05$	



Согледана беше сигнификантно подолга продолжена бременост кај жените третирани со атосибан споредено со оние кои биле третирани конвенционално при гестациска недела на прием - ≥ 28 недела + 0 дена ($p=0,034$), отсуство на претходен паритет ($p=0,013$) и негативна анамнеза за претходно предвремено породување ($p=0,016$) (Табела 4).

Сигнификантна разлика во продолжувањето на бременост помеѓу двете групи не беше најдена во однос на присуство/отсуство на спонтани абортуси во претходни бремености (Табела 4).

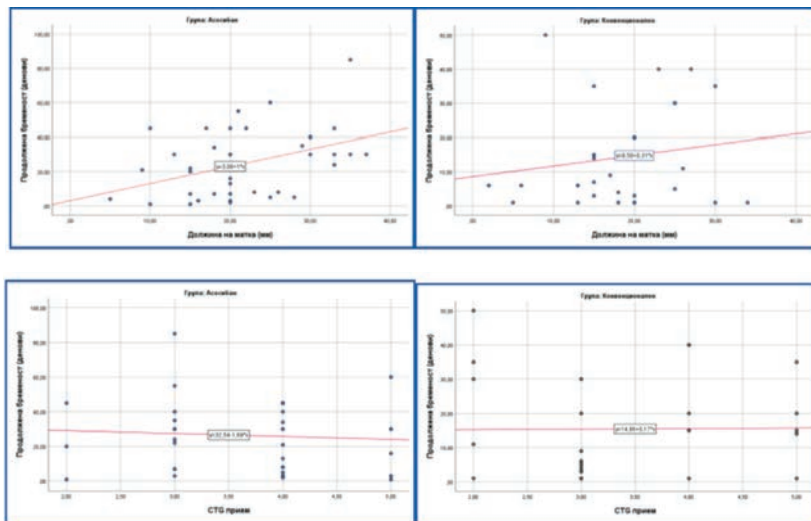
Табела 5. Корелација на продолжена бременост со селектирани параметри според групи

Продолжена бременост (денови)	Atosiban третман	Конвенционален третман
Должина на грло на матка (мм)	$r_{(40)}=0,404$; $p=0,011$ *	$r_{(30)}=0,162$; $p=0,391$
СТГ – контракции во 10 мин на прием	$r_{(37)}=-0,074$; $p=0,667$	$r_{(27)}=0,012$; $p=0,954$
сигнификантно за $p<0,05$		

Во групата на жени третирани со атосибан, беше согледана сигнификантна, линеарна, умерена позитивна корелација помеѓу продолжената бременост во денови и должината на грлото на матката (мм) за $r(40)=0,404$; $p=0,011$ – со растење на должината на грлото на матката сигнификантно се продолжуваше бременоста. Во групата со конвенционален третман, корелацијата помеѓу продолжената бременост во денови и должината на грлото на матката беше несигнификантна за $r(176)=0,162$; $p=0,391$ (Табела 5 и Графикон 2).

И во двете групи согледана беше несигнификантна линеарна корелација помеѓу продолжената бременост во денови и СТГ – контракции во 10 мин на прием (Табела 5 и Графикон 2)

Графикон 2. Корелација на продолжена бременост со селектирани параметри според групи



Во однос на несаканите ефекти беше согледано дека тие беа присутни кај 2 (5%) од жените третирани со атосибан и кај 5 (16,67%) од оние кои биле третирани конвенционално без сигнификантна разлика помеѓу групите ($p=0,1074$).

Дискусија

Атосибанот служи како компетивен антагонист на утерините окситоцински рецептори.^[3] Во нашата студија ја споредувавме ефикасноста на атосибанот наспроти конвенционалниот третман. Немаше сигнификантна разлика меѓу групите во смисла на социодемографски карактеристики, паритет, опстетричка историја (претходно предвремено породување, спонтан абортус, ин витро бремености и цервикална конизација).

Во однос на гестациската старост на прием немаше сигнификантна разлика меѓу атосибан и групата со конвенционалниот третман ($p=0,2122$), без разлика во цервикална должина во милиметри ($p=0,1039$) и на бројот на контракции во 10 минутен стрес тест на прием ($p=0,1784$). Сигнификантна разлика во должината на болничкиот третман не беше најдена меѓу бремените жени од двете групи ($p=0,6521$). Повеќето жени беа породени со царски рез, но без сигнификантност во начинот на породување и тип на третман ($p=0,4495$).

Неонаталниот исход (Апгар скор од 1ва и 5та минута, неонатална должина и тежина) не покажаа сигнификантност со типот на токолитичен третман.

Нашите податоци се слични на повеќето студии кои не покажуваат статистички сигнификантна разлика во перинаталниот исход меѓу атосибан и останатите токолители.^[4,7] Овие податоци индицираат дека атосибанот е компарабилен со останатите токолители во одложување на предвременото породување, но е веројатно подобро толериран од жените.

Ефикасноста на атосибанот е компарирана во различна гестациска старост. Кај нашите резултати пролонгирањето на бременоста е сигнификантно подолго во групата атосибан споредено со конвенционално третираниите, кога гестациската недела на прием била ≥ 28 + 0 денови ($p=0,034$), без претходен паритет ($p=0,013$) и без историја на претходно предвремено породување ($p=0,016$).

Веројатно, атосибанот е поефективен во под-оцнежна гестациска старост поради цр регулација на окситоцински рецептори и зголемена миометријална сензитивност на окситоцин.^[3]

Во групата со атосибан имаше сигнификантна умерена позитивна корелација меѓу пролонгирање на бременоста во денови и цервикална должина (mm) за $r(40)=0,404$; $p=0,011$ или со зголемување на цервикалната должина има сигнификантно продолжено траење на бременоста.

Во релација со несаканите ефекти немаше сигнификантна разлика меѓу двете групи. Несаканите ефекти (тахикардија, дискомфорт, главоболка, црвенило) беа присутни кај два случаеви во атосибан групата наспроти пет случаеви кај конвенционално третираниите, без сигнификантна разлика меѓу групите.



Стручни и научни трудови

Атосибанот е рефериран како лек со добра матернална и фетална безбедност. Тераписката ефикасност кај различна гестациска старост и феталната безбедност треба да биде понатаму истражувана.

Заклучок

Заклучивме дека клиничката ефикасност на атосибанот е на исто ниво со конвенционалниот третман во рана гестациска старост, но атосибанот е поефективен од конвенционалниот третман кај гестациска старост >28 недели. Затоа, заклучуваме дека атосибанот се чини дека има предност над останатите токолитици, особено во гестација над 28 недели. Идни студии на токолитични лекови и нивни комбинации треба да го евалуираат нивниот ефект и импактот на одредени аспекти на краткорочен и долгорочен перинатален исход.

Референци:

1. R.L. Goldenberg, J.F. Culhane, J.D. Iams, R. Romero. Epidemiology and causes of preterm birth. *Lancet*, 371 (2008), pp. 75-84.
2. Roberto Romero, Sudhansu K. Dey, Susan J. Fisher. Preterm labor: One syndrome, many causes. *Science*.15 AUGUST 2014 • VOL 345, ISSUE 6198, 760-765. DOI: 10.1126/1251816.
3. YanYuaZhi, YangLiya, WuYuanfang, ZhuaFangGuoa. Effectiveness and safety of atosiban versus conventional treatment in the management of preterm labor. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* Volume 59, Issue 5, September 2020, Pages 682-685.
4. Vicki Flenady, Hanna E Reinebrant, Helen G Liley, Eashan G Tambimuttu, Dimitri N, M Papatsonis. Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 Jun 6;(6):CD004452. PMID: 24903678. DOI:10.1002/14651858.

5. Joshua P Vogel, Juan Manuel Nardin, Therese Dowswell, Helen M West, Olufemi T Oladapo. Combination of tocolytic agents for inhibiting preterm labour. Review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jul 11;(7):CD006169. doi: 10.1002/14651858.CD006169.pub2. PMID: 25010869.

6. Ronald F. Lamont, K.Y. Ronald Kam. Atosiban as a tocolytic for the treatment of spontaneous preterm labor. *Expet Rev ObstetGynecol*, 3 (2008), pp. 163-174

7. Elvira OGvaVliet, Tobias AJNijman, EwoudSchuit, Karst YHeida, Brent C Opmeer. Nifedipine versus atosiban for threatened preterm birth (APOSTEL III): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*. 2016 May 1;387(10033):2117-2124. doi:10.1016/S0140-6736(16)00548-1. Epub 2016 Mar 2.

8. JaroWex 1, Ahmed M Abou-Setta, Graziano Clerici, Gian Carlo Di Renzo. Atosiban versus betamimetics in the treatment of preterm labour in Italy: clinical and economic importance of side-effects. *Eur J ObstetGynecolReprod Biol*. 2011 Aug;157(2):128-35. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.04.009. Epub 2011 May 28.

9. MariuszGrzesiak, ZuzannaGaj, RafałKocylowski, Joanna Suliburska, PrzemysławOszukowski, WojciechHorzelski, Constantin von Kaisenberg, MaciejBanach. Oxidative Stress in Women Treated with Atosiban for Impending Preterm Birth. *Oxid Med Cell Longev*. 2018 Dec 2;2018:3919106. doi: 10.1155/2018/3919106. eCollection 2018.

10. Scott D. Barnett, Hazik Asif, Mitchell Anderson and Iain L. O. Buxton. Novel Tocolytic Strategy: Modulating Cx43 Activity by S-Nitrosation. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics* March 2021, 376 (3) 444-453; DOI: <https://doi.org/10.1124/jpet.120.000427>.

11. National Institute for Health and Care Excellence guideline [NG25] Preterm labour and birth. Published: 20 November 2015 Last updated: 02 August 2019



ЛЕКАРСКА КОМОРА

на Република
Северна Македонија



lkm.org.mk



ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

Манускриптот треба да биде подготвени во електронска форма со двоен проред, големина на букви 12 точки, со македонска поддршка, користејќи го фонтот 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. Услови под (а), (б) и (в) мора да бидат исполнети. Учество само за обезбедување финансирање или само на собирање податоци не го оправдува авторството. Секој дел од трудот во однос на главните заклучоци мора да биде одговорност на барем еден автор. Труд со корпоративно (колективно) авторство мора да го специфицира клучното лице кое е одговорно за трудот.

Едиторите може да бараат авторите да го оправдаат авторството.

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

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

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

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

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

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



Стручни и научни трудови

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

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

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

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

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

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

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

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

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

КНИГИ И ДРУГИ МОНОГРАФИИ

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

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

табела треба да биде цитирана во текстот.

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

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

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

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

НАПОМЕНА

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

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



German Standards



BRAND OF 2022
THE CENTURY



www.deutsche-standards.de



PRASugrel

PLIVA

ПРАСУГРЕЛ ПЛИВА

28 x 10 mg филм-обложени таблети
со разделна црта (еднакви дози)

НЕКОИ
ВАЖНИ РАБОТИ
НИ ПОМАГААТ
ДА ЗАПОЧНЕМЕ
ОДНОВО



САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

НАПОМЕНА: Збирен извештај за особините на лекот ПРАСУГРЕЛ ПЛИВА 10mg е достапен на барање и на сајтот: www.malmed.gov.mk
Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет: ПРАСУГРЕЛ ПЛИВА филм-обложена таблета 11-2694/2 од 09.09.2020.
Начин и место на издавање: може да се издава само со лекарски рецепт (P). Носител на одобрение: ПЛИВА доел. Датум на подготовка: август 2022. MULTI-MK-00232



ПЛИВА доел Скопје, Никола Парапунов б.б., Скопје. Тел. 02/3062702