

година XXXII • број 123 • јуни 2024

Medici

ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКА КОМОРА НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Plivit® B Forte

60 тврди капсули



1

**КАПСУЛА
НА ДЕН**

Формулација која ги содржи сите 8 витамини од Б групата

Plivit® B Forte

- ✓ за нормална функција на нервниот систем
- ✓ за намалување на заморот и исцрпеноста
- ✓ за нормална функција на имунолошкиот систем

Една капсула содржи:	1 капсула (0,446g)
Vitamin B ₁ (tiamin mononitrat)	15mg
Vitamin B ₂ (riboflavin)	15mg
Vitamin B ₃ (niacinamid)	15mg
Vitamin B ₅ (calcium D-pantotenat)	25mg
Vitamin B ₆ (pyridoxine hydrochloride)	10mg
Vitamin B ₇ (biotin)	150µg
Vitamin B ₉ (фолна киселина)	450µg
Vitamin B ₁₂ (cyanocobalmin)	10µg

Препорачана дневна доза за возрасни – 1 капсула на ден

Напомена: Пливит Б Форте е граничен производ со упис во Регистар за гранични производи. Решено во Агенција за лекови и медицински средства под бр. 12-12257/2 од 20.12.2021. Начин и место на издавање: граничниот производ може да се издава без рецепт. Носител на одобрение: ПЛИВА доел Скопје, Никола Паралунгов б.б. Скопје, тел/факс: 02/3062 702. Датум на подготовка: март 2024. САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ MULTI-MK-00386



PLIVA

teva



Патентиран производ на
Алкалоид АД Скопје

Соодветен избор
за лекување на
**рефлуксен
езофагитис и
ГЕРБ кај деца**



Laproxo[®]

omeprazole

10 mg/15 ml и 20 mg/15 ml
перорален раствор



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјето е пред сè

- 8 | **Тема на бројот**
За сите новини на ЈЗУ Универзитетската клиника за гастроентерохепатологија разговараме со директорката, проф. д-р Калина Гривчева Старделова
- 12 | **32 години ЛКРСМ**
Лекарска комора
– горда на својата традиција
- 17 | **Актуелно**
Здравствените работници во редовен работен однос до 67 години
- 18 | **Од македонското здравство**
Вештачки уринарен сфинктер
- спас за пациентите со инконтиненција
- 23 | **Издаваштво**
Насоки за превенција, препознавање и за лекување на недостиг на витамин Д меѓу возрасната популација во РС Македонија
- 26 | **Наука**
Конечно, од медицински аспект, почна да се обрнува внимание на разликите помеѓу мажите и жените
- 38 | **Докторски приказни**
Со проф. д-р Жозеф Глигоров од Универзитетот Сорбона

Прилог: Стручни и научни трудови

- 00773 | **Катерина Сибиноска, Гордана Тодоровска, Олга Кокочева-Ивановска, Весна Амбаркова, Симона Темелкова**
Превентивна стоматолошка дејност во предучилишна возраст

RYBELSUS®

semaglutide tablets

ПРВИОТ И ЕДИНСТВЕН ОРАЛЕН
GLP-1 РЕЦЕПТОР АГОНИСТ ВО СВЕТОТ



Извонредно
намалување
на HbA_{1c} ^{1,2,3*}



Ненадминато
намалување
на телесната
тежина^{1,3,4}



Ветувачка КВ
безбедност со
намалување на
МАСЕ^{5,†}



*Кај пациенти со почетна вредност на HbA_{1c} >9%

†Во корист на орален semaglutide споредено со плацебо
(несигнификантно)

За повеќе информации прочитајте
го Збирниот извештај за особините
на лекот.

Скенирајте го QR кодот во продолжение
за пристап до Збирниот извештај за
особините на лекот.



RYBELSUS® 3 mg



RYBELSUS® 7 mg



RYBELSUS® 14 mg

Референци: 1. Rodbard HW, Rosenstock J, Canani LH, et al. Oral Semaglutide Versus Empagliflozin in Patients With Type 2 Diabetes Uncontrolled on Metformin: The PIONEER 2 Trial. *Diabetes Care*. 2019 Dec; 42(12):2272-2281. 2. Andersen A, Knop FK, Visbøll TA. Pharmacological Clinical Overview of Oral Semaglutide for the Treatment of Type 2 Diabetes. *Drugs*. 2021; 81:1003-30. 3. Rybelsus® Збирен извештај за особините на лекот; Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 11-6957/2, 11-6956/2, 11-6958/2 од 11.08.2021. 4. Rosenstock J, Allison D, Birkenfeld AL, et al. Effect of Additional Oral Semaglutide vs Sitagliptin on Glycated Hemoglobin in Adults With Type 2 Diabetes Uncontrolled With Metformin Alone or With Sulfonylurea: The PIONEER 3 Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2019 Apr 16;321(15):1466-1480. 5. Husain M, Birkenfeld AL, Donsmark M, et al. Oral semaglutide and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2019;381:841-851.



Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
ул. Никола Кљусев бр. 11, Скопје, РС Македонија
тел.: +389 2 2400 202;
www.novonordisk.mk; www.novonordisk.com
D-03/01-03/2024
Овој материјал е наменет само за здравствени работници.

RYBELSUS®
semaglutide tablets

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 Караџова
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

Октај Омерагиќ

ЈАЗИЧНА РЕДАКЦИЈА

Јасминка М. Јанева

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ
ISSN 1409-8865
www.lkm.org.mk

32
ГОДИНИ

ЛКРСМ

Гастроинтестиналниот тракт е исто толку важен како мозокот и срцето



**д-р Оливер
АЛЕКСОВСКИ,**

претседател на Комисија
за информативно -
пропагандна и
издавачка дејност

Две димензии на квалитетот се битни, соодветноста на дадениите услуги, односно висококвалитетно донесување одлуки и вештината со која се врши соодветната грижа, квалитет на медицинската нега. На друг начин кажано, обезбедувањето висококвалитетна здравствена заштита се состои од управење на висински работи правилно. Исто така, што значи навременост и соодветност на дијагностичките стратегии и на начините за делување. Кога зборуваме за максимизирање на квалитетна здравствена услуга, како една институција која ги зајазува критериумите за квалитет и успешност, секако е Универзитетската клиника за гастроентеро-хепатологија.

Гастроентеро-хепатологијата е мултидисциплинарна гранка која ги опфаќа болестите на желудничок и цревата, и на други органи како панкреасот и црниот дроб, па општо гастроинтестиналниот тракт е исто толку важен како мозокот и срцето.

На битноста од добра гастроентеро-хепатолошка практика, предвид ја зедовме и успешноста на единствената Клиника по гастроентеро-хепатологија во земјава која неодамна, со цел да се превенира, го иницираше проектот за скрининг на карцином на дебелото црево, на Клиниката беше отворен Центарот за лекување на болни од црн дроб, а медицински кадар беше дел и од тимот кој изведе трансплантација на црн дроб од починат донор. Ова беа само дел од причините за што УК за гастроентеро-хепатологија да биде тема на нашиот јунски број.

Странициите на рубриката “Докторски приказни” се одвоени за еден од најуспешните Македонци, проф. д-р Жозеф Глигоров, врвен онколог кој работи на Сорбона. Секако, и овој бројот на нашето информативно – стручно гласило изобилува со теми поврзани со нови медицински практики од земјава и странство, со информации од коморското работење, со информации од законодавството коишто се битни за нашите членови и информации од регионот.

ЗА СИТЕ НОВИНИ НА ЈЗУ УНИВЕРЗИТЕТСКАТА КЛИНИКА ЗА ГАСТРОЕНТЕРОХЕПАТОЛОГИЈА
РАЗГОВАРАМЕ СО ДИРЕКТОРКАТА, ПРОФ. Д-Р КАЛИНА ГРИВЧЕВА СТАРДЕЛОВА

Горда сум што мојата визија за позитивни промени на Клиниката стана реалност

Од 2017 година сте директорка на ЈЗУ Универзитетската клиника за гастроентерохепатологија? Може ли да ни издвоите неколку поважни проекти што во изминатите години ги спроведовте на Клиниката?

Мојата визија кога бев назначена за в.д. директор, а потоа и избрана на конкурс за директор, беше да го мотивирам тимот на Клиниката поинтензивно да работи и да напредува на стручно поле, нешто што сметав дека е потребно да се направи. За тоа да може да се случи требаше да се создадат подобри услови за работа, да се набави нова современа опрема, да се воведат нови дијагностички и терапевтски процедури, нови лекови, да се интензивира едукацијата на персоналот. Со мое лично залагање и ангажман, како директор, и со поддршка на колегите, во изминатите години се направија навистина многу позитивни промени. Докажавме дека ако се има визија и ако се сака нешто да се направи се наоѓаат начини. Не е лесно и не се случува преку ноќ, но напорната работа на крај секогаш дава резултат.

Во однос на опремата се направи обновување на ендоскопската опрема со набавка на пет видеостолба со колоноскоп и гастроскоп, што се понова генерација, со цел да се подобри квалитетот на нашите прегледи. Се набави и ендосонограф, апарат за радиофреквентна аблација на Барет, се набави систем за 24 – часовна рН метрија, како и два нови ултразвучни апарати. Дел од опремата ја обновивме и со донации. На тој начин за наши-

те пациенти обезбедивме три ултразвучка со еластографија и еден фиброскен. Се набави ендоскопска капсула и оваа дијагностичка метода наоѓа редовна примена кај пациенти кои имаа индикации. На моја иницијатива, а во согласност со потребите на пациентите, се направи кабинет за клиничка исхрана. Исто така, се обезбеди донација за два кревети за



За работењето на Клиниката најдобро говорат многубројните писма што беа оставени во сандачето за поплаки и пофалби, каде добивме многу позитивни коментари од страна на нашите пациенти

будење од анестезија за пациенти кои се прегледуваат амбулантски во ендоскопските сали. Со донации се доби терапија за хепатит Ц генотип 1 и 3 и се води внимателна евиденција за пациенти кои ја добиваат, се обезбедија и средства за набавка на терапијата од страна на Клиниката и таа е достапна за селектирани пациенти, согласно критериумите дадени од европските здруженија. Се изборив да се обезбедат средства за биолошка терапија за пациенти со воспалителни цревни заболувања, во моментот се достапни неколку различни состави на истата во интравенска и супкутана форма, како и JAK инхибитор. Ја развивме и интервентната ендосонографија, при што поставувањето на цистогастростоми по ендосонографски пат стана рутинска процедура. Се подобрија условите во амбулантскиот дел и се подготви нова веб – страница на Клиниката што е на македонски, албански и англиски јазик, каде можат да се добијат сите информации за работењето. Во текот на појава на епидемија на сипаници, се направи тестирање на сите вработени и вакцинирање на оние кои имаа потреба од тоа. Се направи тестирање на сите вработени за хепатит Б инфекција, се прават подготовки да бидат вакцинирани оние, кои согласно наодите, треба да бидат имунизирани.

Во однос на реновирање на просторот, првично беше реновиран третиот кат и кровот на Клиниката, но она што ме прави особено горда е де-



Со мое лично залагање и ангажман, како директор, и со поддршка на колегите, во изминативе години се направија навистина многу позитивни промени. Докажавме дека ако се има визија и ако се сака нешто да се направи се наоѓаат начини. Не е лесно и не се случува преку ноќ, но напорната работа на крај секогаш дава резултат

ка успеав да обезбедам донација од американската Влада, во вредност од 400.000 американски долари за целосно реновирање на првиот кат на Клиниката. Тој простор сега има комплетно нов изглед и сега сите болнички кревети на Клиниката имаат централен кислород. Со Министерство за здравство, Здружението на пациенти „Хепар Центар“ – Битола, УК за онкологија, УК за радиологија, УК за дигестивна хирургија и ГОБ „8 Септември“ потпишавме Декларација за превенција, рана детекција и лекување на карцином на црниот дроб. Влеговме во Конзорциум на 100-те европски болници за лекување на болести на

црниот дроб. Во периодот на ковид-19, во два наврати третиот кат на Клиниката беше дел од ковид интернистичкиот центар, успешно се екипиравме и не престанавме со нашата рутинска работа.

Ноември 2022 год., доктори од повеќе клиници и од Клиниката за гастроентерохепатологија го дадоа својот голем учинок во првата трансплантација на црн дроб од починат донатор во Македонија. Колку Клиниката вложува и успева да биде во тек со најновите случувања во гастроентерохепатологијата?

- Докторите од Универзитетската клиника за гастроентерохепатологија се многу одамна инволвирани во проценка и следење на пациентите за трансплантација на црн дроб, како и по трансплантацијата. Со цел да се биде посветен на оваа проблематика, екипиран е тим, за почеток четири колешки, кои беа на дополнителни едукации во Загреб, што беше организирано од Министерство за здравство во програмата за трансплантација, како и во Истанбул, организирано во соработка со „Меморија Хоспитал“. Тимот е посветен да ја унапреди својата работа и активно да дава свој значаен придонес во развојот на трансплантацијата во нашата земја како исклучително значајна гранка на медицината.

Во јуни, минатата година, беше отворен Центарот за црн дроб којшто е во состав на Клиниката. На чија иницијатива се случи отворањето на Центарот и може ли поконкретно да ни ги кажете придобивките од неговото отворање?

Центарот за црн дроб го замисливме како дел од амбулантите каде ќе бидат прифатени пациентите пред и после трансплантацијата на црн дроб, како и пациентите кои се лекувани од хепатит Ц и се следат, со цел да се запазат насоките од Декларацијата за превенција, рана детекција на карциномот на црниот дроб. Овој Центар располага со апарат за ПИВКА 2 тестот, ехо – апарат, како и фиброскен.

Се очекува да започнете со скринингот на карцином на дебелото црево. Колку годишна е оваа програма и што би се сметало за успешен спроведен скрининг за превенција и за рана детекција на карцином на дебелото црево?

Откако ја водам Клиниката таа стана носител на две многу важни национални скрининг програми, едната за хепатоцелуларен карцином, за чија цел воведовме и се работи ПИВКА 2 тест и другата за скрининг на колоректален карцином. Се радувам дека можам да кажам дека веќе започнавме со скринингот за колоректален карцином. Според програмата, на преглед се повикуваат, од страна на матичните доктори, пациенти на 50 – годишна возраст, кои претходно немаат направено преглед на дебело црево. Скринингот има за цел да

детектира дали постојат прекурсорите на колоректалниот карцином или евентуално да се направи рана дијагностика на ова малигно заболување. Оваа програма подолго од 10 години успешно се работи во Словенија. Се смета дека е успешна ако се јават на преглед најмалку 50% од повиканите пациенти.

Имајќи предвид дека како и останатите клиници, така и УК за гастроентерохепатологија за време на пандемијата беше ковид – центар, а истовремено на Клиниката се спроведуваа и сите тековни обврски, кој е вашиот впечаток, дали бевте успешни во организациска смисла, дали одговорите на сите барања на пациентите?

За работењето на Клиниката како ковид – центар, сметам дека најдобро говорот многубројните писма кои беа оставени во сандачето за поплаки и пофалби, каде добивме многу позитивни коментари од страна на нашите пациенти. Тоа покажува дека во целата таа ситуација се обидовме да менаџираме најдобро што можевме, не штедејќи се себеси. Периодот беше прилично тежок и напорен. Дваесет и четири часа бевме ставени во функција на спасување на човечки животи, со постојана комуникација за да може подобро да се организи-

раме и да ги згрижиме сите пациенти на кои тоа им беше потребно. Како директорка, имав двојна одговорност да ја организирам работата на Клиниката за гастроентерохепатологија и, дополнително, во еден период бев координатор на сите интерни клиници. Во нашите тимови, во време на пандемијата имавме и пулмолог и имавме постојани консултации со колегите од Клиниката за инфективни болести, со кои имавме одлична соработка, како и со колегите во ГОБ „8 Септември“. Тој тежок период покажа дека можеме и повеќе од она што сме мислеле, но сепак среќни сме што е зад нас.

Кога би имале можност и ресурси за да промените нешто во работењето на Клиниката што би било тоа?

Во текот на минатата година, во амбулантите на Клиниката, се прегледани околу 22.000 пациенти, хоспитализирани 1747 пациенти, а 581 пациент се третирани во дневна болница. Направени беа 7939 ехо – прегледи, 3596 колоноскопии, 4800 гастроскопии, 401 ЕРЦП, 1625 интервентни ултразвучни процедури. Според овие бројки Клиниката е во врвот кога ќе се споредиме со клиничките центри во поширокиот регион. Кога сме кај планови и потреби да на-



правиме промени на подобро, она што на нас вработените ни пречи, а уште повеќе и на пациентите кои доаѓаат на нашата Клиниката е недоволен простор во амбулантскиот дел. Бројките покажуваат колку многу луѓе секојдневно се во нашите амбуланти и дека нашата Клиника каде тие чекаат за консултација или за преглед е недоволна.

Колку Клиниката за гастроентеро-хепатологија како здравствена и образовна институција вложува во стручно – научната едукација на младиот кадар и колку успевате младите колеги да ги задржите?

Би потенцирала дека младите колеги се иднината на нашата Клиника. Од нејзиното основање, до денешен ден, секое раководство водело грижа да се подмладува кадарот и, секако, да се вложи во неговото знаење, а со тоа и за афирмација на Клиниката надвор границите на нашата земја. Јас, како директорка, особено се ангажирав да се овозможи подобра едукација на младите доктори од нашата Клиника, но и други лекари за кои е важно да се во тек со гастроентерохепатолошката патологија. Во таа насока, на млади специјалисти и специјализанти вработени на Клиниката, како и специјализанти по гастроентеро-хепатологија, им се овозможува да учествуваат на работилници во странство (Хрватска, Србија, Бугарија). Во насока на едукација, во изминатите години на Клиниката беа направени две ендоскопски работилници со можност за активно учество на партиципанти и видео-пренос од ендоскопските сали во амфитеатарот каде беше присутна публиката. Исто така, организиравме и ехотомографската работилница за матичните доктори која имаше теоретски и практичен дел. Во однос на научната работа се доби дозвола да се работи клиничка студија за клиничка потхранетост, како и со дозволи од МАЛМЕД се работат клинички студии од различни области на гастроентерохепатологијата.



Откако ја водам Клиниката таа стана носител на две многу важни национални скрининг програми, едната за хепатоцелуларен карцином, за чија цел воведовме и се работи ПИВКА 2 тест и другата за скрининг на колоректален карцином. Се радувам дека можам да кажам дека веќе започнавме со скринингот за колоректален карцином

Како експерт во вашата област, освен што сте практичар исто така директно сте вклучена и во едукацијата на младите колеги. Може ли да ни кажете, што повеќе ви прави задоволство?

Учителот е толку добар колку што учениците се подобри од него. Задоволство ми е да пренесувам знаење на млади колеги, студенти, специјализанти, како и специјалисти. Нивниот ентузијазам дава иницијатива и енергија за да одиме уште напред. Работата со пациентите исто така многу исполнува. Неизмерно е задоволството кога повторно ќе ја видите насмевката на лицето на пациент кој бил во многу тешка состојба. Во медицината, практичната работа и едукацијата се целосно меѓусебно исплетени што ги прави една целина, која едноставно не ја делиме, туку заеднички ја доживуваме и живееме.

Вие сте еден од авторите на публикацијата „Насоки за превенција, препознавање и за лекување на недостиг на витамин Д

меѓу возрасната популација во Р С Македонија“. Која беше побудата за објавување на публикацијата?

Во тек на изминатиот период почна сè погласно да се зборува за улогата на витаминот Д кај пациенти со одредени состојби, но и за неговото значење во одржување на општото здравјето. Ја иницирав подготовката на оваа публикација бидејќи сметав дека е добро да оставиме напишани препораки што ќе дадат прецизни насоки за колегите. Се собравме 32 автори од националните здруженија за ентэрална и парентэрална исхрана, пулмологија, ендокринологија, ревматологија, клиничка биохемија, неврологија, психијатрија, дерматологија и ги обработивме најчестите состојби кај нашите пациенти и дадовме насоки за количеството на Д витамин што е добро да се препорача. Вакви насоки во блискиот регионот има само Хрватска. Комуникацијата со колегите ни беше добар пример како да ги избереме темите. Се надевам дека напишаните насоки ќе бидат корисни во секојдневната пракса.

Vox Medici

32 ГОДИНИ ЛКРСМ

ЛЕКАРСКА КОМОРА – ГО



„ Она што мора да биде нашата константа, како доктори, што е нашиот најорда се држиме до професионалноста, стручно и квалитетно работење бидејќи само така ќе сме сигурни дека она што го правиме е шокму штоа за што сме учеле и на што сме се обврзале”, рече претседателката на Комората, проф. д-р Калина Гривчева Старделова

32 години од постоењето на Лекарската комора е доказ за професионална автономија и посветеност на граѓаните.

Иако патот што Комората го оди ни малку не е едноставен, сепак со право може да се каже дека Лекарската комора може да биде горда на својата долга традиција и како институција и на своите доктори – членови кои во тешки времиња работат со голема ангажираност и професионална посветеност.

Комората во овие 32 години презеде водечка улога во развојот на професијата. Со членувањето во Комората македонските доктори се обврзуваат на високи професионални стандарди, кон грижа, етика и наука и презедоа активна улога во развивањето на медицинската доктрина и во надградување на односот доктор – пациент.

Свеченоста - 32 години од постоењето како самостојна и професионална организација на сите доктори на медицина во на-

шата земја, Лекарската комора ја одбележа во „Куката на уметноста“, во село Кнежино, во присуство на претставници на органите и телата на Комората, претставници на државни институции, како и доктори од целата држава. На свеченоста пригодни обраќања имаа претседателката на Комората, проф. д-р Калина Гривчева Старделова и заменик - претседателот на Комората, доц. д-р Беќим Исмаили.

Професор Гривчева Старделова истакна дека измината година докторите се

Ррда на својата традиција

соочуваа со големи предизвици коишто секојдневно ги тестираа границите на здравствениот систем поради што било неопходно здравствените работници да се приспособуваат на секоја новонастаната ситуација и сред таа неизвесност тие покажаа издржливост, сочувство и непоколеблива решителност.

„Времињата и околностите во кои живееме и работиме се турбулентни и променливи, но она што мора да биде нашата константа, како доктори, тоа е нашиот напор да се држиме до професионалното, стручно и квалитетно работење бидејќи

само така ќе сме сигурни дека она што го правиме е токму тоа за што сме учеле и на што сме се обврзале. Комората останува да биде претставник на лекарите како и конструктивен партнер на креаторите на здравствените политики во креирање на подобри услови за работа на докторите и задржување на младите доктори во земјата, обезбедување достоинствени приходи и обезбедување на одржлив и квалитетен здравствен систем што претставува еден од основните сегменти на квалитетно општество. Верувам дека само заедно, со обединети сили, можеме да

ЛКРСМ - формирана на 5 јуни 1992 год.

Лекарска комора е формирана на 5 јуни 1992 година на иницијатива на неколку доктори од Македонското лекарско друштво. Првата конститутивна седница на Собранието на Комора е одржана во просториите на Воената болница. Во Лекарска комора, во почетокот, членувале доктори по медицина и доктори по стоматологија. Во 1995 година стома-

толозите се издвојуваат и формираат своја Комора. Триесет и две години подоцна Лекарската комора прерасна во почитувана, самостојна и независна професионална организација која е етаблирана на домашен и меѓународен план со свои јасни цели и јасна програма во рамки на промоција на правата на лекарите и унапредување на здравствениот систем.





издејствуваме подобро утре и за нас, како доктори, и на нашите пациенти“, истакна проф. д-р Гривчева Старделова во своето обраќање, давајќи пресек на активностите што ги имаше Комората во изминатиот период.

Лекарска комора во изминатиот период беше ангажирана во врска со носењето на законски измени што се особено важни за докторите. Во врска со јавните овластувања на Комората, претседателката на ЛКРСМ посебно ги издвои електронска регистрација на присуството на докторите на стручните медицински собири, односно новиот начин на евиденција на бодовите од континуирана медицинска едукација и осовременувањето на процесот на полагање на стручен испит. Претседателката на Комората ја нагласи активностата на ЛКРСМ на меѓународен план со сродните комори и асоцијации (учеството на Генерално собрание на Постојаниот комитет на европски лекари (Standing Committee of European Doctors – CPME) и соработката со коморите од регионот, како и регионалните посети на кои е дискутирано за тековните проблеми на членството и можноста за ниво надминување.

“Работевме и на други полиња”, истакна професор Гривчева Старделова. “Со цел унапредување на заедничката соработка во насока на создавање на подобри услови за лекување на пациентите и работа на лекарите, Лекарската комора потпиша Меморандум за соработка со здруженијата на пациенти. Ние постоиме и работиме заради пациентите и сметаме дека е важно да се негува и промовира однос на взаемна доверба и соработка, рече таа”.

На настанот беше врачено највисокото признание што го доделува Комората, наградата „Св. Наум Охридски“ која ја доби



д-р Панче Арсов, интернист од Велес, со богато професионално искуство. Д-р Арсов претставува синоним за доктор кој посветено и одговорно се грижи за своите пациенти и несебично дава поддршка на колегите во секојдневната комуникација, но и преку организираното дејствување во Комората и стручните здруженија.

Посебната награда „Примариус д-р Димитар Ивановски“ за тројцата студенти по медицина со највисок просек од трите медицински факултети, годинава ја добија Анастасија Петличковска - Медицински факултет, Универзитет Св. Кирил и Методиј – Скопје, Бојана Кацарова - Факултет за медицински науки, Универзитет Гоце Делчев Штип и Аљбина Рамадани – Факултет за медицински науки, Државен универзитет Тетово.

Плакетата за најдобар труд го доби трудот “Екстракорпорална фотофереза во третман на GVHD по алогена трансплантација на матични хематопоетски клетки”, чиј автор е д-р Лазар Ј. Чадиевски и коавтори д-р Александра Пивкова Велјановска, д-р Сања Трајкова, д-р Лидија Чевреска, д-р Борче Георгиевски, д-р Милче Цветаноски, д-р Невенка Ридова, д-р Симона Стојановска, д-р Божидар Кочоски и д-р Ирина Пановска Ставридис, сите од Оддел за трансплантација на хематопоетски матични клетки при ЈЗУ Универзитетска клиника за хематологија, Скопје.

МЕЃУНАРОДНА РАБОТИЛНИЦА ОРГАНИЗИРАНА ОД ЗДРАВСТВЕНАТА МРЕЖА НА ЈУГОИСТОЧНА ЕВРОПА СЕ ОДРЖА ВО КИШИНЕВ, МОЛДАВИЈА

Во нашата земја системот за лиценцирање е на високо ниво



Системот на лиценцирање на докторите беше главна тема на меѓународна работилница организирана од Здравствената мрежа на Југоисточна Европа што се одржа на 4-5 јуни во Кишинев, Молдавија.

Активностите на Лекарската комора, како носител на процесот за лиценцирање на докторите на медицина во нашата земја ги презентираше проф. д-р Весна Герасимовска, претседателка на Комисијата за етички и правни прашања при Комората, во чија потесна надлежност е ова прашање.

„Споредено со другите земји од регионот на Југоисточна Европа можеме да кажеме дека во нашата земја системот за лиценцирање е воспоставен на високо ниво, тој е одлично организиран, со соодветна правна рамка. Донесени се и соодветни, законски и подзаконски акти, како и правилници кои ги регулираат процедурите и постапките за издавање на лиценци кои ги спроведува Комората. Поголем дел од земјите од Југоисточна Европа немаат лиценци за работа на докторите, а не се воспоставени ниту комори како професионални организации со делегиран надлежности“, истакна проф. д-р Герасимовска.

Поздравни обраќања на отворањето на настанот имаа високи претставници на

здравствените институции на Молдавија, Светската здравствена организација и Здравствената мрежа на Југоисточна Европа.

Покрај проф. д-р Герасимовска, национални извештаи презентираа и претставниците на Бугарија, Црна Гора, Романија, Србија, Албанија и Израел. На сесиите, како и во дискусиите, посебен акцент се стави и на предизвиците што постојат во процесот на лиценцирање, како и можностите за унапредување кои ги нуди дигитализацијата. Целиот настан беше одлично организиран исполнет со продуктивни и интересни содржини и активности, што го

прави одлична можност за почеток на процес на поблиска комуникација, преку размена на искуства и отворање на нови можности за вмрежување и професионално ангажирање и напредување на докторите од земјите од Југоисточна Европа.

За потсетување, Лекарската комора во нашата земја овластувањето за спроведување на системот на лиценцирање и акредитација на докторите го доби со законските измени во 2004 година, кои почнаа да се применуваат од 2005 година. Првите лиценци беа свечено доделени во декември 2005 година.



Средба на лекарските комори од регионот

Делегација на ЛКРСМ присуствуваше на одбележување на 30 години од постоењето на Комората на Албанија

Делегација на Лекарска комора на Република Северна Македонија учествуваше на свеченост организирана по повод одбележување на 30 години од основањето на Лекарската комора на Албанија, што се одржува во Тирана. Заменик претседателот на Комората доц.д-р Беким Исмаили и членовите на Извршниот одбор на Комората, д-р Лирија Чолакова Дервишова, д-р Џабир Бајрами и претседателот на Собранието на Комората, д-р Висар Муча беа дел од официјалната церемонија каде меѓу другите се обратија и министерката за здравство и социјална заштита на Албанија, Албана Кочиу, како и д-р Фатмир Брахимај, претседател на Комората на Албанија.



На настанот присуствуваа и високи претставници на лекарските комори од регионот и се реализираа повеќе средби и состаноци во функција на воспоставување на поблиска

соработка меѓу стручните организации и здравствените професионалци и во насока на креирање на решенија за постоечките предизвици.

НОВИНИ ВО ПОЛАГАЊЕТО НА СТРУЧНИОТ ИСПИТ ВО ЛКРСМ

Компјутерско полагање на писмениот дел

За практичниот дел од испитот, однапред се подготвени студии на случај што кандидатот ги добива на самото полагање

Писмениот дел од стручниот испит дипломираните доктори на медицина го полагаат на компјутер, преку посебен програм што генерира тест со испитни прашања и понудени одговори. На интернет-страницата на Лекарска комора е достапна база на испитни прашања, со што докторите добиваат поддршка за подготовка за полагањето на завршниот испит. Базата на испитни прашања како и тестот се достапни на македонски и на албански јазик. Ис-

питните прашања во базата се поделени во шест области, а тестот е составен од 120 прашања од сите области. Кандидатите имаат рок од 150 минути за да ги одговорат прашањата, а тестот се смета за положен доколку се точно одговорени 60% од прашањата. Со новиот начин на полагање резултатот од тестот се генерира веднаш по одговарање на прашањата.

За практичниот дел од испитот, однапред се подготвени студии на случај што

кандидатот ги добива на самото полагање. Врз основа на симптоми и анамнеза на пациентот од студијата, кандидатите треба да дадат насоки за медицински испитувања што треба да се направат, да постават диференцијална дијагноза, да дадат препорака за понатамошен третман, со што ќе може практично да го демонстрираат своето знаење.

Усниот дел од испитот останува да се полага на ист начин како и досега, со фокусна проверка на знаењата за етичките аспекти на професијата.

Со новиот начин на полагање, целиот процес се забрзува бидејќи тестовите од писмениот дел нема да треба да се прегледуваат од страна на комисијата, што е особено важно за испитните сесии во кои има голем број кандидати. За реализација на оваа активност се набавија поголем број компјутери, се изработи посебен компјутерски програм, а се адаптираше и соодветен простор.

СО ЗАКОНОТ ЗА ИЗМЕНИ И ДОПОЛНУВАЊА НА ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Здравствените работници во редовен работен однос до 67 години

Лекарска комора го поздрави носењето на законски измени што всушност беа иницирани од нејзина страна, бидејќи со продолжено ангажирање на докторите, на пациентите им се обезбедуваат подостапни здравствени услуги



Здравствените работници и здравствените соработници кои работат во мрежата на здравствени установи ќе можат да останат во редовен работен однос до навршување на возраст од 67 години во поедноставена постапка, без за тоа да мора да добијат посебна согласност од директорот на здравствената установа и Министерството за здравство. Оваа можност стапи на сила со Законот за измени и дополнувања на Законот за здравствена заштита со кој се регулира дека здравствениот работник, односно здравствениот соработник, од директорот на здравствената установа во која е вработен може да побара да му се продолжи договорот за вработување

најмногу до 67-годишна возраст.

Писмената изјава здравствениот работник, односно здравствениот соработник, ја дава најдоцна до 31 август во тековната година за продолжување на договорот за вработување во наредната година. Директорот е должен по дадената изјава да го продолжи договорот за вработување најмногу до 67 години. За продолжувањето на договорот за вработување на здравствениот работник, односно здравствениот соработник, согласно со условите од Законот, директорот на здравствената установа го известува Министерството за здравство и

Фондот за здравствено осигурување.

Лекарска комора го поздрави носењето на законски измени коишто беа иницирани од нејзина страна бидејќи со нив сите добиваат рамноправни можности и се исклучува субјективноста во одлучувањето за продолжување на работниот однос. Продолженото ангажирање на докторите обезбедува подостапни здравствени услуги за пациентите. Станува збор за искусни доктори, чие богато знаење од праксата е многу важно и за поквалитетна обука на младите лекари кои допрва почнуваат да ја градат својата професионална кариера.

Лекарска комора со поддршка за лицата со мултипла склероза

Претставници на Лекарска комора учествуваа во традиционалниот марш што секоја година го организира здружението „Мобилност Скопје“ во соработка со Националниот сојуз на лица со телесен инвалидитет на Македонија „Мобилност Македонија“, по повод одбележување на 30 мај

– Светскиот ден на лицата заболени од мултипла склероза (МС).

Комората даде поддршка за подигнување на јавната свест за проблемите со кои се соочуваат лицата со мултипла склероза, за нивните специфични потреби за поквалитетен живот и социјална инклузија.

Оваа година логото на светскиот ден е „Мојата МС дијагноза“ и има за цел да алармира за потребата од забрзување и унапредување на процедурите за дијагностика на мултипла склероза, преку обука на здравствениот кадар и нови научни истражувања, како и генерално креирање на систем за поддршка на пациентите кои живеат со ова имуно-посредувано заболување што го афектира централниот нервен систем.

ВОВЕДЕНА НОВА ПРОЦЕДУРА ВО ЈЗУ УНИВЕРЗИТЕТСКАТА КЛИНИКА ЗА УРОЛОГИЈА

Вештачки уринарен сфинктер - спас за пациентите со инконтиненција

**Со воведување на оваа нова процедура
Универзитетската клиника за урологија се
вброи меѓу ретките центри кои се лиценцирани
за изведување на овој тип процедури**

За првпат на ЈЗУ Универзитетската клиника за урологија е вграден вештачки уринарен сфинктер кај двајца македонски пациенти. Интервенциите беа изведени од виш научен соработник д-р Огнен Ивановски под директно менторство на проф. д-р Сергеј Владиславович Котов од Клиниката за урологија „Пирогов“ во Москва, Русија. Со воведување на оваа нова процедура Универзитетската клиника за урологија се вброи меѓу ретките центри кои се лиценцирани за изведување на овој тип процедури.

Стекнувањето на соодветна експертиза е спроведена во странски центри, и тоа соработење на 3D испечатени модели на мала карлица во Република Турција, курс на кадавер како и клинички стаж во операциона сала во Клиничкиот центар во Левен, во Белгија под менторство на професорите Емре Хури и Френк Ван Дер А.

Со воведување на оваа нова процедура Универзитетската клиника за урологија се

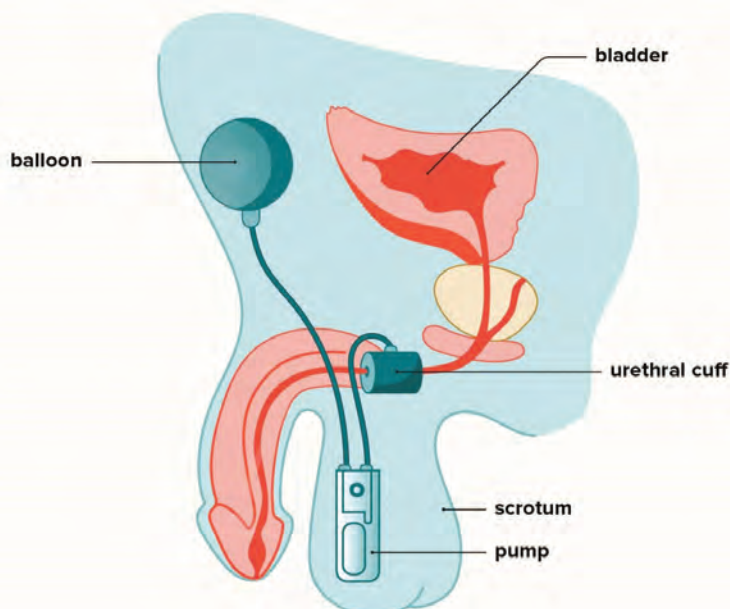
вброи меѓу ретките центри кои се лиценцирани за изведување на овој тип процедури.

Карциномот на простата е најчесто дијагностицирана малигна болест кај мажите над 50-годишна возраст. Се проценува дека 1,4 милиони мажи годишно го добиваат овој карцином, а 375.000 од нив умираат од директна последица од истиот. Во светот се изведуваат илјадници хируршки процедури со цел радикално лечење на оваа болест. Најчеста компликација на овој вид на хирургија е уринарната инконтиненција која се дефинира како неволно истекување на урина што се потенцира при активности

како одење, кревање товар, кашлање и кивање. Оваа компликација се јавува во првата година во 10-15% кај сите оперирани пациенти. Уринарната инконтиненција во голема мера го нарушува квалитетот на живот на пациентот и претставува голем социјален, хигиенски и економски проблем.

Конзервативниот третман на уринарната инконтиненција вклучува пелвични вежби, промени на начинот на живот, хигиено-диететски модификации, електрична стимулација, третман со антимукариници или комбинација од овие методи. Доколку неволното истекување на урина трае повеќе од 12 месеци после оперативниот третман, во најголем број на случаите останува како трајна последица. Според водичот на Европската асоцијација за урологија, златен стандард за трајно решавање на овој тип на уринарна инконтиненција е имплантирање на вештачки уринарен сфинктер. Вградувањето на вештачкиот сфин-

Artificial urinary sphincter (AUS)



Слика 2.

Вештачки уринарен сфинктер АМС 800. Направата се состои од три компоненти: манжетна која се имплантира околу уретрата, балон за регулирање на притисок и пумпа која се сместува во скроталното кесе и е лесно достапна за пациентот. Мокрењето се одвива кога пациентот ќе притисне на пумпата.

ЈЗУ УНИВЕРЗИТЕТСКАТА
КЛИНИКА ЗА ОРТОПЕДСКИ
БОЛЕСТИ СКОПЈЕ

Ново поглавје во историјата на ортопедската онкологија

Тимот предводен од проф. д-р Милан Самарџиски за прв пат во нашата држава ја изведе операцијата на отстранување на тумор од рамото на 16-годишна пациентка, во ист акт туморот беше изваден, коската зрачена на Клиниката за онкологија и радиотерапија и повторно вратена кај пациентката (реимплантирана).

Предоперативната подготовка и радиодијагностика ја спроведе д-р Ивана Панчевска. Тимот од хирурзи го сочинуваа проф. д-р Милан Самарџиски, д-р Теодора Тодорова, проф. д-р Лазар Тодоровиќ, д-р Златко Алексовски, д-р Индрит Капроли, д-р Марио Младеновски. Тимот од Клиниката за онкологија и радиотерапија, тим на медицински физичари кои учествуваа во подготовка и озрачување на коската: доц. д-р Душко Лукарски (специјалист по медицинска нуклеарна физика) Александар Атевиќ (специјалист по медицинска нуклеарна физика) Милена Теодосиевска Дилндарски (специјалист по медицинска нуклеарна физика) и радијациони онколози: проф. д-р Игор Стојковски (специјалист по радиотерапија и онкологија), д-р Маја Иванова (специјалист по радиотерапија и онкологија). Анестезиолошкиот тим беше предводен од проф. д-р Јасминка Нанчева, д-р Игор Трпковски и м.с. Злата Апостолоска, тимот инструментарки предводен од м.с. Сузана Пејчиновска, Биљана Тројановиќ, Валентина Стојчевска и Оливера Лазаревска. Тимот на патолози беше предводен од проф. д-р Славица Костадинова Куневска и д-р Тамара Ангеловска, а од васкуларна хирургија доц. д-р Никола Граматниковски.



Слика 2. д-р Огнен Ивановски и д-р Сергеј Владиславович Котов во операциона сала

ктер значително ја подобрува континенцијата кај повеќето пациенти, а овозможува целосно излекување кај 80% од пациентите. Досега во јавното здравство немаше решение за оваа состојба и ваквите пациенти се препраќаа во некој од светските центри за функционална и реконструктивна урологија.

Операцијата на вградување сфинктер е целосно покриена од Фондот за здравство и претставува нова услуга во јавното здравство.

виш. науч. сор. д-р Огнен Ивановски

*Слика 3.
д-р Огнен
Ивановски и
д-р Сергеј
Владиславович
Котов,
после успешно
завршените
интервенции*



PRENESSA®
perindopril
tert-butilamin

Roxiper®
rosuvastatin/perindopril tert-butilamin
/indapamide



CO-AMLESSA®
perindopril tert-butilamin/amlodipin



CO-PRENESSA®
perindopril tert-butilamin
/indapamide

AMLESSA®
perindopril erbumin/amlodipin

ПЕРИНДОПРИЛ ФАМИЛИЈАТА НА КРКА

Терапевтско решение за
секој пациент со хипертензија



PRECIOUS
CO-AMLESSA®

**ДРАГОЦЕНО РЕШЕНИЕ ЗА КОМПЛЕКСНА
КОНТРОЛА НА КРВЕН ПРИТИСОК**



Скенирај го QR кодот за
пристап до Amlessa SmPC.



Скенирај го QR кодот за
пристап до Co-Amlessa SmPC.



Скенирај го QR кодот за
пристап до Prenessa SmPC.



Скенирај го QR кодот за
пристап до Co-Prenessa SmPC.

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

Побрза и подобра контрола на крвен притисок со комбинирана терапија на антихипертензивни лекови во една таблета

Артериската хипертензија е еден од мајорните модифицирачки ризик фактори што е асоциран со висок ризик за КВ морбидитет и морталитет во светски рамки. Според податоците од СЗО, од март 2023 год., се проценува дека 1.28 милијарди луѓе од возрасната популација од 30–79 год. и во светот имаат хипертензија од кои 46% не се свесни дека го имаат ова заболување. Приближно само еден од 5 (21%) возрасни со артериска хипертензија има контролирана хипертензија.⁽¹⁾ Еден од значајните фактори што влијаат на контролата на крвниот притисок е атхерентноста на терапијата. Познато е дека кај пациентите со артериска хипертензија намалувањето на бројот на таблетите ја подобрува атхерентноста на долг временски период, а со тоа се намалува можноста од зголемен ризик за КВ случувања. Со цел да се подобри контролата на крвниот притисок (КП), европските препораки за третман на артериската хипертензија, од 2018 и 2023 година, во тераписката стратегија објавуваат нови алгоритми со симплициран третман кој опфаќа примена на комбинирана терапија во една таблета за иницијален третман кај повеќето пациенти. Како лекови од прв избор се групата на РААС блокатори (АКЕинхибитори и сартани), калциум канал блокатори и диуретици (тиазиди и диуретици слични на тиазиди). Во една таблета може да има комбинација на два или три антихипертензивни лека од различни класи, со различни дози. Во терапискиот пристап кај повеќето пациенти иницијално се почнува со двојна комбинација на лекови, но ако КП и понатаму не е регулиран, во тој случај се применува тројна комбинација на антихипертензивни лека во една таблета. За потврдување на дијагнозата и мониторирање на контролата на КП препораките од 2018 и 2023 година укажуваат на пошироката употреба на мерење на КП надвор од лекарската ординација со 24-часовно АМКП

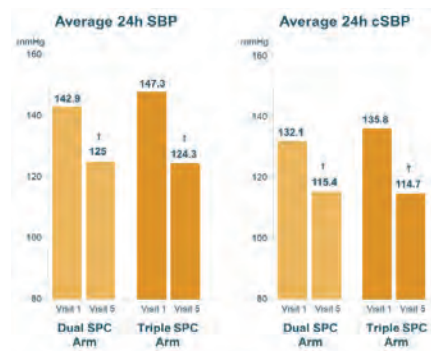
(амбулаторно мерење на КП) или домашно мерење на КП. Постојат повеќе студии кои ја потврдиле ефикасноста и безбедноста на двојната и тројната комбинирана антихипертензивна терапија во една таблета, како и пократкиот временски период за постигнување на подобра контрола на КП.^(2,3)

Во Journal of Hypertension (јануари 2023(4) и јуни 2022(5)) се објавени резултатите од студијата PRECIOUS – 16 недели, интервенциска отворена, проспективна, интернационална, мултицентрична студија, во која биле испитувани 440 возрасни пациенти со есенцијална хипертензија. АМКП било спроведено на почеток и на крајот од студијата. Новооткриени, како и пациенти со нерегулиран КП под монотерапија или на двојна терапија која не вклучува П/А (периндоприл/амлодипин), биле поставени на двојна комбинирана терапија, во една таблета од периндоприл/амлодипин 4/5 mg. Пациентите кои биле неконтролирани на претходна двојна или тројна терапија биле поставени на тројна комбинирана терапија во една таблета од (периндоприл / амлодипин / индапамид) со иницијална доза од 4/5/1,25 mg. Доколку целните вредности на КП не биле постигнати била зголемена дозата на П/А до 8/5 mg, 8/10 mg односно на П/А/И до 8/5/2,5 mg или 8/10/2,5 mg, сите ординирани како комбинирана терапија во една таблета.^(4,5)

Во период од само 4 недели, 43,6% од пациентите постигнале целни вредности на КП, додека по 16 недели од терапијата процентот на пациенти со контролиран КП се зголемил до околу 80%.⁽⁴⁾

Тераписката стратегија од примената на една таблета резултирала со значајна и побрза контрола на КП мерена со АМКП.

Намалувањето на централниот систолен крвен притисок (цСКП) < 120 mmHg бил постигнат кај 68,9% од пациентите на двојна комбинирана терапија во една таб-



Фиг 1. Сумирани резултати од 24-часовен СКП и цСКП на почетокот V1 и после 16 недели V5 од примената на двојна и тројна комбинирана терапија во една таблета.

лета и 71,5% од пациентите на тројна комбинирана терапија во една таблета.⁽⁵⁾

Тераписката стратегија за иницирање на една таблета со двојна периндоприл / амлодипин и тројна терапија периндоприл / амлодипин / индапамид доведува до поголемо намалување на крвниот притисок за пократок временски период, со поголема стапка на постигнување на целните вредности на КП. Побрзата и подобра контрола на КП која се постигнува со комбинирана терапија во една таблета е значајна за хипертензивните пациенти, особено оние со висок КВ ризик, обезбедувајќи подобра кардиоваскуларна и ренална протекција.

проф. д-р Магдалена Отљанска,
ЈЗУ УК за кардиологија

Референци

1. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2023. p. 1–276;
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021–104;
3. Mancia, Giuseppe et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension. Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Association (ERA). Journal of Hypertension 41(12):p 1874-2071, December 2023;
4. Brguljan, Jana1; Chazova, Irina E2; Gaciong, Zbigniew3; Simic, Dragan4; Vajer, Peter5; Zelveian, Parounak6; Jelakovic, Bojan7. Single-pill combination enables fast target BP achievement. Journal of Hypertension 41(Suppl 1):p e394-e395, January 2023.
5. Brguljan, Jana1; Chazova, Irina2; Gaciong, Zbigniew3; Simic, Dragan4; Vajer, Peter5; Zelveian, Parounak6; Jelakovic, Bojan7. Effect of single pill combinations on central systolic blood pressure. Journal of Hypertension 40(Suppl 1):p e304, June 2022;



Научна конференција со меѓународно учество: Научен и публицистички интегритет во биомедицината

Неодамна беше промовирана публикацијата “Насокиза превенција, препознавање и за лекување на недостиг на витамин Д меѓу возрасната популација во РС Македонија”.

Научната публикација е подготвена во организација на Македонското здружение за ентерална и парентерална исхрана, а во соработка со Македонското здружение за медицинска биохемија и лабораториска медицина, Научното здружение на ендокринолози и дијабетолози на Македонија, Македонското невролошко здружение, Македонското психијатриско здружение, Македонската ревматолошка асоцијација и Македонското респираторно здружение.

Публикацијата е наменета за здравствените работници и има за цел да даде осврт за улогата на витаминот Д кај разни ендокринолошки, гастроентеролошки, ревматолошки, кардиолошки, белодробни, невролошки и психијатриски заболувања. Истотака, нуди одговорина прашањата зошто е улогата и до кој степен хиповитаминозата на витаминот Д ја влошува веќе развиената

клиничка слика, дали хиповитаминозата е причина за заболувањето или последица на заболувањето, колкава доза, до која целна вредност и колку долго треба да се суплементира витамин Д кај разни заболувања, како и кои се докажаните придобивки од корекцијата на хиповитаминозата.

„Интересот и популарноста на витаминот Д се во постојан пораст. Актуелноста и контроверзиите околу витаминот Д особено дојдоа до израз во текот на пандемијата со ковид - 19 кога се покажа дека ниското ниво на овој витамин е поврзано со зголемената смртност од инфекцијата од ковид - 19. Ниско ниво на серумската концентрација на витамин Д е најдено и кај многу други хронични болести, како на пример кардиоваскуларните болести, малигните болести, невролошките и психијатриските болести итн. Оваа, за одредени стручни кругови, е доволен аргумент недостигот од витамин Д да го прогласат за главна причина за лошата здравствена состојба на населението. Разбирливо е дека ваквото гледиште разбуди

голем интерес, но отвори и полемики. Интересот за витаминот Де присутен кај општата популација, но и во стручните и научни кругови“, истакна уредникот на публикацијата, проф. д-р Калина Гривчева Старделова, која е еден од авторите и уредник на публикацијата, како и иницијатор за подготовка.

Предговорот за публикацијата го напиша проф. д-р Ѓорѓи Дерибан, а автори се проф. д-р Катерина Тошеска-Трајковска, вонр. проф. д-р Ирена Костовска, проф. д-р Соња Топузовска, проф. д-р Магдалена Генадиева-Димитрова, проф. д-р Весна Гривчева-Пановска, проф. д-р Татјана Миленковиќ, вонр. проф. д-р Саша Јовановска-Мишевска, вонр. проф. д-р Искра Битоска, проф. д-р Драгана Петровска-Цветковска, ас. д-р Драган Цибрев, проф. д-р Антони Новотни, ас. д-р Васка Митова, доц. д-р Габриела Новотни, д-р Сања Васовиќ, м-р д-р Мимоза Николовска-Котевска, проф. д-р Љубинка Крстиќ-Дамјановска, проф. д-р Деска Димитријевска, проф. д-р Јордан Минов и науч. сор. д-р. Марија Здравеска.

НОВА НАУЧНАТА ПУБЛИКАЦИЈА

Насоки за превенција, препознавање и за лекување на недостиг на витамин Д меѓу возрасната популација во РС Македонија

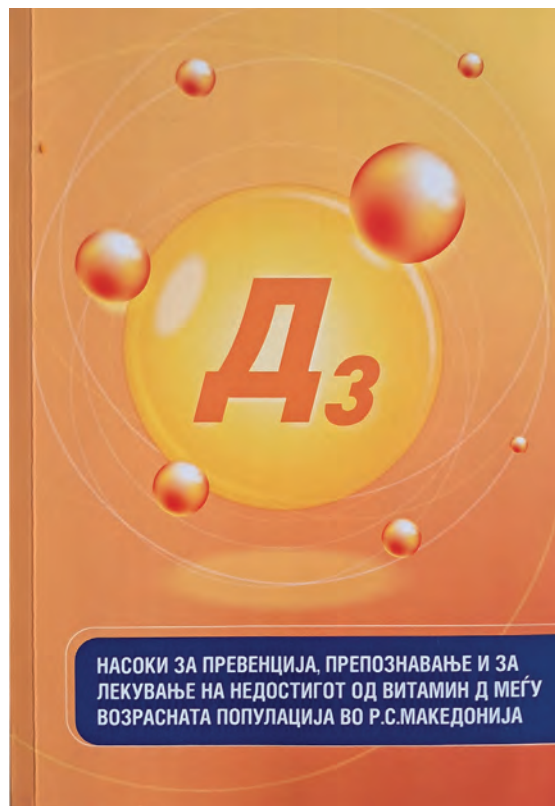
Неодамна беше промовирана публикацијата “Насоки за превенција, препознавање и за лекување на недостиг на витамин Д меѓу возрасната популација во РС Македонија”.

Научната публикација е подготвена во организација на Македонско здружение за ентерална и парентерална исхрана, а во соработка со Македонското здружение за медицинска биохемија и лабораториска медицина, Научното здружение на ендокринолози и дијабетолози на Македонија, Македонското невролошко здружение, Македонското психијатриско здружение, Македонската ревматолошка асоцијација и Македонското респираторно здружение.

Публикацијата е наменета за здравствените работници и има за цел да даде осврт за улогата на витаминот Д кај разни ендокринолошки, гастроентеролошки, ревматолошки, кардиолошки, белодробни, невролошки и психијатриски заболувања. Исто така, нуди одговори на прашањата за тоа која е улогата и до кој степен хиповитаминозата на витаминот Д ја влошува веќе развиената клиничка слика, дали хиповитаминозата е причина за заболувањето или последица на заболувањето, колкава доза, до која целна вредност и колку долго треба да се суплементира витамин Д кај разни заболувања, како и кои се докажаните придобивки од корекцијата на хиповитаминозата.

„Интересоти популарноста на витаминот Д се во постојан пораст. Актуелноста и контроверзиите околу витаминот Д особено дојдоа до израз во текот на пандемијата со ковид-19 кога се покажа дека ниското ниво на овој витамин е поврзано со зголемената смртност од инфекцијата од ковид-19. Ниско ниво на серумската концентрација на витамин Д е

Публикацијата е наменета за здравствените работници и има за цел да даде осврт за улогата на витаминот Д кај разни ендокринолошки, гастроентеролошки, ревматолошки, кардиолошки, белодробни, невролошки и психијатриски заболувања



НАСОКИ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА, ПРЕПОЗНАВАЊЕ И ЗА ЛЕКУВАЊЕ НА НЕДОСТИГОТ ОД ВИТАМИН Д МЕЃУ ВОЗРАСНАТА ПОПУЛАЦИЈА ВО Р.С. МАКЕДОНИЈА

најдено и кај многу други хронични болести, како на пример кардиоваскуларните болести, малигните болести, невролошките и психијатриските болести итн. Оваа, за одредени стручни кругови, е доволен аргу-

мент недостигот од витамин Д да го прогласат за главна причина за лоша здравствена состојба на населението. Разбирливо е дека ваквото гледиште разбуди голем интерес, но отвори и полемики. Интересот за витаминот Д е присутен кај општата популација, но и во стручните и научни кругови“, истакна уредникот на публикацијата, проф. д-р Калина Гривчева Старделова, која е еден од авторите и уредник на публикацијата, како и иницијатор за подготовка.

Предговорот за публикацијата го напиша проф. д-р Ѓорѓи Дерибан, а автори се проф. д-р Катерина Тошеска-Трајковска, вонр. проф. д-р Ирена Костовска, проф. д-р Соња Топузовска, проф. д-р Магдалена Генадиева-Димитрова, проф. д-р Весна Гривчева-Пановска, проф. д-р Татјана Миленковиќ, вонр. проф. д-р Саша Јовановска-Мишевска, вонр. проф. д-р Искра Битоска, проф. д-р Драгана Петровска-Цветковска, асс. д-р Драган Цибрев, проф. д-р Антони Новотни, асс. д-р Васка Митова, доц. д-р Габриела Новотни, д-р Сања Васовиќ, м-р д-р Мимоза Николовска-Котевска, проф. д-р Љубинка Крстиќ-Дамјановска, проф. д-р Деска Димитријевска, проф. д-р Јордан Минов и науч. сор. д-р. Марија Здравеска.

НАШИ ГОСТИ ВО VOX MEDICI СЕ ОНИЕ КОИ НЕ ПРАВАТ ГОРДИ

Д-Р СТЕФАН ПЕЈКОВСКИ, ЕДЕН ОД МЛАДИТЕ ДОКТОРИ КОИ СЕ ИДНИНАТА НА ЈЗУ УК ЗА ГАСТРОЕНТЕРОХЕПАТОЛОГИЈА

Нашата Клиника силно го поддржува професионалниот раст на лекарите

Зошто гастроентерохепатологијата ја одбравте за ваша специјализација?

Оваа специјалност нуди уникатен спој на дијагностичка, интервентна медицина, но и клиничка пракса, овозможувајќи ми да се вклучам и во практични дијагностички техники, како и во клиничко иследување и континуирано долгорочно мониторирање на пациентите. Дополнително, еволутивната природа на истражувањето во гастроентерохепатологијата и хепатологијата, особено во области како што се болести на црниот дроб, гастроинтестинални карциноми, инфламаторни болести на цревето, претставува возбудлива можност да се придонесе за унапредување на медицинското знаење и подобрување на резултатите кај пациентите. Генерално, ова поле совршено се усогласува со моите интереси и професионални аспирации, што го прави идеален избор за моја идна професија.

Која е вашата сфера на интерес во потесна смисла?

Иако сум на почеток на кариерата и сè уште е рано за насочување, јас сум особено

фасциниран од дијагностичките и терапевтските можности на ендоскопските процедури. Прецизноста и минимално инвазивната природа на ендоскопијата овозможуваат рано откривање и ефикасен третман на различни гастроинтестинални состојби со што значително се подобруваат третманот и прогнозата на многу болести. Дополнително, континуиранот напредок во ендоскопската техно-

логија и техники претставува возбудлива можност за иновации и истражување.

Сметате ли дека ЈЗУ Универзитетската клиника за гастроентерохепатологија доволно се грижи за унапредување на стручноста на докторите и колку се поттикнува истражувачката работа?

Да, верувам дека мојата Клиника силно го поддржува професионалниот раст на лекарите и активно го поттикнува истражувањето. Институцијата обезбедува многу можности за континуирано образование и стручен развој, како во нашата држава, така и во други референтни центри во светот, опфаќајќи ги сите членови на колективот. Ваквата работна средина не само што го поттикнува развојот на медицинската пракса, туку и промовира иновации и унапредување во нашата област.

Каде себеси се гледате за 10 години?

За десет години се гледам себеси како гастроентеролог специјализиран во сферата на ендоскопијата, ак-



тивно придонесувајќи и за клиничката пракса и за клиничкото истражување. Се надевам дека јаси мојот колегиум, нашата матична Клиника ќе ја направиме уште по прогресивна медицинска установа каде што ќе можам да продолжам да ги усовршувам моите вештини, да учествувам во развојот на млади лекари и да бидам вклучен во револуционерни истражувања. Мојата цел е да ги унапредам ендоскопските техники и да ги подобрам резултатите на пациентите преку иновативни пристапи и практики базирани на докази. Дополнително, имам за цел да бидам активно вклучен во професионални организации, придонесувајќи за пошироката медицинска заедница и помагајќи да се обликува иднината на гастроентерохепатологијата и хепатологијата.

Дали можеби успевате да ги следите трендовите на други клиници и може ли да направите паралела, колку сме блиску односно далеку од еден светски клинички центар по гастроентерохепатологија?

Како мала земја со ограничен буџет, нашата Клиника работи одлично, особено во однос на обезбедување квалитетна грижа за пациентите и поддршка на професионалниот развој. Иако можеби немаме обемни ресурси или врвна технологија што се наоѓаат во водечките медицински центри, нашиот посветен персонал и фокусот



Мојата цел е да ги унапредам ендоскопските техники, иновативните пристапи и практики базирани на докази

на постојано подобрување ни овозможуваат да обезбедиме здравствени услуги за пофалба. Сепак, секогаш постои простор за раст, особено во проширувањето на нашите истражувачки способности, стекнувањето напредна медицинска опрема и подобрувањето на специјализираните програми за обука. Со решавање на овие области, можеме дополнително да ги подигнеме стандардите на Клиниката и подобро да ѝ служиме на нашата заедница.

На професионален план имате ли да издвоите нешто што лично најмногу ви значи?

На професионално ниво во мојата кратка кариера, како најзначајни можам да ги издвојам првите процедури што ги изведов сам. Мојата прва гаст-

роскопија, колоноскопија, лигација на варикозитети на хранопровод и слично, што беа клучни моменти кои ги зацврстија моите вештини и самодоверба како гастроентеролог. Овие искуства не беа само технички предизвикувачки, туку и неверојатно напредувачки, бидејќи означиле значајни чекори во моето патување кон тоа да станам вешт и независен лекар. Секоја успешна процедура ја зајакна мојата посветеност на грижата за пациентите и мојата страст за областа, правејќи ги овие достигнувања особено незаборавни и влијателни.

НАЈАВЕНА РЕВОЛУЦИЈА НА ПОЛЕТО НА МЕДИЦИНАТА



Жените и мажите имаат различни гени, нивото на нивните хормони им е драстично различно, имунитетот е различен и условите на живот посебни. Како резултат на оваа различност, од аспект на здравјето, тие несе еднакви. За ова прашање истражувачите долго време ги држеа очите затворени.

На крајот, тоа што го согледаа беше импресивно: воззависност од полот, болести-

те напаѓаат различно, симптомите варираат, а третманите не се адаптирани. Како да се лекува? Изгледа дека медицината се соочува со најголемиот предизвик.

Заборавете ја RNKm, епигенетиката, дијагностиката со вештачка интелигенција или хирургијата асистирана со роботи. Медицинската револуцијата која е во тек не произлегува од некое големо откритие туку од проста констатација: во врска со болестите, мажите и жените не се еднакви. Тие немаат ни исти ризици ни ис-

ти симптоми ниту еднакви реакции на лекувањето. И, понекогаш разликите се препастувачки. Еден труд со референца ги документира овие разлики. Објавен е во The Lancet, а е воден од професор по ендокринологија Franck Mauvais-Jarvis од Универзитетот Тулан во Њу Орлеанс, во САД. За да му асистираат во оваа голема работа, истражувачот регрутирал 17 специјалисти со интернационално реноме, експерти на полето на имунологија, психијатрија, кардиологија, инфектологија,

КОНЕЧНО, ОД МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТ, ПОЧНА ДА СЕ ОБРНУВА ВНИМАНИЕ НА РАЗЛИКИТЕ ПОМЕЃУ МАЖИТЕ И ЖЕНИТЕ



пнеумологија, неврологија. Неговиот коментар е дека е неверојатно упадливо што сите главни болести се манифестираат различно кај мажите и кај жените, а понекогаш разликите не се големи, но секогаш се присутни.

РАЗЛИЧНИ ПРЕВАЛЕНЦИИ

Тогаш, што денеска се знае за обемот на нееднаквоста? Пред сè мажите и жените се соочени со меѓусебна широка нееднаквост. Всушност, двата пола различно реа-

гираат на различни болести. Така, автоимуните болести, со исклучок на дијабет тип 1, се повеќе женски како и склероза во плаки, ревматоиден полиартритис, myasthenia. Некои болести, како lupus erythematoses, се 10 пати почести кај жените, особено на возраст кога жената е фертилна и тоа дури до 90%. Обратно, карциномите, ги погодуваат

Репери

Термините „мажи“ и „жени“ овде се користени како референца за биолошки полови кои се карактеризираат со два генетски фактори, хормонални и анатомски и не се родовски врзани со социјалните норми

повеќе мажите со значајна нееднаквост на типот на ракот на тироидеа. Зачудувачки е што преваленцата на малигните тумори пред 50 години била поголема кај жените, за подоцна да стане обратното. Од гледна точка на циркулаторниот систем, мажите умираат повеќе од болести на

ДОЛГО ВРЕМЕ ТРЕБАШЕ ЗА ДА СЕ УТВРДИ ДЕКА ОД МЕДИЦИНСКИ АСПЕКТ ПОСТОЈАТ БИТНИ РАЗЛИКИ ПОМЕГУ МАЖИТЕ И ЖЕНИТЕ

1993	2002	2014	2016	2016	2020
Вклучувањето на жените во финални клинички тестови, пред да се стават лековите во промет, е барање на Американскиот институт за здравје (НИХ).	Од СЗО развиена една политика којашто со еден медицински пристап работи на половите поради загриженоста за еднаквост помеѓу половите	Земајќи ги предвид половите од клиничките тестирања, од страна на Европскиот парламент и Советот на Европа од клиничките е побарано регулатива	Земајќи ја предвид сметката „на половите како биолошка променлива“ претклиничките испитувања за НИХ стануваат услов за финансирање	Според резолуција донесена од големите научни списанија само студиите кои докажуваат дека го земале предвид полот стануваат објавени	Извештајот за проспективна анализа „Полот и здравјето“ е објавен од Француската висока управа за здравје.

срцето, а жените од болести на мозокот. Што се однесува за инфективните болести, машкиот морталитет во споредба со женскиот е во однос 2:1, како на пример кај ковид, каде тешките случаи и смртните исходи беа почести кај мажите, но има многубројни исклучоци, како кај грипот, сидата или маларијата. Менталните патологии на вагата, се наклонуваат од една кон друга страна. Алиментарните нарушувања се во поголем број женски. Деведест проценти

од жените патат од анорексијата, но исто така и од депресија. Наместо тоа, нарушувањата одаутистичкиот спектар почесто ги засега индивидуите од машкиот пол, атака е и со шизофренијата која засега дури 90% од машката популација.

РАЗЛИКИТЕ ПОНЕКОГАШ СЕ СПЕКТАКУЛАРНИ

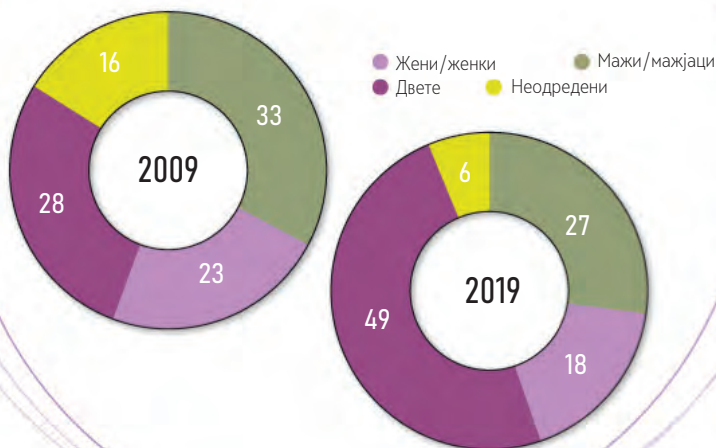
Да кажеме нешто за преваленцата. Освен што разликите меѓу половите се голе-

ми, тие и за иста болест се значајно големи во поглед на симптомите, возраста кога се појавила, па дури и во прогнозата.

Така, CVI повеќе се случува кај мажите во младоста, а кај жените во доцните години. Кај дијабетот е обратно. Иако ракот на дебелото црево повеќе е кај мажите, жените имаат повисок ризик да се развие на десниот колон со поголема леталност отколку оној на левата страна. Не еднаквоста на половите е уште подлабока бидејќи очиг-

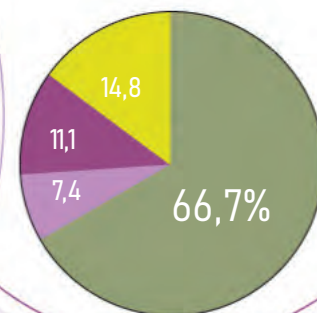
Истражувањето на темата за човештвото значи приближување кон еднаквоста на половите

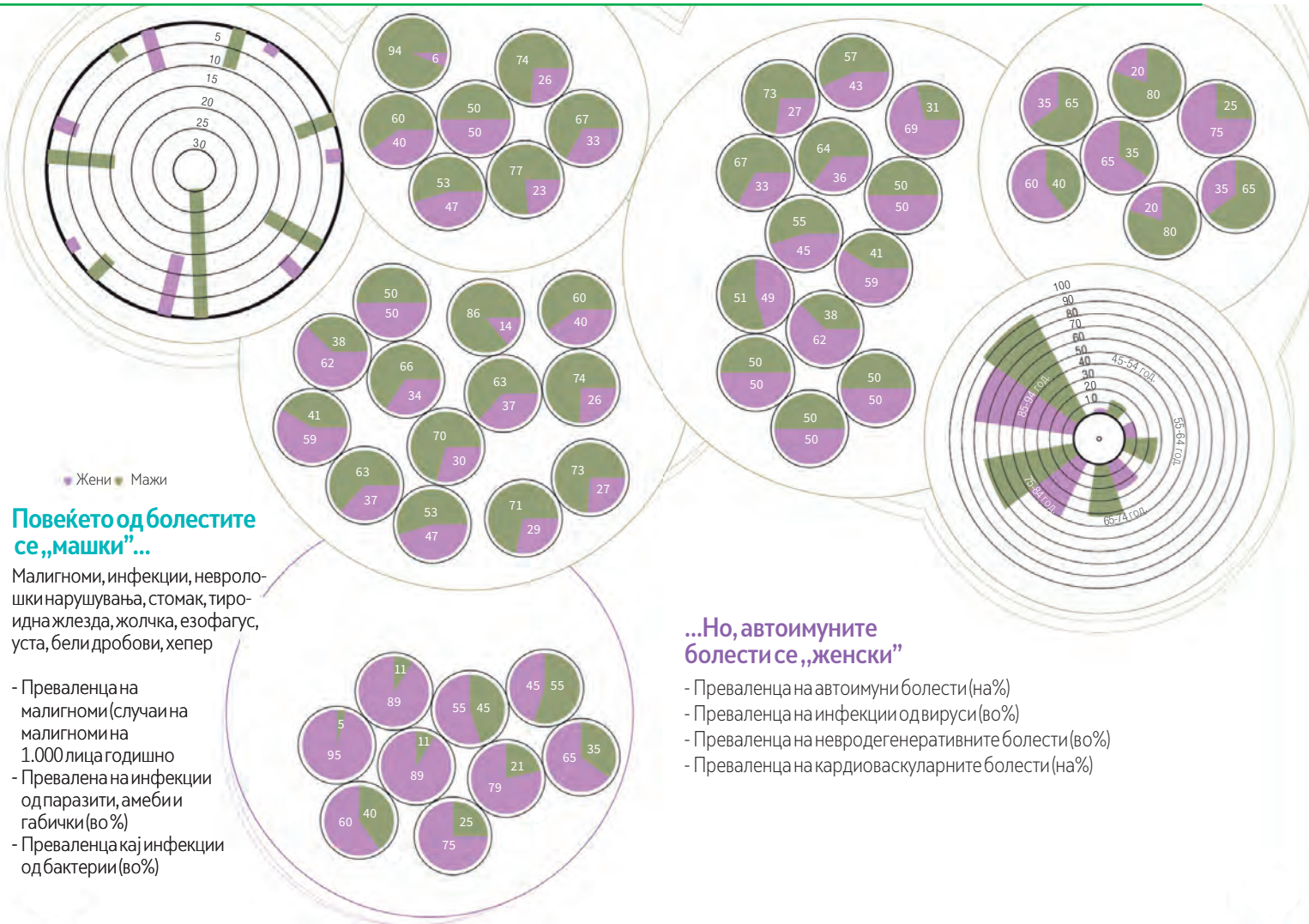
Бројот на реализирани студии за машкиот и женскиот род за една деценија е зголемен двојно



Истражувањето кај животните сè уште се далечни

Помеѓу 1994 год. и 2016 год. се направени 11,1 претклинички истражувања. Најчесто се правени на животните од двата пола.





Повеќето од болестите се „машки“...

Малигноми, инфекции, невролошки нарушувања, стомак, тироидна жлезда, жолчка, езофагус, уста, бели дробови, хепер

- Преваленца на малигноми (случаи на малигноми на 1.000 лица годишно)
- Преваленца на инфекции од паразити, амеби и габички (во%)
- Преваленца кај инфекции од бактерии (во%)

...Но, автоимуните болести се „женски“

- Преваленца на автоимуни болести (на%)
- Преваленца на инфекции од вируси (во%)
- Преваленца на невродегенеративните болести (во%)
- Преваленца на кардиоваскуларните болести (на%)

ледновлија е на реакцијата на лекувањето со медикаменти. Не еднакво е времето на фармакодинамиката како ефект на лекот кога тој доаѓа во состојба да дејствува ефикасно или токсично, но исто така и на фармакокинетиката или на нивото на апсорпцијата на продуктот, неговата брзина на екскреција, неговата дистрибуција во телото. Сето тоа е поради разликите на хормоните и ензимите меѓу мажите и жените. Оттаму е и разликата во ефикасноста и во секундарните ефекти кои понекогаш се многу импресивни, веројатно и поради различните биолошки системи. Проблемот е што иако истражувачите ги дефинираат тенденциите, разликите сè уште се малку познати. Овие недостатоци се должат на модерната медицина: клиничките истражувања коишто овозможуваат да се тестира безбедноста, ефикасноста и дозирањето на медикаментите, речиси двае-

сетина години беа испитувани речиси исклучиво над мажите! Буквално непромислено, заедницата на докторите и истражувачите ги испитуваа медицинските специфичности на жените, тестирајќи ги мажите. Зошто да се применува таква апсурдна пракса? Најнапред, затоа што медицинската заедница имаше убедување дека месечните хормонални промени кои ја пратат менструацијата кај жените, исто како кај женските глувци, во голема мера ја модифицираат нивната биологија и однесувањето што ризикува да ги наруши истражувањата. Затоа, мажјаците кај истражувачите беа сметани како „поставилни,“ една предрасуда наследена директно од една ретроградна теорија според која таканаречената хистерија кај жените е одраз на варијациите на нивните хормони. Значи, жените дури и да бидат „променливи“, сепак поради тоа не смеело да бидат исклу-

чени од клиничките испитувања. Дотолку повеќе ако се утврди дека не се! Напротив, дури Австралиецот Бронвин Грахам (Bronwyn Graham), од Универзитетот Nouvelle-Galles, во Сиднеј, во еден труд во 2023 година докажал дека не се среќава никаква промена во однесувањето на женските глувци колку и да се под дејство на естроген туку напротив, тие се поставилни од мажјаците кај кои индивидуалната варијабилност е поизразена.

ЛОШИ ИСКУСТВА

Иако причината зошто жените беа отстранети од клиничките испитувања не е разбирлива, една друга причина е поразбирлива. Таа е поврзана со катастрофата со thalidomide. Овој лек користен како средство против наузеа кај бремени жени со години, во 1960 година предизвика повеќе десетици илјади случаи на

тешки конгенитални малформации. Од страв дека медикаментите што се тестираат може да имаат ефект врз фетусот на жени кои евентуално може да се трудни за време на испитувањата, докторите повеќе сакаа да ги оддалечат од тестирањето. Такви се на пример другите стратегии, како на пример тестирањата на жени во менопауза кои би можеле да бидат нивна замена. Од друга страна, потомството на клетките, културите на ткивата, лабораториските животни, рибите, зебрите и дрозозилите, глущците и стаорците, беа со огромно мнозинство мажјаци или произлегуваа од мажјаци. Тоа значи дека практиките во науката се конзервативни. Кога еднаш станува навика да се експериментира само со машки субјекти, секоја нова работа за да биде споредлива со постоечкиот корпус, се стреми да го следи истиот процес правејќи го долготраен андроцентризм на биомедицинските истражувања. Медицината долго време ги сметаше жените како “мали луѓе”. Не дека овие разлики беа непознати, туку тие беа потценети. Ендокринологот Franck Mauvais-Jarvis, кој основал во неговиот Универзитет Центар за биологија и медицина заснована на полот, изјавил дека многу се намачиле за да се излезе одерата на медицина – бикини, која тргнува од принципот дека единствената разлика помеѓу мажите и жените се наоѓа под бикини или поинаку

“ Се трудиме да излеземе од ерата на бикини медицина според која единствената разлика помеѓу мажите и жените се репродуктивните органи и млечните жлезди



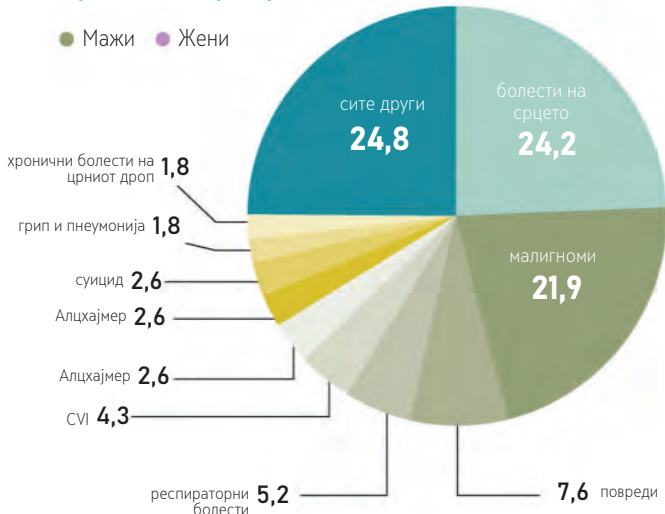
Franck Mauvais-Jarvis, професор – ендокринолог на Универзитетот Tulane de la nouvelle Orleans (САД)

кажано, кај репродуктивните органи и големите дојки.

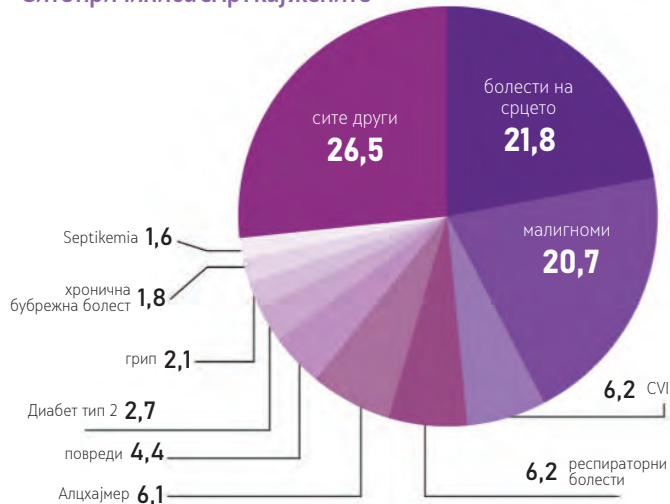
ЕДНАГИГАНТСКА РАБОТА

Професорот Franc Mauvais Jarvis и неговиот тим успеале да влијаат да се надминат поедноставните констатации за еднаквоста на машкиот и женскиот пол, особено во однос на болестите, како и да ги преработат методите на научните истражувања на голем број истражувачи поттикнувани од биомедицинските институции, свесни за големиот застој со таквите сфаќања и со желба да ги извадат на видело причините, биолошки или не, на овие разлики во поглед на здравјето. Новиот пристап, според професорот Mauvais Jarvis, ќе отвори огромни терапевтски перспективи. На пример, кај една болест која ги засега десет пати повеќе жените отколку мажите веднаш се поставува прашањето кои се факторите што ги заштитуваат мажите и потоа се истражува дали тие може да бидат користени за подобрување на здравјето кај жените. Нема да биде мала работа да ги идентификуваш факторите, а потоа да откриеш кои ги диференцираат мажите, а кои жените во однос на болестите. Дотолку повеќе што секој од четирите големи фактори идентификувани досега – генетика, хормони, имунитет и начин на живот, имаат посебен начин на мултипла и комплицирана акција, и така може да си влијаат еден на друг.

Сите причини за смрт кај мажите

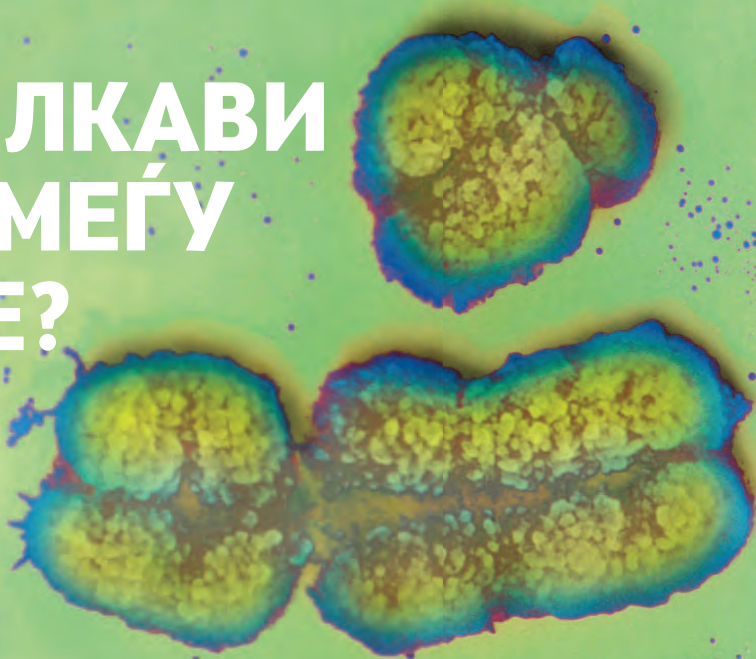


Сите причини за смрт кај жените



ЗОШТО ТОЛКАВИ РАЗЛИКИ МЕЃУ ПОЛОВИТЕ?

Варијабилноста на реакциите на болести се објаснува со четирите видови фактори: генетика, хормони, имунитет и општеството



ВЛИЈАНИЕТО НА РАЗЛИЧНИ ГЕНИ

„Сите клетки имаат пол“ беше првпат објавено во 2001 година од Американскиот институт за медицина. Полот на клетките кај човекот е детерминиран од 23 парови на хромозоми кои ги обезбедуваат или со 2 хромозоми X (женски пол) или со X и Y хромозоми (машки пол) и се присутни во сите клетки на нашиот организам, со некои исклучоци. Значи, спротивно на она во што долго време се веруваше, овие хромозоми X и Y не се функционални единствено во репродуктивните клетки. Во еден труд кој предизвика голем интерес, објавен во 2020 година во Genome Research, David Page и неговите колеги опишуваат многу случаи на зголемено изразување на гените од хромозомот Y во нерепродуктивните ткива. Генетичарите, исто така анализираше 36 човечки ткива кои по потекло биле од мозокот, колонот, срцето, саливарните жлезди, стомакот.

Некомплетна инактивација на X хромозом

Резултатот е изненадувачки. Од повеќе од стотина гени носени од хромозомот Y (да се потсетиме дека од него жените се лишени), повеќе од дваесет се експримираат во различни ткива. Уште повеќе, кај многу случаи тие вклучуваат регулаторски секвенци коишто имаат значајно влијание на кванти-

тетот на протеините произведени од клетката и имаат влијание на болестите. Освен што, од друга страна, присуството на двата примероци на хромозомите X, опремени

со илјада гени чие мнозинство се без одговор тек на сексуалниот развојот, исто така имаат влијание на здравјето на жените. Во последните студии се поставува прашање-



Голем број гени врзани за хромозомот X се поврската со здравјето

Тие може да влијаат ако ја избегнале инактивацијата



БОЛЕСТИ

- дигестивен систем
- кардиоваскуларен систем
- метаболизам
- имун систем
- нервен систем

МЕРКИ

- хематолошки
- телесни
- други мерки
- одговорна лековите
- биолошки процес
- малигном
- други болести
- други карактеристики

то за ефикасноста на механизмот „да се инактивира X“ кој долго време бил сметан занепогрешлив. Овој феномен е откриен во 1960 година. Деактивацијата, се одвива преку РНК, на едниот од двата X кај жената и на тој начин се избегнува страдање од ефектот на „дупла доза“. Но, во 2017 година, една студија покажала дека не помалку од 10% од гените X постојано ја избегнуваат инактивацијата, а 15% дополнително може да се приклучат, во зависност од индивидуалната одбива. Значи, стотина гени од X, често се надекспримирани кај жените.

ДРУГИ РАЗЛИКИ НА ДВОРОДНИЦИ

Истражувачите кои покажале голем интерес за „побегнатите“ гени, сфатиле дека

тие би можеле да заштитиуваат од некои болести, како ракот, но исто така се способни да предизвикаат или забрзаат други болести, на пример автоимуни болести. Но, пред нив се и големите предизвици и можности кај различностите меѓу мажот и жената. Интересот особено е насочен кон многубројни гени кои не сени на X ни на Y, не се однесуваат на ист начин во еден машки организам или женски, само што не се знае зошто е така. Во еден труд објавен во 2020 година во весникот Science, генетичарката Мерителс Олива (Merithels Oliva) и нејзините соработници, од Универзитетот во Чикаго, анализираше 44 репродуктивни човечки ткива, од бели дробови до црниот дроб и стомакот. Резултатот е изненадувачки: 37% од гените

неситуирани на сексуалните хромозоми се експримираат различно во однос на полот. Значи пораката е дека нашите репродуктивни органи исто така имаат пол.

Ова сознание е еден вистински реванш на гените бидејќи нивната улога долго време била сметана за безначајна, наспроти онаа на хормоните за кои се сметало дека управуваат со разликите меѓу мажот и жената. Всушност, тие може многу добро да влијаат на експресијата на гените кои тогаш би предизвикале продукција на хормоните кои, пак, за возврат ќе предизвикаат експресија на гените. Тоа значи, хормоните и гените се во взаемни односи и имаат еднаква важност во врска со разликите меѓу мажот и жената.



ЕФЕКТ НА ФЛУКТУИРАЧКИ ХОРМОНИ

△ Тестостеронот кој е доминирачки хормон кај мажите се продуцира и кај жените

За многу истражувачи хормоните се главниот диференцирачки фактор на мажите и жените. И со право бидејќи овие биолошки агенси со една извонредна моќност се вмешуваат многу рано во животот на нивниот домаќин за да придвижат различни дејствија, како што е сексуалната диференцијација. Од вториот триместер на бременоста, кај момче има голем пик на тестостерон, а кај девојче пик на естрадиол, кој води кон епигенетска и ирверзибилна модификација на голем број на клетки на телото. Другите пикови

или падови интервенираат во различни моменти на животот и тоа, во четврти месец, во пубертет, во менопауза или андропауза. Се разбира, кој да е полот, кај секој од нас понекогаш се произведува тестостерон, естрадиол и прогестерон, но ние ги фабрикуваме во различни концентрации. Значи, ефектите на овие хормони тесно зависат од дозите кои се малку или многу синтетизирани, па така телото не реагира урамнотежено.

ХОРМОНИТЕ ИЛИ ГЕНИТЕ?

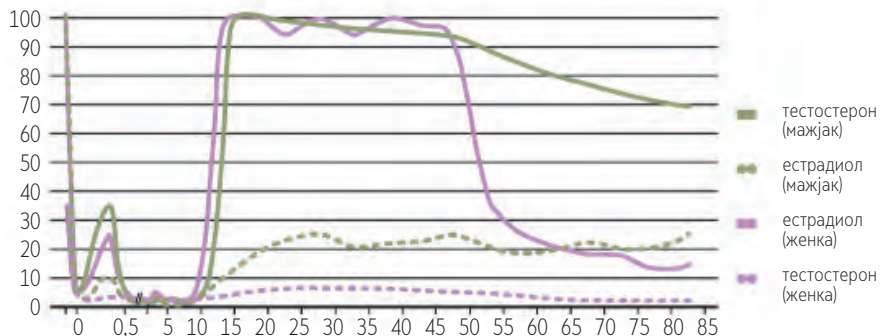
Повеќе студии покажале дека дефици-

тот на тестостерон кај мажите го зголемува ризикот на зглобни болки, срцеви заболувања или Алцхајмерова болест. Од своја страна, естрадиолот - неопходен за женската репродукција, делува на растот на хормоните и на васкуларната физиологија. Нов случај на зголемување на дозата, овој хормон може да го зголеми ризикот за рак и нарушување на гликозата во крвта. Една висок степен на прогестерон, неопходен за функционирање на гениталниот апарат на жената, може да влијае на развојот на млечните жлезди и на коагулацијата, дури

ида фаворизира канцер на града и ендометриум. На крај, хормоните исто така ја модулираат и реакцијата на болка кај мажите. Зголемувањето на тестостерон ја редуцира сензибилноста. Кај жените, тестостеронот го зголемува естрадиолот доколку е низок, а прогестеронот зголемен. Секако, останува многу тешко да се одреди што покачуваат хормоните и што покачуваат гените. Но, ова би можело наскоро да се промени бидејќи повеќе екипи низ светот почнаа да работат на генетски модифицирани глувци, чиј хромозомски пол и генетски пол (хормонален), се различни. Па така, јасно ќе се разликуваат нивните ефекти.

Продукцијата на хормоните варира според возраста и според полот

И мажите и жените продуцираат тестостерон и естрадиол, но во пропорции екстремно различни кои флукутираат според возраста



ВЛИЈАНИЕТО НА ПРОМЕНЛИВИОТ ИМУНИТЕТ

Имуниот систем, во зависност од полот, покажува значајни разлики кои научниците се трудат повторно да ги проверат и дешифрираат. Истражувањата покажаа дека концентрацијата на лимфоцитите Т-келини убијци, кои играат улога во целуларниот имунитет, е послаба кај мажите. И дека различните типови на лимфоцити Т (CD4, CD8) кај нив се распоредени различно. Како и да е, жените имаат повисока имунореактивност. Кај глувците, женките генерално произведуваат посилен хуморален и целуларен одговор, што им овозможува подобро да се одбранат од различните инфекции. Се смета дека поради зајакнатиот имунитет се очекува подолг живот кај нив отколку кај мажите. Многу од овие опсервации важат исто и кај мажите, што би

можело да објасни зошто жените развиваат поретко рак и инфективни болести, но, пак, затоа страдаат повеќе од аутоимуни болести. Исто така жените посилено реагираат на повеќе вакцини, особено на грип и тетанус.

ТУЌИ КЛЕТКИ

Зошто толкави разлики? Еден дел од овој феномен се должи на хормоните бидејќи тие играат улога во имунитетот. Некои гени се над-експримирани

од хромозомот X што изгледа како да има некое влијание. На крај, ова би можело да се должи на присуство на еден изразено покачен број туѓи клетки во телото на жената што може да се нарече микрохимеризам. Во многу студии, навистина се покажа дека плацентата не е толку непропустлива како што се мислеше бидејќи од десетина до илјада клетки поминуваат низ неа. Значи, од мајката на детето и обратно. Тиетога ш, пред да завршат со таложјење и исчезнување во тек на децении, циркулираат во новиот организам преку крвта и телесните течности. Од ова произлегува разликата помеѓу мажите и жените. Жените ги згрижуваат овие различни, многу поголеми клетки - оние од нивната мајка, но истотака и од фетусот кој тие го носат. И со сето ова би можело да се потврди дека присуството на сите овие туѓи клетки хронично го активираат имуниот систем на жената, со што се објаснува неговата поголема динамика.

SCIENCE & VIE

Избор и подготовка
прим. д-р Горица З. Пировска

Женскиот имун систем е подинамичен

Главоболка и болка во вилицата кај пациентка со темпорален артеритис

Клиничко сценарио: Жена на 77 години се жали на повремени болка во вилицата која започнала од пред околу три-четири месеци и се јавувала при јадење или зборување. Од пред околу три недели на тоа се придружила и главоболка. Главоболката била со јачина 5 на скала од 10 и се влошувала, обично попладне и ирадираше надолу кон вратот. Пациентката има повеќе коморбидитети: прележала цереброваскуларен инзулт и има десно страна хемипареза, хипертензија, дијабетес тип 2, депресија и остеоартритис, за кои примала аспирин, диуретик, АКЕ-инхибитор, бета блокатор, метформин и есциталопрам. Од објективниот преглед за посебно забележување е десно страната хемипареза поради што е во количка, темпоралните артерии се видливи, палпабилни, а од десната страна има лесна, болно осетлива на палпација на артеријата. Крвниот притисок е еднаков на двете раце и е во нормалните граници, нема намалување или отсуство на пулсот или шумови над палпабилните артерии.

Диференцијално дијагностички докторот имал предвид четири состојби: тензиозна главоболка, главоболка поради цервикална спондилоза, поради промени во темпоромандибуларниот зглоб и темпорален артеритис. Уште во 1990 година Американскиот колеџ за ревматологија дефинирал пет критериуми, од кои најмалку три мора да се присутни за дијагноза на темпоралниот артеритис, што се покажало дека има висока сензитивност - 93.5% и специфичност - 91.2%. Критериумите се:

1. Возраст на почеток на симптомите, постара од 50 години;
2. Ново појавена главоболка или локализирана болка во главата;
3. Чувствителност на палпација или намалени пулсации на темпоралната артерија;
4. Забрзана седиментација на еритроцитите - повисока од 50 mm/час;
5. Абнормална ододбиопсијана артеријата (некротизирачки васкулитис со грануломатозна пролиферација и инфилтрација).

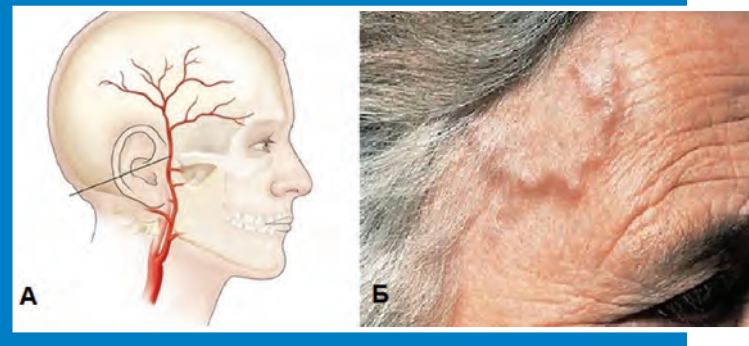
Сомневање за темпорален артеритис треба секогаш да се постави кај постари пациенти со главоболка и/или болка во вилицата, а кај опишаната пациентка има и видливо задебелување, палпабилност и болна осетливост на темпоралната артерија десно (слика 1). Бидејќи пациентката задоволува три од наброените критериуми, продолжени се испитувањата и третманот како за темпорален артеритис.

Кои се најсоодветните тестови кои првот треба да се направат ?

1. Еритроцитна седиментација и CRP;
2. Еритроцитна седиментација и реума фактор;
3. Еритроцитна седиментација и преглед за видна острина и очно дно.

Повеќето пациенти имаат забрзана седиментација, најчесто повисока од 80 mm/час, но, околу 20% може да имаат нормална или пониска ЕСР, што не може да ја исклучи дијагнозата. Кај пациентката од ова клиничко сценарио ЕСР е 85 mm/час.

Слика 1. Панел А: Цртеж на едната страна од лицето со приказ на површинската темпорална артерија која е видлива во средината, лево од увото кон вежата. **Панел Б:** Абнормална темпорална артерија со оток и задебелување кај пациент со артерит со гигантски клетки.



Прегледот за видна острина и очно дно се индицирани како приоритетни затоа што најтешката компликација на АГК вкл. темпоралниот артеритис е слепилото, кое може да се појави кај 10 до 15% од не третирани пациенти. Фундоскопијата е индицирана кај оние со субјективна промена на видната острина.

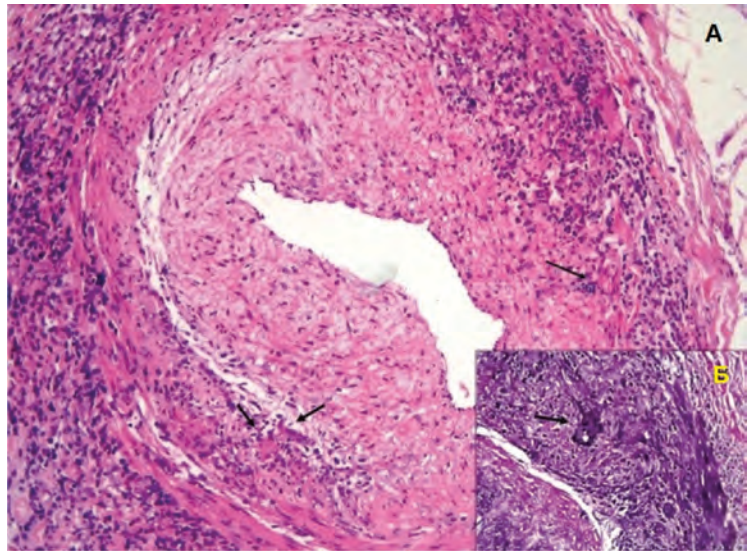
Темпоралниот артеритис (ТА), познат како артеритис со гигантски клетки (АГК), познат уште како Хортонова болест и кранијален артеритис, е честа форма на системска васкулопатија која ги погодува пациентите постари од 50 години. Тоа е васкулитис којшто се карактеризира со панартеритис (слика 2) на крвните садови со голем и среден калибар, особено кај екстракранијалните гранки на каротидната артерија. При прегледот може да се најдат промени и на фронталните или париеталните гранки и на површните темпорални артерии кои се задебелени, нодуларни, болно осетливи и повремено еритематозни. Пулсот над артериите може да биде намален или отсушен. Бидејќи овој воспалителен процес може да ги засегне и аортата, каротидните, вертебралните и илијачните артерии, посоодветен термин е „артеритис со гигантски клетки“, иако паралелно се користат и двата термини.

АГК е најчестиот идиопатски системски васкулитис - ризикот од развој е проценет на приближно 1% кај жените и 0,5% кај мажите. Најголемиот фактор на ризик е стареењето, и речиси никогаш не се јавува пред 50-годишна возраст, а инциденцата го достигнува врвот на просечна возраст е 76.7 години. Највисока инциденца има во скандинавските земји и меѓу Американците со скандинавско потекло. Во Јужна Европа и медитеранските земји, стапката е 10 на 100.000 лица на возраст над 50 години. Како и кај многу системски ревматски заболувања, жените се погодени почесто од мажите, во сооднос од 3:1. Фамилијарната агрегација не е вообичаена.

Кај АГК вообичаени се системските симптоми и васкуларното зафаќање може да биде широко распространето, но сепак ситните мускулни артерии од кранијалните гранки на аортниот лакгива даваат најкарак-

Слика 2. Панел А. Темпорален артеритис со гигантски клетки – инфламација на сидот на крвниот сад (активен артеритис). Фиброза и задебелување на адвентицијата и супинтимално инфламаторни инфилтрати во артерискиот сид.

Панел Б. Фрагментација и дисрупција на интерната ламина еластика со многујадрени гигантски клетки.



теристичните симптоми. Најтешката компликација, губење на видот, е една од потенцијалните последици на кранијалниот фенотип на АГК.

Почетокот на симптомите кај темпоралниот артеритис има тенденција да биде супакутен, но може да се јави нагло, во текот на неколку дена. Системските симптоми – температура, замор и губење на тежината – се чести. Температурата се јавува кај половина од пациентите и обично е супфебрилна, но кај околу 15% може да надмине 39 °C, што често доведува до погрешна дијагноза за инфекција. Во една студија е најдено дека една од шест фебрилни состојби од непознато потекло кај постарите возрастни лица се должи на АГК. Главоболката, класично лоцирана над слепоочниците, е честа презентација, но нема дефинирачки карактеристики, освен што е новонастаната и има повремени осетливост на скалпот на допир. Речиси една половина од пациентите со АГК имаат клаудикација на вилицата – болка или замор на мандибулата предизвикан од цвакање или зборување со олеснување на симптомите со запирање на цвакањето/зборувањето. Gabriel SE со соработниците нашле дека тоа е симптом кој има најголема корелација со позитивен отаод за АГК од биопсија.

Транзиторното моноокуларно (и ретко бинокуларно) оштетување на видот може да биде рана манифестација на АГК. Пациентите со минливо моноокуларно губење на видот обично забележуваат нагла појава на делумен дефект во видното поле или привремен ефект на завеса во видното поле на едното око. Транзиторното губење на видот може да е предвесник на трајно губење на видот и затоа бара итно деување кај пациентите за кои се сомнева дека имаат АГК. Несомнено, најстрашната компликација е трајното губење на видот. Тоа е безболно и ненадејно и може да биде делумно или целосно, еднострано или билатерално и е резултат на: исхемична оптичка невротпатија, оклузија на централната ретинална артерија или, ретко, церебрална исхемија. Дури и во ерата на ефикасна терапија, инциденцата на трајното губење на видот на едното или двете очи се движи од 8,2% до 15% па дури и до 20% од пациентите. Иако може да му претходат единечни или повеќекратни епизоди на минливо губење на видот, тоа може да се случи и со катастрофална брзина. Откако ќе се воспостави, загубата на видот е ретко реверзибилна. Освен тоа, може во рок од една недела, кај 25 до 50% од нелекуваните пациенти да дојде до дополнително губење на

видот кај незасегнатото око. Меѓутоа, ако видот не е засегнат, навремето започнување на третман со глукокортикоиди практично го укинува ризикот од губење на видот, а доколку веќе има загуба на видот, значително се намалува ризикот од влошување, но не ја подобрува воспоставената состојба. Затоа, битно е брзо да се постави дијагнозата пред појава на компликациите. Претходна транзиторна загуба на видот е идентификувана како најсилен предиктор за последователна трајна загуба на видот. Неколку студии нашле дека ризикот бил намален кога постои поизразен воспалителен одговор (треска, покачување на реактантите на акутната фаза и анемија). Еритроцитната седиментација и C-реактивниот протеин, на пример, се во обратна корелација со ризикот од појава на визуелни симптоми. Силниот инфламаторен одговор штити од исхемични лезии на два начина: прво, тие пациентите може да бидат видени порано и да добијат побрз третман, второ, преку покаченото ниво на интерлеукинот 6, кој има ангиогени својства, може да се спротивстави на исхемијата предизвикана од артеритисот.

Терапијата на АГК започнува со преднизон – 40–60 mg/ден, со што најголемиот дел пациенти покажуваат драматично подобрување во текот на 1–3 три дена, со исклучок на слепилото кое обично е иреверзибилно. Ако нема добар ефект со преднизон, ретко се користени метотрексат, азатиоприн и циклофосфамид. Третманот со стероиди обично продолжува најмалку 4–6 недели, а може да трае 1–2 години. Ефектот се следи преку подобрување на симптомите и намалување на еритроцитната седиментација. Подобрување на системските симптоми се јавува по 72 часа од почетокот на терапијата. Како начин за намалување на ризикот од несакани ефекти од стероидите, треба да се размисли за користење на метотрексат.

Библиографија

- Chacko JG, et al. Review of giant cell arteritis. Saudi J Ophthalmol. 2015;29:48–52.
- Chen JJ, et al. Evaluating the Incidence of Arteritic Ischemic Optic Neuropathy and Other Causes of Vision Loss from Giant Cell Arteritis. Ophthalmology 2016; 123:1999.
- Cid MC, et al. Tissue and serum angiogenic activity is associated with low prevalence of ischemic complications in patients with giant-cell arteritis. Circulation 2002; 106:1664.
- Danesh-Meyer H, et al. Poor prognosis of visual outcome after visual loss from giant cell arteritis. Ophthalmology 2005; 112:1098.
- González-Gay MA, et al. Visual manifestations of giant cell arteritis. Trends and clinical spectrum in 161 patients. Medicine (Baltimore) 2000; 79:283.
- Gonzalez-Gay MA, et al. Giant cell arteritis: laboratory tests at the time of diagnosis in a series of 240 patients. Medicine (Baltimore) 2005; 84:277.
- Hill CL, et al. Risk of mortality in patients with giant cell arteritis: A systematic review and meta-analysis. Semin Arthritis Rheum 2017; 46:513.
- Jivraj I, Tamhankar M. The treatment of giant cell arteritis. Curr Treat Options Neurol. 2017;19:2.
- Karassa F, et al. Meta-analysis: test performance of ultrasonography for giant-cell arteritis. Ann Internal Med. 2005;142:359–369.
- Liozon E, et al. Risk Factors for Permanent Visual Loss in Biopsy-proven Giant Cell Arteritis: A Study of 339 Patients. J Rheumatol 2016; 43:1393.
- Liozon E, et al. Risk factors for visual loss in giant cell (temporal) arteritis: a prospective study of 174 patients. Am J Med 2001; 111:211.
- Nesher G, et al. Giant cell arteritis: intensity of the initial systemic inflammatory response and the course of the disease. Clin Exp Rheumatol 2008; 26:S30.
- Peral-Cagigal B et al. Temporal headache and jaw claudication may be the key for the diagnosis of giant cell arteritis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2018 May 1;23(3):e290–e294. doi: 10.4317/medoral.22298.
- Soriano A, et al. Visual loss and other cranial ischaemic complications in giant cell arteritis. Nat Rev Rheumatol 2017; 13:476.
- Uribe JA, et al. Refractory Giant Cell Arteritis Complicated by Vision Loss From Optic Atrophy and Maculopathy Associated With Pachymeningitis. J Neuroophthalmol 2018; 38:17.
- Weyand CM, et al. Treatment of giant cell arteritis: interleukin-6 as a biologic marker of disease activity. Arthritis Rheum 2000; 43:1041.

НАЈНОВАТА МЕТА-АНАЛИЗА ЈА ОБНОВУВА ВРСКАТА ПОМЕЃУ ТЕСТОСТЕРОН И КАРДИОВАСКУЛАРНИОТ РИЗИК

Новиот систематски преглед на литература ја обновува полемиката што се води околу врската помеѓу тестостеронот и миокардијалниот инфаркт и смртност од кардиоваскуларно заболување. Минатата година, TRAVERSE (тестостерон реплајсмент терапија за проценување на долготрајното влијание врз васкуларните промени и ефикасен одговор кај хипогонадални мажи) беше првата рандомизирана плацебо - контролирана студија чија цел беше да утврди дали тестостерон терапијата го зголемува ризикот за кардиоваскуларни заболувања кај мажи на возраст од 45-80 години. Наодите охрабруваат дека краткотрајна и умерена примена на тестостерон терапијата не го зголемува кардиоваскуларниот ризик.

Овие резултати се спротивни од заклучоците на претходни студии. Овој најнов преглед на литературата е заснован на 11 проспективни кохортни студии на мажи кај кои стероидните хормони биле испитувани со маспетроскопија. Девет од овие студии содржеле индивидуални податоци за учесниците, две студии имале собрани податоци, а сите студии вклучиле 5 - годишно следење на учесниците.

Резултатите укажуваат дека поедини групи мажи имаат зголемен ризик за кардиоваскуларни заболувања. Така, мажите со многу намален тестостерон, зголемен лутеинизиращки хормон или пак многу ниска концентрација на естрадиол имале зголемен ризик за смртност. Концентрацијата на секс хормон - врзувачкиот глобулин (SHBG) била позитивно корелирана, а нивото на дихидротестостеронот (DHT) било нелинеарно поврзано со севкупниот mortalитет, како и со кардиоваскуларните причини за смртност кај испитаниците. Ниското ниво на тестостерон поврзано со зголемена смртност изнесувало 7.4 pmol/L (213 ng/dL), без оглед на концентрацијата на лутинеизиращкиот хормон.

Авторите истакнуваат дека поврзаноста на покачена концентрација на SHBG и зголемената стапка на смртност може да се должи на улогата на SHBG хормонот, како најголем врзувачки хормон на секс стероидите во циркулацијата. Тие, исто така, коментираат на присуството на 'U-shaped' асоцијација на DHT со целокупната смртност, како и таа што се должи на кардиоваскуларни заболувања. Мажите со многу ниска концентрација на

DHT, исто така имале зголемен ризик на смртност од кардиоваскуларно заболување.

Ann Intern Med 2024;
doi: 10.7326/M23-2781

ПОТВРДА ДЕКА СООБРАЌАЈНАТА БУКА ИМА НЕГАТИВНИ ЗДРАВСТВЕНИ ПОСЛЕДИЦИ

Најновото истражување кое доаѓа од Германија е уште една потврда за штетното влијание на буката врз срцето и крвните садови. Имено, анализата на епидемиолошките податоци укажуваат дека сообраќајната бука е тесно поврзана со кардио и цереброваскуларните заболувања.

Епидемиолошките студии имаат укажано дека буката од сообраќајот, железницата, како и таа од авионскиот сообраќај го зголемува ризикот за кардиоваскуларни заболувања и смртност, особено исхемијата на срцева слабост, како и мозочниот удар. Светската здравствена организација има потврдено дека најмалку 1.6 милиони здрави години се губат годишно во Западна Европа поради буката во сообраќајот. Буката во вечерните часови доведува до намалување и фрагментација на сонот, зголемување на стресните хормони, како и зголемување на оксидативниот стрес во крвните садови и мозокот. Сите овие фактори доведуваат до васкуларна (ендотелијална) дисфункција, инфламација и хипертензија, а со тоа го зголемуваат кардиоваскуларниот ризик.

Во овој труд, авторите не само што даваат преглед на епидемиолошкото истражување на влијанието на сообраќајната бука врз кардиоваскуларните фактори и заболувања, туку го дискутираат и механистичкото влијание низ прегледот на клиничките и експериментални студии. Тие предлагаат нови ризични маркери за да се унапредат влијанието на индуцираните кардиоваскуларни ефекти врз популацијата. Преку интегрирана анализа авторите укажуваат дека за секои 10dB(A) зголемување на буката, ризикот на кардиоваскуларни заболувања, како срцев удар, мозочен удар и срцева слабост се зголемува за 3.2%. Тие, исто така тие објаснуваат како буката влијае врз мрежата на гени, епигенетските патишта, циркадијалниот ритам, сигнал - трансмисијата по неуроналната и кардиоваскуларна оска, оксидативниот стрес, инфламацијата и метаболизмот. На крајот, сегашните и идните стратегии за намалување на здравствените последици од буката се наведуваат и дискутираат.

Circ Res 2024;134(9):1113-1135. doi:
10.1161/CIRCRESAHA.123.323584

КАЈ ТИП 2 ДИЈАБЕТЕС ДВАПАТИ НЕДЕЛНА ЕНЕРГЕТСКА РЕСТРИКТИВНА ДИЕТА Е ПОДОБРА ОТКОЛКУ ВЕЖБАЊЕ

Два дена неделна супервизирана енергетска рестриктивна диета може да го намали шеќерот во крвта кај дебелите луѓе со тип 2 дијабетес.

Веќе поодамна знаеме дека намалувањето на дневниот калориски внес, како и зголемената физичка активност, ја подобруваат гликемиската контрола кај болни со тип 2 дијабетес. Но, придржувањето кон овие препораки може да биде предизвик за многумина.

Неодамнешна студија има испитувано дали два дена неделно (5:2 дена режим) или многу ниско калорична диета или „викенд војничка“ модел на физичка активност е поефикасно кај дијабетичари. Во оваа IDEATE студија учествувале 326 луѓе од Азија кои биле со покачена тежина или, пак, дебелина [body mass index (BMI), 25.0-39.9] и имале тип 2 дијабетес (T2D) (дијагностициран во текот на претходните две години; A1c 7.0-8.9%; и не биле лекувани со инсулин). Сите учесници биле поделени на три групи, група со диетарна интервенција, со вежбање или рутинска едукацијата на промени на навиките (контролна група) во тек на 12 недели. Групата со диетарна рестрикција примала енергетски намалена диета од 790 kcal/d во тек на 2 дена секоја недела, додека групата со интензивен тренинг (4 минути од аеробична активност следена со 10-минутно загревање и 'cool-down' период) и резистентен тренинг двапати неделно (четири вежби, со две секвенци што се повторувале осум - дванаесет пати). Примарниот исход бил промената на гликемиската контрола помеѓу диетарната група и таа која имала вежби, како и контролната група по 12 недели. Испитаниците биле следени во тек на една година по интервенцијата.

Во споредба со контролната група, лицата што биле во диетарната интервенциона група имале подобро намалување на A1c по 12 недели (разлика, -0.34; $p = .007$), додека намалувањето на A1c кај лицата во групата што имале само вежбање било слично како и кај контролната група. Ремисијата била највисока во диетарната интервенциона група (OR = 3.60; $p = .008$), но не и кај групата со вежбање ($p = .52$). Телесната тежина, BMI индексот, како и концентрацијата на HDL холестеролот, поефикасно биле контролирани кај учесниците во диетарната интервенциона група. Но, и двете групи, и тие што биле на диета и тие што вежбале

имале намален степен на дебелеење, подобрување на хепаталните крвни проби (особено тие на маснотии), како и регулирање на дијастолниот крвен притисок во споредба со контролната група.

**Diabetes Care 2024 :dc240241.
doi: 10.2337/dc24-0241**

ПРОТОН ПУМПА ИНХИБИТОРИТЕ СЕ ПОВРЗАНИ СО МИГРЕНА И ОСТАНАТИ СИЛНИ ГЛАВОБОЛКИ

Протон пумпа инхибиторите (PPI), што се користат во контролата на ацидниот рефлукс, се поврзани со зголемување на ризикот на мигрена и останатите силни главоболки. Со примена на податоци од Националната здравствена и нутриционистичка анкета (NHANES), научниците направиле анализа и нашле дека сите типови на терапија што ја супресираат гастричната киселина биле поврзани со зголемен ризик на силна главоболка, вклучувајќи и мигрена, но PPI-те имале најголем ризик.

Оваа студија вклучила податоци од 11.800 луѓе над 20-годишна возраст, кои зеле учество во анкетата во периодот од 1999-2004 година, кога прашалникот содржел информации за присуство на мигрена и главоболка воектот на претходниот тримесечен период. Учесниците требале да примаат лекаства, препишани од нивните лекари или, пак, добиени без рецепта, како и нутриционистички суплементи воектот на еден месец пред анкетата.

Учесниците кои употребувале антиацидни лекови биле под зголемен ризик за мигрена или силна главолка. PPI лековите биле поврзани со 70% зголемен ризик за мигрена и главоболки, додека histamine receptor agonists (H2RAs, што вклучуваат циметидин, фамотидин и низатидин) имале 40% и 30% зголемен ризик респективно. Примената на која било ацидно супресивна терапија за 47% го зголемувала ризикот за главоболка.

Со оглед дека многу луѓе користат лекови за намалување на ацидниот рефлукс, луѓето со мигрена и силни главоболки кои ги применуваат овие лекови треба да се консултираат со своите лекари за тоа дали треба да продолжат со овие лекови, препорачуваат авторите.

**Neurology 2024;
[https://doi.org/10.1212/
CPJ.00000000002003](https://doi.org/10.1212/CPJ.00000000002003)**

КОРИСТ ОД PSA SCREENING – НАОДИ ОД АМЕРИКАНСКА СТУДИЈА

Американските држави што имаат големони во на скрининг на prostate-specific antigen (PSA) имаат помала инциденција на напреднат/метастазиран рак на простата како и смртност од рак на простата во понатамошниот животен век.

Авторите на оваа студија моделирале податоци од 2004 - 2012 година добиени по пат на национална телефонска анкета, што била спроведена за да се соберат податоци за здравјето на населението. Овој модел бил дополнително адаптиран со примена на Американскиот цензус за да се прилагодат податоците за возраст, раса, етничка припадност и степенот на сиромаштија. Со овој модел се проценила стапката на PSA screening во секоја околина на Соединетите Американски Држави на мажи помеѓу 40-79-годишна возраст, во времето од 2004 до 2012 година. Крајните примарни резултати биле инциденцата на напреднат рак на простатата (евидентирани помеѓу 2015 и 2019 година), како и стапката на морталитет помеѓу 2016 и 2020 година.

Во анализата биле вклучени податоци од 416.221 од учесниците на ова иследување, стратифицирани од 63.4 милион мажи на возраст од 40-79 години од сите 3143 американски околии. Резултатите говорат дека 10% поголема веројатност на PSA screening на ниво на околината, помеѓу 2004-2012 година било поврзано со 14% намалување на инциденцата за регионален или дистален рак на простатата што бил дијагностициран во периодот од 2015 - 2019 година (RR= .86; P<.001), како и со 10% намалена смртност помеѓу 2017 и 2020 година (RR, 0.90; P<.001).

**Eur Urol Oncol. 2024;7(3):563-569.
doi: 10.1016/j.euo.2023.11.020**

КАКО 'SECOND VICTIM SYNDROME' ВЛИЈАЕ ВРЗ ХИРУРЗИТЕ?

'Second victim syndrome' (SVS) е термин што се применува за да го опише трауматизирачкото искуство од страна на здравствениот работник по соочување со медицинска компликација или грешка. Се предвидува дека околу 50% од здравствените работници ќе се сочат со овој синдром, најмалку еднаш за време на нивната работна кариера, додека најмалку 20% од хоспитализираните пациенти ќе доживеат компликација за време на своето ле-

кување. Поедини специјалности се особено изложени на SVS, вклучувајќи хирургија, анестезиологија, педијатрија и гинекологија.

Манифестациите на SVS се индивидуални и варираат зависно од личноста и медицинската специјалност, со потенцијални долготрајни емоционални реперкусии врз личните животи и професионалната клиничка умешност на лекарите. Иако хирурзите се познати по тоа што се соочуваат со високо стресни и предизвикувачки ситуации што ја зголемуваат нивната вулнерабилност кон SVS. Најголем број од студиите и прегледите на литературата се имаат фокусирано на нехируршките медицински гранки.

Овој нов преглед на литературата имал за задача да ги консолидира постоечките студии за хируршкото искуство со SVS, испитувајќи ја преваленцијата и импактот на овој синдром. За ова, три база-бази (MEDLINE, EMBASE и Cochrane Library, од почетокот на издавање до 19 март 2023 година) биле користени за да се идентифицираат соодветните студии.

Вкупно 13 студии ги исполниле условите да бидат вклучени во овој преглед на литературата. Ефектите на SVS биле категоризирани, согласно со нивното влијание, на пр. психолошко физичко или, пак, личен импакт, со тоа што психолошкото и личното влијание се покажале како многу значајни. Факторите што влијаеле врз ваквиот одговор биле категоризирани како тип на компликација, фактори што биле детерминирани од страна на хирургот и поткрепата што тој/таа ја имал. Последниците варирале, од тие што влијаат врз личниот живот кај некоилуѓе или, пак, врз професионалната пракса кај другите. Последниците биле психолошки (на пр. срам, вина, анксиозност, тага или депресија), когнитивни (на пр. недостаток на емпатија, исцрпување и пост-трауматски стрес), социјални, културолошки, спиритуални и физички.

Наодите на овој преглед укажуваат дека SVS додава значаен психолошки, емоционален и физички стрес на личноста на хирургот. Клучните фактори што влијаат врз SVS интензитетот се персоналните, интерперсоналните и факторите од средината/околината што или ги ублажуваат или, пак, ги апострофираат ефектите. Поради ова, поголемо внимание треба да се посвети на унапредување на помош на хирурзите кои се под ризик на SVS.

**Am J Surg 2024; 229:5-14.
doi: 10.1016/j.amjsurg.2023.09.045**

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

СО ПРОФ. Д-Р ЖОЗЕФ ГЛИГОРОВ ОД УНИВЕРЗИТЕТОТ СОРБОНА

Професор по медицинска онкологија на светски престижниот Универзитет Сорбона. Работи на Одделот за медицинска онкологија во болницата Тенон, Париз. Тој е извршен директор на Универзитетскиот институт за рак на Сорбона, потпретседател на Францускиот национален колеџ за образование за рак, коосновач и претседател на Медитеранската асоцијација за онкологија, за радиотерапија и медицинска онкологија



Долгорочните
инвестиции мора да се
одвојат од партиски
- политички спорови
и да одговорат на
епидемиологијата на
болестите во земјата

Професоре, вие сте светски етаблиран во својата професија. Зошто онкологијата беше вашиот предизвик?

Животните коинциденции први ме наведоа да студирам медицина. На крајот од средното училиште, како и многу други, се двоумев помеѓу неколку правци. Но, она што најмногу ме интересираше беше биологијата, а комбинирањето на науката со практиката ми сечинеше дека е идеален избор. Кога ги започнав студиите по медицина, сè уште беа случајните средби со моите професори, дискусиите со колегите од Факултетот, но пред сè искуствата од односитес одредени пациенти кои ме водеа кон онкологија. Тоа е специјалност којашто колку што е тешка толку и наградувачка, колку што е беспомошна толку е и надежна и која е на раскрсницата на истражувањето и практиката.

Денес медицината забрзано се движи во нагорна линија. Сметате ли дека морталитетот од карциномите е видно намален и на кои нови научни достигнувања се должи тоа?

Сè зависи од нивото на анализа на кое се поставуваме. На глобално ниво, инциденцата на рак и смртноста од рак продолжуваат да се зголемуваат. Ваквото зголемување, во суштина, се должи на севкупното стареење на населението, а особено во земјите во развој каде што ракот е сè почест. Но, за жал пристапот до оптимални третмани станува сè потежок.

Во исто време, а што е уште позначајно за овие земји, политиката за превенција е многу често недоволна, без разлика дали се однесува на скрининг за најчестите видови на рак или примарна превенција преку намалување на факторите на ризик како што се пушењето, промовирање на одредени вирусни вакцини (ХПВ или ХБВ), да не зборуваме за факторите на животната средина.

Од друга страна, воземјите каде што овие стратегии ги промовираат држав-

ните органи, јасно гледаме намалување на смртноста од одредени видови на рак.

Ваша потесна експертиза е ракот на дојка. Колку Франција е посветена на подигнување на свесноста за ракот на дојка и дали имате сознанија колку во Македонија се работи на едукацијата, на превентивни програми или на рана дијагностика?

Примарната превенција е многу ограничена кај ракот на дојка, освен профилактичката мастектомија која се препорачува само кај жени кои носат генетски варијанти изложени на ризик од радна дојка, што претставува помалку од 10% од случаите на рак на дојка.

Од друга страна, секундарната превенција, односно скринингот, очигледно има интерес да овозможи порано и поедноставно лекување на ракот на дојка. Овој скрининг се состои од правеење мамографија на секои две години, почнувајќи од 40 до 50-годишна возраст, во зависност од земјата и продолжувајќи до 70-годишна возраст или повеќе. Кога се спроведува, треба да биде придружен со информативна кампања за населението во која ќе се

Смртноста од рак е висока во Северна Македонија и меѓу највисоките во Европа. Врз основа на податоците што ги имаме, всушност се демонстрира недостаток на ефикасна примарна превенција на национално ниво (што не е едноставно), на скрининг за најчестите видови рак, но и на правичен пристап до неа и третман

Објасни користа од скринингот, а исто така и критериумите за квалитет во врска со снимањето мамографијата и од радиологијата. Навистина, двојното читање на мамографските слики гарантира подобро ниво на скрининг.

Во контакт сте со колегите од овде. Сметате ли дека кај нас доволно се вложува во програмите за борба против ракот, имаме ли ефективната стратегијата?

Одговорот на ова прашање пред сè мора да го исцрпиме од јавно-здравствените власти, односно од статистичките податоци на земјата. Смртноста од рак е висока во Северна Македонија и меѓу највисоките во Европа. Врз основа на податоците, за заплетот што ги имаме, всушност се демонстрира недостаток на ефикасна примарна превенција на национално ниво (што не е едноставно), на скрининг за најчестите видови рак, но и на правичен пристап до неа и третман. Но, постојат и други проблеми со јавното здравје кои се многу чести, како што се кардиоваскуларните заболувања и метаболичките заболувања. Програмите за јавно здравје се долгорочни инвестиции што мора да се одвојат од партиски - политички спорови и да одговорот на потребите прилагодени на епидемиологијата на болестите во земјата. Во последниве години, можеме само да видиме дека од една страна, нивото на знаење за болестите на ракот само расте, а исто така севкупното ниво на обука на онколозите во светот, вклучително и во Северна Македонија, се подобрува. Но, останува суштинското прашање за пристап до овие иновации.

Математиката при анализа за тоа колку чини лекувањето на ракот е навистина висока. Тоа е особено тешко за пациентите во една мала држава како нашата. Постои ли механизам со којшто на засегнатите може да им се олесни борбата против болеста?



Само глобалната меѓународна акција ќе овозможи да се врати „разумната“ цена на третманите за рак, но во меѓувреме, најскромните земји и пациентите кои треба да се лекуваат во нив, се најказнети.

Иновативните третмани стануваат сè поскапи. „Имунолошката“ револуција со производство на терапевтски антитела или модификација на нашите сопствени имунолошки клетки овозможува вистински терапевтски чуда во споредба со историските третмани. Сите овие иновации имаат развојна цена. Овој трошок води до многу високи цени, ставајќи ги здравствените финансии во големи тешкотии дури и во најбогатите земји, а камо ли во земјите со ограничени ресурси. Само глобалната меѓународна акција ќе овозможи да се врати „разумната“ цена на третманите за рак, но во меѓувреме, најскромните земји и пациентите кои треба да се лекуваат во нив, се најказнети.

Како универзитетски професор, може ли да направите паралела за тоа каква едукација добиваат докторите во Франција во споредба со Македонија?

Човечките суштества се еден од животинските видови кои инвестирале најмногу во комуникацијата и информациите. Повеќе од еден век се преселивме од знаењето пренесено со книги до она достапно за секого на интернет. Демократизацијата на знаењето не е без последици, без разлика дали тоа е на ниво на знаење за пациентите за нивната болест и за најдобрите можни третмани, сепак тука влегуваат и ризиците од погрешни информации кои се додаваат на провереното знаење.

Моите колеги од Северна Македонија имаат ниво на обука што е добро и кое може да се одржи со различни постоечки меѓународни курсеви за обука. Но, она што можеби најмногу недостасува, според мене, е практиката на користење иновативни терапии. Тешкотиите во пристапот веројатно доведува до фрустрација поради неуспехот да се трансформира теоријата во праксата, без да се заборава тешката ситуација и да се знае што би можело да биде корисно за пациентот кој ви ја доверува својата судбина.

На што сте особено горд?

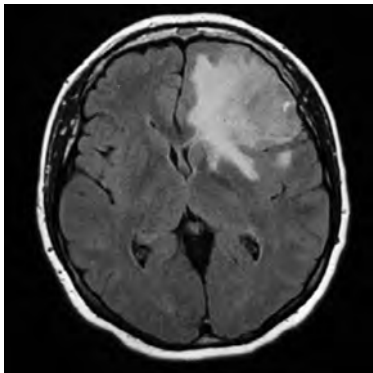
Довербата на пациентите и нивната благодарност, особено кога заедно градиме стратегии за лекување што ќе им овозможи да продолжат да прават животни планови.

За гласилото на Лекарска комора – Vox Medici имате дадено интервју во 2017 година. Оттогаш досега, што има ново кај вас?

Борбата продолжува, а ние одиме кон нови победи.

Дисрупција на крвно-мозочната бариера – круцијална за достава на хемотерапевтски лекови во третман на глиобластом

Glioblastoma multiforme, најчестата форма на малиген примарен тумор на мозокот, е агресивен тумор со висока стапка на смртност. Стапките на инциденца варираат низ целиот свет, додека преваленцијата се проценува на 1/100.000 луѓе на глобално ниво. Инциденцата значително сеголемува со возраста, а средната возраст при дијагнозата е околу 64 години и е почеста кај мажите. Иако глиобластомот е релативно редок, поради неговата агресивна природа, тој има значително влијание врз засегнатите лица, инвазивност, хетерогеност и нецелосна ресекција, поради што третманот е многу отежнат (слика 1). Целните терапии имаат голем потенцијал, меѓутоа нивната ефикасност е првенствено ограничена со лошата дистрибуција во мозокот поради присуството на крвно-мозочната бариера.



Слика 1.
Глиобластом,
НМР скен

Глиобластомот има стапка на преживување во првите пет години од дијагнозата од само 6,8 проценти, дури и со примена и на најмоќните хемотераписки лекови бидејќи тие не може да навлезат низ крвно-мозочната бариера. Во физиолошки услови, таа делува како одбранбена линија, правејќи дополнителен ѕид околу мозокот со кој се спречува токсините и патогените агенси да навлезат во оваа толку клучна област на телото. Затоа, репертоарот на лекови што може да се користат за лекување на болестите на мозокот е многу ограничен.

Истражувањата на голем број научнитимови се посветени на употребата на ветувачки стратегии за испорака на лекови со целна достава до туморите на мозокот, преку различните пристапи за заобиколување или премостување на крвно-мозочната бариера (слика 2).

Неколку нови научни откритија за третман на овој мозочен тумор претставуваат светилник на надеж за пациентите. Овие иновативни пристапи се:

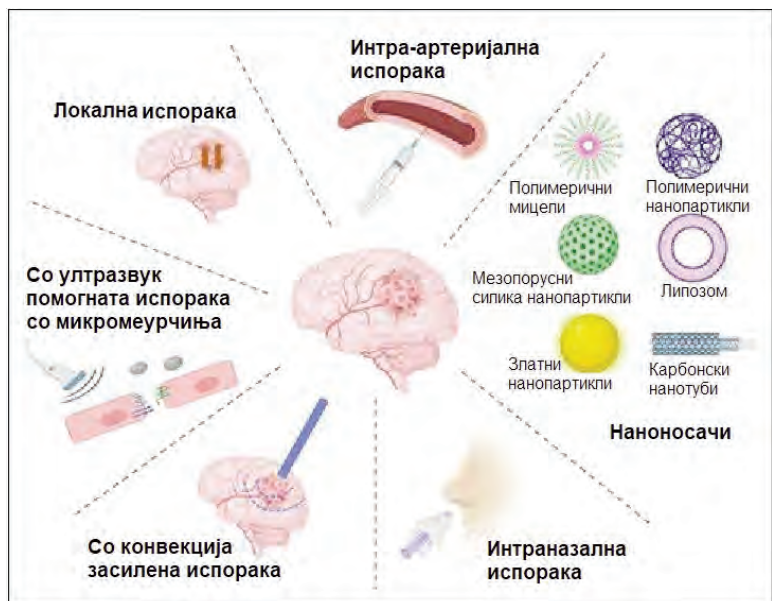
- Вакцина – тестирана е во клинички студии коишто покажале ветувачки резултати;
- mRNA вакцина - која поттикнува силен имунолошки одговор против глиобластомот. Оваа вакцина се оценува во хумани клинички студии коишто досега покажала охрабрувачки резултати;
- Терапија со CAR-T клетки - која покажала драматични резултати во клиничките студии. Оваа терапија ги модифицира сопствените клетки на пациентот за да се борат против ра-

кот, што се покажало преку значајно намалување на туморот кај некои пациенти;

- Техника со пулсни ултразвучни бранови – клучното откритие е во тоа што тоа е начин да се отвори крвно-мозочната бариера и така да се овозможи премин на потребните лекови. Оваа нова техника со пулсни ултразвучни бранови за само четири минути може да помогне во лекувањето на глиобластомот.

Во 2014 година, научниците за првпат откриле дека може да се користат ултразвучните бранови за да се пробие крвно-мозочната бариера. На ова откритие се засновува и студијата на Sonobend и сор. објавена во The Lancet Oncology во мај 2023 г. Ова големо откритие направи потенцијално огромен напредок во третманот на глиобластомот. Трудот ги презентира резултатите од клиничкото испитување на 17 пациенти (фаза 1 на клиничка студија во која има ескалација на дозите на лековите).

Во оваа студија на сите пациентите име извршена операција за ресекција или отстранување на туморите, а потоа е вграден ултразвучен уред кој произведува пулсен ултразвук со низок интензитет со истовремена администрација на интравенски микромеурчиња. Уредот, кој во внатрешноста на черепот создава пулсни ултразвучни бранови, ја отвора крвно-мозочната бариера за да може интравенозната хемотерапија да достигне доткивата каде што расте малигниот тумор – што се потврдило со давање на флуоресцентна боја која ја минала крвно-мозочната бариера (слика 3). Целта на студијата била да ја проценат безбедноста и фармакокинетиката на паклитаксел



Слика 2. Различни пристапи за заобиколување или премостување на крвно-мозочната бариера

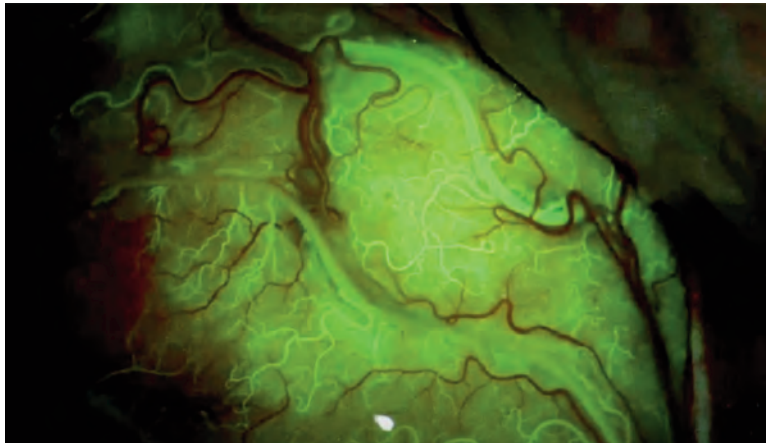
врзан за албумин и да ја подобри испораката до перитуморското мозочно ткиво на пациенти со рекурентен глиобластом.

Со користење на мрежа од девет имплантабилни емитери на ултразвук во черепот (The SonoCloud-9 device), направена од француската биотехнолошка компанија Carthera, може да се отвори крвно-мозочната бариера во волумен на мозокот кој е девет пати поголем од волуменот на мозочно ткиво во кој се отвора крвно-мозочната бариера кога се применуваат импланти со единечни емитери на ултразвук, какви што и пред тоа се користеле. Ова значително помага во лекувањето на голем дел од мозокот кој е веднаш до шуплината која останува по отстранување на туморот.

Оваа студија исто така е прва која покажала колку брзо се затвора крвно-мозочната бариера откако ќе се отвори со ултразвучните бранови – се затвора во првите 30 до 60 минути по комуникацијата. Ова сознание се смета дека ќе помогне за да се оптимизира доставата на лековите со што ќе се овозможи нивна подобра пенетрација во мозокот.

Постапката за отворање на крвно-мозочната бариера трае само четири минути и се изведува на пациент кој е буден. Отворањето на крвно-мозочната бариера резултирало со приближно четири до шест пати повисоки концентрации на лекот во човечкиот мозок. Ова зголемување е забележано со хемотерапија со паклитаксел врзан со албумин и даден со интравенозна инфузија на секои три недели, до вкупно шест циклуси, со ескалација на дозата. Овој лек обично не се користи за лекување на пациенти со глиобластом, бидејќи не ја преминува крвно-мозочната бариера во нормални околности. Резултатите покажале дека третманот е безбеден, добро се поднесува и од оние пациенти кои поминале и до шест циклуси на третман. Веќе е во теки клиничкото испитување во фаза 2.

Според Sonobend и сор., сегашната хемотерапија, што се користи за глиобластом (темозоломид), навистина ја преминува крвно-мо-



Слика 3. Флуоресцентната боја ја минува крвно-мозочната бариера преку примена на пулсни ултразвучни бранови со низок интензитет.

зочната бариера, но во мали концентрации. Претходните студии, во кои се инјектирал паклитаксел директно во мозокот на пациентите, имале ветувачки ефекти, но директното инјектирање било поврзано со токсичност, како што се иритација на мозокот и менингитис.

Иако овие испитувања се фокусирани на ракот на мозокот, откријата со кои е најден начинот да се отвори крвно-мозочната бариера, ја отвораат вратата и за истражување на нови медикаментозни третмани за милиони пациенти кои страдаат од различни мозочни заболувања, како што се Паркинсоновата и Алцхајмеровата болест, за кои веќе се направени неколку истражувања.

Подготвила
проф. д-р Катица Зафировска

Библиографија

- Park J A et al. Evaluation of permeability, doxorubicin delivery, and drug retention in a rat brain tumor model after ultrasound-induced blood-tumor barrier disruption. *J Control Release*. 2017; 250: 77-85
- Abraham AM et al. First-in-human trial of blood-brain barrier opening in amyotrophic lateral sclerosis using MR-guided focused ultrasound. *Nat Commun*. 2019; 10:4373
- Aldape KB et al. Challenges to curing primary brain tumours. *Nat Rev Clin Oncol*. 2019; 16: 509-520
- Asquier NB et al. Blood-brain barrier disruption in humans using an implantable ultrasound device: quantification with MR images and correlation with local acoustic pressure. *J Neurosurg*. 2019; 132: 875-883
- Carpentier AC et al. Clinical trial of blood-brain barrier disruption by pulsed ultrasound. *Sci Transl Med*. 2016; 8:343re2
- Chamberlain MC Kormanik P. Salvage chemotherapy with paclitaxel for recurrent primary brain tumors. *J Clin Oncol*. 1995; 13: 2066-2071
- Choi JJ et al. Molecules of various pharmacologically-relevant sizes can cross the ultrasound-induced blood-brain barrier opening in vivo. *Ultrasound Med Biol*. 2010; 36: 58-67
- Epelbaum S et al. Pilot study of repeated blood-brain barrier disruption in patients with mild Alzheimer's disease with an implantable ultrasound device. *Alzheimers Res Ther*. 2022; 14: 40
- Gasca-Salas C et al. Blood-brain barrier opening with focused ultrasound in Parkinson's disease dementia. *Nat Commun*. 2021; 12: 779
- Heimans JJ et al. Paclitaxel (taxol) concentrations in brain tumor tissue. *Ann Oncol*. 1994; 5: 951-953
- Idbaih A et al. Safety and feasibility of repeated and transient blood-brain barrier disruption by pulsed ultrasound in patients with recurrent glioblastoma. *Clin Cancer Res*. 2019; 25: 3793-3801
- Mainprize T et al. Blood-brain barrier opening in primary brain tumors with non-invasive MR-guided focused ultrasound: a clinical safety and feasibility study. *Sci Rep*. 2019; 9: 321
- Marty B et al. Dynamic study of blood-brain barrier closure after its disruption using ultrasound: a quantitative analysis. *J Cereb Blood Flow Metab*. 2012; 32: 1948-1958
- Meng Y et al. MR-guided focused ultrasound enhances delivery of trastuzumab to HER2-positive brain metastases. *Sci Transl Med*. 2021; 13:eabj4011
- Sonabend AM Stupp R Overcoming the blood-brain barrier with an implantable ultrasound device. *Clin Cancer Res*. 2019; 25: 3750-3752
- Sonabend et al. Repeated blood-brain barrier opening with an implantable ultrasound device for delivery of albumin-bound paclitaxel in patients with recurrent glioblastoma: a phase 1 trial. *Lancet Oncology* 2023, Volume 24, p:509-22, Maj 2023 DOI:https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00112-2
- Zhang DY et al. Ultrasound-mediated delivery of paclitaxel for glioma: a comparative study of distribution, toxicity, and efficacy of albumin-bound versus Cremophor formulations. *Clin Cancer Res*. 2020; 26: 477-486

Во организација на Комисијата за спорт се одржаа повеќе спортски настани

Во организација на Комисијата за спорт на Лекарска комора, изминатиот период се одржаа повеќе спортски настани.

Во април, во Штип, се одржа турнир во шах со најмасовно учество досега. Во многу интересна и неизвесна борба победникот се одлучи во последното коло. Првото место го освои д-р Пеце Петрески, второпласиран беше д-р Мите Зафиров и на третото место беше д-р Вело Марковски.



Во стреланата „Стрелец“ во гимназијата „Раде Јовчевски Корчагин“, во април, се одржа и турнир во спортската дисциплина стрелаштво. Златен медал освои д-р Толе Битовски, физијатар од Здравствен

дом – Скопје. Со сребрен медал се закити д-р Александар Каревски од ГОБ „8 Септември“, а бронзен медал освои д-р Саво Трајановски од приватна ординација по физикална терапија.

Комисијата за спорт организираше и турнир во пинг - понг за доктори. Докторите демонстрираа одлична игра, а квалитетот на турнирот со своето учество го збогатија колегите од Косово.

Првото место го освои д-р Александар Нолевски, второ место д-р Душко Домазетовски, а на трето место беше пласиран д-р Петар Карески.



Тениски турнир 28 Medical Open во „Акватен“, Кочани

На 17.06.2024 год. во „Акватен“ во Кочани се одржа тенискиот турнир „28. Medical Open“.

На турнирот наградите по категории ги освоија:

Мажи (доктори до 50 години)

1. место: д-р Благој Темелков
2. место: д-р Ѓорѓи Стојковски

Мажи (доктори над 50 години)

1. место: д-р Благој Темелков
2. место: д-р Ѓорѓи Стојковски

Жени

1. место: д-р Драгица Томовска
2. место: д-р Елена Николовска
3. место: д-р Јулија Крстева

Двојки

- Победници:
д-р Ѓорѓи Стојковски/
д-р Благој Темелков



Доктор Кедев го освои Макалу

Македонскиот кардиолог д-р Сашко Кедев, се искачи на врвот Макалу, висок 8.485 метри, петти највисок планински врв во светот и десетти за него врв со над 8.000 м.

Доктор Кедев е третиот Македонец што го има освоено највисокиот врв на планетата Монт Еверест (8.849 м), а ги има искачено и К2 (8.611 м), Лотсе (8.516 м), Чо Оју (8.188 м), Даулагири (8.167 м), Манаслу (8.163 м), Нанга Парбат (8.126 м), Анапурна (8.091 м) и Брод Пик (8.051 м).

Атрибутите на современиот професионален лекар

Медицината е многу повеќе од збир на знаење за болестите. Таа ги вклучува и искуствата, чувствата и толкувањата на човечките суштества во често вонредни моменти на страв, вознемиреност и сомнеж. Во оваа исклучително ранлива позиција, токму медицинскиот професионализам ја поткрепува довербата што јавноста ја има во лекарите и тој е срцевината на дефиницијата на добар лекар.



Професионалниот лекар е дефиниран не само со тоа што тој или таа мора да го знае и да го прави, туку што е поважно, дефиниран е и со длабокото чувство за тоа што и каков треба да биде. Тоа што мора да биде е да е професионалец со јасно опишано однесување.

Jordan COHEN, претседател на Здружението на американски медицински колеџи

Професионализмот е важна компонента на напишаниот договор меѓу медицината и општеството. Не само што лекарите треба да донесуваат добри одлуки за пациентите врз основа на доказите во литературата, туку треба да ги применуваат на начин кој е професионален.

Професионализмот може да се дефинира како збир на вредности, однесувања и односи кои ја поткрепуваат довербата што јавноста ја има во лекарите. Поточно, тој вклучува интегритет, сочувство, алтруизам, постојано усовршување, извонредност и партнерство со членовите на поширокиот здравствентим.

Дали медицинскиот професионализам е важен за пациентите? Иако недостигаат докази дека повисокиот степен на професионализам неизбежно би довел до подобри здравствени резултати, пациентите секако го разбираат значењето на лошиот професионализам и го поврзуваат со лошата медицинска нега. Јавноста добро знае дека отсуството на професионализам е штетно за нејзините интереси.

Професионализмот во медицината денес

Денес, професионализмот во медицината привлекува сè поголемо внимание кај лекарите и медиумите. Сведоци сме на големи предизвици од страна на пациентите, здравствените менаџери и одвладата кои произлегуваат од нивните зголемени очекувања за професионализам на докторите. Медицинскиот професионализам е порелевантен сега од кога било досега, делумно поради честите случаи од висок профил кои укажуваат на лош професионализам. Всушност, многу од поплаките поврзани со здравството се однесуваат на однесувањето на лекарите, а не на нивното недоволно знаење.

Ваквата состојба укажува на важноста од редефинирање и развивање на професионализмот уште во тек на медицинските студии. Тој треба да биде неопходна компетентност која ќе се стекнува низ континуумот на додипломско и постдипломско медицинско образование. Одредени лоши однесувања на почетокот на медицинското образование се покажало дека корелираат со непрофесионалното однесување во текот на кариерата на лекарот и затоа, треба да се биде внимателен при едукацијата на студентите и специјализантите, да се бараат тие лоши однесувања и да им се предочат. Но, исто така, тоа се очекува и од оние кои ги едуцираат. Една студија на 665 студенти по медицина од трета и четврта година во САД покажала дека 98% од студентите биле сведоци на „непрофесионално однесување“ од страна на нивните наставници.

Авторите на едно американско истражување предложиле 68 показатели за професионализам кои произлегуваат од испитаните фокус-групи меѓу пациентите, медицинските сестри и лекарите. Оваа студија покажала голем јаз во согледаната важност на разните аспекти на професионализмот. На пример, 79,4% од пациентите сметале дека „подготвувањето на докторот пред да се види со пациентот“ е многу важен аспект за професионализам, наспроти на само 35,1% од лекарите кои го делеле истото мислење. Изненадувачки, облекувањето не ги исполнило критериумите за важност како бихејвиорален знак на професионализам, што е спротивно, на пример, со препораките на Генералниот медицински совет (ГМС) во Обединетото Кралство кои бараат студентите и лекарите да се облекуваат на „соодветен и професионален начин“. Оваа контрадикција на тој начин ја истакнува тешкотијата во сеопфатното дефинирање на медицинскиот професионализам. Друг пример за ова е податокот дека некои лекари сметаат дека е непрофесионално лекарите да штрајкуваат, додека други сметаат дека е професионална должност да се преземат мерки кога безбедноста на пациентите е загрозувана од неуспехите во здравствениот систем.

Атрибути на современиот медицинскиот професионализам

Професионализмот денес е повеќе од возвишен идеал; тој поим опфаќа: кои се лекарите, како работат и какви вредности почитуваат. Тој е секојдневно испишан во одлуките што тие ги носат, во начинот на кој ги третираат своите колеги и пациенти и во начинот на кој се гледаат себеси.

Артикулирањето на модерниот професионален идентитет треба да им помогне на лекарите да ја разберат и да ја преземат уникатната улога што ја играат во здравствената заштита и општество-

то воопшто, а дискусиите за професионализмот треба да го разјаснат моменталниот контекст во кој се обезбедува здравствена заштита. Тој контекст е одреден со порастот на мултиморбидитетот, персонализираната медицина, зголемената употреба на информатичката технологија и вештачката интелигенција, еволуирачката улога на жените во општеството и во медицината, како и големиот притисок под којшто е постојано здравствениот систем. Модерниот професионализам, исто така, треба да инспирира доверба и гордост за занимањето лекар и да обезбеди чувство на идентитет, што е корисно како за пациентите, така и за сите здравствени работници и за организациите во кои работат.

Идејата за професионализмот заснована на „мајсторство, автономија, привилегии и саморегулација“ е веќе застарена. Таа идеја идентификуваше шест теми - лидерство, тимови, образование, оценување, кариера и истражување, кои не е за изнадавање, се преклопуваат со карактеристиките идентификувани во новите дефиниции за професионализам кои определуваат седум улоги на современиот лекар. Новиот пристап дефинира што им е потребно на лекарите за да бидат успешни во секоја од седумте улоги и што можат да направат за да ја унапредат својата компетентност во секоја улога.

Медицинските факултети имаат тенденција да се концентрираат на знаењата и вештините кои се неопходни, но тоа не е доволно за да се биде исцелител и цел живот да се зголемува компетентноста во секоја од седумте улоги. Ниту еден лекар веројатно нема да биде врвен во сите улоги, но јасно е дека да се биде одличен дијагностичар или оператор нема да биде доволно за да се биде лекар од прва класа во 21-от век.

Атрибутите на современиот професионален лекар се однесуваат на седум аспекти на професионалната пракса - лекарот како:

1. Исцелител
2. Партнер на пациентот
3. Тимски работник
4. Менаџер и лидер
5. Ученик и учител
6. Застапник
7. Иноватор

Лекарите како исцелители. Нашата професија е да лекуваме/исцелуваме. Кога работиме со пациент, ние затој пациент, во неговите конкретни околности, применуваме исцелувачко делување кое треба да е правилно и добро. **Правилно** исцелувачко дејство е она што го применуваме на основана научните ина клиничките докази, додека **доброто** делување ги зема предвид вредностите и преференциите на пациентот и е во согласност со сопствената клиничка проценка на лекарот. Значи, за да бидат успешни во оваа улога, лекарите мора да имаат знаење и да поседуваат технички вештини во согласност со најновите научни сознанија, но јасно е дека тоа најчесто нема да биде доволно за да се олеснат страдањата на пациентите. За тоа е потребно да бидат и сочувствителни, активни слушатели, да го споделуваат авторитетот со пациентите, да бидат посветени на својата работа и доверливи. „Малите нешта“, како на пример, како се поздравуваат со пациентите, се многу важ-

низа нивното за здравување, а лекарите мора да бидат подготвени - особено со пациентите на крајот на животот - да водат и „тешки разговори“, наместо едноставно само да препишуваат нови третмани. За да се биде ефикасен исцелител, лекарот треба постојано да се грижи и за самиот себе.

Знаењето кое лекарите треба да го поседуваат може да се дефинира како когнитивно и некогнитивно. Когнитивното знаење се однесува на знаењето за добивање на податоци, поставување дијагноза, одредување на третман, способност да се изведат одредени процедури и знаење за употреба на информатичката технологија. Но, компетентноста во професионализмот вклучува и некогнитивни вештини, како што се:

- Комуникација (јазик, емпатија, интегритет, сочувство);
- Соработка (одговорност, почит, должност);
- Постојано усовршување (препознавање на ограничувањата, мотивација за усовршување).

Вредности	Однесувања
Одговорност	<ul style="list-style-type: none"> • Ги извршува зададените задачи
	<ul style="list-style-type: none"> • Пристигнува на време • Прифаќа вина за неуспех
Зрелост	<ul style="list-style-type: none"> • Нема несоодветни барања
	<ul style="list-style-type: none"> • Не е навредлив и критичен во време на стрес
Комуникациски вештини	<ul style="list-style-type: none"> • Знае да слуша
	<ul style="list-style-type: none"> • Не покажува непријателство, погрдно и сарказам
	<ul style="list-style-type: none"> • Не е гласен и не прекинува кога друг зборува • Ја чува доверливоста на пациентот
	<ul style="list-style-type: none"> • Трпелив е
Почит	<ul style="list-style-type: none"> • Сензитивен е за физичките и емоционалните потреби на пациентот
	<ul style="list-style-type: none"> • Не е пристрасен и не се однесува дискриминаторски

Табела 1. Примери на поврзување на вредностите на професионализмот со специфични однесувања

Некои од овие некогнитивни вештини или вредности, може да се поврзат со специфични однесувања (табела 1).

Лекарите како партнери на пациентите. Една од најголемите промени во начинот на кој се практикува медицината денес е преминот од тоа пациентите да бидат молителите од кои се очекува да го следат советот на лекарот, до тоа да бидат активни партнери (слика 1).

За многу лекари оваа транзиција не е лесна, но факте дека сега во ерата кога најчесто пациентите имаат повеќе морбидитети и хронични состојби, сега тие, а не лекарите, имаат поголема моќ да го постигнат својот најголем потенцијал. За докторите да успеат во улогата да бидат партнери со пациентите треба како вредности да поседуваат интегритет, почит и сочувство.

Модели на односот лекар/пациент



Слика 1. Еволуција на односот лекар/пациент

Лекарите како тимски работници. Поголемиот дел од здравствената заштита сега се обезбедува од тимови, а ефективната тимска работа е од суштинско значење за висококвалитетна здравствена заштита. Лекарите денес се членови на многу различни тимови. Иако важноста на тимската работа е одамна препознаена, сепак продолжува да биде недоволно применета. Во тимската работа од особена важност е учењето во рамките на тимовите со различен состав. Тимовите може најмногу да научат преку дискусии за одредени настани, особено за настани кои не завршиле добро.

Лекарите како лидери. Сите лекари се лидери, без разлика дали го препознаваат тоа или не. Некои имаат формални лидерски позиции, но повеќето се лидери според начинот на кој работат и делуваат секој ден. Докажете за моќта на клиничкото лидерство постојано растат. Тие ги водат колегите, особено помладите и студентите по медицина, но и пациентите и другите членови на здравствениот тим. Но, лидерството подразбира и постоење на следбеници на лидерите, а професионализмот бара лекарите да ги развиваат своите вештини и како лидери и како следбеници. Двете улоги претставуваат предизвик за лекарите, особено за оние кои некогаш биле херојски поединци и сè уште имаат тенденција така да се гледаат себеси.

Лекарите како менаџери. Ако лекарите имаат проблеми да размислуваат за себе како лидери, тие имаат уште поголеми проблеми да размислуваат за себе како менаџери. Но, реалноста дека лекарите работат во сè покомплексни системи кои често бараат повеќе од менаџерите, вклучително и од лекарите, отколку што се бара од компаниите кои остваруваат профит, бидејќи тие имаат многу поедноставни цели од оние на лекарите. Лекарите, истотака, носат голем број на одлуки кои го одредуваат протоколот на ресурси во здравствените системи и, иако тоа може да не им се допаѓа, медицинските професионалци мора да обрнат внимание и на ресурсите.

Лекарите како учители и ученици. Полесно прифатлива улога за лекарите е улогата на учител и ученик. Секој лекар препознава колку брзо се менува медицинското знаење, а доаѓањето на персонализираната медицина и потребата од користење на нова технологија, значи дека лекарите мора да учат секој ден. Тие, исто така, мора да научат и нови начини на однесување: да ги третираат пациентите како еднакви, да работат во тимови и да научат да управуваат со ресурсите. Исто како што лекарите се лидери, тие се и учители: им предаваат на помладите, на колегите, на другите здравствени работници и на пациентите, што бара вештини кои се различни од традиционалното работење како доктор.

Лекарите како застапници. Професионализмот бара лекарите да се залагаат во име на своите актуелни пациенти, на пациентите воопшто и во име на идните пациенти – пред сè, да се залагаат за нивната безбедност. Лекарите бавно ја препознаат сеприсутноста на медицинската грешка и потребата безбедноста на пациентите да им биде од највисок приоритет. Професионализмот, исто така, подразбира лекарите да се залагаат и за социјалните детерминанти на здравјето, особено за сиромаштијата и нееднаквоста. Преку нивната научна обука и презентација, тие треба да бидат слушнати како зборуваат и за, на пример, климатските промени како главната закана за здравјето на сите луѓе.

Лекарите како иноватори. Конечната карактеристика што ја опфаќа новата дефиниција на професионализмот е докторот како иноватор. Подобрувањето на јавното здравје и грижата за пациентите и чувањето на одржлив здравствен систем, бараат иновации, не само во технологијата, туку и во однесувањата и во системите. Лекарите треба да ги поттикнуваат иновациите и да научат да работат со иновации смислени од други, како на пример, начинот на кој лекарите учат да работат во ерата на информатичката технологија и во најскоро време со вештачката интелигенција. Веројатно е дека машините ќе прават многу работи подобро од лекарите, а лекарите ќе треба да се прилагодат на тоа, да научат дека треба да го прават тоа што го можат најдобро што можат, но во исто време да дозволат пациентите да имаат корист и од способностите на машините.

За студентите и лекарите ваквите списоци во кои е наброено сè она што е барање на современиот медицински професионализам може да биде застрашувачко. Но, особено е важно и корисно лекарите и студентите да можат да препознаат непрофесионално однесување кај другите. Тука треба да се споменат и негативните примери од медиумите, особено од телевизиските емисии, како Анатомијата на Греј, Д-р Хаус и Скрабс, во кои прикажаните лекари често се модели на непрофесионално однесување. Но, токму затоа, сегменти од овие емисии се добри како материјали за дискусија при обука на студентите и лекарите, прашувајќи ги што мислат за одредена сцена или што не е во ред со однесувањето на лекарите во неа.

Одраз на новите барања за професионализам врз благосостојата на докторите

Новите идеите за професионализмот се фокусираат на атрибутите кои се потребни за современиот лекар да ги исполни своите улоги како исцелител, иноватор, истражувач и партнер на пациентот. Но, голем дел од размислувањата околу медицинскиот професионализам остануваат вкоренети во идеализираната, традиционална и патерналистичка основа за самопожртвуваност и ус-

луга на човештвото, во која перципираниот добар лекар дава приоритет на грижата за својот пациент пред сè друго. Менталните и физичките оптоварувања предизвикани од живеењето според овој стандард може да бидат влошени од многу фактори коишто влијаат на благосостојбата на лекарот, вклучително балансирањето на домашниот и работниот живот. Логично е да се постави и прашањето за тоа каков ќе биде ефектот кога другите аспекти на професионализмот, како што е автономијата, ќе бидат нагризани и дали тогаш ќе остане само обвивката од вредности кои се штетни за лекарите и нивната благосостојба?

Еден преглед во *The Lancet* покажува дека менталните болести, употребата на супстанции и самоубиството се едни од водечките проблеми во здравјето на лекарите. Доказите за ова доаѓаат главно од опсервациони студии со многу малку податоци за состојбата во земјите со низок и среден приход. Но, во земјите со високи приходи, постојано и безогледна географијата или медицинската специјалистичка област, стапките на депресија, анксиозност, посттрауматско стресно растројство и употребата на алкохол имаат тенденција да бидат повисоки кај докторите отколку кај општата популација. Стапките на самоубиства се повисоки кај лекарите отколку во другите професии, при што женските лекари се изложени на посебен ризик (во општата популација, мажите имаат тенденција да имаат повисоки стапки на самоубиства отколку жените, така што овој наод е особено загрижувачки). Во САД, проценките сугерираат дека секој ден по еден лекар умира поради самоубиство. Исцрпеноста и согорувањето на работа се дополнителен проблем. Авторите укажуваат дека „можно е да согорите на работа и да не сте депресивни, и обратно“. Многу се факторите на ризик за многу нарушувања на менталното здравје и исцрпеноста кај лекарите: лишувањето од сон, прекумерни или конфликтни барања кои произлегуваат од работата, прекувремена работа и нерамнотежа на домашниот и работниот живот.

Низ призмата на барањата за професионализам на современиот лекар, може да биде тешко да се балансираат потребите на лекарот и потребата за безбедност и здравствена нега на пациентите. Конструирањето на збир на вредности околу професионализмот е голема придобивка бидејќи овозможува обединетост во големата општествена мисија на лекарите и им користи и на пациентите и на колегите преку создавање на дефинирани стандарди на однесување. Но, тоа има и негативни страни. Карактеристиките и правилата на професионализмот се направени од лидери кои често се избираат од тесна група на кандидати кои не ја вршат тешката работа во првата линија. Овен тоа, природна е нивната пристрасност да ја задржат моќта, создавајќи збир на очекувања според кои може да живеат само тие, а притоа имаат и чувство на удобност во тоа што може да означат некои однесувања и карактеристики како професионални или непрофесионални. Овој тип на професионализам може во својата основа да има елемент на казна и да ја жртвува психолошката безбедност на лекарите. Таквото едноставно размислување, исто така, спречува дискусија за благосостојбата на лекарот и ги поддржува оние општествени вредности кои се бараат од него, а поради кои постојано недоволно се инвестира во лекарите, постојано барајќи да направат повеќе, дури и по цена на сопственото здравје.

Модерниот професионализам во својата основа мора да има вградено елементи на грижа за себеси и самосвест. Оние кои ги водат здравствените системи мора да се прилагодат на тоа и, што е најважно, да инвестираат за да овозможат полесна трансформа-

ција кон тоа што модерниот професионализам го бара. Таквиот пристап ќе го подобри здравјето на лекарите и ќе помогне да се задржи искусен кадар во пулот на работната сила. Професионализмот што ќе се реконструира со комбинирање на агендите за планирање на работната сила со правото на здравје, еднаквост, социјална правда и благосостојба на лекарите, ќе биде подобар и за лекарите и за оние кои се под нивна грижа.

Подготвила
проф. д-р Катица Зафировска

Библиографија

1. American Board of Internal Medicine Foundation. American College of Physicians—American Society of Internal Medicine Foundation. European Federation of Internal Medicine Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med.* 2002;136(3):243–246. [PubMed] [Google Scholar]
2. Arnold L. Assessing professional behavior: yesterday, today, and tomorrow. *Acad Med* 2002;77:502-15.
3. Baernstein A et al. Learning professionalism: perspectives of preclinical medical students. *Acad Med* 2009;84:574-81.
4. Cohen JJ. “The work ahead”: AAMC’s president address, November 6, 2005. Достапо на <http://www.aamc.org/newsroom/reporter/july06/word.htm>; пристапено во март, 2006.
5. Cohen JJ. Viewpoint: Linking professionalism to humanism: What it means, why it matters. *Acad Med* 2007; 82: 1029–1032
6. Colquhoun J. Measured professionalism. *Student BMJ* 2009;17:b2501.
7. Enge N et al. Medical professionalism: can it and should it be measured? *BMJ* 2009;339:b4716 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.b4716>. Пристапено во март 2024
8. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002;287(2):226–235. [PubMed] [Google Scholar]
9. Fearn H. Medics riled by tests of professional behaviour. *Times Higher Education* 2009 Jul 9. www.timeshighereducation.co.uk/story.asp?storycode=407295
10. Ferguson E et al. Pilot study of the roles of personality, references, and personal statements in relation to performance over the five years of a medical degree. *BMJ* 2003;326:429-32.
11. Feudtner C et al. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students’ perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med* 1994;69:670-9.
12. General Medical Council. Medical students: professional values and fitness to practise. Guidance from the GMC and the MSC. GMC, 2009.
13. Green M et al. Defining Professionalism from the perspective of Patients, Physicians, and Nurses. *Acad Med* 2009;84:556-73.
14. McLachlan JC et al. The conscientiousness index: a novel tool to explore students’ professionalism. *Acad Med* 2009;84:559-65.
15. Papadakis MA et al. Unprofessional behavior in medical school is associated with subsequent disciplinary action by a state medical board. *Acad Med* 2004;79:244-9.
16. Pritchard L. Fears over universities’ draconian interpretation of behaviour regime. *Student BMA News* 2009 September.
17. Royal College of Physicians. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. RCP, 2005.
18. Smith R. Medical professionalism: out with the old and in with the new. *J R Soc Med.* 2006;99(2):48-50.
19. Tweedie J, Hordern J, Dacre J. Advancing medical professionalism. London: Royal College of Physicians, 2018. Достапно на [Advancing medical professionalism | RCP London](https://www.rcplondon.ac.uk/publications/advancing-medical-professionalism), пристапено во март 2024
20. Working Party of the Royal College of Physicians. Doctors in society. Medical professionalism in a changing world. *Clin Med (Lond).* 2005 Nov-Dec;5(6 Suppl 1):S5-40.

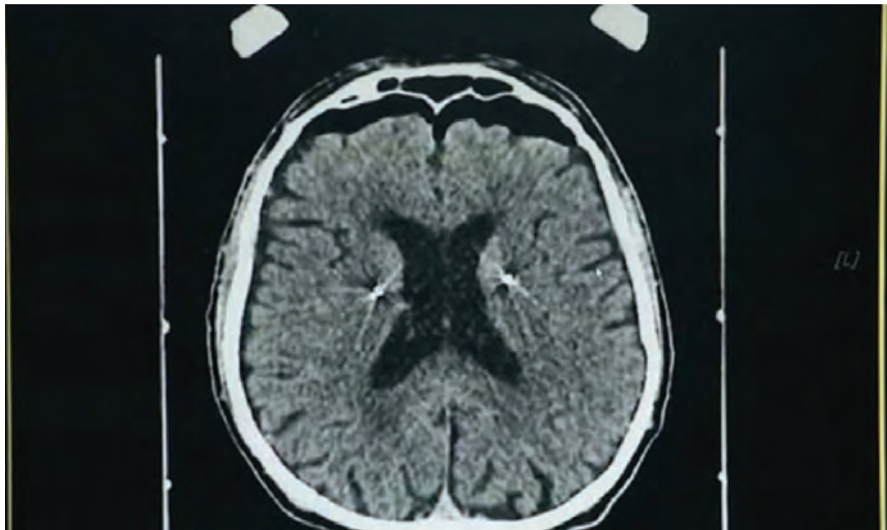
ЛЕКАРИ ВО ЗАГРЕБ ВГРАДИЛЕ МОЗОЧЕН СТИМУЛАТОР НА МАЖ СО ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

„Може да вози велосипед, да плива“

Уште еден голем успех на хрватските лекари. Тим хирурзи во Клиничката болница „Дубрава“, прв во овој дел од Европа, вгради мозочен стимулатор. Пред еден месец новата технологија ја примил загрепчанин кој поради Паркинсоновата болест речиси станал неподвижен.

„Поентата на таа електрода е што стимулира дел од мозокот и на тој начин ја подобруваме клиничката слика, а батеријата освен што стимулира, купува и информации од тој дел од мозокот што го стимулираме и на тој начин можеме да ги подобриме симптомите“, изјави неврохирургот Фади Алмахарик за РТЛ.

Во Клиничката болница „Дубрава“ изминативе 24 години се врши длабока мозочна стимулација, но првиот пациент кој беше опериран со оваа најнова технологија е на возраст од 67 години. Пациентот е од Загреб и имал Паркинсонова болест и веќе е пуштен на домашно закрепнување.



„Во договор со неврологот, стимулацијата се вклучува, терапијата се намалува, пациентот веднаш по вклучувањето на стимулацијата покажува знаци на моторно подобрување. Беше отпуштен дома на физикална терапија и дополнително прилагодување на стимулацијата“,

изјави неврохирургот Марина Рагуж.

Веднаш штом ги отстранивме шевовите, по 10 дена, почнавме со стимулација и денес пациентот може да вози велосипед, да плива, да се врати на своето секојдневие“, вели хирургот.

Извор - MakFax

СЕ ОГЛАСИ „БАТУТ“ - ЗАРАЗАТА СЕ ПРОШИРИ И НАДВОР ОД ГРАНИЦИТЕ НА СРБИЈА

Годишната потрошувачка на здравствениот систем за 10 години „скокна“ за 748.980.402 марки

СРБИЈА

Наместо да стивнат, сипаниците во Србија продолжуваат да се шират. Сега и официјално ја поминавме трицифрената бројка на заболени, а од почетокот на годинава, според последните податоци, кај нас се регистрирани 106 случаи на мали сипаници. Заразата се проширила од Србија и во Република Српска.

Според последниот извештај на Институтот за јавно здравје на Србија „Д-р Милан Јовановиќ Батут“, за седум кајуште седум лица е дијагностицирана сипаница. Спо-



редено со крајот на мај, ова е благо намалување на бројот на заболени бидејќи за една недела се регистрирани 11 нови случаи.

Но, нетреба да забораваме дека кај нас за неполни шест месеци од оваа година веќе се забележани двојно повеќе случаи на мали сипаници отколку во цела 2023 година! Имено, минатата година во Србија се регистрирани вкупно 50 случаи на морбили, а од почетокот на 2024 година до почетокот на јуни, дури 106 случаи на мали сипаници.

Извор - Vjesti

Лекарите во Хрватска за прв пат на еден пациент истовремено му пресадија пет органи

ХРВАТСКА

„Ваков вид на операција се врши само во 11 европски центри, а годишно се прават десет такви операции во цела Европа“

Во изминатата недела во Клиничката болница во Хрватска се извршени 12 трансплантации на органи кај седум приматели, меѓу кои и првата трансплантација на пет органи кај еден пациент кој добил желудник, тенко и дебело црево, црн дроб и панкреас.

Овој тип на операција се прави само во 11 европски центри, а годишно во цела Европа се прават десет такви операции“, изјави директорот на болницата Марио Старешиниќ.

Пациентот кој доби пет органи е роден во 1969 година, добро закрепнува и неговата состојба со недели ќе ја следитим од лекари: анестезиолози, хирурзи, интернисти, гастроентеролози, нефролози, патолози и радиолози.

Боледува од тромбофилија поради која стомакот е полн со дебели вени и минимум едно внатрешно крварење дневно, поради што единствената опција била трансплантација. Оваа операција беше и ретранспланта-



ција бидејќи пациентот веќе доби црн дроб во 2023 година.

„Ова е успех на целиот тим. Откако ќе започне трансплантацијата, немате многу време. Сите ние, од возачите кои ги превезуваа

органите од Осиек до хирурзите, моравме да бидеме совршено координирани. Успеавме да направиме сè за помалку од шест часа“, изјави тим - лидерот Стипислав Јадријевиќ.

Извор - Vjesti

Обвинителството на УКЦ Тузла, Тузлански Округ, нареди претреси поради набавка на апарати за радијација

БиХ

Истражителите на Одделот за криминалистичка полиција на Министерството за внатрешни работи, на предлог на Обвинителството на Округот Тузла и по наредба на Судот во Тузла, извршија претрес во просториите на полициската управа во Тузла и на други локации од каде е одземена релевантна материјална документација и други предмети и доказни материјали поврзани со постапката за набавка на линеарни акцелератори и друга придружна опрема неопходна во лекувањето на онколошки пациенти на Клиниката за онкологија и радиоте-



рапија при УЗ Тузла.

„Станува збор за продолжување на интензивните проверки и истражни дејствија за да се утврди дали се фаворизира некој од добавувачите. Обвинителството во понатамошната работа на слу-

чајот ќе ги спроведе потребните вештачења, ќе сослуша одреден број лица, како сведоци, и ќе преземе други потребни истражни дејствија“, соопштија од Обвинителството на Округот Тузла. Потсетуваме дека, претходно, Управата за разгледување жалби ја прифати жалбата на одредени добавувачи и дека во тендерската спецификација за уредите се

оневозможува конкуренција, односно дека параметрите поставени за КТ симулатор и линеарен акцелератор се такви што понудите задоволуваат само по еден добавувач.

Извор - Vjesti

РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

Во програмата на Уредувачкиот одбор на „Vox Medici“ важно место има можноста за објавување на вашите стручни и научни трудови, со цел за ваша едукација, не само онаа што произлегува од читањето на објавените трудови, туку и за подигнување на нивојто на знаење за целиот процес од подготвока до објавување на манускриптот. Овој процес подразбира и рецензија на поднесените трудови.

Рецензија или евалуација од колеги-експерти е процес на подложување на труд, испражување 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 единственото сисание 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 сиречат дисеминација на релевантни наоди, неопходни мерки, неопходни интервенции и лични вистувања. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудовите кои погледираат на оригиналност треба да се придржуваат на принципите на добрата клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научното испражување и за спречување ново научно знаење засновано на докази).

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

Се разбира, секој има право да не се согласи со мислењето на рецензентот или на единственото, 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 недостатоци (најчесто се споменува бавноста), сепак, на него треба да се гледа како на чувар на професијата на едно сисание, унапредувач на квалитетот и училел за стандардите за публикување на стручно-научни трудови.

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 124 од октомври 2024 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 септември 2024 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 во 2020 година 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“. Комисијата го наградува најдобриот труд од претходната година објавен во „Vox Medici“.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 61, јуни 2024 година

ПРЕВЕНТИВНА СТОМАТОЛОШКА ДЕЈНОСТ ВО ПРЕДУЧИЛИШНА ВОЗРАСТ

Катерина Сибиноска, Гордана Тодоровска, Олга Кокочева-Ивановска,
Весна Амбаркова, Симона Темелкова

Превентивна стоматолошка дејност во предучилишна возраст

Катерина Сибиноска¹, Гордана Тодоровска², Олга Кокочева-Ивановска³, Весна Амбаркова³, Симона Темелкова⁴

1. ПЗУ „ДИ-АН“ стоматолошка ординација Скопје,
2. Здравствен дом Скопје,
3. Стоматолошки факултет Скопје, УКИМ,
4. ПЗУ забна ординација „Д-р Снежана Темелкова“

АПСТРАКТ

Цел: Да укажеме на важноста на едукацијата и систематскиот преглед на забите како дел од превентивните активности на стоматолошките тимови кај децата во предучилишните установи преку запознавање со анатоморфолошките карактеристики на оралната празнина, постапките за правилна орална хигиена, правилна и здрава исхрана, запознавање со стоматолошка ординација и елиминирање на стравот од стоматолог, утврдување на постоечката состојба на здравјето на млечните заби и присуството на првите трајни заби.

Материјал и методи: За реализирање на поставената цел на правивме едукативни работилници во сите три објекти на градинката “Мајски цвет” - Скопје и се организираше посета на стоматолошка ординација каде децата се запознаа со амбиентот во ординацијата, со персоналот и инструментите за работа и беа направени систематските прегледи на забите. На родителите им беше доставен извештај за состојбата на оралното здравје од секое дете со препораки за санирање на млечните заби и залевање на првите трајни молари коишто беа еруптирани во овој период.

Резултати: Систематските прегледи покажаа дека 70 (48.25%) од децата имаат кариозни млечни молари, од кои низок процент припаѓа на пломбирани, и тоа 37 (6.60%) први млечни молари и 25 (4.25%) втори млечни молари. Изникнати први трајни молари се 23 (3.95%) и 62 (10.66%) изникнати долни инцизиви.

Заклучок: Со превентивните активности на педодонтите и со подобрување на квалитетот на оралното здравје, во раната детска возраст може да се постигне децата да стекнат со потребните знаења и навики за редовна орална хигиена, здравна чинна исхрана и елиминирање на стравот од стоматолог.

ВОВЕД

Оралното здравје претставува составен дел од севкупното здравје на организмот. Современиот начин на живеење и развојот на општеството и воведувањето во употреба на сè поновата технологија, на пазарот донесува разновидни производи за исхрана и нè оддалечува од природните ресурси за свежа исхрана. Рафинираните шеќери во исхраната, печива од бело брашно со многу конзерванси, адитиви и останати производи коишто се преработена мека и леплива храна којашто се лепи на вилиците и површините на забите се еден од главните ризик фактори за развој на кариес.^(1,2,3)

Пропустите на систематските прегледи и нередовните посети на стоматолог доведуваат до: изгубено време водијагностицирање на почетните форми на кариес, неадекватно лекување што резултира со компликации, болка во устата, губење на забите, нарушување на исхраната и естетиката на лицето. Понатаму, тоа се одразува на квалитетот на животот на децата и го нарушува нивниот правилен раст и развој. Превентивата во детската стоматологија е веќе применлива како опција за да се сочува оралното здравје, а со тоа и здравјето на севкупниот организам.^(4,5)

Одлично место каде може да се промовира оралното здравје се предучилишните установи и училиштата, бидејќи тука децата поминуваат поголем дел од денот. За успешно спроведување на превентивните мерки кај децата треба да се оствари соработка со воспитувачите, наставниците и родителите на децата.^(6,7)

Petersen PE at all. во своите истражувања дошле до сознанија дека училиштата и предучилишните установи се најидеални места каде може да се изведат превентивните активности за оралното здравје кај децата. Стоматолошките тимови треба да остварат соработка со наставниците и родителите за да може децата да добијат адекватни знаења за важноста на оралното здравје, правилната исхрана и редовната и правилна хигиена на усната празнина и забите и, на тој начин, да се превенираат заболувањата во оралната празнина. За таа цел е направена програма за превентивни активности на стоматолозите која се спроведува во училиштата во Копенхаген.

Во нашата држава е воведена “Националната стратегија за превенција на орални заболувања кај деца од 0 - 14 год. во РМ” во 2007 година. Превентивните активности, вклучувајќи ја едукација за здравјето на забите, хигиената во усната празнина, совети за правилна исхрана и систематски прегледи кај децата од најмала возраст, овозможува децата да се запознаат со важноста и начинот на одржување на оралното здравје и елиминирање на стравот од стоматолог.^(8,9)

Прегледани деца	машки	%	женски	%	вкупно	%
деца со здрави заби	25	36.78 %	50	65.00 %	75	51.75 %
деца со кариозни заби	43	63.22 %	27	35.00 %	70	48.25 %
вкупно	68		77		145	

Табела 1.
Приказ на испитаници кои имаат здрави и кариозни млечни заби

МАТЕРИЈАЛИ МЕТОД:

За реализација на ова испитување беа вклучени 145 деца на возраст од пет години од двата пола (68 машки и 77 женски) од трите објекти на градинката “Мајски цвет” - Скопје. Работата се одвиваше во два дела:

- Едукација на децата се спроведе во просториите на предучилишните установи на секој објект.
 - Прв дел - преку видеопрезентација децата беа запознаени со градбата, функцијата на оралната празнина и важноста на оралното здравје, со редовната и правила орална хигиена, правилната исхрана и значењето на редовната посета кај стоматолог.
 - Втор дел - демонстрирање на правилно четкање на забите на модели и активно учество на децата со четкање на забите со четка и паста во просториите на градинката.
- Децата организирано, во групи со своите наставнички, направија посета на стоматолошка ординација каде беа извршени систематски прегледи на забите. Работата во ординацијата се одвиваше во два дела:
 - Едукативен дел – запознавање со амбиентот, персоналот, стоматолошкиот столик и инструментите за работа во ординацијата.
 - Систематски преглед на забите и устата со нотирање на состојбата на млечните молари, здравјето на првиот траен молар и трајните инцизиви коишто еруптирале во овој период и изготвување извештај за здравјето на забите кај децата со насоки за санирање на кариесот на млечните мола-

ри и залевање на штотуку еруптираните први трајни молари, материјалите од постапката беа дадени на наставничките за да им ги предадат на родителите.

Користени технички материјали беа: лап-топ, видеопроектор, модели на заби, четки и пасти за заби, огледалца, сонди и флаери.

Резултати:

Состојбата на оралното здравје кај испитаници на петгодишна возраст резултираше со испитаници кои имаат здрави млечни заби 75 (51.75%) и испитаници кои имаат кариозни млечни заби, 70 (48.25%). Машки испитаници со здрави заби се 25 (36.78%), а со кариес на млечните заби 43 (63.22%). Процентот на женски испитаници со здрави заби е 50 (65.00%), а со кариес 27 (35.00%). (Табела 1)

На табела 2 е прикажана состојбата на млечните молари кај сите испитаници. Кај женските испитаници здрави млечни први молари се 246 (42.31%) и здрави млечни втори молари 242 (42.34%) во однос на машките кој изнесува за првите млечни молари 187 (32.27%), а за вторите млечни молари 204 (34.88%). Но, кај машките и кај женските испитаници доминира процентот на несанирани кариозни први млечни молари 110 (18.82%) и за втори млечни молари 109 (18.82%), во однос на тие кои се пломбирани за први млечни молари 37 (6.60%) и за втори млечни молари 25 (4.25%).

Во однос на тоа кои заби (првите или вторите млечни молари) се повеќе кариозни кај машките испитаници, може да се види на табела 3. Први млечни молари кои имаат кариес се 62 (22.94%) и

Табела 2.
Приказ на состојбата на здравјето кај први и втори млечни молари кај сите испитаници

први млечни молари	машки	%	женски	%	вкупно	%
здрави	187	32.27 %	246	42.31 %	433	74.58 %
пломбирани	23	3.96%	14	2.64 %	37	6.60 %
кариозни	62	10.67 %	48	8.15 %	110	18.82 %
екстрахирани	0	0 %	0	0 %	0	0 %
вкупно	272	46.90%	308	53.10%	580	100 %
втори млечни молари	машки	%	женски	%	вкупно	%
здрави	204	34.88%	242	42.34%	446	77.22%
пломбирани	15	2.55%	10	1.70%	25	4.25 %
кариозни	53	9.01%	56	9.52%	109	18.53 %
екстрахирани	0	0 %	0	0	0	0
вкупно	272	46.44%	308	53.56%	580	

први млечни молари	машки	%	втори млечни молари	машки	%
здрави	187	69.19 %	здрави	204	75.48%
пломбирани	23	8.51%	пломбирани	15	5.55%
кариозни	62	22.94 %	кариозни	53	19.61%
екстрахирани	0	0%	екстрахирани	0	0
вкупно	272	/	Вкупно	272	/

Табела 3.
Состојба на први и втори млечни молари кај машки испитаници

први млечни молари	женски	%	втори млечни молари	женски	%
здрави	246	78.72 %	здрави	242	77.44 %
пломбирани	14	4.48 %	пломбирани	10	3.2 %
кариозни	48	15.36 %	кариозни	56	17.92 %
екстрахиран	0	0 %	екстрахиран	0	0 %
Вкупно	308	100 %	Вкупно	308	

Табела 4.

Состојба на први и втори млечни молари кај женски испитаници

пломбирани се 23 (8.51%). Втори млечни молари кои имаат кариес се 53 (19.61%), а пломбирани се 15 (5.55%). Екстрахиран нема.

Во однос на тоа кои заби (првите или вторите млечни молари) повеќе настрадале од кариес, кај женските испитаници може да се види на табела 4. Први млечни молари кои имаат кариес се 48 (15.36%) и пломбирани се 14 (4.48%). Втори млечни молари кои имаат кариес се 56 (17.92%), а пломбирани се 10 (3.20%). Екстрахиран нема.

Изникнати први трајни молари од вкупниот број, кај машки испитаници се 8 (1.36%). Кај женски испитаници се 15 (2.59%). Од сите на мандибуларни први трајни молари припаѓаат 16 (2.75%), а максиларни 7 (1.20%). Приказ на табела 5.

Изникнати мандибуларни централни инцизиви кај машки испитаници се 23 (4.13%). Кај женски испитаници се 36 (6.19%). Приказ на табела 6.

Дискусија:

Млечните молари во устата на децата ја обавуваат функцијата на жвакање, мелење, дробење и ситнење на храната. Затоа е потребно тие да се здрави или доколку имаат кариес да бидат реставрирани, бидејќи кариозните млечни молари поради дефектот од кариозниот процес, во зависност од тоа од колкав е обем, не може адекватно да си ја вршат функцијата. А компликациите од не лекуваните заби отвораат низа проблеми поврзани со детското здравје. Штом се појави кариес кај млечните заби треба што побрзо да се интервенира, поради нивните анатоморфолошки карактеристики и условите во устата што овозможуваат кариесот брзо да прогредира кон пулпата^(10,11,12,13).

Во овој период од возраст на детето, кога почнуваат да никнуваат првите трајни заби (првите трајни молари и долните централни инцизиви), се случува условите во устата да се погодни за брз развој на кариес, поради недоволната хигиена и кариозните млечни заби.^(14,15,16,17,18)

Табела 5.
Преглед на
изникнати први
трајни молари

изникнати први трајни молари	машки испитаници / 68	женски испитаници / 77	вкупно / 145
максиларни молари	3	0.51%	7
мандибуларни молари	5	0.85%	16
вкупно	8	1.36%	23

изникнати трајни инцизиви	машки испитаници / 68	женски испитаници / 77	Вкупно / 145
максиларни централни инцизиви	0	0.34%	2
мандибуларни централни инцизиви	24	6.19%	60
вкупно	24	6.53%	62

Табела 6.

Преглед на
изникнати централни
инцизиви

Едуцирање на децата за одржување на правилна и редовна хигиена е неопходно. Исто така, запознавање со стоматолошка ординација и систематскиот преглед на заби кога децата се во група, заедно, дава можност поедини плашливи деца да се ослободат од стравот од стоматолог и подобро да соработуваат.

Нашите истражувања ги покажаа следните резултати:

На систематските прегледи кај децата на петгодишна возраст забележавме дека половината од вкупниот број на прегледани деца имаат здрави заби, а втората половина имаат кариес на млечните молари и поретко кариес на горните инцизиви и канини. Машките деца во однос на девојчињата имаа послаба орална хигиена, па оттаму резултираше и со кариес на млечните заби кај 43 (63.22%) машки деца. А 27 (35.00%) од девојчињата имаа кариес на млечните заби.

Во однос први млечни молари и втори млечни молари немаше значителна разлика во однос на кариозните заби. Значителна разлика имаше помеѓу оние млечни молари кои беа кариозни и останатите кај кои кариесот беше саниран. Кариозни беа 110 (18.82%) први млечни молари, а пломбирани 37 (6.60%). Од втори млечни молари кариозни се 109 (18.53%), а пломбирани 25 (4.25%). Може да констатираме дека многу е низок процентот на пломбирани млечни молари во однос на кариозните. Имаше деца кај кои моларите беа со целосно деструирани коронки или останале само нивните радикали и тоа кај деца кои имаа циркуларен кариес на предните млечни заби.

Нашите истражувања може да ги споредиме со студија која ја направиле Duangporn Duangthip, Sherry Shiqian Gao, Edward Chin Man Lo, Chun Hung Chu од база на податоци од објавени истражувања кои го испитувале кариесот на млечните заби кај деца на пет - шестгодишна возраст во државите на Југоисточна Азија, во која биле вклучени 12 студии. Дошле до заклучок дека преваленција на кариес се движи од 25% до 95%, а кариесот (даден како просечен dmft резултат) се движи од 0,9 до 9,0.

Овој период кај децата го карактеризира никнувањето на првите трајни заби (првиот траен молар и долните централни

инцизиви). Кај некои деца во устата владее лоша орална хигиена, бидејќи децата на оваа возраст сè уште ја немаат совладано техниката на правилно четкање на забите и имаат кариозни млечни заби. Бидејќи постои можност за кариес на трајните заби, една од превентивните методи која треба да се користи е за левање на првите трајни молари.

Едукативните активности во предучилишните установи за цел имаат секое дете на таа возраст да се научи да се грижи самостојно за здравјето во оралната празнина на тој начин што децата ќе стекнат знаења за редовна хигиена на устата и забите, знаења за правилна исхрана и конзумирање на здрави продукти, исфрлање или намалување на рафинираните шеќери и брзата храна и зошто е потребна редовна посета и соработка со стоматолог.

(20,21,22,23)

Штом во усната празнина се појават трајните заби значајно е родителите да бидат информирани (бидејќи некои од нив не знаат дека кај децата во овој период никнуваат првите трајни молари) за да го следат никнувањето, но и за да преземат низа постапки за да се сочува нивното здравје, почнувајќи од редовна и правилна хигиена и за левање на фисурите или пломбите, доколку има кариес.

Андреа Калаузи, во своето истражување на Одделот за орална хирургија кај пациенти од десет до 85-годишна возраст истакнува дека најчеста причина за екстракција е нелекуван кариес на забите и тоа во 53,4% од испитаниците и притоа најмногу настрадале максиларните и мандибуларните молари.

Смена на централните инцизиви исто така е карактеристична за овој период на детска возраст. Најпрво никнуваат мандибуларните централни, а подоцна мандибуларните латерални инцизиви. Централните трајни инцизиви имаат орална позиција во однос на млечните, односно се поставени зад првите млечни инцизиви. И, понекогаш истовремено може да ги видиме и два пара на заби и млечните и трајните инцизиви.

Заклучок:

Грижата за оралното здравје треба да започне од најраната возраст. Спроведувањето на превентивните мерки: правилната исхрана, контрола на внес на шеќери, отстранувањето на штетните навики, редовна, правилна и временски доволно долго спроведувана хигиена на устата, редовните посети како на педодонт така и на матичен стоматолог може да даде задоволителни резултати. Ентузијазам од страна на превентивните тимови е од голема важност за да се направат квалитетна едукација (бидејќи се работи за деца кои од најмала возраст треба да научат како правилно треба да се грижат за своето оралното здравје), добар стоматолошки преглед и поставување на за левање на првите трајни заби кои имаат фисурен систем. Важноста на превентивата сè повеќе добива значење во детската стоматологија.

Превентивните активности на стоматолошките тимови спроведени кај децата на петгодишна возраст даваат големи бенефити во однос на оралното здравје. Едукацијата која се одвива во предучилишните установи овозможува децата да стекнат знаења за оралното здравје и да ја совладаат техниката на правилно четкање на забите. Посетата на стоматолошка ординација, орга-

низирано во група, каде децата се гледаат меѓу себе, помага некој од децата да се ослободат од стравот од стоматолог. Стоматолошкиот преглед во овој период на возраст ни овозможува увид во здравјето во усната празнина и давање совети на родителите.

Литература

1. Kalsbeek H, Verrips GH. Consumption of sweet snacks and caries experience of primary school children. *Caries Res.* 1994; 28(6):477-83.
2. Burt B. A., Eklund S. A, Morgan K. J. et al., "The effects of sugars intake and frequency of ingestion on dental caries increment in a three-year longitudinal study," *Journal of Dental Research*, vol. 67, no. 11, pp. 1422–1429, 1988.
3. Todorovska G, Simjanovska Lj, Todorovska K, Simjanovska S, Simjanovski S, Ambarkova V. SUGAR – A PREDISPOSING FACTOR FOR TOOTH DECAY IN 7-YEAR-OLD CHILDREN *Medicus* 2017, Vol. 22 (3): 305-310
4. Rajik Z, Kostic A, Jeinek E : Decja i preventivna stomatologija; Zagreb Jugoslavenska medicinska naklada 1985
5. Kwan Y.L S, Petersen P.E. Pine M. ,Borutta R.Health –promoting schools: an opportunity for oral health promotion;Bouletin of the World Health Organization 2005:83:677-685
6. Petersen PE,Christensen LB.Oral Health Promotion:Health Promoting Schools Project.Copenhagen:WHO Regional Office for Europe,1995
7. Царчев М, Милошевски Б, Спирковски В, Гетова Б, Саракинова О и др. ПРИРАЧНИК за спроведување на националната стратегија за превенција на орални заболувања кај деца од 0-14 год.во РМ. Кочани,Европа 92
8. Moynihan P,Petersen PE. Diet, nutrition and the prevention of dental diseases. *Public Health Nutr.* 2004;
9. Todorovska G, Simjanovska Lj, Todorovska K, Kokoceva O, Markovska-Arsovska M. Prevention in pediatric dentistry-health and bright smile. *Physioacta* 2016; 10(1):105-111
10. Anatomy of Primary Teeth Lecture Overview Primary Dentition www.columbia.edu/itc/hs/dental/d7710/client.../anatomy_primary_slides_printout.pdf -on line
11. Бајрактарова Б.: Трајна дентиција (ембриологија и анатомохистологија); Lourens Coster Скопје 2000
12. Thitasomakul S, Piwat S, Thearmontree A, et al. Risks for early childhood caries analyzed by negative binomial models. *J Dent Res.* 2009;88(2):137-141.
13. Kokoceva Ivanovska O., Jankulovska M , Mijoska A , Zabokova-Bilbilova E,4 , Pavlevska M , , Todorovska G: Ultrastructural Changes of the Initial Lesion at Early Childhood Caries Clinical article (*J Int Dent Med Res* 2017; 10: (1), pp. 36-41)
14. Doichinova L, HYPERLINK „<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Bakardjiev%20P%5Bauth%5D>” Bakardjiev P, Peneva M: Assessment of food habits in children aged 6–12 years and the risk of caries *Journal Biotechnology* HYPERLINK „<http://www.tandfonline.com/toc/tbeq20/current>” & HYPERLINK „<http://www.tandfonline.com/toc/tbeq20/current>” *Biotechnological Equipment* HYPERLINK „<http://www.tandfonline.com/toc/tbeq20/current>” Volume 29, 2015
15. M. Prevalence and Bilateral Occurrence of First Permanent Molar Caries in 12-Year-Old Students *JODDD*, Vol. 1, No. 2, Summer 2007;1(2):86–92.
16. Ambarkova V, Jankulovska M, Arian D, Glavina D, Soleva A. Dental Caries Experience among Secondary School Children in the Vardar Region of the Republic of Macedonia. *Oral Health & Dental Management OHDM*, 2014; 13(3):805-10.
17. Acs G, Lodolini G, Kaminsky S, Cisneros G1. Effect of nursing caries on body weight in a pediatric population. *Pediatr Dent.* 1992;14:302-305.
18. Chavez AM, Rosenblatt A, Oliveira OF. Enamel defects and its relation to life course events in primary dentition in Brazilian children: A longitudinal study. *Comm Dent Health.* 2007;24(1):31-36.
19. Duangporn Duangthip , Sherry Shiqian Gao , Edward Chin Man Lo , Chun Hung Chu Early childhood caries among 5- to 6-year-old children in Southeast Asia *Int Dent J.* 2017 Apr;67(2):98-106.
20. M. Goodwin1 , D.K. Patel1 , A. Vyas2 , A.J. Khan2 , M.G. McGrady1 , N. Boothman1 and I.A. Pretty1 1 School of Dentistry Dental Health Sugar before bed: a simple dietary risk factor for caries experience *Community Dental Health* (2017) 34, 8–13
21. Kokoceva O. Ethio - pathogenesis and preventive aspects of the circular caries on the milk teeth. Master Thesis, Faculty of Dental Medicine, University” Ss” Cyril and Methodius”, Skopje, R. Macedonia. 2002: 57-73.
22. Тодоровска Г, Симјановска Љ, Амбаркова В, Кокочева-Ивановска О, Глигорова Д, Тодоровска К: Кариес на прв траен молар кај десет годишни деца од градска и рурална средина: *Vox dentarii* ISSN 1857-7814, декември 2017
23. Kokoceva Ivanovska O, Jankulovska M , Mijoska A , Zabokova-Bilbilova E, Pavlevska M , Todorovska G: Clinical article (*J Int Dent Med Res* 2017; 10: (1), pp. 36-41)
24. Kalauz A, Prpic-Mehicic G, Katanec D. Razlozi za ekstrakcije zuba: ogledna studija The Reasons for Tooth Extractions: A Pilot Study *Acta Stomatol Croat.* 2009;43(2):110-116

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 МАНУСКРИПТ¹

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

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

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

Прва страница

- насловна страница:

Треба да содржи: (а) наслов на трудот, краток, но информативен; (б) првото име, иницијали на средното име и презимето на секој автор (в) институција; (г) називот на одделот; (д) името и адресата на авторот со кого ќе се кореспондира во врска со манускриптот (ѓ) извор/и на поддршка во форма на грантови, опрема, лекови...

Авторство:

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

Едиторите може да бараат авторите да го оправдаат авторството.

Втора страница

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

Под апстрактот идентификувајте ги и напишете ги клучните зборови: 3-5 збора или кратки фрази кои ќе помогнат во индексирањето на трудот и при публикувањето на апстрактот. Користете термини од листата на Index Medicus за медицински наслови

(MeSH); ако нема соодветен MeSH термин за некои новововедени термини, може да се користат други термини.

Трета и понатамошни страници - текст на трудот:

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

Вовед:

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

Материјал (се однесува на материјал врз кој се врши истражувањето: луѓе, животни, крв, мочка... картони на болни...) и методи:

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

Статистика:

Ако податоците се сумирани во делот резултати, специфицирајте ги статистичките методи што сте ги користеле за да ги анализирате. Опишете ги статистичките методи со доволно детали за да му овозможите на секој читател со доволно знаење да има

пристап до оригиналните податоци за да се верифицираат изнесените резултати. Кога е можно, квантифицирајте ги наодите и изнесете ги со соодветни индикатори на грешките на мерење (како што се интервалите на доверба - CI). Избегнете потпирање само на статистичко тестирање на хипотеза, како што е употреба на „п“ вредноста, ако не можат да пренесат важна квантитативна информација. Дајте детали за рандомизацијата; опишете ги методите за успехот од опсервациите со примена на слепост на пробите. Дајте го бројот на опсервации. Известете 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 апстра-

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

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

Трудови во списание:

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

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

КНИГИ И ДРУГИ МОНОГРАФИИ

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

Табели:

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

Илустрации:

Фигурите треба да се нумерирани според редот во 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 видли-

ви и по редуцирање на големината на илустрацијата. Насловите и деталите за илустрацијата треба да се дадени во легендата во текстот, а не на самата илустрација.

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

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

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

НАПОМЕНА

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

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



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Република
Северна Македонија

lkm.org.mk

НОВА



**ВО
330mL**

www.KOZUVCANKA.mk

CIPOZEL®

ОДТ. 28x5mg и 28x10mg *donepezil*

MEMANTIN PLIVA

филм-обложени таблети 30x10mg

memantine

MEMANTINE PLIVA

филм-обложени таблети 28x20mg

memantine



ВЧЕРА.



ДЕНЕС.



УТРЕ.

PLIVA  **CNS**

Напомена: Збирен извештај за особините на лековите Cipozel®, Memantin PLIVA и Memantine Pliva е достапен на барање и на сајтот на Агенцијата за лекови и медицински средства МАЛМЕД (www.malmed.gov.mk). Датум на последна ревизија на текстот: ноември 2015 (Ципозел), декември 2018 (Мемантин Плива) и февруари 2020 (Мемантине Плива). Одобренија за ставање на лекот во промет: 11-10140/3 и 11-10142/3 (Ципозел), 11-100/2 (Мемантин Плива) и 11-240/2 (Мемантине Плива). Начин и место на издавање: на лекарски рецепт, во аптека. Носител на одобрение: ПЛИВА доел Скопје, Никола Парапунов б.б., Скопје. Тел. 02/3062-702. Датум на подготовка: октомври 2022. MULTI-MK-00256