

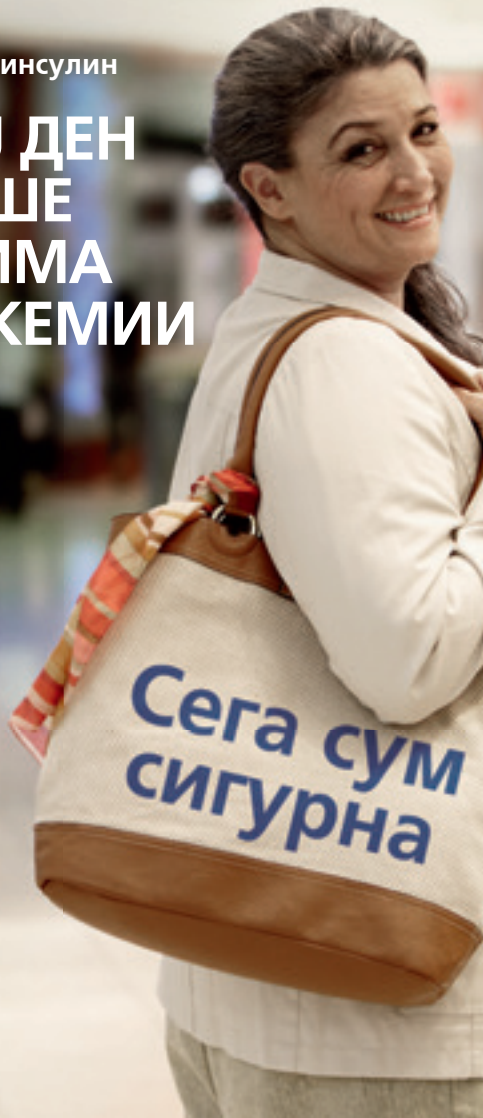
година XXV • број 90 • март 2016



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

На хуман премиксен инсулин

ТАА СЕКОЈ ДЕН СЕ ГРИЖЕШЕ ДАЛИ ЌЕ ИМА ХИПОГЛИКЕМИИ



Хипогликемијата може да претставува значаен проблем со хуманиот премиксен инсулин^{1,2}



NovoMix® 30 ја зголемува довербата во одржувањето на контролата

Значително понизок ризик од мајорна* и ноќна** хипогликемија наспроти хуманиот премиксен инсулин^{2,3}

Сигнификантно намалување на HbA_{1c} и PPG при префрлување од хуман премиксен инсулин^{14,15}

* p<0.05 ** p<0.01 † p<0.001 ‡ p<0.0001

NovoMix® 30 (biphasic insulin aspart) Скратено упатство за пропишување: Пред да го пропишете лекот, Ве молиме прочитајте го Збирниот извештај со особините на лекот.
Фармацевтска форма: NovoMix® 30 (biphasic insulin aspart) FlexPen®. Содржи 100 U/ml insulin aspart (30% солубилен insulin aspart и 70% протаминкристализиран insulin aspart).
Индикации: Третман на дијабетес мелитус кај возрасни, деца и адолесценти на возраст од 10-17 години. **Дозирање и начин на употреба:** Индивидуално со сукултана инјекција. NovoMix® 30 има побрз почеток на дејството од бифазен хуман инсулин и треба да се дава веднаш пред оброк. Кога е неопходно, NovoMix® 30 може да се даде веднаш по оброкот. Кај пациенти со дијабетес тип 2 NovoMix® 30 може да се даде како монотерапија или во комбинација со орален антидијабетик за кој е одобрена комбинација со инсулин, кога е неадекватна гликемската контрола само со оралните антидијабетици. Кај пациенти со дијабетес тип 2 препорачана почетна доза на NovoMix® 30 е 6U при појадок и 6U при вечера. Може да се започне со NovoMix® 30 еднаш дневно 12U при вечера. Доколку дозирањето двапати дневно на NovoMix® 30 резултира со рекурентни дневни хипогликемски епизоди, утринската доза може да се подели на утринска и доза за ручек (дозирање трипати дневно). Упатството за дозирање е содржано во Збирен извештај со особините на лекот. **Посебни популации:** **Постари пациенти:** NovoMix® 30 може да се користи кај постари пациенти; но има лимитирано искуство за користење на NovoMix® 30 во комбинација со ОАД кај пациенти постари од 75 години. **Деца и адолесценти:** NovoMix® 30 може да се користи кај деца и адолесценти над 10 години кога избор се дава на премиксни инсулини. За деца од 6 до 9 години постојат лимитирани клинички податоци. Не се направени студии кај деца под 6 години. **Контраиндикации:** Хиперсензитивност на

инсулин аспарт или на било која состојка. **Предупредувања и претпазливост при употреба:** Несоодветно дозирање или прекин во третманот може да доведе до хипергликемија и дијабетична кетоацидоза, кои се потенцијално летални. Може да се јави намалување на раните предупредувачки симптоми на хипогликемија кај пациенти кои долго имаат дијабетес. Брзот почеток на дејството треба да се земе предвид кај луѓето со дијабетес кај кои се очекува одложена апсорпција на храната. Премногу инсулин, прескокнување оброк или зголемена физичка активност можат да доведат до хипогликемија. Споредено со бифазниот хуман инсулин, NovoMix® 30 може да има посилен хипогликемски ефект до 6 часа по инјектирањето. Ова може да се компензира со приспособување на дозата и/или со внесот на храната. Хипогликемијата може да претставува ризик при возење или ракување со машини. Секогаш треба да се земат предвид пропратните болести и лекови. NovoMix® 30 никогаш не смее да се даде интравенски. Случаи на срцева слабост беа пријавени кога пиоглитазон беше користен во комбинација со инсулин, особено кај пациентите со ризик фактори за развој на кардијална срцева слабост. Доколку се користи овој лек во комбинација со пиоглитазон, пациентите треба да се следат за знаци и симптоми на срцева слабост, пораст на тежината и едем. Пиоглитазонот треба да се прекине доколку се појави влошување на кардијалните симптоми. **Бременост и лактација:** Постои ограничено клиничко искуство при бременост. Нема ограничувања во употреба при доене. Сепак може да има потреба од прилагодување на дозата на NovoMix® 30. **Бифазен хуман инсулин:** Кога се префрла од бифазен хуман инсулин на NovoMix® 30 се започнува со иста доза и режим. Се титрира според индивидуалните потреби. Префрлувањето на друг вид или марка инсулин треба да биде под строг лекарски надзор.

Несакани ефекти: Хипогликемија е најчест несакан ефект. Други несакани ефекти поврзани со NovoMix® 30: едем, рефракциони аномалии и локална хиперсензитивност при почнување на инсулинска терапија и вообичаено имаат транзиторна природа. Липодистрофија, влошување на дијабетична ретинопатија, Ретко: Брзото подобрување на гликемската контрола може да доведе до влошување на периферната невропатија, но тоа вообичаено е реверзибилно. Многу ретко: генерализираните хиперсензитивни реакции се ретки, но потенцијално животозагрозувачки. Лекот може да се издава само со лекарски рецепт. **Број и датум на решението за ставање на лекот во промет:** 15-5178/12 од 30.08.2012. NovoMix® 30 и FlexPen® се трговски марки во сопственост на Novo Nordisk A/C, Данска. **Производител:** Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark, Novo Nordisk Production SAS Chartes, France.

Референци:

- Garber AJ et al. Premixed insulin treatment for type 2 diabetes: analogue or human? *Diabetes Obes Metab* 2007; 9: 630–639.
- Davidson JA et al. Risk for nocturnal hypoglycemia with biphasic insulin aspart 30 compared with biphasic human insulin 30 in adults with type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *Clin Ther* 2009; 31(8): 1641–1651.
- NovoMix® 30 Summary of Product Characteristics.
- El Naggar NK et al. Switching from biphasic human insulin 30 to biphasic insulin aspart 30 in type 2 diabetes is associated with improved glycaemic control and a positive safety profile. Results from the Achieve study. *Diabetes Res Clin Pract* 2012; 98: 408–413.
- Shah S et al. Safety and effectiveness of biphasic insulin aspart 30/70 (NovoMix® 30) when switching from human premix insulin in patients with type 2 diabetes: subgroup analysis from the 6-month IMPROVE™ observational study. *Int J Clin Pract* 2009; 63(4): 574–582.



го менуваме
дијабетесот

Ние во Ново Нордиск го менуваме дијабетесот. Со нашиот пристап за пронаоѓање нови терапии, со нашата посветеност да работиме успешно и етички и со нашата-постојана потрага по лекот.

Ново Нордиск Фарма ДООЕЛ
бул. Октомвриска револуција бр.18, Скопје, МК
тел: +389 2 2400 202 факс: +389 2 2400 203
www.novonordisk.com

D-275/01-08/2014

NovoMix® 30
(biphasic insulin aspart)

PiNOX[®]
L E R K A N I D I P I N



На начин тивок – без притисок висок!

ТЕРАПИСКИ ИНДИКАЦИИ

- лекување на блага и умерена есенцијална хипертензија

ДОЗИРАЊЕ И НАЧИН НА ПРИМЕНА

- препорачана доза е 10mg еднаш на ден, најмалку 15 минути пред јадење
- дозата може да се зголеми на 20 mg, во зависност од индивидуалниот терапевтски одговор
- антихипертензив од избор кога е потребна дополнителна заштита на бубрезите

Носител на одобрението за ставање на лекот во промет БЕЛУПО ДООЕЛ Скопје, ул. 3-Македонска бригада бр.68, 1000 Скопје, Р. Македонија, застапник на производителот Белупо, лекови и козметика а.д., Улица Даница 5, 48 000 Копривница. **Начин на издавање на лекот** Лекот може да се издава во аптека само на рецепт (P). **Број и датум на првото одобрение за ставање на лекот во промет** 15-9328/13 на 13.10.2014.

ЗБИРЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА ОСОБИНИТЕ НА ЛЕКОТ ДОСТАПЕН НА БАРАЊЕ

- 8 | **Разговор со прим. д-р Г. Кузмановска:**
Вирусот Зика - нов глобален здравствен предизвик
- 12 | **Актуелно**
Донесена законска рамка за слободните здравствени зони
- 16 | **Правно катче**
Новини за здравствените установи основани со договор за закуп на простор во јавна здравствена установа
- 18 | **Реформи**
Безбедноста на пациентите во фокусот на акредитацијата
- 22 | **Едукација**
Online едукативна платформа за радиолози на www.radaspire.com
- 28 | **Соработка**
Сите заедно за здравјето на секого
- 32 | **Практика**
Оптимална антибиотска терапија во педијатриската клиничка практика
- 34 | **Истражувања**
Е-цигарите не им помагаат на пушачите да го прекинат пушењето
- 36 | **Регион**
Само една болница во Хрватска ќе остане во државна сопственост и ќе обезбедува врвни услуги
Побрз пат до иновативните лекови во Србија
- 38 | **Новини од медицината**
- 40 | **Во Воениот музеј**
Изложба на фотографии „Американскиот Црвен крст во Македонија за време на Првата светска војна“
- 43 | **Дојдени**
Димитар СМИЛЕВ,
професор и основоположник на македонската стоматологија

Прилог: Стручни и научни трудови

- 00423 | **Надица И. Ачовска**
Состојба на болестите на тироидна жлезда на подрачјето на ЈЗУ ЦЈЗ Кочани
- 00428 | **Јованка Караџинска - Бислимовска, Јордан Минов, Драган Мијаќоски, Сашо Столески, Маргарита Спасеновска**
Климатски промени, феноменот на топлотни бранови и здравјето на работниците
- 00433 | **Севда Гацова, Александар Митевски, Вишна Гацова**
Перфорација на жолчно кесе (приказ на случај)
- 00436 | **Антонела Љубиќ, Кети Тагасовска**
Фотоскрининг во детска возраст

90 броја „VOX medici“

Во изминашвите години „VOX medici“, гласило на Лекарската комора на Македонија, сѐана усѐешна приказна, а овој 90-ти број само потврдува дека ја продолжуваме традицијата на сѐисание, кое своите потечници, во далечната 1993 година, ги имаше како Билтен, односно информатор за работата и активностите на Комората како професионална докторска асоцијација. На тој пат, кој несомнено ниту бил лесен, ниту пак едноставен, на потечниците скромниот информатор прерасна во респектабилно сѐисание на и за докторите. А за неговата усѐешност е вложен труд, енергија и знаење од многумина.

Токму во името на таа традиција е неопходно да им се заблагодариме на сите оние кои како уредници, членови на уредувачки одбори или автори на текстови дадоа и даваат придонес во профилувањето на „VOX medici“. Тоа што сите го почнаа и остварија со секој број потребно е не само да се одржува, туку и да се надградува и збогатува. Навистина, некогаш со поголем, некогаш со помал усѐх. Но, приказната продолжува, а искрено верувам дека на неа ќе се надоврзат и идните генерации доктори со свои идеи, размислувања, достигнувања...

Концепцијата на „VOX Medici“ е препознатлива, а првичниот информатор на Лекарската комора низ изминашвите години е збогатен со актуелните прашања од здравството, новините во медицината, информации за можностите за конципирана медицинска едукација и можностите за надградба на сѐекнатите знаења, за новите законски прописи... Посебен белег на „VOX medici“ секако му даваат прилозите од историјата на медицината, за дојдението на македонското здравство, информациите и темиите за активностите на докторите во слободното време, нивните спортистички активности, за лекарите уметници.... Како иновација беше и воведувањето на прилози од разни области на медицината, како дерматовенерологија, кардиологија, офталмологија, неонатологија и медицина на трудот. „VOX medici“ ќе продолжи со концепцијата за унапредување на содржините и ќе се труди да ги елаборира најактуелните теми.

Во овој контекст е неопходно да се издвои и Прилогот за стручни и научни трудови кој нема за цел само едукација со она што произлегува од објавените трудови, туку е во функција и на подигање на нивоите на знаења, па и оние во подготвителните и објавувањето на манускриптите.

Излегувањето на 90-тиот број на „VOX medici“ секако е и можност да им се заблагодариме на сите оние компании и друштва остварувачи за поддршката што ни ја даваат.

Како Уредувачки одбор, целата ни е да создадеме еден актуелен, модерен, бојат, разновиден и разбирлив „VOX medici“. Сѐисание кое ќе им биде блиско на оние на кои им е наменето-докторите. Токму од сите причини, поттипувани колеги, Ве повикуваме на соработка. „VOX medici“, како и во изминашвите години, е отворен за сѐ она што цените дека е актуелно, значајно и интересно за докторската професија, медицината, здравството, за сѐ она што сметате дека ќе придонесе да го направиме онаков каков што Вие сакате да биде. Само така ќе успееме во реализацијата на заедничките цели.

Со почит,



Проф. д-р Михаил КОЧУБОВСКИ

главен и одговорен уредник на „Vox medici“

ИМПРЕСУМ

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

ИЗДАВАЧ

Лекарска комора на Македонија
Ул. Партизански одреди бр. 3 -1000 Скопје
тел/факс: 02/3124-066; тел: 02/3239-060
Жиро сметка: 200-0000114640-34
депонент: Стопанска банка
ЕДБ: 4030991274058;

e-mail:

nachamed@mt.net.mk
lkm@lkm.org.mk
www.lkm.org.mk
voxmedici@lkm.org.mk

ЗА ИЗДАВАЧОТ

Д-р Кочо Чакалароски

ИЗДАВАЧКИ СОВЕТ

Проф. д-р Кочо Чакалароски
д-р Ленче Нелоска
д-р Џабир Бајрами
д-р Игор Николов
д-р Биљана Петковска – Огњанова
д-р Ѓеорги Петков
д-р Маријан Шокаровски
д-р Боро Илиевски
д-р Игор Дабески
д-р Илберт Адеми
д-р Мухамед Асани
д-р Лилија Чолакова - Дервишова
д-р Идриз Орана

ГЛАВЕН УРЕДНИК

Проф. д-р Михаил Кочубовски

ЗАМЕНИЦИ НА ГЛАВНИОТ УРЕДНИК

Асс. д-р Шабан Мемети

УРЕДУВАЧКИ ОДБОР

д-р Елица Станишлевиќ
д-р Македонка Попова-Спасеска
д-р Атип Рамадани
д-р Азис Положани
Проф. д-р Спасе Јовковски
д-р Катерина Дамевска
д-р Селим Черкези
Проф. д-р Костандина Корнети - Пекевска
д-р Беќим Поцеста
д-р Ели Карчева-Сарајлија
Прим. д-р Билјана Ефтимовска

УРЕДНИК

Ристе Недановски

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Октај Омераѓиќ

ЛЕКТОР

Живко Мартиновски

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ

ISSN 1409-8865

Почишувани,

Заради неопходноста на континуирано ажурирање на базата на податоци, Лекарската комора на Македонија апелира до лекарите кои имале промена во личните податоци, промена на работното место, односно работат во група здравствена установа или ја смениле адресата на живеење, да достават точни податоци.

Ажурирањето на податоците во Регистарот е обврска на секој доктор и согласно правилниците и другите подзаконски акти на Комората.

Точните лични податоци, податоците за работното место и адресите на живеење се неопходни за реализацијата на програмските активности на Комората, прецизна евиденција во единствениот Регистар на доктори на Р. Македонија, известување за календарот на акредитирани стручни активности, навремено информирање на докторите за активностите на Комората и други информации од интерес на докторите, доставување информативни и печатени материјали, сисанија, како и за спроведувањето на различни проекти кои се од значење за докторската професија.

Известувањето за промените може да се испрати на e-mail адреса: lkm@lkm.org.mk или да се достави до Стручната служба на Лекарската комора на Македонија, бул. „Партизански одреди“ број 3, 1000 Скопје, Македонија.

ЛЕКАРСКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

„Партизански одреди“ број 3, 1000 Скопје, Македонија

РАБОТНО ВРЕМЕ:

понеделник, вторник, среда и петок од 08 до 16 ч.
четврток од 08 до 18 ч.

ПОВЕЌЕ ОД МОЌНА КОНТРОЛА
НА КРВНИОТ ПРИТИСОК...



WALZERA
valsartan

... СУПЕРИОРНА КАРДИОПРОТЕКЦИЈА



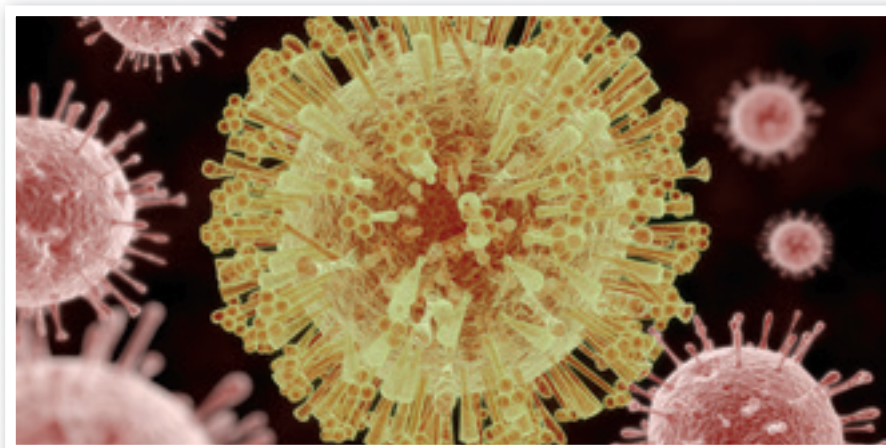
АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјето ѝрег сè

www.alkaloid.com.mk

ПРИМ. Д-Р ГОРДАНА КУЗМАНОВСКА, РАКОВОДИТЕЛ НА СЕКТОРОТ ЗА КОНТРОЛА И ПРЕВЕНЦИЈА НА ЗАРАЗНИ БОЛЕСТИ, ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ НА Р. МАКЕДОНИЈА

Вирусот Зика - нов глобален здравствен предизвик



Што претставува Зика-вирусната инфекција, кои се клучни факти?

Зика вирусната инфекција е заболување кое го предизвикува вирусот Зика (ZIKV). Се манифестира како блага фебрилна болест со макуло-папулозен исип по кожата, конјуктивитис и мускулно-зглобни болки, со траење на симптомите од 2 до 7 дена. Заболувањето го пренесуваат комарци од родот *Aedes*, истиот тип комарци кои ја пренесуваат и болеста денга, *Chikungunya* и жолта треска. Во моментот не постои специфичен третман, ниту вакцина која е на располагање. Најдобар облик на превенција од Зика вирусната инфекција е заштита од каснување од комарец.

Познат е фактот дека денес Зика вирусите циркулираат во Африка, Америка, Азија и на Пацификот.

Вирусот Зика за прв пат е изолиран по Втората светска војна во Африканскиот регион и долго време „кружел“ само во тие предели?

Вирусот Зика кој ја предизвикува истоимената болест припаѓа на родот *Flavivirus*, фамилија *Flaviviridae*. За прв пат е изолиран во 1947 година кај режус мајмуни, во тропските шуми на Уганда наречени Зика,

од кадешто го добил и името. Во 1948 година е докажан и кај комарци (*Aedes africanus*) присутни во истиот регион, а потоа, во 1952 година е идентификуван и кај луѓе во Уганда, Танзанија и Нигерија.

Серолошки испитувања, спроведени во Африка и Азија, укажуваат на најверојатно „тивка“ циркулација на ZIKV со детекција на специфични антитела во различни животни (големи цицачи како што се орангутани, зебри, слонове, биволи) и глодачи. Податоците за географската дистрибуција на ZIKV се врз основа на резултатите од серолошките испитувања и вирусната изолација од комарци и луѓе, извештаи за случаи поврзани со патување и многу малкуте документирани и објавени епидемии.

Пред 2007 година циркулацијата на вирусот се одвиваше главно во форма на спорадични инфекции, а неколку епидемии се документирани во тропска Африка и во некои области во Југоисточна Азија. Од 2007 наваму неколку острови на Пацификот се соочија со епидемиска појава на ова заболување, а најголемата епидемија се случи истата година на островот Јар (Micronesia) кадешто од април до јули заболело околу 75% од населението (31 лице). Ова беше првата епидемија

на Зика вирусна болест идентификувана надвор од Африка и Азија.

Помеѓу 2013 и 2015 година се пријавени неколку значајни епидемии на други острови и архипелази од Пацифичкиот регион, меѓу кои поголема беше епидемијата во Француска Полинезија. Во март 2014 година за прв пат беше регистрирана автохтона трансмисија на Зика вирусот во Јужна Америка – најпрвин во Чиле, а во мај 2015 година и во Бразил. Од октомври 2015 година наваму и други земји и територии во регионот на Америка рапортираа присуство на вирусот, во некои од нив во форма на широко распространети епидемии (пр. Бразил и Колумбија).

Колкава закана за јавното здравје е ова заболување зборува фактот дека од јануари 2007 до 25 февруари 2016 година, Зика вирусна трансмисија е документирана во вкупно 52 земји и територии. Ова вклучува 40 земји кои пријавиле автохтоно пренесување помеѓу 2015 и 2016 година, 6 земји со индиректен доказ за вирусна циркулација, 5 земји со пријавени завршени епидемии и една земја со локално стекната инфекција, во отсуство на кој било комарец познат како вектор (Соединетите Американски Држави).

Каква е моменталната состојба?

Во моментот најзафатени региони со Зика вирусната инфекција во светот се Јужна и Централна Америка со акцент на Карипскиот архипелаг, како и делови од Пацифичкиот регион. Најпогодени земји, каде заболувањето се манифестира во епидемиска форма се Бразил и Колумбија.

Министерството за здравство на Бразил проценува дека од појавата на Зика вирусна инфекција во 2015 година бројот на заболени во земјата е во рангот меѓу 0,4-1,5 милиони случаи, многу повеќе од оние што се пријавени или потврдени.

По Бразил, Колумбија е најмногу афектирана земја. Од октомври 2015 до фев-

гуари 2016 година Колумбија пријави 37.011 случаи на заболени лица, од кои 1.612 биле лабораториски потврдени.

Во истиот период, една земја од Африканскиот регион – Зелено-ртски Острови (Cape Verde) пријави 7.325 сомнителни случаи на Зика вирусна инфекција. Врвот на епидемијата бил во ноември 2015, откако бројот на заболени континуирано опаѓа. Прелиминарните информации кои чекаат конфирмација, укажуваат дека оваа епидемија е предизвикана од африканска линија на Зика вирусот, за разлика од останатиот дел на светот со актуелна епидемија - Пацифичкиот регион и регионот на Америка - кадешто кружи Азиска-та линија.

Заклучно со 25.2.2016 година не се регистрирани автохтони случаи и автохтона трансмисија на вирусот Зика во Европа. Сепак, во 2015 и 2016 година, во 15 земји на ЕУ/ЕЕА се импортирани 182 случаи кои неодамна патувале во погодените земји/територии. Овие земји се: Австрија (1), Чешка (2), Данска (1), Финска (2), Франција (66), Германија (20), Ирска (3), Италија (6), Малта (1), Холандија (30), Португалија (7), Шпанија (32), Шведска (2), Словенија (1) и Велика Британија (8). Од вкупниот број на заболени, 11 се бременни жени.

Зошто Зика вирусната инфекција се шири, засега главно на Американскиот континент?

- Постојат две главни причини за брзото ширење на вирусот: (1) населението во Америка претходно не било изложено на Зика вирусот и затоа нема имунитет, и (2) Aedes комарците, како главен вектор за пренос на Зика вирусот се присутни во сите земјите од овој регион.

- Пријавените стапки на ширење на Зика вирусната инфекција низ Јужна и Централна Америка интензивно растат од октомври 2015 година. ПАХО (Pan American Health Organization) предвидува дека Зика вирусот ќе продолжи да се шири и, најверојатно ќе стигне до сите држави и територии во регионот каде што се присутни Aedes комарците.

Која е веројатноста заболувањето да се прошири и во Европа, со тоа и во Македонија?

- Со ширењето на Зика вирусната епидемија, веројатноста за појава на случаи во европските земји, вклучително и нашата земја, а кои се поврзани со патување, се зголемува. Затоа треба да се нагласи дека се можни импортирани случаи на Зика заболување, но се проценува дека се мали шансите за ширење на заболувањето вон сезона на активност на комарците. Во сезона на активност пресудно е присуството на комарци кои се познати како вектори за ова заболување на одредена територија. Во Македонија нема сознанија за присуство на комарци од родот Aedes. Бидејќи не постои специфичен третман, ниту вакцина е на располагање, превенцијата се заснова на мерките за лична заштита, слични на оние кои се применуваат и против другите заболувања што се пренесуваат преку комарци.

Кои се клиничките карактеристики и компликации на болеста?

- Инкубациониот период на заболувањето се движи од околу 3 до 12 дена по каснувањето од заразниот комарец. Повеќето од инфекциите се асимптоматски (од 60 до 80%). Симптомите на заболувањето се слични на другите арбовирусни инфекции како на пр. денга, Chikungunya, и вклучу-

ваат појава на макуларен или папуларен исип по кожата, треска, артралгија и миалгија, конјунктивитис/конјунктивална хиперемиија и главоболка. Макуло-папулозниот исип најчесто започнува на лицето, а потоа се шири низ телото. Поретко се присутни ретроорбитална болка и гастроинтестинални знаци.

Болеста најчесто се манифестира во блага форма и се карактеризира со краткотрајни, самоограничувачки фебрилни состојби со времетраење од 4-7 дена, по што завршува со излекување без притоа да бара посебен медицински третман. Станува збот за болест со ниска стапка на хоспитализација и досега не се регистрирани смртни случаи од ZIKV заболување. Пријавените смртни случаи во некои земји се асоцирани со појава на компликации, во смисла на Guillain-Barre синдром или микроцефалија кај новородени.

Појавата на компликации, во смисла на автоимуни, невролошки и невролошко-развојни нарушувања, како што се Guillain-Barre синдром кај сите возрасти и микроцефалија кај фетуси и новороденчиња од мајки кои можеби биле изложени на Зика вирусот – особено во првите две тримесечја од бременоста, пријавени се дека се случувале во текот на неодамнешните епидемии (во Француска Полинезија и Бразил).

Експертската јавност интензивно работи на изнаоѓање на натамошни докази за утврдување на причинско-последичната врска помеѓу овие невролошки/невролошко-развојни нарушувања и ZIKV инфекција.

Во текот на големите епидемии во Француска Полинезија во 2013-2014 и Бразил во 2015 година, националните здравствени власти регистрирале појава на невролошки, невролошко-развојни и автоимуни компликации, кои се потенцијално асоцирани со Зика вирусната болест. Забележано е значително зголемување на пациенти со Guillain-Barre синдром (ГБС) за време на епидемијата во Француска Полинезија во 2014 година. Сличен пораст, заедно со невообичаено зголемување на вродена микроцефалија кај новороденчиња, е забележан во некои региони во североисточен Бразил во 2015 година. Досега 8 земји пријавиле пораст на инциденцата на случаи на микроцефалија и/или Guillain-Barre синдром во комбинација со епидемија/случаи на Зика вирусна болест.

МАРГАРЕТ ЧЕН: Вонредна состојба од меѓународно значење

Генералниот директор на СЗО, Маргарет Чен, по состанокот на Комитетот за итни случаи при Меѓународниот здравствен правилник (2005) на 1 февруари, а во врска со зика епидемијата и забележаното зголемување на невролошки нарушувања и неонатална малформација, ги сумираше резултатите од состанокот и донесе одлука да прогласи постоење на јавно-здравствена итност од меѓународно значење, со што го подигна алертот во врска со ова заболување на највисоко ниво.

Притоа, се нагласи потребата од координиран меѓународен одговор заради подобрување на надзорот, за откривање на инфекции, вродени деформитети и невролошки компликации, за интензивирање на контролата на популацијата на комарци, како и забрзување на развојот на дијагностички тестови и вакцини за заштита на луѓето во опасност, особено за време на бременоста.



Во текот на 2015-2016 година, осум земји и територии пријавиле зголемена инциденца на Guillain-Barre синдром и/или лабораториски конфирмација на Зика вирусна инфекција кај случаите пријавени со Guillain-Barre: Бразил, Колумбија, Ел Салвадор, Суринам, Венецуела, Мартиник, Порторико и Француска Полинезија.

д-р Гордана
Кузмановска

Доказите дека невролошките нарушувања, вклучувајќи микроцефалија и ГБС, се поврзани со Зика вирусна инфекција остануваат посредни, но се зголемуваат клиничките и епидемиолошките податоци кои укажуваат на причинската улога на Зика вирусот во овие состојби.

Порастот на бројот на пријавени случаи на ГБС синдром, микроцефалија кај новородени, зголемување на бројот на земјите кои пријавуваат нови случаи, како и растот на сомневањата за можна асоцијација со Зика вирусна инфекција придонесоа на 1 февруари годинава да се состане Комитетот за итни случаи при Меѓународниот здравствен правилник (2005).

Има повеќе начини на трансмисија?

Зика вирусот се пренесува на луѓето преку увод од заразен комарец од генусот *Aedes*. Изолиран е од *Aedes aegypti* комарците, а експериментални студии покажале дека овој вид на комарци може да го пренесува Зика вирусот.

Другите *Aedes* видови (*Ae. africanus*, *Ae. albopictus*, *Ae. polynesiensis*, *Ae. unilineatus*, *Ae. vittatus* и *Ae. hensilli*) се сметаат за потенцијални вектори на ZIKV. Овие видови каснуваат денски (особено наутро и помеѓу доцните попладневни часови и самракот).

Додека улогата на *Aedes* комарци во пренесување на Зика вирусот е документирана и добро разбрана, доказите за други начини на пренос се лимитирани.

Зика вирусот е изолиран во човековата сперма и се опишани веќе два случаја на сексуална трансмисија (САД, Франција). Врз основа на претходните извештаи, постојат силни епидемиолошки докази дека е можна сексуална трансмисија од болно лице кое се враќа од подрачја каде што Зика вирусот циркулира. Историски, во минатите децении, дополнително се опишани единечни случаи на можна сексуална трансмисија на инфекцијата. Затоа се

работи на обезбедување на повеќе докази за да се потврди дека сексуалниот контакт е начин на пренесување на Зика вирусот. Сепак, врз основа на начелата на претпазливост, СЗО препорачува сите пациенти со Зика вирусна инфекција и нивните сексуални партнери (особено бремените жени) да добијат информации за потенцијалните ризици на сексуалниот пренос на Зика вирусот, за контрацепција и безбедно практикување на сексуални односи, особено поради честите асимптоматски форми на заболувањето.

Зика вирусот може да се пренесува преку крв, но ова е ретко докажан механизам на пренос во практика. Сепак, постои потенцијална опасност од ZIKV-инфекција при трансфузија, па стандардните мерки на претпазливост треба да се во функција за обезбедување безбедна оваа вирусна инфекција е регистрирана.

Доказите за пренос на Зика вирусот од мајка на дете за време на бременоста или породувањето се исто така ограничени. Истражувањата се во тек, со цел да се генерираат повеќе докази за евентуален перинатален пренос и подобро да се разберат механизмите на кој начин вирусот влијае врз фетусот/новороденчето. Во моментот не постои доказ дека Зика вирусот може да се пренесе на новородено преку мајчиното млеко. Затоа, мајките во области со Зика вирусна циркулација треба да ги следат препораките на ПАХО / СЗО за доење (ексклузивно доење во првите 6 месеци, по што продолжува доењето со комплементарна исхрана до 2 години и повеќе). Другите начини на трансмисија се предмет на дополнителни студии.

натален пренос и подобро да се разберат механизмите на кој начин вирусот влијае врз фетусот/новороденчето. Во моментот не постои доказ дека Зика вирусот може да се пренесе на новородено преку мајчиното млеко. Затоа, мајките во области со Зика вирусна циркулација треба да ги следат препораките на ПАХО / СЗО за доење (ексклузивно доење во првите 6 месеци, по што продолжува доењето со комплементарна исхрана до 2 години и повеќе). Другите начини на трансмисија се предмет на дополнителни студии.

Како се потврдува дијагнозата?

- СЗО разви дефиниција на случај за Зика вирусна инфекција, според која за потврден случај се смета случај за кој има лабораториска конфирмација со молекуларна метода (на примерок од полна крв, серум, урина, плунка, ткива) или позитивни серолошки тестови за докажување на присуство на антитела во одреден титар или зголемување на титарот во парни серуми.

Дијагностиката на Зика вирусната инфекција се заснова првенствено на детекција на вирусна РНК или антиген од наведените клинички примероци од акутно болни пациенти. Се чини дека периодот на вiremија е краток, овозможувајќи директна детекција на вирусот во крвта/серум во текот на првите 3-5 дена по почетокот на симптомите. ZIKV-РНК е откриена во урината и до 10 дена по почетокот на болеста (според некои автори и подолго).

По петтиот ден од почетокот на болеста може да се прават и серолошки испитува-

Актуелна состојба асоцирана со микроцефалија

Зголемување на случаи на микроцефалија и други неонатални малформации досега се пријавени само во Бразил и во Француска Полинезија, иако два случаи поврзани со престој во Бразил беа откриени во две други земји.

Од октомври 2015 во Бразил се пријавени вкупно 5.640 случаи на микроцефалија и/или малформации на ЦНС, вклучително 120 смртни случаја. Во силен контраст се бројките за претходниот 15-годишен период кога се регистрирани просечно годишно по 163 вакви случаи. Мал број од овие случаи се истражени (27,2%), а за 38% од нив е потврдено дека се асоцирани со Зика вирусна инфекција.

Во Француска Полинезија, во период од март 2014 до мај 2015 се регистрирани 18 пријави за случаи на малформации на ЦНС, од нив 9 се однесуваат на микроцефалија (претходен просек на национално ниво бил 0-2 случаи годишно).

Не е докажано дека Зика вирусот може да е причината за зголемената инциденца на микроцефалија во Бразил. Сепак, со оглед на временската и географска асоцијација меѓу Зика вирусните инфекции и микроцефалијата, а во отсуство на релевантна алтернативна хипотеза, причинската улога на Зика вирусот е многу веројатно дека ќе биде под истрага.

ња со откривање на Зика-специфични IgM антитела и потврда со неутрализација, сероконверзија (титри од ≥ 20) или четирократно зголемување на титарот на анти-тела во парни примероци.

Серолошката дијагноза може да биде тешка, бидејќи се можни вкрстени реакции со други флавиовируси како на пр. вирусите на денга, западнонилска треска, жолта треска, Chikungunya, па затоа резултатите треба да се толкуваат во согласност со вакциналниот статус и претходна изложеност на други флавиовирусни инфекции.

Дали постои специфична терапија за ова заболување?

- Иако диференцијално-дијагностички треба да се земат во предвид други болести кои се пренесуваат преку комарци, како што се денга треска, чикунгуња, западнонилска треска и маларија, или истовремена инфекција со два или повеќе од овие вируси (коинфекција), сепак за сите овие заболувања третманот е симптоматски и главно се базира на намалување на болката и температурата и давање на антихистаминици за исипот. Заболениите лица треба да мируваат и да земаат доволно течности. Болеста треба да се „одлежи“.

Случаите со компликации бараат посебен третман, зависно презентацијата и од тежината на клиничката слика, можна е потреба од интензивно лекување.

Третманот со ацетил-салицилна киселина и други нестероидни антиинфламаторни лекови не се препорачува поради потенцијален зголемен ризик од хеморагичен синдром, кој е регистриран кај другите флавиовируси, како и ризикот од Реевиот синдром по вирусна инфекција кај децата и тинејџерите. Се препорачува давање на парацетамол/ацетаминофен.

Кои би биле превентивните и јавно – здравствените контролни мерки?

Како што веќе рековме не постои вакцина или лек за превенција. Превенцијата е насочена кон: намалување на популацијата на комарци – елиминација на векторите за пренесување на овие болести и користење на лични заштитни мерки со цел да се спречи каснување од комарец.

Постоене или востановување на интегрирана програма за управување со векторите, со цел намалување на популацијата на комарци на одржлив начин, е од примарно значење. Потребна е меѓусекторска соработка и ефикасна комуникациска стратегија за да се обезбеди учество на

заедницата во една ваква одржлива програма за контрола на векторите.

Активностите за **намалување на популацијата на комарците** преку спречување на размножувањето и нивно уништување во домовите и на ниво на заедница вклучуваат:

- Редовно отстранување на сите отворени контејнери со застоена вода во домовите и нивната околина или, доколку тоа не е можно – ларвицидна дезинсекција.
- Покривање на контејнери за вода, буриња, бунари и резервоари за складирање на вода.
- Широка употреба на мрежи на прозорците и вратите од страна на населението.
- Мерки за контрола на ларвите и возрастната популација на комарци, во согласност со програмските цели.

Во областите зафатени со епидемија може да се земе предвид елиминирање на возрастната популација на комарци преку авионско прскање со инсектициди.

Лични заштитни мерки

– превенција од каснување

Превенцијата се базира на заштита од каснување од комарци. Aedes комарците се активни преку ден и затоа треба да се применуваат мерки за лична заштита во текот на целиот ден, а особено за време на највисоката активност на комарците (наутро, во зори и помеѓу доцните попладневни часови и самракот), и тоа:

- Користење на репеленти, облека со долги ракави и долги панталони. Употребата на репелентите мора да е во строга согласност со инструкциите наведени на етикетата на производот. За новородени деца под тримесечна возраст, репеленти не се препорачуваат.
- Користење на мрежи против комарци околу креветите за спиење, најдобро трајно дејство.
- Отстранување/уништување на местата за размножување на комарците.
- Слични заштитни мерки се применуваат на пациенти со симптоми, со цел да се спречи пренесување на болеста на неинфицирани комарци. Личните мерки за заштита од каснување од комарец треба да се практикуваат од страна на лица кои патуваат во области со висок ризик, особено бремените жени.

Vox medic

СЗО одговор и координација

СЗО ги предводи партнерите во креирањето и лансирањето на Рамка за стратешки одговор, со цел преземање на активности насочени кон брз одговор на Зика вирусната епидемија и потенцијално асоцираните невролошки компликации, првично за наредните 6 месеци. Стратегијата се фокусира на мобилизација и координација на партнери, експерти и ресурси за да им помогне на земјите во подобрување на надзорот над вирусот и компликациите што можеби се поврзани со него.

Оваа Рамка за стратешки одговор, развиена во консултација со партнерите, ги подвлекува главните стратешки активности:

Следење – со цел обезбедување на нови и точни информации за векторот-преносител на Зика, Зика вирусното заболување, невролошките синдроми и конгенитални малформации.

Одговор – Ангажирање на заедницата за комуникација на ризикот асоциран со Зика вирусната болест и промовирање на здрави навики и однесување, намалување на анксиозноста и стигмата, отфрлање на гласините и културолошките погрешни перцепции; золемување на напорите за контрола на ширењето на Aedes aegypti комарците и пристапување кон лични заштитни мерки; особено внимание на импактот за бремените жени.

Истражување – Да се истражи етиологијата на микроцефалијата и невролошките синдроми и процена на поврзаноста со Зика вирусната инфекција. Да се забрза процесот на истражување и развој на нови производи, вклучително брза дијагностика, вакцини и лекови. По консултациите со партнерите и земање предвид на промените во состојбата, одлучено е рамката да се ажурира на крајот на март 2016 година, за да ги рефлектира епидемиолошките докази кои ќе помогнат за расветлување на работите и справување со оваа вонредна состојба, развивајќи ја поделбата на улогите и одговорностите. СЗО истовремено работи и со националните авторитети и други партнери за развој на приоритети во стратешкиот одговор, како и мапирање на мултисекторските и мултидисциплинарни капацитети, се со цел да се координира ефективен одговор на регионално и глобално ниво.

Донесена законска рамка за слободните здравствени зони



**Станува збор
за проект на
Владата на
Р.Македонија
со кој се предви-
дува првата
слободна
здравствена
зона да биде
отворена
во 2017
година**

Во почетокот на годинава е донесен Законот за слободните здравствени зони со кој, според предлагачот, ќе се обезбедат поволни услови за привлекување странски инвестиции во областа на здравството и привлекување најсовремена здравствена технологија, како и поттикнување на здравствениот туризам. Станува збор за проект на Владата на Р.Македонија, а се предвидува првата слободна здравствена зона да биде отворена во 2017 година.

Со Законот се уредуваат погодностите за инвестирање, условите, постапката за основањето, развојот и работењето на зоните, дејностите кои се вршат во нив, како и посебните услови за нивно вршење, примената на царинските прописи... Според предлагачот, овој законски проект има за цел и „зголемување на квалитетот на високообразовната понуда од областа на медицината, воспоставување и промовирање на вредности и практики и понуда на повисок квалитет на образование од постојниот“, како и намалување на трошоците на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (ФЗОМ) за испраќање на пациенти во странство. Се смета дека отворањето на слободни

здравствени зони ќе го стимулира и развој на туризмот, хотелиерството и угостителството.

До отворањето на првата зона се планира изготвување на брошура; наоѓање на прифатлива локација и изготвување на план за промоција и нивно уредување. Потребно е и обезбедување на средства за државна помош за корисниците на зоните со буџетот на Р.Македонија за секоја година, почнувајќи од 2017 година.

Со Законот се пропишани погодностите за инвестирање, а корисникот на зоната подлежи на ослободувања од плаќање на:

- данок на добивка во период од десет години од денот на донесувањето на решение за основање на здравствена установа, односно високообразовна установа во зоната;
- персонален данок на доход на примањата по основа на платите на вработените за период од десет години.

Корисникот, по исклучок, подлежи на овие ослободувања за период од 15 години доколку во зоната основа и врши истовремено и здравствена и високообразовна дејност од областа на медицината.

Предвидено е и ослободување од плаќање на данок на додадена вредност и царински давачки при увоз на медицинска опрема, лекови, медицински потрошен материјал и медицински помагала, како и за материјалите за изградба на објектот, увозот на електрична енергија, на специјално опремени воздухоплови за транспорт на пациенти....

Со Законот е предвидено на корисникот кој обезбедува нови вработувања да може да му се додели помош за оправданите инвестициски трошоци за обука на вработените. Таа може да биде во висина до 60% од трошоците во случај на општа обука и 25% од трошоците во случај на посебна обука. Интензитетот на помошта може да биде зголемен за 10 процентни поени доколку обуката се врши на територијата на Р. Македонија или ако обуката треба да ја искористат невработени лица кои активно бараат работа, како и инвалидизирани лица. Интензитетот на помошта може да се кумулира.

Предвидено е и ослободување од плаќање на надомест за уредување на градежно земјиште, а

Владата може да учествува во трошоците за градба во висина и под критериуми утврдени со Законот за технолошко индустриски развојни зони. Земјиштето се дава под закуп до најмногу 99 години со месечна закупнина од едно евро за еден квадратен метар земјиште. Обврска е со градбата да се почне во рок од девет месеци од склучувањето на договорот за закуп на земјиштето, а најдоцна за 24 месеци треба да заврши градбата и да се почне со здравствена и/или високообразовна дејност.

Министерството за здравство со решение го одобрува основањето на здравствена установа и дава дозвола за работа, по што го оценува исполнувањето на условите во однос на просторот, опремата и стручниот кадар. Трошоците за постапката се на товар на Министерството за здравство.

Договор за доделување на државна помош може да се склучи само под услов ако корисникот на зоната до Агенцијата за странски инвестиции и промоција на извозот или до Дирекцијата или до министрите без ресор задолжени за странски инвестиции, достави писмо за намери, документи за основање и деловен план. Деловниот план се доставува до Владата која ја носи и одлуката за видот на државната помош што се доделува.

Ако корисник на зоната и основач на здравствена установа или високообразовна установа од областа на медицината кој спроведува почетна инвестиција е домашно правно лице, има право на државна помош во следните случаи:

- ако во зоната врши нов вид на дејност различна од дејноста што ја врши надвор од зоната, а не ја пренесува дејноста од друго подрачје на Р. Македонија во зоната или
- ако во последните три години пред доставувањето на барањето за доделување на државна помош не вршел здравствена и/или високообразовна дејност надвор од зоната.

Кога корисник на зоната и основач на здравствена установа или високообразовна установа од областа на медицината кој спроведува почетна инвестиција е странско или домашно правно лице, има право на државна помош во следниве случаи:

- правното лице кое е основач на здравствената установа, односно на високообразовната установа од областа на медицината нема ненамирен даночни и/или царински обврски...

Владата на Р. Македонија донесува одлука за основање на слободна здравствена зона, на предлог на министерствата за здравство, за економија, за финансии, Дирекцијата за технолошки индустриски развојни зони, Агенцијата за странски инвестиции или министрите без ресор задолжени за привлекување на странски инвестиции.

Правото да врши дејност во зоната корисникот го стекнува врз основа на договор за користење на зоната, склучен за период од најмалку десет години. Договорот се склучува за период од најмалку 15 години доколку во зоната истиот корисник на зоната основа здравствена установа и високообразовна установа од областа на медицината. Договор за користење на зоната Дирекцијата склучува со правното лице кои ги исполнува следните критериуми:

- да има склучено најмалку еден договор со фонд за здравствено осигурување од државата во која се наоѓа неговото седиште и/или од друга држава - членка на Европската Унија или земја - членка на ОЕЦД, кој овозможува обезбедување на здравствени услуги во Република Македонија за државјаните на државите со чиј фонд е склучен договорот;
- во периодот за кој е склучен договорот за користење на зоната (најмалку десет, односно најмалку 15 години), да воведо најмалку една нова здравствена метода или постапка за превенција, дијагностика и лекување кои не се користеле во здравствениот систем на Р.Македонија;
- да врши здравствена дејност или високообразовна дејност заснована на нови, напредни и високи технологии;
- да е акредитирана од Меѓународната заедничка комисија (JCI-Joint Commission International) или од корпорацијата ДНВ здравствена заштита (DNV Healthcare Inc.-Det Norske Veritas Healthcare), доколку правното лице е здравствена установа;
- да го зголемува вработувањето во Р.Македонија;
- да има склучено најмалку еден договор со јавна здравствена установа од Р. Македонија за користење на нејзини здравствени услуги што здравствената установа основана во зоната не ги врши, а за кои имаат потреба нивните пациенти и
- да склучи меморандум за соработка со Министерството за здравство со кој ќе овозможи континуирано стручно усовршување на здравствените работници од јавните здравствени установи за тие да стекнат практично искуство, со организирање и спроведување на обуки без наплата на надомест за одржаните обуки.

Договор за користење на зоната заради вршење на високообразовна дејност, Дирекцијата склучува со правни лица кои ги исполнуваат следните критериуми:

- да овозможи наставно-научниот кадар од високообразовната установа основана во зоната да одржува предавања и на јавните високообразовни установи во Р. Македонија;
- да склучи меморандум за соработка со Владата со кој ќе овозможи висината на средствата за

Со Законот се пропишани погодностите за инвестирање во слободната здравствена зона, како и поволности што му следуваат на корисникот на зоната

Со Законот е предвидено на корисникот кој обезбедува нови вработувања да може да му се додели помош за оправданите инвестициски трошоци за обука на вработените

партиципација на студентите чие образование се финансира од буџетот на Р. Македонија да изнесува 50% од најниската цена што ја наплаќа таа високообразовната установа;

- наставата да ја изведуваат професори од кои најмалку половина се предавачи на еден од 100-те највисоко рангирани факултети на последната објавена листа на Центарот за универзитети од светска класа при Шангајскиот Цио Тонг универзитет (Shanghai Ranking Academic Ranking of World Universities) во делот на медицината;
- да го зголемува вработувањето во Р. Македонија и
- да се рангирани на последната објавена листа на Центарот за универзитети од светска класа при Шангајскиот универзитет.

Со овој законски проект се дефинирани здравствените и другите услуги кои можат да се даваат и дејностите кои можат да се вршат во зоната. Здравствената установа во зоната и ФЗОМ имаат право да склучат договор само за нови здравствени методи или постапки кои не се користат во Р. Македонија.

Здравствената установа во зоната има право да склучи договор за користење на здравствените услуги на јавните здравствени установи во Р. Македонија кои се даваат како дополнителна дејност. Државјаните на Р. Македонија здравствените услуги во зоната ги плаќаат со лични средства, освен за здравствените услуги за кои е склучен договор со ФЗОМ. Цените на здравствените услуги за државјаните на Р. Македонија и на соседните држави се до 30% повисоки од највисоките цени на приватните здравствени установи во земјава. Ценовникот го утврдува Владата, на предлог на министрите за здравство и за финансии. Цената е составена од две компоненти - надоместок за здравствената установа и приход (50%) за буџетот на Р. Македонија.

Корисникот на зоната има право да дава услуги и на комплементарна и алтернативна медицина како и бањско-климатско лекување. И во овие случаи е зацртано право на државна помош. Корисникот за овие услуги може да склучи договор со ФЗОМ, како и со Министерството за труд и социјална политика. Како обврска се детерминирани посебни програми за бањско-климатско лекување, физикална медицина и рехабилитација за деца или за болни од церебрална парализа и од цистична фиброза.

Корисникот на зоната кој основа здравствена установа на терцијарно ниво покрај критериумите за вршење на здравствената дејност, обезбедува простор, опрема и кадар за изведување на високообразовна дејност, за стручно оспособување и усовршување, за научно-истражувачка дејност.

Во здравствените установи во зоната здравствената дејност ја вршат доктори на медицина кои се странски државјани и македонски државјани, при што странците треба да работеле најмалку пет години непрекинато како специјалисти (во ЕУ или земјите на ОЕЦД).

За основање приватна високообразовна установа од областа на медицината е неопходно мислење од Одборот за акредитација и евалуација на високото образование и одобрение од Владата на Р. Македонија. Студиските програми од првиот, вториот и третиот циклус на студии се оформуваат согласно со нормативите, стандардите и методологијата кои се прифатени на единствениот европски простор за високо образование. Наставата се изведува и се полага на англиски јазик, а најмалку половина од професорите треба да се предавачи на еден од врвните 100 високообразовни установи од областа на медицинските науки во светот.

Високообразовна дејност во зоната може да врши и странска високообразовна установа која е акредитирана во земјата во која и е седиштето и која приложила квалитетна финансиска гаранција. На високообразовната установа во зоната може да се запишат и студенти чие образование се финансира од буџетот на Р. Македонија, а одлука за бројот на ваквите студенти кои се запишуваат на предлог на органот на управување на високообразовната установа во зоната ја донесува Владата. Владата обезбедува средства за учество во финансирањето на студиски програми за кои е утврдено дека се од јавен интерес. Студентите чие образование се финансира од буџетот на Р. Македонија партиципираат во трошоците на студирање. Таа изнесува 50% од најниската цена што ја наплаќа високообразовната установа во зоната, за која претходна согласност дава Владата. Најдобрите десет студенти чие образование се финансира од државниот Буџет се вработуваат во јавна здравствена установа на терцијарно ниво без да се спроведува постапка за селекција, при што тие не треба да ги исполнуваат посебните услови за вакво вработување.

Согласно законските одредби, во зоната се вршат услужни дејности, научно-истражувачки дејности, банкарски и други финансиски работи, осигурување и реосигурување на имоти и лица и други работи исклучиво за потребите на работењето на зоната и за нив не важат даночните ослободувања кои важат за здравствените установи .

Подзаконските акти кои произлегуваат од одредбите ќе се донесат во рок од шест месеци од денот на стапувањето во сила на овој закон.

Vox medici

Valsacor®

valsartan

филм-обложени таблети од 80 mg; 160 mg; 320 mg

Valsacombi®

valsartan и hydrochlorothiazide

филм-обложени таблети од 80 mg/12,5 mg; 160 mg/12,5 mg;
160 mg/25 mg; 320 mg/12,5 mg; 320/25 mg



избрани за Victory*



Ефикасна редукација на СКП за 26,6 mm Hg (1, 2)

Ја подобрува аортната крутост (1, 2)

Сигнификантно ја подобрува еректилната функција (1, 2)

91% од пациентите ги постигнале целните вредности на крвен притисок (1, 2)

* Ефикасност и безбедност на валсартан и фиксно-дозна комбинација на валсартан и хидрохлоротиазид во третман кај пациенти со блага до умерена артериска хипертензија – VICTORY
СКП - систолен крвен притисок

1. Accetto R, Chazova I, Sirenko Y, Vincelj J, Widimsky J. The results of the international study "VICTORY". Presented at XVth Ukrainian National Congress of Cardiology by Sirenko M, Radchenko G on behalf of investigators. 23 – 25.09.2015, Kiev, Ukraine.
2. The efficacy and safety of valsartan and combination of valsartan and hydrochlorothiazide in the treatment of patients with mild to moderate arterial hypertension – VICTORY. Final report. Data on file. Krka, d. d., Novo mesto, Slovenia, 2015.

Индикации и дозирање *Valsacor*®: Хипертензија: препорачана почетна доза е 80 mg валсартан еднаш на ден. Доза на одржување е 160 mg до максимални 320 mg еднаш на ден. Срцева слабост: препорачана почетна доза е 40 mg два пати на ден. Дозата постепено се зголемува на 80 mg и потоа на 160 mg, два пати на ден до постигнување на највисоката доза која пациентот може да ја толерира. Неодамнешен миокарден инфаркт: лекувањето треба да започне во првите 12 часа по настанување на миокардниот инфаркт. По почетна доза од 20 mg два пати на ден, дозата треба постепено да се зголемува на 40 mg, 80 mg и 160 mg, два пати на ден, во текот на следните неколку недели. *Valsacombi*®: Хипертензија кога е потребна комбинирана терапија: 1 таблета *Valsacombi*® во соодветна доза. **Контраиндикации** *Valsacor*®: преосетливост на валсартан или некоја од компонентите во лекот. Тешки хепатални заболувања, билијарна цироза и холестаза. Бременост. *Valsacombi*®: тешко ренално нарушување (креатинин клиренс <30 ml/min), анурија; рефракторна хипокалемија, хипонатремија, хиперкалцемија и симптоматска хиперурикемија. **Мерки на претпазливост** Употребата на валсартан кај пациенти со срцева слабост често резултира со намалување на крвниот притисок, но ретко е потребно прекинување на терапијата заради продолжена симптоматска хипотензија. Кај пациенти со срцева слабост се препорачува редовно мониторирање на бубрежната функција. Кај пациенти кај кои постои загуба на натриум и течности, како оние кои примаат високи дози на диуретици ретко може да се јави симптоматска хипотензија. Претпазливост е потребна кај пациенти со унилатерална или билатерална стеноза на бубрежната артерија и при воведување на валсартан кај пациенти со миокарден инфаркт заради можна хипотензија. *Valsacombi*®: пациентите со примарен хипералдостеронизам не треба да се лекуваат со лекот *Valsacor*® затоа што нивниот ренин-ангиотензин систем не е активиран. Посебна претпазливост е индицирана кај пациенти кои имаат аортна или митрална стеноза или

хипертрофична опструктивна кардиомиопатија. Лекот *Valsacombi*® содржи лактоза. **Бременост и доене** Не се препорачува употреба на *Valsacor*® и *Valsacombi*® во бременост и кај мајки кои дојат. **Интеракции** *Valsacor*®: Не се регистрирани клинички значајни интеракции со други лекови. Истовремена употреба со диуретици кои штетаат калиум (спиронолактон, триамтерен, амилорид), суплементи на калиум или соли може да резултира со зголемување на нивото на калиум во серумот. *Valsacombi*®: Не се препорачува истовремена употреба со литиум заради реверзибилно зголемување на концентрацијата на литиум во серумот и токсичност. Комбинацијата на валсартан и хидрохлоротиазид може да го зголеми дејството на други лекови со антихипертензивни својства. При истовремена употреба со НСАИП може да настане намалување на антихипертензивното дејство, како и да доведе до зголемен ризик од влошување на бубрежната функција и зголемување на нивото на калиум во серумот. Интеракции можни од употребата на валсартан и хидрохлоротиазид како монотерапија се однесуваат и на комбинацијата. **Несакани ефекти** *Valsacor*®: Инциденцата на несакани ефекти е споредлива со таа на плацебо. Најчести несакани ефекти се главоболка, вртоглавица, замор, кашлица, ринитис, синуситис, гадење, дијареа, болки во stomакот и грбот, артралгија, хиперкалемија, хипотензија и ортостатска хипотензија, нарушена бубрежна функција, кои не се поврзани со големината на дозата ниту времетраење на лекувањето. *Valsacombi*®: Несаканите дејства забележани во клиничките студии и лабораториските наоди, кои почесто се случуваат со фиксно дозната комбинација на валсартан и хидрохлоротиазид се: парестезија, заматан вид, тинитус, хипотензија, кашлица, мијалгија, замор. Несаканите дејства претходно забележани кај некој од поединечните компоненти можат да бидат и потенцијални несакани дејства при комбинацијата на валсартан и хидрохлоротиазид. **Начин на издавање** на лекарски рецепт. **Пакување** 30 филм обложени таблети во блистер пакување.

За поделителни информации обрнете се на:

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



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

Новини за здравствените установи

ОСНОВАНИ СО ДОГОВОР ЗА ЗАКУП НА ПРОСТОР ВО ЈАВНА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

Со Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствената заштита објавен во „Службен весник на Република Македонија“, бр. 17/2016 (2 февруари 2016 година), со кој се менува и дополнува постојниот Закон за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“, бр. 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14, 10/15, 61/15, 154/15 и 192/15), се воведува новина во однос на условите за основање, почнување со работа, вршење здравствена дејност и проширување на дејноста на здравствена установа која е основана или ќе се основа врз основа на договор за закуп на простор во јавна здравствена установа.

Имено со членот 5 од овој Закон се врши дополнување на постојниот член 60 во кој се додава нов став (3), кој предвидува исклучок на условот по однос за кадарот кој треба да го исполнува здравствената установа за да може да се основа, да почне со работа, да врши здравствена дејност и да ја прошири дејноста, а кој се однесува на условот во здравствената установа да има во работен однос на неопределено време со полно работно време определен број здравствени работници во зависност од видот на здравствената дејност, односно специјалност. Овој исклучок се однесува само на здравствена установа која е основана или ќе се основа за вршење на здравствена дејност врз основа на договор за закуп на простор во јавна здравствена установа склучен во постапка спроведена согласно одредбите од Законот за здравствена заштита.

Бројот на здравствените работници



во зависност од видот на здравствената дејност, односно специјалност се утврдува со Правилникот за потребниот простор, опрема и стручен кадар за основање, почнување со работа и вршење на здравствена дејност во здравствени установи и тој за ординациите од примарната здравствена заштита изнесува двајца здравствени работници од кои едниот е доктор на медицина без или со соодветна специјализација, а другиот е здравствен работник со завршено средно, више или високо стручно образование од областа на медицината, односно стоматологијата во траење од три години.

Според дополнувањето направено со наведениот закон, во случај на основање на приватна здравствена установа од примарна здравствена заштита или формирање на нов тим во постојна приватна здравствена установа од примарна здравствена заштита, која дејноста ја врши во простории на јавна здравствена уста-

нова врз основа на договор за закуп на простор склучен согласно со овој закон, избраниот лекар или стоматолог, односно нововработениот доктор на медицина или доктор на стоматологија може самостојно да укажува здравствена заштита без учество на медицинска, односно стоматолошка сестра во тимот.

Здравствената установа може да работи на овој начин најдолго 24 месеци од основањето на приватната здравствена установа, односно од формирањето на новиот тим, се додека докторот на медицина или докторот на стоматологија во приватната здравствена установа не го избераат како избран лекар или избран стоматолог 700 пациенти, по што постои обврска да се комплетира тимот, односно да се вработи здравствен работник со завршено средно, више или високо стручно образование во траење од три години.

В.А.

Калменте®

Mometasone furoate

50 микрограми/распрснување
Спреј за нос, суспензија



ПРВ ИЗБОР КАЈ АЛЕРГИСКИ РИНИТИС ВО ТЕКОТ НА ЦЕЛА ГОДИНА

ИНДИКАЦИИ И ДОЗИРАЊЕ

Сезонски и целогодишен алергиски ринитис

Возрасни и адолесценти постари од 12 години	Деца на возраст од 6 - 11 години
2 впрскувања во секоја носница, еднаш дневно	1 впрскување во секоја носница, еднаш дневно

Назални полипи

Возрасни над 18 години
2 впрскувања во секоја носница, еднаш дневно

Алвоген е мултинационална фармацевтска компанија ориентирана на развој и производство на иновативни генерички производи. Производното портфолио на Алвоген е фокусирано на широк спектар фармакотерапевтски области како што се: пулмоалергологија, урологија, психијатрија, неврологија, кардиологија, пнеумологија, онкологија и ревматологија.



НОВО ВО АЛВОГЕН ПОРТФОЛИО

Фурас®

(20 mg furosemide / 50 mg spironolactone)
30 капсули

**ЕДИНСТВЕНА КОМБИНАЦИЈА НА БРЗО-ДЕЛУВАЧКИ
ДИУРЕТИКИ И ДИУРЕТИК - ШТЕДАЧ НА КАЛИУМ**



ИНДИКАЦИИ

- Во терапија на **резистентен едем**, асоциран со секундарен хипералдостеронизам
- Во терапија на **хронична конгестивна срцева инсуфициенција**
- Во терапија на **хепатална цироза**

Само за стручна јавност
R - само на рецепт
АТС: С03ЕВ01

Безбедноста на пациентите во фокусот на акредитацијата



Согласно со меѓународните стандарди и практики, Агенцијата за квалитет и акредитација во првичната фаза на својата стратегија за безбедност на пациентите ги има дефинирано безбедносните приоритети

Акредитацијата сама по себе претставува еден комплексен процес на проценка и утврдување на нивото на квалитет на укажување здравствена заштита во рамки на здравствените установи, врз основа на претходно утврдени стандарди за квалитет. Затоа, акредитацијата и квалитетот на здравствената заштита не можат да се анализираат изолирано, туку, напротив, потребно е да се разгледуваат од гледна точка на сите вклучени актери и корисници. Еден од клучните приоритети во овој процес е безбедноста на пациентите во целокупниот систем на здравствена заштита, што како основа бара воспоставување добар систем на управување со ризик.

Со цел да се прецизира концептот на управување со ризик, првично е неопходно да се утврди што претставува поимот ризик. Оттука, ризикот би можело да се дефинира како поголема или помала веројатност, некој да биде повреден како резултат на некоја опасност.

Управувањето со ризик е активност поврзана со предвидување и идентификација на ризици, нивно рано детектирање, и корекција на превенцијата со детална анализа на третирањето на несаканите случувања како најголем проблем во таа област.

Безбедноста на пациентите се дефинира како идентификација и редуција на постапките кои

носат извесен ризик по исходот на пациентот и бараат спроведување на најдобра практика базирана на докази, која води кон оптимален исход на пациентите. Системот за управување со ризик ги опфаќа истовремено клиничките и неклиничките служби. Управувањето со ризик не претставува новина, туку тоа е практика во која постојат процеси, методи и средства за управување со ризик.

Системот на управување со ризик, пред се, придонесува обезбедување огромна корист за установата во насока на:

- обезбедување на давање квалитетна здравствена заштита и услуги кои се безбедни и за пациентите и за нивната придружба и посетителите;
- олеснување на давање на исплатливи услуги на начин што ќе ги елиминираат или пак намалат непотребните трошоци кои настануваат преку исправање на грешките или пропустите;
- поголемо задоволство не само за пациентите, туку и за здравствените работници кои вложиле максимум знаење, вештини и напори за добар исход.

Она што е важно и што треба да се нагласи е фактот дека ризикот никогаш не може целосно да се елиминира, тој единствено може да се сведе на минимум и со него да се управува. Системот за управување со ризик претставува инструмент кој би користел за да се отстранат недостатоците во управувањето во рамки на установата и кој би требало да се подобри.

Системот на управување со ризик во себе инкорпорира четири клучни елементи:

- идентификација на ризик;
- анализа на ризик;
- контрола на ризик и
- финансирање на ризик.

При **идентификување** на ризик секогаш би можело да се одговори на прашањето за тоа што би можело да тргне во несакан правец и на тој начин би претставувало ризик за установата, како би дошло до тоа и кои би биле последиците од една таква ситуација.

Во ситуација кога би се идентификувал ризик, потребно е да се **анализира** колку често може да се повтори истиот, колку би чинел и колку сериозни би биле последиците од настанување на тој ризик.

Контролата на ризикот опфаќа една друга димензија, односно го регулира начинот на пристап кон истиот во ситуација кога тој веќе настанал.

Веројатноста за појава на одреден ризик ја наметнува потребата од предвидување на **финансиска рамка** за справување со тој ризик.

Согласно со меѓународните стандарди и практики, Агенцијата за квалитет и акредитација во првичната фаза на својата стратегија за безбедност на пациентите ги има дефинирано таканаречените пет безбедносни приоритети:

- практикување на безбедна хирургија упатството се презема од веб страна на Министерството за здравство (<http://zdravstvo.gov.mk/wp-content/uploads/2014/01/SZO.pdf>);
- превенција од внатрешболничките (интрахоспиталните) инфекции;
- безбедно ракување со лекови;
- нега и лекување на „вистинскиот“ пациент и
- елиминирање/сведување на минимум на несакани случувања (безбедно лекување).

Начинот на реализација на овие цели е условен од следење-

то на индикаторите за квалитет и од успешноста на процесот на акредитација на здравствените установи, врз основа на однапред утврдени стандарди за акредитација. Во рамки на избраните индикатори за квалитет од областа на безбедност на пациентите на национално ниво, кои сите здравствените установи имаат законска обврска да ги следат, се вбројуваат следните шест:

- број на паѓања и повреди на пациентите;
- број на лежечки пациенти со декубитални рани;
- број на компликации после дадената анестезија;
- број на повторени операции на истата регија;
- број на механички јатрогени оштетувања после хируршка интервенција и
- број на тромбоемболиски компликации.

Во рамки на сетот на стандарди за акредитација, прашањата од областа на безбедност на пациентите се третираат како приоритетни. Така, на пример, од шесте поглавја од стандардите, поглавјето Управување со ризик и безбедност, ги обработува прашањата за безбедност и ризици во следните области и сегменти на работата на здравствените установи:

- превенција од интрахоспитални инфекции;
- управување со отпад;
- стерилизација;
- безбедно управување со медицинска и немедицинска апаратура;

„ПЛИВА Скопје“ донираше повеќе од 500.000 денари на Фармацевтскиот факултет

Фармацевтската компанија „Плива“, членка на групацијата Teva, донираше повеќе од 500.000 денари за модернизација на наставно-научниот процес и осовременување на амфитеатарот на Фармацевтскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје.

Факултетот за фармација, како водечка наставно-научна институција во областа на фармацијата во Р. Македонија, изрази голема благодарност за поддршката од „ПЛИВА“ која со данацијата активно паритипираше во рамките на процесот за модернизација на научно - наставниот процес и зголемување на функционалноста на амфитеатарот и подобрување на условите за едукација на идните фармацевти.

„Донацијата на „Плива“ е од суштинско значење. Се однесува на преадапација на постоен простор на амфитеатарот, кој во целост ќе ги исполнува критериумите и стандардите и со модернизација на научно - наставниот процес ќе овозможи уште повисоко ниво на квалитетна настава“, истакна деканот проф. д-р Светлана Кулеванова, благодарнувајќи се за оваа донација во името на Факултетот. Таа искажа благодарност и во името на сите студенти, наставниот кадар и целиот персонал на Фармацевтскиот факултет за оваа донација која, како што рече, многу ќе го подобри квалитетот на наставата и едукацијата.

„Презедовме активности за да им помогнеме на идните фармацевти, кои ќе бидат уште поквалитетно едуцирани за во иднина да дадат поголем придонес во фармацевтската дејност. Со оваа донација ја продолжуваме нашата определба и препознатливост на високо одговорна општествена компанија, респектабилен производител кој гради партнерски однос и води грижа за потребите на зедницатаК - изјави директорот на „Плива Скопје“, Петар Велкоски при официјалното предвање на донацијата.



- заштита од пожар и
- одржување на хигиена.

Високиот приоритет што го дава Агенцијата на прашањата од областа на безбедност се докажува преку начинот на оценување на постигнатото ниво на квалитет во болниците. Скалата на оценување на примената на стандардите е од 1 до 5. Сите стандарди, односно критериуми кои третираат прашања кои се во врска со петте погоренаведени безбедносни приоритети, потребно е да добијат оценки од најмалку 4, за да може установата да добие акредитација. Доколку кој било стандард/критериум кој е поврзан со безбедноста на пациентите е оценет пониско од 4, колку и да се добро имплементирани другите стандарди, таа болница ќе биде вратена за унапредување на квалитетот на здравствената заштита во оваа област.

Неминовна е дискусијата и за појава на несакани случувања во рамки на здравствената установа како потенцијална можност на загрозување на безбедната средина за пациентите и другите лица. Самата природа на здравствените установи насекаде во светот создава опкружување кое наметнува појава на несакани случувања. Со појава на несакано случување настанува можност да бидат загрозувани животот или пак здравјето на вработените, пациентите или пак лицата затекнати во таа работна средина. Тоа е секоја опасна појава која претставува закана за животот и здравјето, колективна или пак индивидуална повреда или пак повреда со смртен исход. Токму степенот на сериозност на оваа појава ја наметнува потребата од специфично третирање на несаканите случувања. Оттука е неопходно потребно да се утврди постапка со која правилно ќе се дефинира и спроведе истражувањето за несаканото случување при негова појава, преку следните активности: дефинирање на несаканото случување, соопштување и запознавање на засегнатите лица со несаканото случување, развивање стратегија за истрага во врска со несаканото случување како и утврдување на единствен пристап кон несаканото случување на ниво на здравствената установа, со цел да се спречи појава на исто такво случување по втор пат.

Како резиме, може да се каже дека од клучно значење за ефикасно управување со ризиците, по однос на создавање на безбедна клима за давање квалитетна здравствена заштита, особено значајни се едукацијата и запознавањето на вработените со ризиците и мерките за нивно откривање како и стратегијата за справување со нив. Едукацијата која се врши се фокусира на спроведување на континуирана медицинска едукација, како и едукација од областите на безбедност и заштита при работа, противпожарна заштита, управување со отпад и низа други области.

Особено важно е да се нагласи дека одговорноста за управување со ризик и безбедност при давање на здравствената заштита е потребно да се утврди по хиерархиски ред и тоа почнувајќи од раководството, па натаму до сите вработени. Во процесот со управување со ризик е неопходно сите вработени да бидат запознаени со своите одговорности, како и наедно да бидат информирани и вклучени во целиот тој процес.

Проф. д-р Елизабета Зисовска, Лирим Исахи и Едита Исахи

Проф. д-р Љубиша НОВОТНИ

(1936 -2015)

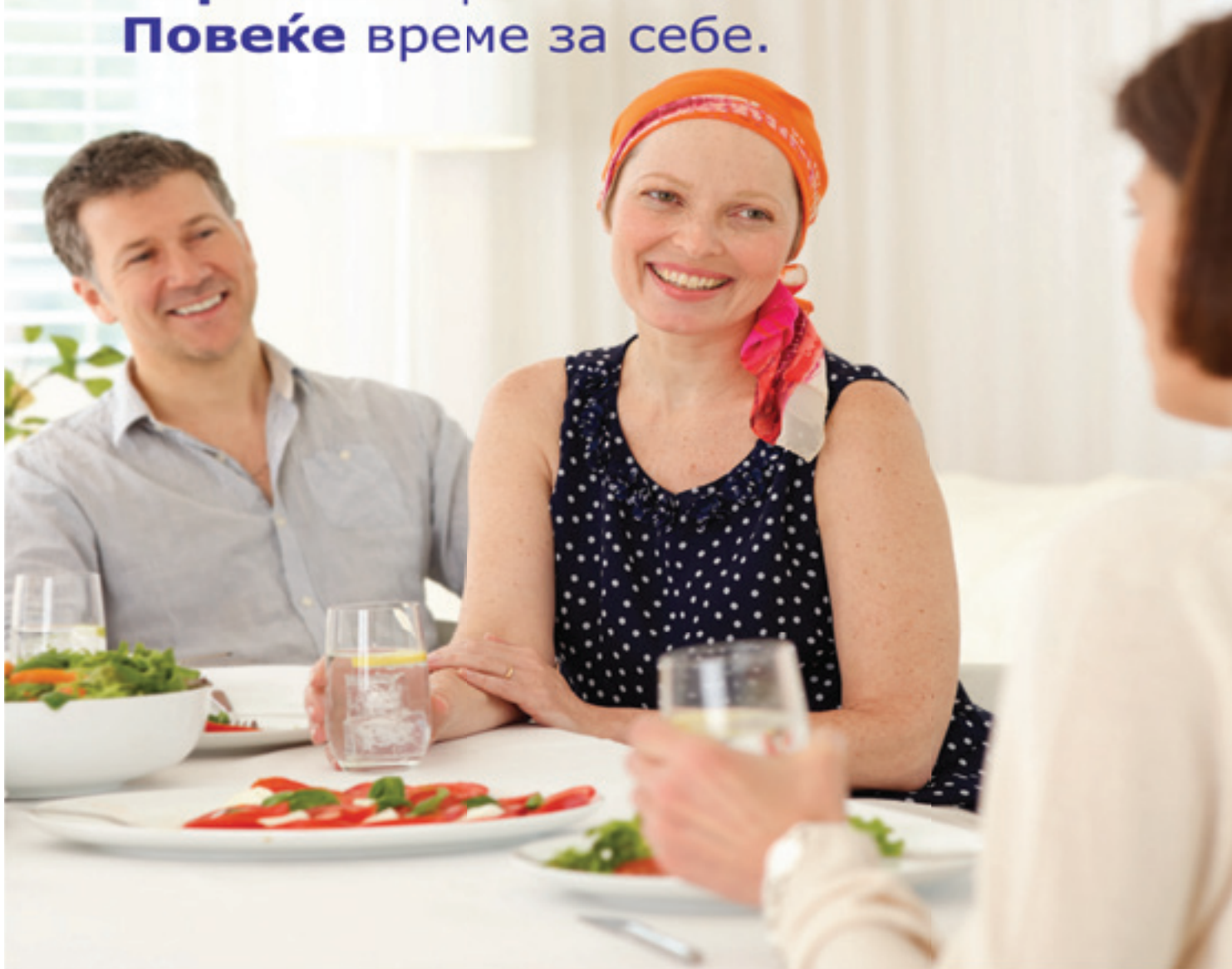
Професор д-р Љубиша Новотни почина на 10 мај 2015 г., на неполни 79 години. Обемот и длабочината на неговите лични и професионални постигнувања е исклучителен. Проф. Новотни го паметиме како извонреден невролог, психијатар, форензичар, учител и инспиративен ментор, визионер и двигател на позитивна акција, а над сè, како човек кој знаеше да ужива во животот и тоа задоволство да им го пренесува на блиските, на студентите, младите лекари и колеги со кои работеше и соработуваше. Но, истовремено тој имаше и неверојатна способност непријатните и негативни настани да ги прекрши низ личниот ракурс на духовитост и иронија. Неговата работа на полето на неврологијата и форензичката психијатрија имаше силно и далекусежно влијание врз бројни генерации невропсихијатри, психијатри, невролози и судски лекари што придонесе суштествено за разбирање на форензичката наука од перспектива на психијатриските растројства и психолошките состојби. Во таа смисла беше вистински виртуоз во разбирањето на човековата природа во пресудните животни моменти. Неговите искуства и истражувања, како и ерудицијата да ги пренесе, поставија нови стандарди во судско-медицинските експертизи и систематизирани процедури на клиничко-форензичка процена и постави значајни перспективи за развој на оваа област. Ни остави во наследство ненадминати учебници и книги, иновативни истражувања, низ специфичен и само нему својствен дискурс на искуствено проживеано знаење и стручност, доведен до филигранска прецизност во неговите анализи, за потем научно фундирани да ни ги пренесе нам на колегите, студентите и сета стручна јавност.

Се сеќаваме на личноста и делото на нашиот професор, учител, ментор и пријател. Јас го запознав првпат како студент на Медицинскиот факултет, на кој проф. Новотни беше омилен професор. Го помниме како човек кој знаеше да биде другарски настроен кон своите студенти, но истовремено и да претставува вистински авторитет за нив. Младите лекари во него имаа секогаш пријателски настроен и благонаклон учител и ментор во совладувањето на знаењето и работата со пациентите. Лесно, ненаметливо и многу духовито ги пренесуваше своето знаење и искуство, својот јасен и едноставен принцип на работа, високо професионалниот однос и бескомпромисниот пристап во лекувањето и, над сè, својот неконформистички и отворен став кон животот и луѓето. Го паметиме по неговата величина во едноставноста, самокритичноста и надмоќноста во дискусиите и шармантниот спој на ведрина и цинизам кон животот. Оној што сме го сакале и почитувале вистински, верувам дека никогаш не можеме да го загубиме, бидејќи станува дел од нас, дел од нашата меморија, дел од нашите најлични внатрешни простори, дел од нашите слики и сеќавања поврзани со емоции за коишто сме биле доволно среќни да ги искусиме, познавајќи го, работејќи и бидувајќи со него. И, како што вели Јован Златоуст – оние што сме ги сакале и загубиле не се повеќе таму каде што биле. Тие се сега таму каде што сме ние.

Почивај во мир драг професоре, нека ти е вечна слава!

Herceptin® SC.

Скратено време на чекање. Повеќе време за себе.



Сите придобивки од Herceptin®, сега во побрза форма
www.roche.mk

Доколку настане бременост во тек на терапија со Herceptin® или во период од 7 месеци по последната доза на Herceptin®, Ве молиме веднаш да ја пријавите бременоста на локалната Roche телефонска линија за несакани настани: +389 2 3103 500. Дополнителни информации ќе Ви бидат побарани за пациентите кај кои настанала бременост, а се изложени на Herceptin® и за време на првата година на живот на новороденчето. Ова ќе овозможи Roche подобро да ја разбере безбедноста на Herceptin® и да обезбеди соодветни информации до здравствените власти, здравствените работници и пациентите.

Предупредувања за бремени и потенцијално бремени жени

- Терапијата со Herceptin® во тек на бременост треба да се избегнува, освен ако потенцијалната корист за мајката го надминува потенцијалниот ризик за фетусот. Постојат мал број на податоци за употребата на Herceptin® кај бремени жени и затоа безбедната употреба на Herceptin® за време на бременост и лактација не е утврдена.
- Непостојат податоци во однос на фертилноста.
- Во постмаркетиншкиот период забележани се случаи на фетален раст на бубрезите и/или инсуфициенција на реналната функција придружена со олигохидрамниоза, некогаш придружена со фатална белодробна хипоплазија на фетусот, кај бремени жени кои примаат Herceptin®.
- Утврдете дали пациентката е бремена пред почеток на терапија со Herceptin®. Жените во репродуктивен период треба да користат ефикасни методи на контрацепција во тек на терапијата со Herceptin® и 7 месеци по последната доза на Herceptin®.
- Следете ги пациентите кои ќе забременат за време на терапија со Herceptin® или во период од 7 месеци по последната доза на Herceptin® за појавена олигохидрамниоза.
- Не е познато дали Herceptin® се екскретира во хуманото млеко. Бидејќи е познато дека хуманот IgG1 се екскретира во млекото, а потенцијалниот ризик од појава на оштетувања кај новороденчето е непознат, жените не треба да дојат за време на терапијата со Herceptin® или 7 месеци по последната доза на Herceptin®.
- Наменето само за здравствени работници.

HERCEPTIN® (trastuzumab). СОСТАВ: Активна супстанција – trastuzumab s.c. формулација во вијала: 600mg/5ml вијала со фиксна доза која содржи раствор за инјектирање (да не се реконституира или раствора). ТЕРАПЕВТСКИ ИНДИКАЦИИ: Карцином на дојка: Метастатски карцином на дојка; Ран карцином на дојка. КОНТРАИНДИКАЦИИ: Herceptin® е контраиндициран кај пациенти кои се преосетливи кон trastuzumab или кои било која друг експлициенс. МЕРКИ НА ПРЕПАЗЛИВОСТ: Терапијата со Herceptin® треба да се спроведува само под контрола на лекар со искуство во третман на пациенти со малигни заболувања. ИАЧИН НА ИЗДАВАЊЕ: Лекот може да се применува само во здравствена установа. БРОЈ НА ОДОБРЕНИТО ЗА СТАВАЊЕ НА ЛЕК ВО ПРОМЕТ: Herceptin вијала 600mg/5ml: 11-1163/2.

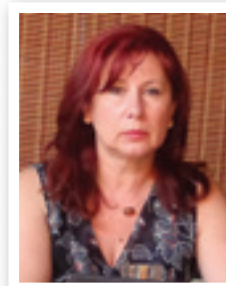
За дополнителни информации во врска со лекот обратете се на macedonia.medinfo@roche.com. Збирен извештај за особините на лекот е достапен на Ваше барање.

ЗДРУЖЕНИЕ НА РАДИОЛОЗИ НА Р. МАКЕДОНИЈА

Online едукативна платформа за радиолози на www.RadAspire.com



Здружението на радиолози на Р. Македонија, во соработка со GE Healthcare помогна во развојот и формирањето на нов online програм за учење и курсеви - www.radaspire.com, кои ќе им овозможат на радиолозите и радиолошките технолози да бидат во првите редови со медицински достигнувања и новини во полето на радиологијата. Ваквите online курсеви се приспособени да одговараат на интересите и потребата за учење на специјалистите од овие области, а платформата е достапна од секој компјутер или таблет, секогаш и секаде. Радиолозите и радиолошките технолози можат да го искористат овој едукативен портал за да бидат во чекор со развојот на дијагностичките процедури и КТ протоколи и да ги надградат своите вештини и знаење.



- Постојаната едукација несомнено е круцијална потреба на над 350 радиолошки технолози и над 200 радиолози во Македонија. Оваа потреба е увидена од страна на GE Healthcare кој стои како партнер во областа на професионалната едукација за дијагностичкиот имиџинг. Едукативните програми лице в лице не се единствениот ефективен начин за пренесување на знаење, особено кај големи групи. За таа цел, GE Healthcare го креира RadAspire online едукативниот портал, активиран кон крајот на минатиот месец и во нашата земја, наменет за континуираната едукација и едукативен развој на радиолошките технолози и радиолози во Македонија, вели проф. д-р Надица Митреска, претседател на Здружението на радиолозите на Р. Македонија.

Online медицинската едукација е современа форма која обезбедува пристап за секој што сака да го изгради или подобри своето искуство и знаење во кое било поле. Во таа функција е и платформата www.radaspire.com, поддржана и од Здружението кое како стручна асоцијација има разбирање за важноста на едукацијата на нашите радиолошки технолози и радиолози за одржување на вештините во чекор со времето, подобрување и развој на искуството како и информирање за новиот развој и новите техники.

- Овие интерактивни мултимедијални курсеви ќе овозможат освежување на стекнатите знаења и вештини, учење и нивна надградба со динамика соодветна на можностите и потребите. Тие се лесни за користење, едноставни за логирање и лесни за навигација. На овој начин едукативниот портал www.radaspire.com овозможува радиолозите и радиолошките технолози да се во чекор со развојот на дијагностичките процедури и КТ протоколи.

Посетете ја www.radaspire.com

Зошто RadAspire?



За надградба на Вашето медицинско искуство и знаење за дијагностички имиџинг

Платформата е достапна 24/7 и овозможува учење со динамика соодветна на Вашите потреби



Достапна секаде и секогаш на Вашиот компјутер и таблет

Vox medic

- Ефикасен против најчестите респираторни причинители
Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila
- Едноставен режим на дозирање - добар “compliance”
- Извонреден профил на сигурност и подносливост
- FDA категорија Б за употреба во тек на бременост*
нема забележан ризик за плодот

ЕДНОСТАВНОСТ ВО ТРИ ЧЕКОРИ

Терапевтски индикации: Инфекции на горни и долни дишни патишта (бактериски фарингитис/тонзилитис, акутен отитис медиа, акутен синуситис, акутна егзацербација на хроничен бронхитис, интерстициска и алвеоларна пневмонија) предизвикани од микроорганизми осетливи на азитромицин: *Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Staphylococcus aureus, Chlamydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila*. **Контраиндикации:** преосетливост на макролидни антибиотици. **Несакани дејства:** Повеќето од несаканите дејства кои може да се јават се благи до умерени и се реверзибилни по престанокот на употребата. Тие се главно поврзани со ГИТ (надуеност, мачнина, повраќање, пролив и стомачна болка). Може да се појави и транзитрно покачување на вредностите на црнодробните трансминази, креатинин, LDH и билирубин, чии вредности се враќаат на нормала 2 до 3 недели по завршувањето на терапијата. **Дозирање и начин на употреба:** Азитромицин треба да се земе најмалку еден час пред или два часа после јадење (освен таблетите кои може да се земаат со или без храна). **Возрасни:** 500mg еднаш дневно во тек на 3 дена. **Деца:** 10mg/kg еднаш дневно во тек на 3 дена. **Начин на издавање:** на лекарски рецепт. Збирен извештај за особините на лекот е достапен на барање. **Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет:** 15-5069/11, 15-5070/11, 15-5071/11 од 30.01.2012 и 11-1587/4 од 15.09.2015

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ.

Име и адреса на носителот на одобрението за ставање на лекот во промет: ПЛИВА ДООЕЛ Скопје, Никола Парачунов бб, Скопје.
10-15-SUM-08-NO/31-15/10-17

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

Методот на Кинчер за интрамедуларна фиксација

Терминот интрамедуларна фиксација означува поставување на метален клин во медуларниот канал на долгите коски (најчесто фемур, тибиа, хумерус). Името на германскиот хирург Герхард Кинчер (Gerhard Kuntscher, 1900-1972) е нераскинливо врзано со овој вид на остеосинтеза и тој се смета за татко на модерната интрамедуларна фиксација.

Со овој метод, кој задолжително се работи под рендген, се третираат скршеници коишто се локализирани обично во дијафизниот дел на долгата коска. Современиот дизајн на интрамедуларните клинови овозможува нивна примена и при фрактури во метафизниот дел на коската, дури и при протегање на фрактурната линија интраартикуларно, доколку таа компонентна на фрактурата не е премногу дислоцирана. Методот е еднакво вреден и кај фрактурите кои се резултат на траума, како и кај патолошките скршеници.

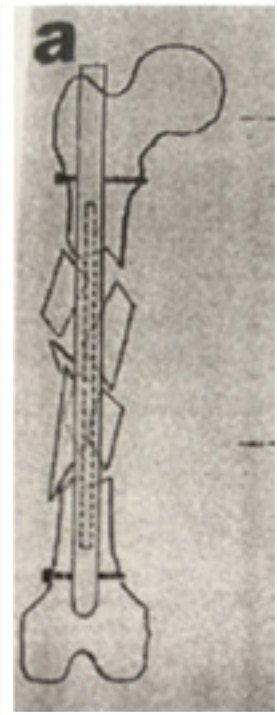
Револуционерноста на овој метод се состои во фактот што решавањето на скршеницата е можно без отворање на местото на фрактурата, туку по претходно направена некрвава репозиција, под контрола на рендген апарат, се пристапува кон поставување на клинот антероградно (проксимално) или поретко, ретроградно (дистално), при што со клинот се поминува фрактурираната зона и клинот се фиксира на спротивниот крајок на коската. Методот ја штеди фрактурираната дијафиза на коската, но хирургот е изложен на х-зрачење што е неповолно за операторот. Имено, при фрактури на дијафизата на фемур, влезното место е во предел на големиот трохантер, а крајот на клинот се закотвува во кондилите на фемурот (или илустрација „а“). Така поставениот клин се зашрафува со помош на завртки за да се оневозможи неговата ротација на истиот во самиот медуларен канал, како и за да се спречи телескопирање на фрагментите на фрактурата, особено кога станува збор за коминутивни скршеници.

Д-р Кинчер се смета за татко на модерната интрамедуларна фиксација. Медицинските студии ги завршил на Универзитетот во Јена. Во текот на неговата научна работа, развивајќи го својот концепт за медуларен клин тој направил експеримент врз кадавери и лабораториски животни. Многу рано ја сфатил предноста на апликацијата на клинот надвор од зоната на фрактурата со што таа се остава интактна, што

значително ја подобрува биологијата на коскениот зараснување. Во 1947 година публикувал 105 случаи третирани во текот на Втората светска војна, што побудило интерес за методот во Европа, кој ќе биде прифатен во САД дури дваесетина години подоцна. Во 1947 година д-р Кинчер, заедно со Клем (Klemm) и Шелман (Schellmann) и Гросе (Grosse) и Кемпф (Kempf), учествувал во дизајнирањето на современ интрамедуларен клин кој со негова дозвола се нарекува „зашрафен/заклучен“ интрамедуларен клин (verriegelungsnagel). Овој клин се произведува од титанум, со различни профили и можности за него-

во „зашрафување“ во смисла на бројот и поставеноста на дупките низ кои поминуваат завртките. Концептот за интрамедуларна фиксација втемелен во медицинската практика од страна на д-р Герхард Кинчер, денес претставува златен стандард во третманот на фрактурите на дијафизата на фемур и тибиа.

Интрамедуларната фиксација има историја која датира од 16 век, кога антрополозите во Мексико ја забележале употребата на дрвени прачки поставени во медуларните канали на пациенти со коскени незараснувања, односно псевдоартрози. Во 19 век првата интрамедуларна фиксација за фрактура, со помош на интрамедуларно поставени клинови од слонова коска е направена од страна на Бирхер (Bircher) во 1886 год. Хејгровс (HeyGroves) ги публикува првите три случаи со метални интрамедуларни клинови, поставени преку инцизија во предел на фрактурата.



Концептот на интрамедуларната фиксација по методата на Кинчер



Герхард Кинчер (1900-1972)

Д-р Емилија Стојковска Пемовска,

специјалист по општа хирургија,
супспецијалист по трауматологија

Четирикратно дејство

- Секретолитично
- Муколитично
- Бронхоспазмолитично
- Антиинфламаторно

Проспан е еден од производите со кои брзо се влијае врз симптомот кашлица. Тоа е германски природен лек со долгогодишна традиција. Создаден во 1950 година за лекување на кашлица и бронхит, овој продукт и до денешен ден им помага во лекување како на малите, така и на големите.

Проспан делува на 4 начини: го втечнува густот секрет, го потпомага искашлувањето, ја смирува кашлицата и делува противвоспалително. Тој е еден од најдетално проучените лекови од својата група и со најголем број испитувања за безбедност и ефикасност. Клиничките податоци опфаќаат 55000 деца, од кои 7180 на возраст од 0-1 година.

Кај нив ефикасноста и безбедноста се оценети како многу добри односно одлични и токму тоа го прави нај препорачуван и нај претпочитан од страна на

лекарите, фармацевтите и родителите во преку 108 држави од светот.

Проспан може да се применува во случаи на акутни и хронични заболувања. Комбинацијата на 4 дејства го потпомага и олеснува втечнувањето на густот секрет, делува бронхоспазмолитично и значително ги ублажува нападите на кашлица. Најновите податоци укажуваат и присуство на нагласено противвоспалително дејство.

Веќе 13 години производот е присутен на македонскиот пазар, а комбинацијата на квалитет, ефикасност и безбедност го прават лек на избор во борбата со кашлицата.

PROSPAN®**Ефикасна терапија на кашлица и бронхит за целото семејство**

Колку знаете за комплементарната и алтернативната медицина: Што, според медицината заснована на докази, е алтернативен лек за анксиозност?

Приказ на случајот: Г-ѓа В.Ц. е 38 - годишна жена, од неодамна разведена, која само што почнала да работи на ново работно место. Веднаш по разводот поради анксиозност и биле препишани анксиолитици кои и помогнале, но била предупредена за можноста да се јави зависност, заради што, иако се уште е анксиозна, особено по промената на работното место, би сакала да проба некој алтернативен третман за кој постојат докази за ефикасност. Се жали дека тешко заспива поради преокупираност со негативни мисли, чувствува напнатост во грбот и вратот, повремено има и главоболка. Негира дека е депресивна, а и скрининг тестовите за депресија се негативни. Нема историја за хронична анксиозност или за примарно анксиозно растројство. Има голем број пријатели и има намера да започне со некаква програма за вежби. Нејзиното општо здравје е добро и рутинските лабораториски тестови се нормални. Го бара вашето мислење за тоа кој од алтернативните модалитети треба да го проба како замена за лекови. Кој од подолу наброените алтернативни третмани е вашиот избор?

Која од подолу наброените е најпоткрепена со докази?

1. Акупунктура
2. Кава кава
3. Валеријана
4. Гинко



1. Pittler MH, Ernst E. Kava extract for treating anxiety. Cochrane Database Syst Rev. 2003;CD003383.
2. Lakhan SE, Vieira KF. Nutritional and herbal supplements for anxiety and anxiety-related disorders: systematic review. Nutt J. 2010;9:42.
3. Sants J, LaPorte E, Schweitzer L. Kava: a comprehensive review of efficacy, safety, and psychopharmacology. Aust N Z J Psychiatry. 2011;45:27-35.

Интервју

Гинко не е испитуван за употреба кај анксиозните растројства.

Гинко е испитуван за употреба кај анксиозните растројства.

ман на анксиозните растројства, особено на примарните, иако има некои докази за корист кај секундарни растројства.

За ефикасноста на акупунктурата кај анксиозност нема доволно квалитетни студии и нема докази за третман на анксиозните растројства, особено на примарните, иако има некои докази за корист кај секундарни растројства.

Иако од валеријана се прават едни од најпопуларните седативни чаеви, доказите укажуваат дека таа не е многу ефикасна: високи дози на валеријана даваат само блага седативна. Еден систематичен преглед укажува на потребата да се испитат црнодробните функционирани тестови пред да се започне користењето и на валеријана заради потенцијалната хепатотоксичност и можните интеракции.

анксиозно растројство и кај оние на кои постепено им се прекинува терапијата со бензодиазепини.

дните покажале дека има терапевтски потенцијал како монотерапија и кај пациенти со генерализирано толерира подобро и има помалку несакани ефекти од бензодиазепините и антидепресивите. Пет од студиите покажале дека во споредба со плацебо. Во други прегледи (2010 г.) е покажано дека кава кава се контролирани студии со 6-45 бојни, стандардизиран екстракт од корен на кава кава бил ефикасен во нама- компоненти со седативни својства. Според еден Кохранов систематичен преглед на 11 рандомизирани ниот Пацифик, е најистражувана за нејзиниот анксиолитичен ефект. Кавалактоните се главните активни (piper methylistsam), блика од запад-



SUMILAR

ramipril / amlodipin

војна сила

ramipril / amlodipin

5 mg

5 mg

ramipril / amlodipin

5 mg

10 mg

ramipril / amlodipin

10 mg

5 mg



член на компанијата Sandoz

Сите заедно за здравјето на секого

Соработката на Светската здравствена организација и Министерството за здравство е насочена кон подобрување на здравјето и благосостојбата со вклучување на сите сектори и актери во општеството.

Какво здравје имаме?

Здравјето, покрај најголемо индивидуално богатство, претставува и значаен општествен и економски ресурс.

Усвојувањето на одржливите развојни цели (ОРЦ) во рамки на Агендата 2030 на Обединетите Нации, јасно укажа на општо прифатената вредност и значење на здравјето, како и нејзината зависност од многу повеќе фактори, актери и сектори, надвор од здравствениот систем. Мултидимензионалноста на здравјето наметнува обврска за ангажирање на сите сектори во обезбедувањето најдобра здравствена грижа, но уште повеќе најдобри услови за здраво живеење и благосостојба, како дел од клучните фактори за подобро здравје, зголемен економски раст и општествен развој.

Здравјето во контекст на Одржливите развојни цели

Националните здравствени политики, стратегии и планови имаат клучна улога во утврдувањето на визијата, приоритетите, буџетските одлуки и текот на активностите за подобрување

и одржување на здравјето на населението. Тие се дел од посеопфатен процес којшто настојува да ги усогласи националните приоритети со вис-тинските здравствени потреби на населението. Во рамките на тој процес ги обединува сите чинители: владата, здравствените и партнерите за развој, граѓанското општество и приватниот сектор, со цел подобро да се искористат достапните ресурси и за еднаков пристап до квалитетна здравствена заштита за сите.

Светската здравствена организација, како стручна организација, обезбедува поддршка за развивање и спроведување на националните здравствени политики, низ демократски мулти-секторски процеси, наедно вклучувајќи ги граѓаните, односно оние на коишто овие политики се однесуваат.

Во изминатите две години Светската здравствена организација го поддржа Министерството за здравство во процесот на утврдување на националните состојби, предизвици и решенија. Како резултат на овој мултисекторски консултативен процес, во кој учествуваа повеќе од 100 институции, професионални здруженија и граѓански сектор, се раз-

Мултидимензионалноста на здравјето наметнува обврска за ангажирање на сите сектори во обезбедувањето најдобра здравствена грижа, но уште повеќе најдобри услови за здраво живеење и благосостојба, како дел од клучните фактори за подобро здравје, зголемен економски раст и општествен развој



гледуваа прашања поврзани со здравјето низ перспективата на различните сектори.

Низ оваа интерсекторска соработка се направени повеќе анализи: процена на јавно-здравствените капацитети и услуги во земјата; процена на здравствениот систем за поддршка на превенцијата и лекувањето на незаразните болести; анализа на секторските политики и можностите за нивна реориентација во поддршка на здравјето и благосостојбата; процена на здравствениот информациски систем, како алатка за современа поддршка на управувањето со здравствените ресурси кон реализација на поставените цели на здравствена еднаквост и благосостојба.

Како до подобро здравје?

Погоре наведените анализи, покрај научната вредност, служат како ресурси за подобро информирање на политиките, со кои се очекува да се остварат поставените цели и развивање на сеопфатни национални политики и стратегии. Овие факти, вклучително со важноста на следењето и евалуацијата, го пренасочуваат фокусот кон зајак-

Националната здравствена политика

„Сите заедно за здравјето на секого“ низ призмата на „Здравје 2020“

„Здравје 2020“ се стреми кон значително подобрување на здравјето и благосостојбата на населението, намалување на здравствените нееднаквости, зајакнување на јавното здравје и обезбедување универзални, правични, одржливи и висококвалитетни здравствени системи.

Преку националната здравствена политика успешните влади можат да постигнат вистински напредок во областа на здравјето доколку работат на остварување на две меѓусебно поврзани стратегиски цели: 1) подобрување на здравјето за сите и намалување на здравствените нееднаквости и 2) подобрување на лидерството и партиципативното владеење за здравје.

(Европска рамковна политика за здравје и благосостојба „Здравје 2020“)

нување на капацитетите на земјите за развивање долготрајни здравствени политики, стратегии и планови коишто ќе можат:

- да одговорат на растечката потреба за зајакнување на здравствените системи преку примар-



ната здравствена заштита, за да се обезбеди подобро и еднакво здравје за сите;

- да го насочуваат целокупниот плуралистички здравствен сектор наместо примена на планови само за јавниот сектор и
- да ги надминат границите на здравствените системи така што ќе ги опфатат социјалните детерминанти на здравјето и интеракцијата меѓу здравствениот и другите сектори во општеството.

Еден од најважните документи во овој процес е Стратешката рамка за националната здравствена политика до 2020 година „Сите заедно за здравје на секого“, која ги обединува сите сегменти и области на здравствениот сектор, низ пет тематски акциски планови, кои наедно претставуваат имплементирачки документи: акциски план за здравје и животна средина; јавно здравје и здравје во текот на целиот живот; незаразни болести и фактори на ризик; заразни болести и подготвеност за кризни состојби; и здравствен систем и ресурси. Низ овие тематски планови, Стратегијата ги вклучува другите сектори кои имаат директно или индиректно влијание врз здравјето и чија вклученост и делување се од неизмерна важност пред се за превенцијата на болести и подобра контрола на здравјето. Овие документи се веќе во процес на разгледување од страна на сите заинтересирани чинители на системот и општеството, како и преку платформата „Здравје 2020“, поддржана од страна на Светската здравствена организација, достапна на www.moh.mk.

Какво здравје сакаме?

Анализите, политиките и стручните согледувања сами по себе не се доволни за да се постигне подобро здравје. Вклучувањето на заедницата и поединецот, исто така, игра важна улога, поради што во низата инструменти за изработка на овие стратешки документи поставивме и анкета за општата јавност „Какво здравје сакам во 2020 година?“ која, покрај аналитичка, има и едукативна и филозофска димензија.

Покрај тоа што сакаме од системот, анкетата вклучува и есенцијални прашања во однос на тоа колку е секој подготвен или во можност да го смени својот животен стил и со тоа да придонесе за сопственото и здравјето на другите. Согледувањата од анкетата¹ се важен придонес во стратешките документи, бидејќи претставуваат интересен приказ на перцепцијата на населението за сопственото здравје, како и значаен водич и насочувач за креаторите на политики во однос на утврдувањето на здравствените потреби и приоритети и



„Сакаме да видиме подобро здравје и добросостојба за сите, како едно од човековите права. Парите не можат да купат подобро здравје. Добрите политики коишто промовираат еднаквост имаат подобри шанси. Мора да се справуваме со коренот на проблемот (на лошото здравје и нееднаквостите) преку пристап што ги има предвид социјалните детерминанти и кој ги вклучува сите сектори и целото општество“.

д-р Маргарет Чен,
генерален директор на СЗО

Во наредните две години на соработка на СЗО со Министерството за здравство, се предвидува продолжување на процесот на активна инволвираност на сите сектори на централно ниво, како и поголема вклученост на институциите на локално ниво, граѓанскиот сектор и сите други чинители

нивното целисходно адресирање во процесите. Секако, од важност со специфична тежина има стручното мислење на професионалната јавност, заради што, преку креативна алатка на придонеси за Стратегијата,² се направи обид да се вклучат сите кои имаат свој став, предлог или идеја за тоа како подобро да се постигне заедничката цел за здравје и благосостојба.

Во наредните две години на соработка на СЗО со Министерството за здравство, се предвидува продолжување на процесот на активна инволвираност на сите сектори на централно ниво, како и поголема вклученост на институциите на локално ниво, граѓанскиот сектор и сите други чинители. Посебен акцент ќе биде ставен на развој на показатели на успехот на активностите, мониторингот и евалуацијата на постигнатите резултати.

1 Онлајн анкета за јавноста: „Вашето мислење: Какво здравје сакам до 2020 година?“, достапна преку онлајн платформата Здравје 2020 на Министерството за здравство: http://zdravstvo.gov.mk/health_2020/

2 Онлајн алатка за стручни придонеси кон здравствените реформи: „Вашите идеи“, достапни преку онлајн платформата Здравје 2020 на Министерството за здравство: http://zdravstvo.gov.mk/health_2020/



Мисли со СРЦЕТО
за својата среќа!

Осигурување од одговорност од лекарска грешка

Секојдневно сте опкружени со ризиците кои го загрозуваат вашето работење. Преку осигурувањето на вашата ординација (работни простории), медицинската апаратура и одговорноста од лекарска грешка ние го преземаме вашиот ризик од работењето. Навреме заштитете го вашиот имот и одговорност и креирајте финансиски сигурна иднина.

Преку програмата за осигурување на УНИКА а.д. Скопје за одговорност од лекарска грешка се заштитувате од следново:

- Несовесна и нестручна постапка или пропуст на лекарот или друг здравствен работник при лекување со директни последици врз пациентите (влошување на здравје, телесна повреда или смрт).

УНИКА а.д. Скопје презема обврска да ве заштити при следните барања за надомест на штета:

- Да ја покрие правната заштита од неосновани или претерани барања за надомест од одговорност.
- Да ги надомести сите основани барања за штета.
- Да ги надомести трошоците на судската постапка за одговорност.
- Заштита на имотот (ординацијата) од пожар и некои други опасности.
- Заштита на медицинската апаратура од пожар и кражба.

За повеќе информации за овој продукт но и за сите останатите производи за живот и не-живот побарајте нè на:

Тел: (02) 32 88 800 или на E-mail: info@unika.mk

или во најблиското продажно место до вас.

www.unika.mk

20% ПОПУСТ*

✓ заштита на персоналот

✓ заштита на ординацијата

✓ заштита на апаратурата

Мисли



* Со овој ваучер добивате 20% попуст за сите три производи за договор за осигурување во траење од три години. Понудата важи од 15.03.2016 - 15.06.2016.

Живот Плус – идеална комбинација на квалитетно долгорочно штедење и осигурување на живот:

- Загарантирана заштита во текот на целиот период на осигурување;
- Заштита на семејството во случај на непредвидени ситуации;
- Заштита на животниот стандард во трета животна доба;
- Исполнување посебни цели како што се школување на деца, патување итн.

ЖИВОТНО
ОСИГУРУВАЊЕ

Оптимална антибиотска терапија во педијатриската клиничка практика



Антибактериската резистенција како глобален јавно - здравствен проблем кој е во континуиран пораст иницира спроведување на многу истражувања и изработка на акциони планови за употреба на антибиотиците во согласност со клиничките упатства и медицината базирана на докази.¹ Постои јасен доказ за линкот меѓу антибиотската резистенција и стапката на препишување на антибиотици. Во моментот не се достапни детални информации за употребата на антибиотици кај хоспитално лекувани деца затоа што не се спроведени доволен број лонгитудинални истражувања од причина што не постои консензус за индикаторите кои треба да се користат за да се мониторира трендот на антибиотската употреба во болниците.²

На 8 Јануари 2016 година во *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* од страна на група автори беа објавени резултатите од глобалното cross-sectional истражување за препишување на антибиотици кај хоспитализирани деца.³ Станува збор за ARPEC-PPS (Antibiotic Resistance and Prescribing in European Children Point Prevalence Survey) проектот за кој соодветно е адаптирана алатката на ESAC (European Surveillance for Antimicrobial Consumption) проектот за препишување на антибиотици во хоспитални услови кај адултна популација. Податоците за истражувањето беа собрани во периодот отомври-ноември 2012 година во 226 болници од 41 држава во шесте географски региони на Обединетите нации (Африка,

Азија, Океанија, Латинска Америка, Северна Америка и Европа со подрегионите Источна, Јужна во која припаѓа и Македонија, Северна и Западна Европа). Македонија беше вклучена во ARPEC проектот преку податоци за антибиотската терапија на хоспитализираните деца во општата болница „Борка Талески“ во Прилеп.⁴ Во текот на спроведувањето на ова истражување беа запазени сите принципи на етичност во медицинските истражувања.

Со анализа на собраните податоци се добиени многу информации меѓу кои и тоа дека во анти-микробните прескрипции антибиотиците се застапени со 85,7%, антимикотиците со 9,6% и антивирусните лекови со 1,9%. Во сите региони освен во Северна Америка најчесто препишувани се бета лактамските антибиотици. Третогенерациски цефалоспорини најчесто се препишуваат во Источна Европа и Азија. Четвртата генерација на цефалоспорини најчесто се препишуваат во Северна Америка, а карбапенем во Латинска Америка. 8,5% од вкупната антибиотска употреба му припаѓа на цефтриаксон кој најчесто е употребан во Источна Европа, Јужна Европа и Азија. Најчести причини за антибиотска терапија се долнореспираторни инфекции и сепса кај новородени. Според добиените разлики постои многу помала регионална разлика во препишувањето на антибиотиците кај новородени, отколку кај другата детска популација. Кај новородените доминира комбинација на гентамицин со ампицилин или бензил-пеницилин, при што дури 70% од новородените на антибиотска терапија примале комбинирана антибиотска терапија. Нотирана е значителна употреба на амикацин кај новородените во Западна Европа, Јужна Европа, Азија и Латинска Америка, како и загрижувачка широка употреба на меропенем кај новородените во Азија.

Постои впечатлива регионална разлика во препишувањето на антибиотици кај останатите деца при што во Австралија, Африка, Западна Европа и Северна Европа најмногу се препишуваат постарите антибиотици со тесен спектар главно бензил-пеницилин, амоксицилин, сулфаметаксазол/триметоприм и гентамицин. Африка се карактеризира со висока употреба на гентамицин и тоа многу често во комбинација со бензил-пеницилин.

ARPEC како глобално истражување за прв пат

досега ја проучи можноста за одредување индикатори кои ќе овозможат униформна процена на антибиотската употреба кај хоспитализирани деца. Идентификувани се неколку потенцијални индикатори: преваленца на вкупна употреба на антибиотици, преваленца на антибиотици од широк спектар, рано префрлање од парентерална во орална терапија, солидна документација за причината за антибиотската терапија, должината на антибиотскиот третман. Добиените резултати од истражувањето идентификуваат јасни цели за подобрување на квалитетот во препишувањето на антибиотици во хоспитални услови кое треба да започне локално, односно од општите болници. Исто така, спроведеното истражување со интервенциите кои произлегоа од него се одлична основа за нередно истражување.

Оптималната антибиотска терапија во педијатријата клиничка практика вклучува започнување на терапија во согласност со клиничките уптаства, оптимален избор на антибиотик, оптимална должина на терапијата, како и таргетирана антибиотска терапија, а не емпиријата.

Иако постои тренд на редукција на препишување на антибиотската терапија, педијатарот се уште се соочува со бариери во својата клиничка практика кои потекнуваат од условите за работа или од притисокот од околината.^{5,6,7}

М-р сци. д-р Габриела Тавчиоска,

Општа болница „Борка Талески“, Прилеп

Референци

1. „Antimicrobial resistance: global report on surveillance“. World Health Organization 2014
2. Versporten A, Sharland M, Bielicki J et al. The antibiotic resistance and prescribing in European children project: a neonatal and pediatric antimicrobial web-based point prevalence survey in 73 hospitals worldwide. *Pediatr Infect Dis J* 2013; 32: e242–53
3. Ann Versporten, Julia Bielicki, Nico Drapier, Mike Sharland and Herman Goossens on behalf of the ARPEC project group. The worldwide Antibiotic Resistance and Prescribing in European Children (ARPEC) point prevalence survey: developing hospital quality indicators of antibiotic prescribing in children. *J Antimicrob Chemother.* Jan 2016
4. Gabriela Tavchioska and Herman Goossens. First point prevalence survey of neonatal and paediatric antibiotic prescribing in a secondary care hospital in Macedonia. *Journal of Paediatric Infectious Disease.* 2014; Vol.9: 147-150
5. Bosevska G, Pansovski N et al. The first survey about the antibiotic usage in the Republic of Macedonia. *MedGlas (Zenica)* 2012; 9 (2):393-6
6. Ivanovska V, Zdravkovska M et al. Antibiotics for upper respiratory infections: public knowledge, beliefs, self-medication in the Republic of Macedonia. *Prilozi* 2013; 34 (2); 59-70
7. Earnshaw S, Mancarella G et al. European Antibiotic Awareness Day: a five year perspective of Europe-wide actions to promote prudent use of antibiotics. *Euro Surveill.* 2014; 19 (41)

„Рош Македонија“ донира средства за дневната болница на Клиниката за хематологија



„Рош Македонија“ донирале 320.000 денари за реновирање на ЈЗУ Универзитетска клиника за хематологија во Скопје. Донацијата од „Рош“ – една од водечките фармацевтски компании во Македонија – се состои од квалитетна медицинска опрема, сервисирање на старите и набавка на нови столови за примање на хемотерапија, држачи за инфузиона терапија и санирање на Дневната болница.

Медицинскиот директор на ЈЗУ Универзитетска клиника за хематологија, проф. д-р Лидија Чевреска, изјави: „Нашата клиника секојдневно максимално се труди да им излезе во пресрет на сите пациенти и да ги задоволи нивните потреби. Но, бројот на пациенти со малигни хематолошки болести кои се лекуваат е во постојан пораст па поради тоа се појави потреба од подобрување на условите во Дневната болница. „Рош“, како партнер од доверба во здравството, ја согледа нашата потреба и ни помогна во поддршката на болните со хематолошки малигни болести. Би сакале да изразиме огромна благодарност за овој хуман чин“.

„Активно сме вклучени во поддршка на здравствениот систем во Македонија преку многубројни инвестиции чија цел е подобрување во повеќе области, но со особен фокус на онкологијата и хематологијата. Тука спаѓаат донации, професионална обука, инфраструктурни проекти и клинички испитувања. Само во последните три години висината на инвестициите достигнаа повеќе од пет милиони евра. Нашата донација е со цел подобрување на условите во Дневната болница на Клиниката за хематологија во Скопје и за севкупната добросостојба на пациентите е продолжување на овие важни инвестиции во Македонија“, изјави директорот на Балканскиот регионален центар на „Рош“, г. Уфук Апајдин, кој истакна дека тие работат во партнерство со здравствените власти за изнаоѓање на заеднички решенија за поздрави и попродуктивни семејства во Македонија

„Рош“, една од водечките фармацевтски компании и еден од најголемите иноватори во областа на онколошки лекови и дијагностика. Компанијата функционира во Р. Македонија повеќе од 15 години, додека во април 2015 година канцеларијата во Скопје беше промовирана во регионален центар за Балканот и ги покрива Албанија, Косово, Црна Гора и Молдавија.

СТУДИЈА

Е-цигарите не им помагаат на пушачите да го прекинат пушењето

Електронските цигари се промовираат како можност за пушачите во обидите за отфрлање на навиката, но една нова студија тврди дека ваквите направи повеќе штетат отколку што помагаат.

Употребата на е-цигари, всушност, ги намалува шансите на пушачите да се откажат од пушењето за повеќе од 28 отсто, покажуваат резултатите од студијата публикувани онлајн во јануари годинава во списанието *The Lancet Respiratory Medicine Journal*.

„Утврдивме дека употребата на електронски цигари се доведува во врска со значително помалку откажувања“, вели главниот автор на студијата, Стантон Гланц, професор на Универзитетот Калифорнија, при Центарот за контрола на тутунот, истражување и едукација од Сан Франциско. Е-цигарите се промовираат како средство за откажување, но тие всушност имаат спротивен ефект“.

Електронските цигари се направи на батерии коишто го загреваат никотинот и додадените ароми со што се создава пара која се инхалира од страна на корисникот.

Индустриската за е-цигари и нејзините застапувачи тврдат дека ваквите направи се поздрава алтернатива на традиционалните тутунски цигари, бидејќи корисниците не го вдишуваат карциногениот чад. Тие, исто така, тврдат дека пушачите можат да ги користат е-цигарите за одвикнување од пушење.

Но, ваквите тврдења наидуваат на противење од страна на медицинарите. Превентивната служба на САД, на пример, минатата година донесе заклучок дека не постојат доволно докази за да им се препорачуваат електронски цигари на возрасните како помош за одвикнување од пушење, укажуваат авторите во основните податоци од студијата.

За да испита дали најновите истражувања во врска со е-цигарите ги поддржуваат тврдењата на матичната индустрија, тимот на професорот Гланц изврши анализа на 38 студии кои се занимаваат со врска меѓу употребата на е-цигари и откажувањето од цигари кај возрасните пушачи.



„Утврдивме дека употребата на електронски цигари се доведува во врска со значително помалку откажувања“, вели главниот автор на студијата, Стантон Гланц, професор на Универзитетот Калифорнија, при Центарот за контрола на тутунот, истражување и едукација од Сан Франциско

„Ја проучивме буквално секоја страница од студиите, без воопшто да примениме метод на случаен избор“, вели професорот.

Потоа, авторите на студијата ги комбинирале резултатите од 20 студии коишто контролирале групи од пушачи кои не употребуваат е-цигари и ги споредувале со пушачи кои пушат и електронски цигари за да видат во која група има поголем број пушачи кои се откажуваат од пушење. Истражувачите заклучиле дека шансите за оставање на цигарите се 28 отсто помали кај пушачите кои паралелно користеле и електронски цигари. „Ваквиот наод остануваше валиден дури и откако истражувачите ги зеа предвид разликите кои произлегуваат од различноста на учесниците, нееднаквиот степен на зависност од никотин, конципираноста на студиите, како и дефинициите за користење на е-цигарите“, потенцира Гланц.

Д-р Норман Еделман, виш научен советник на Американската асоцијација за бели дробови, смета дека употребата на електронските цигари веројатно го попречува откажувањето од пушење поради тоа што корисниците и натаму ги држи зависни од никотин. „Тоа зборува дека едноставното префлање од еден на друг систем на снабдување со никотин не води до откажување од првиот систем на снабдување на организмот со никотин“, вели Еделман за наодите од новата студија и

Професор д-р Драгољуб КОНСТАНТИНОВ

(1927-2015)

додава дека луѓето нема природно да ги остават цигарите иако на повеќето продажни места е-цигарите се поевтини и иако луѓето сметаат дека е-цигарите можеби се побезбедни за употреба.

„Е-цигарите придонесуваат и за одржување на зависноста од никотин поради можноста пушачите да ја употребуваат во затворен простор, на места каде што пушењето инаку е забрането”, вели Клиф Даглас, директор на Центарот за контрола на тутун на Американското здружение за рак.

„Електронските цигари се промовирани како средство за премостување на оние периоди кога пушачот не смее да употребува традиционални цигари“, доадава Даглас. „Тоа е спротивно на прекинување. Тоа ја охрабрува тековната зависност“.

Еделман и Даглас велат дека новата студија покажува зошто Американската агенција за храна и лекови треба да преземе мерки и да почне да ја регулира употребата на електронски цигари колку што е можно поскоро. Агенцијата уште во 2014 година има донесено правилник којшто и овозможува да ги регулира е-цигарите на ист начин како и другите тутунски производи, но тој правилник се уште не е стапен во сила.

„Американската асоцијација за бели дробови повеќе од една година се залага за активирање на мерките на Агенцијата за храна и лекови заради регулирање на овие направи, бидејќи по тоа компаниите нема да можат да работат без одобрение“, вели Еделман.

Гланц верува дека Агенцијата би можела да постапува и без новите правила. Претходни правни одлуки покажуваат дека „ако компаниите имплицираат некакво терапевтско тврдење, а помошта при откажување од пушењето е терапевтско тврдење - тогаш Агенцијата треба да пропише регулатива за производителите на електронски цигари според важечките правила“, вели тој. „Ова мене ми зборува дека Агенцијата за храна и лекови уште денес треба да го регулира тврдењето на компаниите дека е-цигарите им помагаат на луѓето да се откажат од цигарите“, вели Гланц. „Тоа не само што ги доведува луѓето во заблуда, туку всушност и им наштетува, бидејќи, како што покажува студија, е-цигарите ги намалуваат шансите пушачите да ги остават цигарите.“

(HealthDay News)

Проф. д-р Драгољуб Константинов е роден на 31.8.1927 год. во с. Богомила, Велешко. По долго и тешко боледување, почина во 88-та година од животот, на 3.12.2015 година, во својот дом во Скопје. Тој беше последен од „генерациската тројка“ професори по дерматовенерологија во која со него беа и Иван Панговски и Љупка Станоева, на кои со пиетет се сеќаваме.

Како син на скромно четиридечно семејство, основно училиште завршил во своето родно место, а гимназија во тогашниот Титов Велес. По препорака на професорите и директорката на гимназијата, во 1947 година се запишал на Медицинскиот факултет во Прага, заедно со проф. д-р Бранислав Никодиевиќ, а дипломирал во 1953 година во Загреб. По завршувањето на воениот рок, работел како лекар во Дебар и Т. Велес (1954 г. - 1959 г.). Во 1959 г. бил примен на специјализација на Клиниката за кожни и венерични болести во Скопје. Специјалистичкиот испит по дерматовенерологија го положил со одличен успех во 1962 год. и од тогаш работи како шеф на поликлиниката и шеф на оддел на Клиниката. Основоположник е на супспецијалистичката хистопатолошка лабораторија во 1966 година. Во периодот од 1974 до 1983 година е директор .

Во 1983 година заминува во Либија, во Болницата во Мисурата, во рамките на тогашната техничка помош на Југославија на земјите од третиот свет, како директор на југословенскиот дел на медицинскиот персонал. Пензиониран е предвремено во 1988 година според новодонесената законска регулатива.

Во својата долгогодишна педагошка активност, д-р Константинов за прв пат во 1964 година е избран за асистент по предметот дерматовенерологија при Медицинскиот факултет во Скопје, во кое звање е реизбран во 1967, 1971 и 1975 година. Во периодот од 1960-1967 година предавал кожни и венерични болести во Средномедицинското училиште во Скопје и е автор на учебници и бројни популарни брошури.

По одбраната на хабилитационен труд во јуни 1974 година во Скопје, во јануари 1976 година ја одбрал и докторската дисертација на Медицинскиот факултет во Сараево под менторство на проф. д-р Тибор Шаламон. Во 1977 година е избран за доцент на Катедрата по дерматовенерологија. Во септември 1982 г. е избран за вонреден професор, а во 1988 година и за редовен професор по дерматовенерологија.

Имал повеќе стручни престои и усовршувања во неколку реномирани светски центри за дерматовенерологија, главно од областа на дерматолошката хистопатологија (Загреб, Париз, Лион...). Публикувал повеќе од 120 стручни и научни трудови во домашни и реномирани странски списанија. Ќе остане запаметен и како ревносен хроничар на историјата на македонската дерматологија во меѓувоените и повоените период, спасувајќи од заборавот цела плејада признати стручњаци.

Рецензент е на повеќе учебници и монографии од областа на дерматологијата. Добитник е на бројни признанија и награди за неговата долгогодишна стручна и општествена дејност.

Ќе остане запаметен по дидактички беспрекорните, интересни и запаметени предавања по дерматовенерологија, со формулации и асоцијации за одделни ентитети кои и денес со радост ги цитираме на нашите студенти. Исклучително писмен, едуциран, пријателски настроен, музички надарен, вљубеник во спортот, со својата ведрa природа, човечност и добрина, а пред се` со придонесот во растежот на Клиниката за дерматологија и едукацијата на кадрите, останува во колективната меморија на дерматолозите и лекарите од другите области на медицината во Македонија.

ХРВАТСКА – МИНИСТЕРОТ ЗА ЗДРАВСТО, ДАРИО НАКИЌ, ЗА НЕГОВИОТ КОНЦЕПТ

Само една болница ќе остане во државна сопственост и ќе обезбедува врвни услуги



Не сум против концесионерите, но потребен е баланс на приватното и јавното, како и целосна надлежност на здравствените домови во организацијата на работата на лекарите кои имаат договор со ХЗЗО

Квалитетна здравствена заштита и рационализација на трошоците без намалување на правата во основното осигурување. Целта е да се заштедат 400 милиони куни во системот за да се платат старите долгови, а истовремено да не се создаваат нови. Ова се главните цели на д-р Дарио Накиќ, новиот министер за здравство на Р.Хрватска. Тој е оптимист и верува дека во реализацијата на зацртаното многу ќе му помогне тоа што доаѓа од системот и има искуство во раководење со болничка установа..

Министерот Накиќ најавува дека планира да го укине Законот за санација на болниците. Според него, тој закон овозможил луѓето да се именуваат на функции во болниците без конкурс, без програма, без биографија... А болниците пак имаа загуби иако некои научија како подобро да ги фактурираат услугите, а оние помалку снаодливите повторно создаваат загуби. Првиот човек на хрватското здравство потенцира дека ќе продолжи со мастер - планот кој предвидува функционално поврзување на болниците. „Секако, мора да почнеме со функционално поврзување на болниците. Имаме случаи кога две болници се оддалечени една од друга 20 или 30 километри, а во нив има оддели кои не можат нормално да функционираат затоа што имаат мал број доктори. Кога функционално би се поврзале нивниот квалитет несомнено би се зголемил заради концентрацијата на пациенти и доктори”, вели тој.

Државата, како што истакнува Накиќ во своите изјави, ќе остане сопственик само на КБЦ Загреб

како болница која обезбедува највисок степен на здравствена грижа. Објаснува дека во секоја хрватска болница, вклучително и клиничко-болничките центри, на прво место се операциите на жолчка, а потоа кила. „Мислам дека тоа е неприфатливо затоа што болниците од највисок степен мора да ги решаваат најкомплицираните случаи. Во другите клиничко-болнички центри и натаму ќе се работи и настава и клиника. Сопственоста во тоа не би требало да е пречка. Впрочем, КБ ”Свети дух” е во сопственост на градот Загреб и функционира најнормално како наставна база за студентите и професорите,” потенцира министерот Накиќ.

Според него, неопходна е и реорганизација на итниот болнички прием. Тој посочува дека тоа е потребно затоа што тешките и навистина итните пациенти во болниците чекаат и по осум часови затоа што лекарите решаваат проблеми кои би требало да бидат „покриени” на нивото на примарната здравствена заштита. Д-р Накиќ смета дека итната медицинска помош е сведена на санитарски превоз до болниците, наместо токму тие да им укажуваат помош на пациентите. Истакнува дека здравствените домови ја имаат загубено својата основна функција, а приказната за уште повеќе концесионери, тој мисли, дека не е добра.

Дваесет болници работеле позитивно,

„Ви оставаме стабилен здравствен систем без нови долгови, во услови кога правата на пациентите не се намалени, а здравствената услуга е побрза и подобра”. Ова е понтата од извештајот што претходната здравствена администрација, на чело со д-р Синеша Варга, му го предаде на новиот министер за здравство на Р. Хрватска, д-р Дарио Накиќ, и неговиот тим. Тие презентираа податок според кој во 2015 година позитивно работеле 20 од 33 болници во санација и дека вкупниот болнички приход е поголем од расходот за 215 милиони куни. Како најдобри болници, според резултатите од работењето и обезбедување повеќе услуги за пациентите, во категоријата клиничко - болнички центри, се издвоени Меркур (Загреб), Риека и Осиек. Во категоријата клинички и општи болници најдобри се Вараждин, Пула и „Свети дух” (Загреб), додека кај жупаниските болници најдобри се ОБ Чаковец,

„Кога би се овозможила целосна концесија на ПЗЗ, ме интересира кој од лекарите, на пример, би отишол да работи на остров? Не сум против концесионерите, но потребен е баланс на приватното и јавното, како и целосна надлежност на здравствените домови во организацијата на работата на лекарите кои имаат договор со ХЗЗО. Но, реформата на ПЗЗ не може да се направи во кус временски период, очекувам дека ќе трае повеќе од четири години”, објаснува д-р Накиќ.

Новиот министер за здравство останува на определбата ХЗЗО (Хрватскиот завод за здравствено осигурување) и нагата да остане надвор од државната каса. Според него, добро е она што му припаѓа на здравството таму и да дојде, а не со тие пари да се крпат некои други трошоци.

„Дополнителното осигурување останува во државна сопственост затоа што во спротивно на државата за осигурување би и останале само оние кои не можат сами да платат полиси за осигурување и „големите потрошувачи”. Но, ќе ја разгледаме можноста за дополнително надстандардно осигурување за оние услуги кои не се опфатени со основното осигурување”, потенцира д-р Накиќ. Со него, според министерот, би се обезбедило покривањето на „списокот на желби” на пациентите кои сакаат испитувања, прегледи и слично надвор од стручниот стандард. Но, оваа област би требало дополнително да се прочешала.

„Ги замолив стручните асоцијации при Хрватскиот лекарско друштво итно да направат патеки за одделни болести и нивната дијагностика за точно да се знае што е потребно за пациентот во определен случај, а што би бил надстандард”, прецизира тој.



Побрз пат до иновативните лекови во Србија

Иновативните лекови од оваа година ќе биде достапни за пациентите во Србија, соопшти РТС кон средината на март годинава. За најмалку четири месеци ќе биде потпишан првиот посебен договори меѓу Фондот за здравствено осигурување и фармацевтските компании. Преговорите се во тек, а тоа ќе овозможи доаѓањето на најскапите и најмодерните терапии и третман во Србија.

Во последните три години најсовремените лекови бавно пристигаа во Србија на трошок на осигурувањето. На ваквата состојба со години се жалат производителите на иновативните лекови кои тврдат дека во Хрватска има четири пати повеќе вакви препарати, во Бугарија седум пати, а во Словенија дури 12 пати повеќе отколку во Србија.

„Веќе денес може да кажеме дека сериозно заостануваме, затоа што во последните осум години околу 250 нови иновативни лекови се појавиле во Европската Унија, а од нив на нашиот пазар преку позитивната листа на располагање им се само десет”, објаснува Бојан Трукуља од Асоцијацијата на производители на иновативни лекови.

Договорен е начин како најмодерната и најсовремената терапија да дојде до пациентите.

„Станува збор за т.н. посебни договори со кои во директни договори со фармацевтските компании ќе ги поделиме ризиците – колку ќе сноси Фондот, а колку секоја фармацевтска куќа. Очекуваме во јуни фармацевтските компании да ги потпишат првите посебни договори”, вели проф. д-р Берислав Векиќ, државен секретар во Министерството за здравство.

Во Асоцијацијата на производители на иновативни лекови истакнуваат дека тоа значи дека кога ќе се појави нов лек, за кој е неопходно да се вложат одредени средства, преку посебниот договор компанијата овозможува да се добие по значително пониска цена. А покрај тоа, има и контрола на трошоците.

Неодамна токму во оваа функција е основано и посебно работно тело.

„Претставниците на иновативните компании со претставниците на Републичкиот фонд за здравствено осигурување, на Министерството за здравство и Јавното правобранителство работат на усогласување на моделот на посебни договори, како би може таквите договори брзо да ги потпишат”, објаснува д-р Верица Лазиќ, в. д. директор на РФЗО.

Последниот збор ќе го има Централната комисија за лекови. Таа ќе одлучи кој иновативен лек ќе биде ставен на листатата. Комисијата е составена од 11 членови, пет се назначени од страна на министерот, пет од Републичкиот фонд за здравствено осигурување, а еден член е независен.

КБЦ Сплит последен на ранг - листата

Копривница и Бјеловар. Како најлош на листата е издвоен КБЦ Сплит со вкупно достасани обврски кон добавувачите од над 41, 2 милиони куни. Санацискиот управител д-р Коља Пољак дека за тоа можат да му „заблагодарат” на ХЗЗО кој не им ги има платено сите достасани обврски, а токму ХЗЗО им е најзначајниот деловен партнер со кој болницата остварува повеќе од 95 отсто од вкупните приходи. Тој јавно прашува како еден клиничко - болнички центар во Загреб, кој кон средината на минатата година имал најголеми загуби од сите КБЦ во Хрватска, сега работи позитивно. Уверен е дека државата им префрла средства колку што е потребно да се „закрпат дупките”, додека за Сплит таква инфузија нема. Неверојатно, смета д-р Пољак, дека само за една година КБЦ Сплит од најдобра стана најлоша болница во државата.

(Lijecnicke Novine)

А-БЛОКАТОРИ И МОЗОЧЕН УДАР

А-Блокаторите се често препишуваат на постари мажи кои имаат уринарни симптоми. Најчестото објаснување за ова е дека оваа група на лекови нема некои посериозни нус-ефекти и затоа нема ништо лошо да се 'пробаат'. Но, неодамнешна студија, базирана на целокупната популација на Тајван, укажува дека примената на оваа група лекови може да има катастрофални последици. Така, мозочниот ризик се зголемил во текот на првите три недели по започнувањето на терапијата, со тоа што ризикот бил повеќе од двојно зголемен во групата на постари мажи кои не земаат други лекови за намалување на нивниот крвен притисок.

CMAJ doi:10.1503/cmaj.150624

УСПЕХОТ НА БАРИЈАТРИЈАТА

Зборот баријатрија има грчка основа и по 1977 година го доби денешното значење - лекување на многу дебели луѓе. Податоците за ефикасноста на баријатричната хируршка интервенција постојано потврдуваат дека оваа метода придонесува за драстично намалување на телесната тежина, која се одржува и по 4 години од хируршката интервенција. Кај дијабетес тип 2, овој вид лекување, исто така, има добри резултати по однос на зголемување на ремисијата или пак намалување на гликемичната контрола. Анализата на Шведска база на податоци, како и две рандомизирани клинички испитувања потврдуваат дека оваа интервенција доведува до комплетна ремисија на дијабетесот особено кај оние дијабетичари кои имаат пократка должина на заболувањето, пократка гликемија при гладување пред хируршкиот зафат и примена на гастрична диверзија. Но, ова не е склучај доколку пациентите биле лекувани само со гастрична редукција.

PLoS Med doi:10.1371/journalpmed.1001925

ИМА ЛИ КАНДИДАТИ ЗА ТЕНИСКИ ПОВРЕДИ?

За три месеци сите весници ќе бидат преполни со тениските повреди на спортистите кои учествуваат на Вимблдон. За оние кои не се ригорозни тениски играчи, Американската национална атлетска федерација има многу добри вести! За многу краток временски период, тениските повреди се сигнификантно намалени за 32.2% и 63.9% во периодот 2009/2010-2011/2012 и 2012/2013-2014/2015. Респективно, со тоа што процентот на повреди помеѓу жените и мажите сега е изедначен. Но, тениските повреди на професионалните играчи, за жал, не се се намалени. Оние кои не играат тенис не треба да стравуваат - најбезбедно е да се биде гледач на тениските натпревари.

Br J Sports Med doi:10.1136/bjsports-2015-095360

КОИ СЕ ЗНАЦИТЕ ЗА МИГРЕНА?

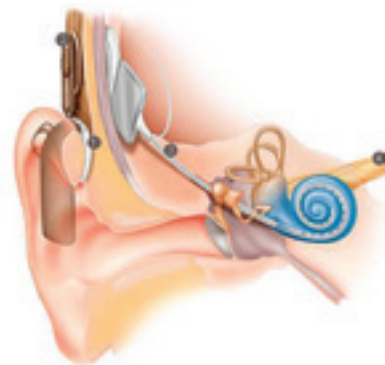


Поднаведната глава, немирни палци на рацето и здодевен, но и малку изненаден лик кога ќе му се обратиме, се поврзани со зголемен ризик на мигрена кај помладите возрасни лица. Француска студија, исто така, има утврдено дека минувањето поголемо време пред екраните на смарт телефони, компјутери, таблети и тв екраните, поединечно или комбинирани, е поврзано со мигрена кај млади на средна возраст од 20,8 години. Интересно, само 7,5% од

испитаниците биле жени. Овие знаци не се поврзани со главоболки кои се должат на друга етиологија.

Cephalalgia doi:10.1177/0333102415620286

КОХЛЕАРНИ ИМПЛАНТИ И МУЗИКА ЗА РАСПОЛОЖЕНИЕ



Иранската цивилизација е поврзана со стара музичка традиција. Затоа не е ни чудо дека иранските научници веруваат дека музиката е многу важна за невролошкиот и лингвистичниот развој, како и социјалната интеракција. Во една студија тие испитувале каков е ефектот на кохлеарна имплантација врз емоционалниот одговор на неми деца кои ќе чујат музика за прв пат. Во споредба со деца со унилатерален кохлеарен имплант, децата кои имале бимодални импланти покажале значително повисоки резултати при идентификацијата на слики со емоционална возбуда и респективно од типот (среќна или тажна) на музиката.

Ann Otol Rhinol Laryngol doi:10.1177/0003489415619943

ЗАШТО ДА НЕ SPLEEN OFF?

SPLEEN OFF е името на научна група која дејствува во Германија и која ги студира инфекциите кај луѓето кои имале спленектомија. *Streptococcus pneumoniae* останува водечкиот патоген, и на него се должат не само најголемиот број инфекции, туку и најголемиот број на

болни (42%) кои изискуваат лекување во интензивна нега. Помалку од половина од овие пациенти имале добиено пневмококна вакцина.

Clin Infect Dis
doi:10.1093/cid/civ1195

ВНИМАВАЈТЕ НА МАЛИТЕ ЖЕЛКИ – ТИЕ ПРЕНЕСУВААТ САЛМОНЕЛА

Конфучие го советува кинескиот император да ги прави среќни своите поданици со регуларно снабдување со мали желки кои може да се јадат, а не со водење војни во кои многумина би го загубиле животот. Но, бидете внимателни – малите желки, кои или веќе ги имате како миленичиња или планирате да ги подарите, може да пренесат салмонела. Ова се резултатите од американска студија која има испитувано салмонелоза кај желки. Оваа студија има идентификувано осум епидемии на салмонелоза, со вкупно 473 случаи во 41 од американските држави, во периодот од мај 2011 до септември 2013 година. Најголемиот број на заболени биле деца кои се грижеле и играле со своите миленичиња - малите желки.

Pediatrics
doi:10.1542/peds/2015-1735

ИНТЕЛЕГИНЕТНИ ОРУЖЈА ВО БОРБАТА ПРОТИВ ТУБЕРКУЛОЗА

Борбата против туберкулоза се зајакнува со помош на методата позната како целосно геномско секвенцирање (Whole Genome Sequencing, WGS). Во некомерцијална клиничка студија, WGS методата потврдила присуство на туберкулоза кај 93% во првиот опит.

За дијагнозата биле потребни 9 дена, што е 3 недели пократко отколку конвенционалните дијагностички тестови кои сега се применуваат за откривање на комплексот на *Mycobacterium tuberculosis*. WGS методата може да открие кластери и, исто така, да предвиди кој

лек е најсоодветен да се примени во лекувањето. Уште повеќе, се чини дека WGS може да биде и поевтина од сегашните конвенционални методи на дијагностицирање.

Lancet Respir Med
doi:10.1016/52213-2600(15)00466-X

ЗАМЕНА НА БУБРЕЗИ ВО ЕВРОПА



Терапијата за замена на бубрези (Renal Replacement Therapy, RRT) подразбира хемодијализа, перитонеална дијализа или бубрежна трансплантација. Европската ренална асоцијација – Европска дијализа и трансплантална асоцијација штотуку ги објавија податоците за 2013 година за 34 земји.

Грција, зачудувачки, е најголемиот корисник (216/милион популација), додека Црна Гора е на последното место (24/милион популација). Велика Британија се наоѓа во средина-та, Велс 112, Англија 110, Северна Ирска 97 и Шкотска 96.

Пет-годишната стапка за преживување на сите RRT била 60,9%, а 50,6% за луѓето кои имале дијабетес како причина за заден стадиум на бубрежно заболување. Македонија е во групата на земји (заедно со Андора, Ерменија, Азербејџан, Белорусија, Германија, Унгарија, Ирска, Италија, Косово, Лихтенштајн, Луксембург, Малта, Монако, Молдова и Сан Марино) кои немаат доставено податоци за оваа година.

Clin Kidney J
doi:10.1093/ckj/sfv151

ЛОКАЦИЈА, ВОКАЦИЈА И ПРОКРЕАЦИЈА

Студија на 3.068 постмртници на лекари кои биле објавени во *British Medical Journal* (The BMJ) кои починале во периодот од 2003-2012 година ги има споредувало годините на смрт со медицинската специјалност, регијата на живеење, брачниот статус и бројот на деца. Лекарите кои работеле во областите на епидемиологија и хигиена, гинекологија, како и тие во лабораториска медицина, живееле најдолго. Подолг животен век, исто така, бил евидентиран кај оние кои имале деца, иако авторите не сакаат да шпекулираат дали децата го продолжуваат векот на своите родители лекари.

Occup Med (Lond)
doi:10.1093.occmed/kqv207

МАЈМУНИСУВАЊЕ СО ТРАНФУЗИЈА НА КРВ ВО АФРИКА

Крвната трансфузија од луѓе и животни ја направи Африка опасно место во доцниот 19 век. Во историскиот преглед на литература кој е објавен неодамна, се чини дека оваа практика била неминовна, со оглед дека алтернативата била смртност поради акутна анемија како резултат на треска од црната вода. Во Германска Источна Африка ваквите терапии биле администрирани без примена на стерилни игли, или пак директна поврзаност помеѓу донорите и примателите. Голем број на крвни заболувања секако биле пренесувани на овој начин, а авторите шпекулираат дека и HIV би можела првобитно да била пренесена вака, иако потцртуваат дека ова досега не е докажано.

J Hist Med Allied Sci
doi:10.1093/jhmas/jrv048

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

Изложба на фотографии во Македонија за време



Македонски жени перат облека во поток крај Пела, Македонија



Американскиот Црвен крст дели храна во Воден, Македонија



Американскиот Црвен крст дели храна

Во Воениот музеј на Р. Македонија во тек е изложбата „Американскиот Црвен крст во Македонија за време на Првата светска војна“ на која се презентирани досега необјавени фотографии од Македонија на познатиот американски фотограф и кинематограф Мерл Ле Вој кои се дел од богатата збирка на Националниот музеј на здравството и медицината од Вашингтон, САД.

Изложбата е во рамки на одбележување на стогодишнината од настаните поврзани со Првата светска војна, а Ле Вој, кој се смета за еден од пионерите на американската документарна фотографија и кинематографија, фотографиите ги има направено за време на Првата светска војна, на просторот на Македонскиот фронт.

На фотографиите се овековечени страдањата на цивилното население од војната, како и несебичниот ангажман на Американскиот Црвен крст и медицински тимови кои со својата хуманост и посветеност настојуваа да им помогнат на оние кои медицинската и другата помош им е најнеопходна. Често во исклучително тешки услови и без основни средства за работа. Фотографиите, презентирани на изложбата, го опфаќаат периодот од крајот на 1914 година па се до завршувањето на војната и потпишувањето на Версајскиот мировен договор.

Проектот за организирање на оваа изложба е резултат на извонредната соработка која Воениот музеј и Министерството за одбрана ја имаат со години и ја градат со институции и поединци од Соединетите Американски Држави.



Болнички камп на Американскиот Црвен крст, близу фронтот

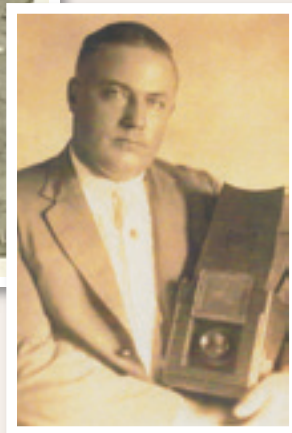
„Американскиот Црвен крст на Првата светска војна“



Бегалски камп во Солун



Македонски уличен
продавач на слатки



Мерл
Ле Вој



Куќа на медицински сестри од Американскиот Црвен крст направена од кал и
канти за гас близу Битола

Виница домаќин на пингпонгарите

На 10 април во спортската сала во Виница ќе се одржи 11-от турнир во пинг-понг што традиционално се организира во рамките на одбележувањето на 7 Април – Светскиот ден на здравјето. Се очекува да се натпреваруваат повеќе од 30 доктори во машка и женска конкуренција, како и во двојки, а турнирот има меѓународен карактер со оглед дека своето учество го имаат потврдено и доктори од Албанија и Косово. Организаторите веруваат дека за турнирот во Виница ќе се пријават и докторите пингпонгари од соседна Бугарија.

Мал фудбал на 23 април

Традиционалниот турнир во мал фудбал ќе се одржи на 23 април на терените на Спортско - рекреативниот центар „Никола Карев“ во Скопје. Натпреварите е планирано да почнат во 10 часот. На овој 12 турнир што го организира Спортската секција при Лекарската комора досега се пријавени четири екипи, а според д-р Мирослав Спасовски, бројот на тимовите кои ќе ги одмеруваат силите на теренот не е ограничен, односно заинтересираните се уште можат да се пријават.

Контакт: тел - 075 490 091 или на е-mail: spasovskimi_miroslav@yahoo.com

Медикал опен во втората половина на мај



Првенството за доктори во тенис на Македонија „Медикал опен“ по 21 пат ќе се одржи во втората половина на мај, 2016 година (во еден од трие викенди, 14,21, или 29.мај). Покровител на првенството е Лекарската комора на Македонија, а организаторите ги покануваат сите докторки и доктори тенисери да се пријават за учество.

Подетални информации и пријава за учество кај д-р Никола Пановски, тел. 070 266 795 или е-mail: panovskin@yahoo.com

БРИТАНИЈА ОДОБРИ ГЕНЕТСКА МОДИФИКАЦИЈА НА ЕМБРИОН

Во функција на истражувањата за неплодноста и борбата против спонтаните абортуси, Британската влада ја идаде првата дозвола за генетска модификација на човечки ембрион. Дозволата и е дадена на д-р Кети Нијакан од Институтот „Франсис Крик“ и со неа и е дозволено да го обнови своето лабораториско истражување, вклучувајќи и генетска модификација на ембрионот.

Д-р Никлан истакнала дека планира да модифицира ембриони со техниката позната како ЦРИСПР-Цас90. Наложено е ембрионите на кои ќе се врши истражување да несмеат да го продолжат и развојот и да мора да се уништат во период од 14 дена. Британскиот адоктрока работи на откривање на гените кои учествуваат во првите денови на оплодувањето, кога ембрионот развива обвивка околу клетките, која подоцна станува плацентата. Ембрионите кои ќе се користат во истражувањето се оние кои инаку би биле уништени, а кои се донирани од парови кои чекаат ин витро оплодување. Научната зедница во Британија веднаш ја поздрави одлуката. Во студија објавена минатата година во април, кинески научници за прв пат објаснија како манипулирале со геномите на човечкиот ембрион, што предизвика остра полемика за етичките граници на научните истражувања.

Џунциу Хуанг, истражувач са Универзитетата Сун Јат-сет во Гуангжоу, и неговите колеги користеле иста техника како би ги модифицирале геномите во ембрионите кои ги добиле од клиници за лекување неплодност.

НАЈЧЕСТИ ПРАШАЊА ЗА ЗДРАВЈЕТО НА „GOOGLE“

Магазинот „Тајм“ кон крајот на минатата година ги објави девете најпопуларнији пребарувања поврзани со здравјето на „Google“ во текот на годината. На таа листа се прашања кои се однесуваат на репродуктивното здравје, дишните органи, нутриционизмот...

Прашањата се поставувани од јануари до ноември 2015 година, исткнува магазинот. „Базирани се на податоци од пребарувањата во САД“, вели Сајмон Роџерс, уредник на датотека во „Google's News Lab“. Најчестите девет прашања се:

- Да ли бронхитисот е заразен?
- Да ли воспалението на белите дробови е заразно?
- Колку воде би требало да пијам?
- Колку калории би требало да јадам?
- Што е лупус?
- Колку време сум трудна ?
- Кога на жената и се случува овулација?
- Што је глутен?

ЗА ПРВИТЕ ДОАЈЕНИ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ



Димитар СМИЛЕВ,

професор и основоположник
на македонската стоматологија

Секој заб во главата
на човекој е повреден
од дијамант

Миџел де Сервантес

Д-р Димитар Смилев е роден на 17.10.1909 г. во Велес, како прво машко дете во трговско семејство, од мајка Руса и татко Алексо Смилеви. По 9 месеци неговата мајка починала од колера, а грижата за малиот Димче ја презела бабата Свезда, мајка на татко му. Неговиот татко се оженил со Пандора и во тој брак се родиле три машки деца (Боро, Тошо и Орце). Основно образование и гимназија завршил во родниот град. Медицински студии запишал и дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Загреб во 1935 г., а потоа завршил специјализација за болести на устата, забите и вилиците на истиот факултет во 1938 г.

Својата животна сопатничка Вера Пупкова од Скопје ја запознал во 1946 г. и во истата година стапиле во брак. Нивната ќерка, Маргита Смилева-Нацевска, дипл. стоматолог, има своја приватна стоматолошка ординација/поликлиника и живее, со сопругот и синот, во Скопје. Нивниот син го носи името на својот дедо - Димитар и сега е апсолвент на Стоматолошкиот факултет во Скопје.

Во 1949 г. бил распределен во Клиниката за усни, забни и вилични болести при МФ-Скопје. Во 1954 г. бил

избран за доцент за предметот стоматологија при МФ-Скопје, а потоа во вонр. професор (1960) и ред. професор (1970). Се усовршувал во Загреб, Љубљана, Дизелдорф, Хамбург и други стоматолошки центри во Европа.

Во 1959 г. бил иницијатор за основање на Одделот за стоматологија на МФ-Скопје, а потоа и на Стоматолошкиот факултет во Скопје во 1977 г.

Проф. д-р Димитар Смилев починал во Скопје на 6.11.1996 г., во 87-та година од животот.

Революционерна дејност

Во текот на медицинските студии во Загреб, Димитар Смилев со носталгија во душата за својот роден крај како и кај другите македонски студенти, му укажал гостопримство на познатиот македонски поет од Велес, Коста Солев Рацин, кој во 1933 г. престојувал во Загреб неколку дена за да ја отпечати познатата стихозбирка „Бели мугри“. Поради прохибицијата на Рацин македонските студенти, меѓу нив и Димитар Смилев, му пружале поддршка и помош иако притоа се изложувале на голема опасност.

Д-р Димитар Смилев, по дипломирањето го поминал лекарскиот стаж во Загреб и го отслужил воениот рок како академец – гарнизонски лекар во војската на Кралството на Србите, Хрватите и Словенците во Нови Пазар.

Од почетокот на август 1944 г. до 15 март 1945 г. бил во НОВ и учествувал како санитарски референт во 42-та дивизија на 15-от корпус и на Скопската воена област. Резервен капетан во ЈНА бил од 26.3.1944 г. до 15.3.1945 г.

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

Медицинскиот факултет во Скопје, основан во 1947 г., одигра клучна улога во развојот на македонската медицина и образованието на медицинските професионалци, подобрување на локалната здравствена состојба на населението и целокупниот најмошен развој на здравствениот систем и обезбедувањето на здравствена заштита на населението во Р. Македонија. Придонесојќи на првите лекари-наставници во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје, во периодот 1947-1960 г. и потоа, беше од суштинско и нейроценливо големо значење.

Во рубриката „За првите доајени на Медицинскиот факултет во Скопје“, „Vox medici“ ја продолжува традицијата за расветлување на историската улога и придонес на лекарите и други стручни-наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиници и каједри во новоформираните Медицински факултети во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговата развој.

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

„Vox medici“ ги повикува сите автори кои поседуваат лична документација и/или имаат интерес и наклоност кон истражување на расположливи архивски и други материјали, jubилејни публикации и стручно-научна литература, слики и документи за верификација на историските факти и случувања, да дадат придонес во оваа секција/рубрика со нивни заради расветлување на денешната историја на медицината и оддавање должна почин и признание на првите наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.

Лекар хуманист, наставник и едукатор

По дипломирањето на МФ-Загреб, во 1935 г., д-р Димитар Смилев завршил специјализација за болести на устата, забите и вилиците на истиот факултет во 1938 г. Потоа се вратил во родниот град и работел како приватен заболкар-специјалист во Велес и потоа во Скопје, до август 1944 г.

Во мај 1949 г. бил распределен во новосоздадената Клиника за усни, забни и вилични болести во рамките на МФ-Скопје, а како в.д. директор на клиниката бил именуван во 1951 г. Во наставата бил вклучен од академската 1952/53 г. Во 1954 г. бил избран за доцент за предметот стоматологија при МФ-Скопје, а во 1956 г. го одбрал својот хабилитациски труд на тема „Забниот кариес во однос на флуорот во НР Македонија“. Во вонр. професор по стоматологија бил избран во 1960 и по максилофацијална хирургија во 1965 г., а во ред. професор во 1970 г. Во меѓувреме, тој продолжил да ја надградува неговата стручност во Загреб, Љубљана, Прага, Диселдорф, Хамбург и други клиници за стоматологија и максилофацијална хирургија во ФНР Југославија и Германија. По успешното усовршување ја реорганизираше Стоматолошката клиника и вовел посовремени методи во дијагнозата и лекувањето на болните заби и устата, а преку наставната дејност ги едуцирал младите кадри во практичната и наставната работа.

Првата генерација од 38 студенти на Отсекот за стоматологија при МФ-Скопје се запишале во академската 1959/60 г., со четиригодишен наставен план (8 семестри), исто како при стоматолошките отсеци при МФ-Загреб и МФ-Сараево. Поради недостиг на наставен кадар, проф. Димитар Смилев бил одговорен за пет предмети на Катедрата за стоматологија: претклиничка протетика од 1959 г., дентална патологија (1960), дентална хирургија (1961), ортопедија на вилиците и заби (1961) и максилофацијална хирургија (1962). Во 1960 г. биле формирани и два института, и тоа: Институт за стоматолошка протетика, со одговорен наставник за предметот



Доц. д-р Димитар Смилев (прв од десно во првиот ред) со германските колеги во Клиниката за максилофацијална хирургија во Хамбург, февруари 1956 г.

стоматолошка протетика - вонр. проф. Димитар Железаров и Институт за дентална патологија и терапија, болести на устата и детска и превентивна стоматологија, со одговорен наставник - доц. Иван Тавчиовски. Наставниот процес на Одделот за стоматологија во Скопје бил потпомогнат од наставници на МФ-Скопје и неколку предавачи од Стоматолошкиот факултет во Белград (професорите Иван Бикар, Милисав Теодосиевиќ, Драгољуб Џаиќ и Милутин Кремжар) се додека повеќе наставници од Македонија биле образовани и избрани (Илија Васков, Благородна Лазаревска, Љубинка Нечева, Стојан Петровски, Теменуѓа Симовска, Васил Галев, Симка Серафимова, Олга Серафимова-Стефановска, Марко Филјански, Ефтим Мирчев, Томе Тузаров и др.).

Проф. Смилев бил член на многубројни комисији за полагање на специјалистичките испити и за одбрана на магистерски и хабилитациски трудови и докторски дисертации од областа на стоматологијата, како и за избор во наставни звања на голем број наставници на Одделот за стоматологија при МФ-Скопје и Стоматолошкиот факултет во Скопје по неговото формирање како

самостоен факултет во 1977 г.

Иницијатор, организатор и општественик

По демобилизацијата, во март 1945 г., во следните неколку години д-р Димитар Смилев бил здравствен референт при Градскиот народен одбор-Скопје, од 1.5.1945 до 31.12.1945 г. Потоа, од 1.1.1946 до 31.5.1949 г., бил референт за забоздравство при Министерството за народно здравје и притоа раководел со шестмесечен дентистички курс за едукација на забари и други кадри во забоздравствената заштита на населението во НР Македонија.

Во 1949 г. д-р Димитар Смилев иницирал и била формирана Клиниката за усни, забни и вилични болести при МФ-Скопје, која била сместена во 4 простории во приземна зграда. Во 1951 г. бил именуван за в.д. директор и оформил стационарно одделение во рамките на Клиниката, со 12 болнички кревети за третман на инфламаторни и трауматолошки состојби и болести во максилофацијалното подрачје и оралната мукоза. Во 1958 г. Клиниката се преселила во западниот партер на хируршката зграда, каде што во релативно добри услови се

воведени современи дијагностички и тераписки методи од патологијата на максилофацијалното подрачје. Поликлиничкиот оддел на Клиниката имал отсеци за конзерватива, протетика, ортодонција и болести на уста, а болничкиот оддел за максилофацијална хирургија имал 22 кревета.

Голем број млади стоматолози биле вработени во 1954 г. и испратени за усовршување и специјализација во образовните центри за стоматологија во Белград, Загреб и Љубљана. Во тој период покрај доц. Смилев и д-р Димитар Железаров, во Клиниката работеле и повеќе млади лекари, меѓу нив Иван Тавчиовски, Невенка Томчева, Звонко Котник, Ѓорѓи Симов и др. Оваа клиника била основа за формирање на Одделот за стоматологија, во 1959 г., со реструктурирање на Стоматолошката клиничка болница во повеќе одделни клиници, здружени во интегрирана установа – Стоматолошка клиника, на која доц. Димитар Смилев бил именуван за административен и стручен директор.

Проф. Смилев е основач и прв шеф на Клиниката за усни, забни и вилични болести и иницијатор и член на Комисијата на регистратори за основање, прво на Одделот за стоматологија во МФ-Скопје, а потоа и на Стоматолошкиот факултет во Скопје. Со поддршка од проф. Јоже Рант од



У конгрес на стоматолозите на Југославија, Охрид, 21-24.9.1972 г. Од лево: проф. И. Тавчиовски, проф. Б. Лазаревска, проф. Д. Смилев со сопругата, проф. Р. Рафајловски и д-р П. Ордановски

Љубљана и проф. Лаза Петровиќ од Белград, проф. Смилев го водел процесот за изготвување предлог за формирање на Одделот за стоматологија во рамките на МФ-Скопје, во 1959 г., кој подоцна прераснал во независен Стоматолошки факултет во Скопје во 1977 г. Претходно, во 1974 г., биле изградени два современи објекти за клиниките и катедрите на студиите по сто-

матологија при МФ-Скопје.

Проф. Смилев одржал многубројни предавања во Секцијата за забоздравство при МЛД и повеќе стручно-поучни предавања на народните универзитети во Скопје, Велес и други градови во Македонија. Бил член на Сојузот на борците и на Сојузот на резервните офицери на ФНР Југославија, на ССРНЈ и на Синдикатот на здравствените работници. Активно учествувал во работата на МЛД, бил член на Управниот одбор (1948-50).

Проф. д-р Димитар Смилев има огромен придонес за развојот на стоматолошката дејност во Р. Македонија. Во својот стручно-општествен пат минал низ сите високи форми на македонската и југословенската стоматологија. Кон крајот на 1949 г. бил иницијатор и било формирано Друштво на забоздравствените работници на Македонија, на кое бил избран за прв претседател до 1964 г. Бил претседател на Стоматолошкиот одбор на МФ-Скопје, член на Здружението на дефектолозите на НРМ, секретар на Здружението за пластична и максилофацијална хирургија и претседател на Здружението на стоматолозите на Југославија. Бил претседател на Републичката комисија за забоздравств-



Проф. д-р Димитар Смилев во својот кабинет, 1978 г.



Семејството Смилеви: Димитар со сопругата Вера и ќерката Маргита, Скопје 1975 г.

вена заштита и на Центарот за истражување и профилакса на забниот кариес при Републичкиот завод за здравствена заштита-Скопје и член на Сојузната комисија за профилакса на забниот кариес. Бил член и на Европското друштво за изучување на профилаксата на кариесот со флуор „ОРКА“.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Во периодот од 1952-54 г. повремено бил на усовршување кај проф. Чупар во Загреб, во траење од 11 месеци и притоа го истражувал забниот кариес и влијанието на флуорот во водата за пиење во Македонија, Лика и Далмација. Учествовал на многубројни конгреси, симпозиуми и стручни состаноци, во Македонија и другите републики во Југославија, во Грција, Франција, Германија и во други држави во Европа, со реферати од областа на максилофацијалната хирургија и стоматолошката проблематика и казуистика. Презентирал и објавил околу 100 научни трудови. Бил член на Уредувачкиот одбор на ММП (1963-5, 1969-70) и на

уредувачките одбори на повеќе стручно-научни списанија од областа на стоматологијата.

Признанија и награди

Проф. Димитар Смилев е основоположник и доајен на Стоматолошкиот факултет во Скопје, кој целиот свој живот го посветил на развојот на македонската стоматологија и бил прв македонски учител на првите генерации стоматолози едуцирани на територијата на Македонија. За својата повеќедецениска самопрегорна и плодна работа проф. Смилев бил наградуван со многубројни признанија и одликувања. Во 1966 г. му била доделена диплома од Сојузот на лекарските друштва на Југославија и подоцна, во 1980 г., заедно со Здружението за пластична и максилофацијална хирургија, му доделуваат повелба за почесен член, а во 1970 г. добил диплома од Грчката стоматолошка асоцијација. Универзитетскиот совет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје му доделил плакета во 1979 г. и повелба во 1985 г., кога во истата година го добил највисокото признание од МЛД - повелбата „Д-р Трифун Пановски“. Неколку години подоцна, во 1989 и во 1994 г., Стоматолошкиот факултет при УКИМ-Скопје, по повод 30 и 35 години од основањето, му доделил плакета и благодарница на проф. Димитар Смилев за неговиот придонес во основањето и развојот на овој факултет. Добитник е на повеќе други дипломи, плакети и благодарници. Во 1967 г. примил високо републичко признание - Орден на трудот со црвено знаме, а во 1985 г. високо сојузно признание - Орден за заслуги за народот со златна ѕвезда.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Даштеvски Б. Димитар Смилев – емеритус на македонската стоматологија. Академски печат, Скопје, 2014: 156 стр.
2. Драгојевиќ Б, Чакмаков А, Андрееvски А, рецензенти. Реферат за избор на вонр. професор по предметот стоматолошка хирургија (Димитар Смилев) на Стоматолошкиот оддел при МФ-Скопје. Билтен на УКИМ-Скопје бр. 83, Мај 1965: 14-16.
3. Donev D, Polenaković M. Contributions of the doctors from Macedonia to the establishment and initial development of the Faculty of Medicine in Skopje, R. Macedonia. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2012;33(2): 239-77. Available at: http://www.manu.edu.mk/prilozi/2012_2/20d.pdf
4. Жантева-Наумоска М, Димитријеvски М, Георгиевска-Исмаил Ј, и др. МФ-Скопје 1947-2007 (Документи). МФ-Скопје, 1997: 201.
5. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, и др. Развој на институциите во рамките на МФ-Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. МФ-Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.
6. Малеска-Ивановска В, Жантева-Наумоска М, уредници. 60 Гдини Медицински факултет во Скопје: 1947-2007. МФ, УКИМ-Скопје, 1997: 192.
7. Накова М, уредник. 50 Гдини Стоматолошки факултет во Скопје, 1959-2009. Стоматолошки факултет при УКИМ-Скопје, 2009: 232.
8. Петровиќ Ј, Драгојевиќ Б, рецензенти. Реферат за избор на вонр. професор по предметот стоматологија (Димитар Смилев) на МФ-Скопје. Билтен на УКИМ-Скопје бр. 29, Мај 1960: 4-10.
9. Редакција на ММП. По повод пензионирањето на проф. д-р Димитар Смилев во 1978 г. ММП 1978; 32(5-6): 395-6.
10. Ристовски Б, Главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел II. Македонска академија на науките и уметностите. Скопје, 2009: 1381.
11. Тофоски Ј, уредник. 60 Гдини Македонско лекарско друштво 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 28, март 2016 година

СОСТОЈБА НА БОЛЕСТИТЕ НА ТИРОИДНА ЖЛЕЗДА НА ПОДРАЧЈЕТО НА ЈЗУ ЦЗЗ КОЧАНИ

Надица И. АЧОВСКА

КЛИМАТСКИ ПРОМЕНИ, ФЕНОМЕНОТ НА ТОПЛОТНИ БРАНОВИ И ЗДРАВЈЕТО НА РАБОТНИЦИТЕ

Јованка КАРАЦИНСКА - БИСЛИМОВСКА,
Јордан М, ИНОВ, Драган МИЈАКОСКИ,
Сашо СТОЛЕСКИ, Маргарита СПАСЕНОВСКА

ПЕРФОРАЦИЈА НА ЖОЛЧНО КЕСЕ (ПРИКАЗ НА СЛУЧАЈ)

Севда ГАЦОВА, Александар МИТЕВСКИ,
Вишна ГАЦОВА

ФОТОСКРИНИНГ ВО ДЕТСКА ВОЗРАСТ

Антонела ЉУБИЌ, Кети ТАГАСОВСКА

РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

Во програмата на Уредувачкиот одбор на „Vox Medici“ важно место има можността 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-експертите е процес на подложување на труд, испитување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да направат неистражувачка рецензија. Одлучајќи дали манускриптот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува едиторската одлука 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 сфатат дисеминација на релевантни наоди, неистражувачки истражувања, неистражувачки истражувања и лични истражувања. На научните публикации што не доминираат низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудите кои подлежат 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 смеат за карактеристични за научното испитување и за спроведување ново научно знаење засновано на докази).

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

Се разбира, секој има право да не се согласи со мислењето на рецензентот или на едиторот, 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 нешто треба да се гледа како на чувар на профилот на едно списание, унапредувач на квалитетот и учител 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 91 од јуни 2016 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 мај 2016 година. Дополнителни информации може да добиете секој работен ден на телефоните: (02) 3 239 060 и (02) 3 124 066 локал 106

Награда за најдобар објавен стручен труд во „Vox medici“

Извршниот одбор на ЛКМ донесе одлука со која се воведува Награда за најдобар објавен стручен труд во „Vox medici“. Наградата изнесува 12.000 денари, а оценувањето и изборот на најдобриот труд ќе го прават рецензентите и Уредувачкиот одбор на „Vox medici“. Можност да учествуваат во изборот ќе имаат трудовите кои ќе почнат да се објавуваат во „Vox medici“ од 2016 година.

Состојба на болестите на тироидна жлезда на подрачјето на ЈЗУ ЦЈЗ Кочани

Надица И. Ачовска

¹ ЈЗУ Центар за јавно здравје - Кочани,
Работна единица Берово, Оддел за хигиена
и здравствена екологија

АПСТРАКТ

Вовед. Цел на трудот е да се евалуира состојбата со заболувањата на тироидната жлезда според возраст и пол (дефицит на јод E00 - E02, тиротоксикоза E05 и други заболувања на тироидната жлезда E03, E04, E06, E07 во периодот 2009- 2014 година во регионот на ЈЗУ ЦЈЗ Кочани), пријавени според Меѓународната статистичка класификација на болестите и сродните здравствени проблеми СЗО Женева. 1992 ⁽¹⁾

Методи. Податоците се за регион од 120.000 жители, прибавени од пријави на матични лекари. Користени се клинички преглед, ултрасонографија на тироидна жлезда, биопсии, испитувања на хормони во крв како TSH и FT₄ со ELISA тест во референтни лаборатории. Согласно добиените резултати, болес-тите беа пријавувани и обработени во Microsoft Excel.

Резултати. Пријавените заболувања се обработени според пол и возраст.

Дефицит на јод E00 - E02. Најголем број се жени од 35-64 годишна возраст, а мажи од 35-64 годишна возраст.

Тиротоксикоза E05. Најголем број се жени од 35-64 годишна возраст, а мажи од 45-74 годишна возраст.

Други заболувања на тироидната жлезда E03, E04, E06, E07. Најголем број се жени од 35-54 годишна возраст, а мажи од 35-64 годишна возраст.

Бројот на заболени жени расте и е многу поголем од бројот на заболени мажи.

Заклучок. Бројот на заболувањата кои се пријавени се зголемува, посебно кај жените, а една од причините за тоа можеби се инфективни агенси, стрес, генетски фактори, а не само недоволно внесување на јод со вода, храна и сол. Од 1999 год. во РМ солта задолжително се јодира со 20-30 мг/кг. Потребно е редовно да се мониторира постигнатата состојба со јодна суплементација на солта, контрола на увезената сол, јодирањето на солта во Македонија, користење при производство на храна и едукација за начинот на нејзино чување. На јоден дефицит особено треба да се контролираат децата во пубер-

тет, бремените жени и да се повтори студијата за јоден статус кај децата на училишна возраст.

Клучни зборови: тироидна жлезда, евалуација, дефицит на јод, тиротоксикоза, јодна суплементација на сол

Abstract

Introduction. Aim of the paper is to evaluate the situation with thyroid gland diseases by age and sex (iodine deficiency E00 - E02, E05 thyrotoxicosis and other diseases of the thyroid gland E03, E04, E06, E07) in the period 2009- 2014, in the region of PHI CPH Kocani), reported by the International statistical classification of diseases and related health problems WHO Geneva. 1992 ⁽¹⁾

Methods. Data are for a region of 120,000 residents, obtained from reports of doctors. Have been used clinically, ultra sonography of thyroid gland biopsies, trials of hormone in blood TSH and FT₄ by ELISA test in reference laboratories. Accordingly to the results, the disease details were reported and treated in the same Microsoft Excel.

Results. Reported diseases are treated by sex and age. Iodine deficiency E00 - E02 is noted. Most of them are women from 35-64 years of age and men 35-64 years of age. Thyrotoxicosis E05: Most of them are women from 35-64 years of age and men 45-74 years of age. Other diseases of the thyroid gland E03, E04, E06, E07. Most of them are, once again, women from 35-54 years of age and men 55-64 years of age. One of the reasons for thyroid diseases are the growing numbers of infections: the number of infected women is growing and is much larger than the number of infected men.

Conclusion. The number of diseases that are reported permanently growing, especially in women, and one reason for that may be the infectious agents, stress, the diminished presence of iodine in the water, food and salt. Since 1999, in the Republic of Macedonia, salt is compulsory iodide with 20-30mg / kg. It is necessary to regularly monitor the situation achieved with iodine supplementation of salt, control of imported salt and the presence of J₂ in the food products in Macedonia including the education and the manner of its storage. The iodine deficiency must be tested, in particular in the young population and pregnant women having in mind to repeat the study on iodine status in children of school age.

Keywords: thyroid gland, evaluation, iodine deficiency, thyrotoxicosis, iodine supplementation salt

ВОВЕД: Цел на трудот е да се евалуира состојбата со болести на тироидната жлезда: дефицит на јод E00 – E02, тиротоксикоза E05 и други заболувања на тироидната жлезда E03, E04, E 06 и E07 за периодот од 2009 до 2014 година во источниот дел на Република Македонија кој гравитира кон ЈЗУ Центар за јавно здравје - Кочани.

Меѓу почестите заболувања на ендокриниот систем спаѓаат заболувањата на тироидната жлезда. Зголемено или намалено лачење на тироидни хормони доведува до патолошки состојби кои инволвираат повеќе органи и системи.

Болестите на тироидната жлезда се меѓу почестите здравствени проблеми на населението во светот, на Балканот и во некои делови на Р. Македонија. Бидејќи симптомите се развиваат брво и постепено - честопати подоцна се откриваат.

Прашањето за етиологијата на тироидните болести често презентира топогеографско обележје и не може да се генерализира врз сите видови тироидни засегања. Се знае дека наследните фактори и полот се одредница за развој на болестите на тироидната жлезда кои, под влијание на одредени надворешни и внатрешни влијанија, може да се активираат и да доведат до клинички манифестна болест. Испитувањата покажале дека кај женската популација овие заболувања се јавуваат десет пати почесто отколку кај машката популација. Големо значење во појавата на одредени болести на тироидната жлезда има недостаток на јод во водата, во храната, одредени состојби во организмот како што се пубертет, бременост и лактација. ⁽⁴⁾

Обработени се податоците за три групи на заболувања на тироидната жлезда според статистичките извештаи, класифицирани според МКБ-10: ⁽¹⁾

1. Јод дефицитни заболувања E00-E02 во кои спаѓаат:

E00 Мултинодуларна ендемска гушавост поради јоден дефицит. Синдром на конгенитален дефицит на јод, невролошки тип, микседематозен тип-ендемски кретенизам, мешан тип и неозначен.

E01 Тироидни заболувања и сродни состојби поврзани со дефицит на јод.

Ендемска гушавост поради јоден дефицит.

Други тироидни заболувања и сродни состојби поради јоден дефицит.

E02 Супклиничка хипотиреоза поради јоден дефицит.

2. Тиротоксикоза E05 хипертироидизам

3. Други заболувања на тироидната жлезда E03, E04, E06 и E07

3.1. E03 Друга хипотироза

Конгенитална хипотироза со дифузна гушавост, без гушавост, хипотироза од медикаменти и други надворешни супстанции, постинфективна хипотироза, атрофија-стекната, микседематозна кома, друга означена хипотироза, хипотироза, неозначена микседем ИИ.

4. E04 Друга нетоксична гушавост.

5. E06 Тироидитис, акутен субакутен, хроничен, автоимун.

6. E07 Други заболувања на тироидеа.

Хиперсекреција на калцитонин, дисхормогенетска гушавост, други означени заболувања на тироидеата и неозначени ⁽¹⁾.

Двата најважни тироидни хормони се: тироксин (Т4) и тријодтиронин (Т3), активен хормон со најголема биолошка моќ и најголемо влијание врз клеточниот метаболизам. Регулацијата на тироидните хормони (ТХ) е трипла и се одвива согласно механизмот на повратна спрега. Хипоталамусот лачи хормон TRH (Thyrotropin Releasing Hormone) кој и дава сигнал на хипофизата за да лачи хормон TSH (Thyroid stimulating hormone). Тој пак ја стимулира тироидната жлезда да лачи ТХ. Ако се зголеми функцијата на која било од овие жлезди, се зголемува количеството на тироидни хормони и настанува хипертирозоа, а ако пак се намали функцијата на жлездите доаѓа до намалена инкреција на ТХ и доаѓа до хипотироза. ⁽³⁾

Години наназад Македонија се смета за ендемско подрачје за појава на некои тироидопатии, поточно за појава на нодозни струми како резултат на дефицит на јод во почвата. Бројни истражувања покажале дека почвата во Р.Македонија е сиромашна со јод, кој е есенцијален за синтеза на ТХ. Многу анализи јасно покажале дека дефицитот на јод предизвикува нодозна струма. Нодозната струма претставува реакција на жлездата кон јоден дефицит. Така, кога јод недостасува, синтезата на ТХ е отежната или оневозможена. Тогаш тироидната жлезда хиперплазира/хипертрофира за да се зголеми синтезата на ТХ ⁽¹¹⁾

1. Поради јоден дефицит во организмот настануваат бројни последици кои зависно од возраста различно се манифестираат, а во медицинската литература се означуваат како „iodine deficiency disorders”. Во период на бременост и породување, основни нарушувања се: абортус, предвремено раѓање, зголемена смртност на новородените, вродени аномалии, оштетување на слух и говор, психомоторни дефекти и психичка ретардација од различен степен, се до кретенизам. Во време на детство и пубертет, последици од јоден дефицит се: струма, јувенилен хипотироидизам, оштетување на менталните функции и смален фертилитет. ⁽¹¹⁾

Други заболувања на тироидеата асоцирани со Ј₂-дефицит се појавата на студени јазли, кои почесто се неактивни и пациентите главно се асимптоматски, односно страдаат од хипотиреоидизам, или може да се работи за топли јазли, кои лачат огромно количество на ТХ, создавајќи слика на хиперти-реидизам; ⁽³⁾

2. Хипотироза или намалена функција на тироидна жлезда се манифестира со: хипометаболизам, општа слабост, сува кожа, замор, зголемување на телесната тежина, отоци по тело, брадикардија, губење на коса и зголемување на крвниот притисок-хипертензија. Симптомите на хипотироидизам не секогаш се специфични, често се развиваат бавно, поради постепениот развој на болеста е во форма на супклиничка хипотироза; ⁽³⁾

3. Хипертироидизмота се манифестира побурно, со: забрзување на метаболичките процеси и зголемување на нивото на ТХ клинички презентирани со тахикардија, зголемено потење, неподнесување на топлина, слабоет, тремор, плачливост, зголемена раздразливост и драматично губење на тежината ⁽³⁾.

4. Тироидити се воспалителен процес на жлездата проследен со температура, оток на на вратот, болки и може да еволуира како: акутен, субакутен, хроничен и автоимун процес.

5. Други заболувања на тироидеа - хиперсекреција на калцитонин, дисхормогенетска гушавост и други означени и неозначени заболувања на тироидеата. ⁽³⁾

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ: Податоците се добиени од службите за јавно здравство на ЈЗУ ЦЈЗ Кочани за регион од 120.000 илјади жители и се засноваат врз пријавувањето од матичните лекари на територијата на овој центар во кој спаѓаат градовите и селските населби во: Берово, Пехчево, Делчево, Македонска Каменица, Виница и Кочани. Пријавувањето е вршено врз основа на клинички прегледи, ултрасонографија на штитната жлезда, биопсии, лабораториски испитувања на хормони во крв (ТSHи FT4) со ELISA-тест во референтни лаборатории. Резултатите од горните испитувања се пријавувани согласно Меѓународната статистичка класификација на болестите и сродните здравствени проблеми. ⁽¹⁾

Од добиените податоци, кои се обработени во Microsoft Excel може да се види дека има голема разлика на бројот на пријавените заболувања во одредени години, што се должи на непријавување на болестите на тироидната жлезда од матичните лекари во епидемиолошките служби во работните единици на Центарот за јавно здравје – Кочани. Резултатите се прегледно изнесени на наредните табели и графони:

ДЕФИЦИТ НА ЈОД E00 - E02

Таб. бр.1 Дефицит на јод: E00-E02 од 2009-2014 година

Година	Пол		Вкупно	25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75 +	
	М	Ж		М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
2009	16	126	142	1	19	2	34	6	35	3	24	3	7	1	5
2010	10	106	116	1	17	0	23	2	34	6	24	0	7	1	0
2011	18	109	127	1	19	3	26	7	24	3	23	3	14	1	3
2012	15	65	80	2	12	5	16	2	16	4	11	2	8	0	1
2013	21	137	158	2	20	4	41	5	39	4	25	5	11	1	0
2014	19	150	169	3	32	7	47	3	20	2	36	4	13	0	2



Графикон бр.1 Дефицит на јод: E00-E02 од 2009-2014 година

Од добиените податоци за 2009 година се пријавени 142: од машки пол 16 (11,27%), а од женски пол 126 (88,73%). Во 2010 година пријавени се 116: од машки пол 10 (8,62%), а од женски пол 106 (91,38%). Во 2011 година се пријавени 127: од машки пол 18 (14,17%), а од женски пол 109 (85,83%). Во 2012 година се пријавени 80: од машки пол 15 (18,75%), а од женски пол 65 (81,25%). Во 2013 година се пријавени 158: од машки пол 21 (13,29%), а од женски пол 137 (86,7%). Во 2014 година се пријавени 169: од машки пол 19 (11,245%), а од женски пол 150 (88,76%).

Процентот на пријавени лица од машки пол се движи од 8,62 до 21%, а кај женскиот пол од 81,25 до 88,76%

Според старосната структура од Табела бр.1 на пријавените се забележува дека најголем број на заболени има кај жени од 35-64 годишна возраст, а кај мажите од 35-64 годишна возраст, но бројот на заболени и пријавени лица од женски пол е повеќепати поголем од бројот на заболени мажи.

ТИРОТОКСИКОЗА E05

Таб. бр.2 Тиротоксикоза E05 2009-2014год.

Година	Пол		Вкупно	25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75 +	
	М	Ж		М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж		
2009	90	555	645	6	65	11	104	31	160	27	157	12	53	3	16
2010	86	446	532	9	43	9	84	24	137	26	120	16	54	2	8
2011	118	527	645	13	42	10	105	27	155	37	148	28	57	3	20
2012	85	341	426	7	40	7	73	19	89	26	83	21	48	5	8
2013	131	568	699	11	57	23	103	32	145	33	157	26	81	6	25
2014	37	269	306	4	33	2	52	10	60	16	69	5	41	0	14



Графикон бр.2 Тиротоксикоза E05 2009-2014год.

Од добиените податоци за 2009 година се пријавени 645: од машки пол 90 (13,95%), а од женски пол се 555 (86,05 %). Во 2010 година се пријавени 532: од машки пол 86 (16,2%), а од женски пол 446 (83,8%). Во 2011 година пријавени се 645: од машки пол 118 (18,3%), а од женски пол 527 (81,7%). Во 2012 година се пријавени 426: од машки пол 85 (20%), а од женски пол 341 (80%). Во 2013 година се пријавени 699: од машки пол 131 (18,74%), а од женски пол 568 (81,26%). Во 2014 година се пријавени 306: од машки пол 37 (12,09%), а од женски пол 269 (87,91%).

Процентот на пријавени од машки пол се движи од 12,09 до 18,74%, а кај женскиот пол од 80 до 87,91%.

Според старосната структура од Табела бр. 2 на пријавените најголем број на заболени има кај жени од 35-64 годишна возраст, а кај мажи од 45-74 годишна возраст, но бројот на заболени и пријавени лица од женски пол е повеќепати поголем од бројот на заболени мажи.

Таб. бр.3 Други заболувања на тироидната жлезда E03, E04, E06 и E07

Година	Пол		Вкупно	25-34		35-44		45-54		55-64		65-74		75 +	
	М	Ж		М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
2009	9	72	81	0	13	3	8	2	23	3	22	0	4	0	2
2010	14	40	54	1	11	3	8	4	7	4	12	1	2	0	0
2011	47	121	168	2	16	7	20	4	27	20	25	13	23	1	10
2012	8	49	57	0	9	1	9	2	10	1	12	2	8	0	0
2013	9	73	82	0	10	1	18	2	17	1	8	5	12	0	2
2014	6	85	91	2	20	0	20	0	24	2	15	2	4	0	2



Графикон бр.3 Други заболувања на тироидната жлезда E03, E04, E06 и E07

Од добиените податоци за 2009 година од вкупно 81 пријавени: од машки пол се 9 (11,11%), а од женски пол се 72 (88,89 %). Во 2010 година од пријавени 54: машки пол се 14 (25,93%), а од женски пол се 40 (74,07%). Во 2011 година се пријавени 168: од машки пол 8 (14,035%), а од женски пол 49 (85,965%). Во 2013 година се пријавен 82: од машки пол 9 (10,975%), а од женски пол 73 (89,024%). Во 2014 година се пријавени 91: од машки пол 6 (6,593%), а од женски пол 85 (93,407%).

Процентот на пријавени од машки пол се движи од 6,6 до 25,93%, а кај женскиот пол од 74,07 до 93,4%.

Според старосната структура од Табела бр.3 на пријавените се забележува дека најголем број на заболени има кај жените од 35-54 годишна возраст, а кај мажите од 55-64 годишна возраст, но бројот на заболени и пријавени лица од женски пол и кај овие заболувања е поголем од бројот на заболени мажи.

Табела бр.4 Сите заболувања на тироидна жлезда според пол од 2009-2014 год.

Година	Дефицит на Јод E00-E02			Тиротоксикози E05			Други заболувања на тироидна жлезда E03, E04, E06 и E07		
	Машки	Женски	Вкупно	Машки	Женски	Вкупно	Машки	Женски	Вкупно
2009	16	126	142	90	555	645	9	72	81
2010	10	106	116	86	446	532	14	40	54
2011	18	109	127	118	527	645	47	121	168
2012	15	65	80	85	341	426	8	49	57
2013	21	137	158	131	568	699	9	73	82
2014	19	150	169	37	269	306	6	85	91

Во Табелата бр. 4 се обработени сите пријавени заболувања по години, пол и возраст и се гледа дека има зголемување на заболени од јод дефицит, посебно кај женската популација, а најголем број на заболени има кај заболени од тиротоксикоза, кај женската популација, но се зголемува и бројот на заболени мажи.

ДИСКУСИЈА

Јодниот дефицит и покрај забележителните резултати во неговата превенција, според оцената на СЗО, се уште претставува еден од најсериозните медицинско-социјални проблеми во светот. Околу две милијарди луѓе, односно 30% од општата популација живее со ризик од јоден дефицит, а околу 700 милиони имаат струма.⁽¹¹⁾

Јодниот дефицит е природен еколошки проблем. Јодот е редок елемент, го има во почвата и неговите ресурси на планетата се мали поради измивањето од дождот од горните слоеви на почвата и е проблем карактеристичен за планинските области, како што се Анди, Хималаи, Карпати, Алпи, Пиринеи и планинските области во Кина и Африка и предели околу големите реки Ганг, Жолта Река, Рајна и др., а се зголемени количините на јод и во морињата и океаните.⁽¹¹⁾

Поради јодниот дефицит во организмот настануваат бројни последици кои, зависно од возраста, различно се манифестираат, а во медицинската литература се означуваат како „Iodine deficiency disorders”. Една од последиците на јоден дефицит кај децата и возрасните е појава на струма. За среќа, јодниот дефицит и неговите последици можат да се превенираат со јодирање на солта. Правени се повеќе студии за јодниот дефицит во Македонија, една епидемиолошка студија е направена во СФРЈ од Рамзин во 1953 година и во тоа време имало 200.000 луѓе со струма или 20% од тогашната популација. Во 1956 година е воведена со закон јодна профилакса со 7 мг јод на кг сол, но бројот на заболени се зголемувал. Направени се наредни студии во 1995-1996 година. Според добиените резултати во 1999 година се донесени нови прописи за јодирање на солта со 20-30 мг јод на кг. сол, односно 3 до 5 пати поголеми количини од претходниот период и тоа со калиум јодат. Потоа е направена студија во 2000, 2001 и 2007 год. и е докажано дека е подобрена состојбата на јоден дефицит во Македонија.⁽¹¹⁾

Во план е нов проект за Европа за испитување на состојбата со јодниот статус на децата на училишна возраст во Р. Македонија. ⁽¹⁸⁾

ЗАКЛУЧОК

Од добиените податоци може да се заклучи дека бројот на заболувањата кои се пријавени во овој регион се зголемува, посебно тиротоксикозите кај женската популација на возраст од 35-64 годишна возраст, а причината за тоа можеби не е само од недоволното внесување јод во водата, во храната и во солта која во еден период 1999 година беше нејодирана од увоз или со помала количина 5 мг калиум јодит на килограм сол, која потоа се зголеми на 15 мг/кг, а сега солта се јодира со 25-30 мг/кг. Поради тоа, потребно е редовно да се мониторира постигнатата состојба со јодна суплементација на солта, да се контролира увезената сол, да се врши редовна контрола на јодирањето на солта во Македонија. Едукација за начинот на чување и правилно користење на јодираната сол. Потребно е повторување на студијата за присуство на јод во урина на деца од училишна возраст во Република Македонија. Ендокринолозите препорачуваат превентивни прегледи, особено на бремени жени за јоден дефицит, ултрасонографски прегледи на штитната жлезда и испитувања на нивото на TSH и FT4 во крвта. Едукација на населението за знаците на заболувањата на тироидната жлезда и консултација со лекар при нивно појавување.

ЛИТЕРАТУРА

1. R.H.C. Wells, H. Bay-Nielsen, R. Braun, L. Larenti. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, SZO Zeneva, Tenth Revision 1992. 272-273.
2. Specijalna klinicka fiziologija B. Banicevic, S. Dzuricic, M. Kovacevic, V. Pantic IV, dopunjeno izdajne. 1980.
3. Stefanovic. S, Bozovic. B., Burijan J. Jovanovic. V. Interna medicina 1977, 537-547
4. M. Savicevic i saradnici. Higiena, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb 1991, 292
Antic. I. isar. Zbornik radova Prvog Jugoslovenskog simpoziuma o stitastoj zlezdi, Zlatibor 310, 1967.
5. Mucic. V. J., I sar. Drugi Jugoslovenski simpozium o stitastoj zlezdi, Zlatibor. 151, 1967.
6. Dzuric S. D. I sar., Acta Medica Iugoslavia, 1, 37, XXI 1963.
7. Dzuric S. D. I sar., Acta Medica Iugoslavia, 166, 2, XXI 1963.
8. Dzuric S. D. I sar., Zbornik radova Prvog jugoslovenskog simpoziuma o stitastoj zlezdi, Zlatibor, 166 1967.
9. Gurova A. M., Abramova A. a., Kliniceskaja medicina 328, 106. 1963.
10. Податоци од Центар за Јавно здравје Socijalna medicina Кочани
11. Институт за патофизиологија и нуклеарна медицина, Медицински факултет, Скопје, Јодниот дефицит во македонија Бранислав Каранфилски, Вукосава Богданова, Оливија Васкова, Сузана Лопарска, Светлана Мицева Ристевска, Ѓорѓи Шестаков 1997 16, 29-31, 37 VOX Medici „Јоден дефицит во Македонија“ 2002.35
12. Pfanenstiel P.: The cost of continuing iodine deficiency in the Federal Republik of Germany. IDD Newsletter, 1989, 5 (1): 7-8.
13. Markel H.: When it rains it pours. Endemic goiter, ionized salt and David 4. Murray Cowie, M.D. Am. J. Pub. Health, 1987, 77: 219-223.
14. Iodina Educational Bureau. Hairless gip malady. Iodine Facts, 1949: 382.
15. Bauch K: Congres report. Tropical interdisciplinary problem of iodine deficiency and iodine prophylaxis. Exp. Clin. Endocrinol., 1986, 87: 253-356.
16. David S. Cooper (2001): Subclinical hypothyroidism, The New England Journal of Medicine, vol. 345: 260-265.
17. John S. Dasche, F. Gary Cuningham, (2001): Subclinical hypothyroidism, The New England Journal of Medicine, vol. 345: 1855-1856.
18. <http://eutiroid.eu>. Vox medici 2015: 41.



ЛЕКАРСКА КОМОРА на Македонија

lkm.org.mk

Климатски промени, феноменот на топлотни бранови и здравјето на работниците

Јованка Караџинска - Бислимовска¹, Јордан Минов¹,
Драган Мијаковски¹, Сашо Столески¹,
Маргарита Спасеновска²

¹ Институт за медицина на труд на РМ, СЗО
Колаборативен центар, Скопје

² СЗО Канцеларија - Скопје

АПСТРАКТ

Климатските промени претставуваат закана за климатскиот систем што води до загрозување на екосистемите и еколошките интеракции, а научните докази за негативни последици на климатските промени врз здравјето и благосостојбата на луѓето, континуирано растат. Директните ефекти на климатските промени врз здравјето на луѓето се резултат на влијанијата на временските карактеристики, додека промените на водата, воздухот, квалитетот и количеството на храната, екосистеми, економија, земјоделство и инфраструктура доведуваат до индиректни ефекти. Додека влијанието на климатските промени врз јавното здравје, средината и човековата активност се релативно добро документирани, тоа не е случај со влијанието врз здравјето на работниците. Еден од феномените врзан за климатските промени, кој се повеќе научно се документира е зголемување на глобалните просечни температури и зголемена фреквенција на топлотните бранови на глобалното ниво. Негативните последици - топлотниот стрес и стапка на морталитет се директно поврзани-преку 80.000 дополнителни смртни случаи се проценуваат дека ќе се јават секоја година во земјите на ЕУ, со глобално покачување на средна температура за 3⁰C во период 2071-2100 година. Вулнерабилните групи на населението се изложени на поголем ризик од смрт поради топлотен удар, кардиооваскуларни, бубрежни, респираторни и метаболни заболувања. Заедничката акција на клучните партнери за справување со несаканите ефекти на климатските промени врз здравјето на работниците, бара интерсекторски и мултидисциплинарен пристап, координација на активности и делување на повеќе нивоа (индивидуално ниво, препријатие, локална самоуправа, национално ниво), активен

систем за предупредување, препораки и акции, зголемување на јавната свест, комуникација и информација, континуиран мониторинг и евалуација на спроведените активности.

Клучни зборови: глобално затоплување, здравје и безбедност при работа, висока температура.

Според заклучоците на Четвртиот извештај на Меѓународниот панел за климатски промени (Intergovernmental Panel on Climate Change), 2007 година, климатските промени претставуваат закана за климатскиот систем, што води до загрозување на екосистемите и еколошките интеракции, а научните докази за негативни последици на климатските промени врз здравјето и благосостојбата на луѓето, континуирано растат. Во прилог на ова е и пораката на д-р Маргарет Чен, генерален директор на Светската здравствена организација по повод Светскиот ден на здравјето, 2008 година, посветен на климатските промени и здравјето: „Секој век си има свои предизвици во сферата на јавното здравје; климатските промени се предизвикот пред кој е исправен нашиот век. Никогаш не било поочигледно дека грижата за здравјето зазема централно место во проблематиката на климатските промени“⁽¹⁾.

Во текот на деведсеттите години на минатиот век, идентификуван е феноменот на „глобалното затоплување“ и „климатските промени“, потврдувајќи ја врската меѓу климата и животната средина. Нарушувањето на озонската обвивка во стратосферата и зголемувањето на општата емисија на „стакленичките гасови“ во пониските слоеви на атмосферата, пред се водата и јаглерод диоксидот, водат до глобално затоплување. Оптималната употреба на енергија и производството на јаглерод денес се есенцијални прашања за дизајнирање, контрола и мониторинг на животната средина. Во сите тие процеси активност на човекот е главен фактор која директно или индиректно води до промена на климата, со која се менува глобалната атмосфера и којашто заедно со природната климатска варијација се набљудува во текот на споредливи временски периоди.

Директните ефекти на климатските промени врз здравјето на луѓето се резултат на влијанијата на временските карактеристики, додека промените на водата, возду-

хот, квалитетот и количеството на храната, екосистеми, економија, земјоделство и инфраструктура доведуваат до индиректни ефекти. Јасно е дека овие процеси имаат и ќе имаат сериозно влијание на здравјето на луѓето. Повеќе студии покажуваат дека ризиците од животната средина учествуваат со 25-35% во однос на оптовареноста на заболувањата на глобално ниво, а 4,6% е учеството на климатските промени ⁽²⁾.

Феномени кои ги следат климатските промени со силен ефект врз здравјето на луѓето се екстремни температури (топлотен и студен бран), поплави, пожари, суши, бури, влошување на аерозагадувањето, загадување на вода и небезбедна храна, промени во дистрибуцијата на вектори со зголемување на бројот на заболени од одредени инфективни болести и др.

Најсиромашните земји и највулнерабилните и маргинализираните индивидуи (деца, хронично болни, стари луѓе, бремени жени и лица кои живеат во лоши социјално-економски услови) ќе се соочат со најлошите последици од климатските промени.

Предвидените ризици би можеле да се менаџираат „со адаптациони политики и акции, а успешноста во нивната реализација ќе зависи од карактеристиките на климатските промени, како и од нивото на глобалната соработка за имплементација на поддршка и заштита на ризичните региони и вулнерабилните популации во светот“ ⁽³⁾.

Важноста на климатските промени и здравјето на населението со посебен фокус на здравјето на работниците официјално е препознато во Република Македонија преку различни активности во повеќе национални политички документи како што се Стратегијата за безбедност и здравје при работа во РМ 2011-2015, Стратегијата за адаптација на здравствениот сектор кон климатските промени во РМ, 2011-2015, Здравствениот акционен план за превенирање на последиците од топлотните бранови врз здравјето на луѓето во РМ ^(4,5).



КЛИМАТСКИ ПРОМЕНИ И ЗДРАВЈЕТО НА РАБОТНИЦИТЕ

Додека влијанието на климатските промени врз јавното здравје, средината и човековата активност се релативно добро документирани, тоа не е случај со влијанието врз здравјето на работниците. Причините се наоѓаат во несоодветното учество на работодавците и работниците во стартот на проучувањата за климатските промени во светот, во недостиг на капацитетите да се поврзат климатските промени со работата и да се процени нивната важност и значење за здравјето на работниците, нестарање на ова прашање во приоритетите на националните политики и програми за развој.

Влијанието на климатските промени врз здравјето, благосостојбата и продуктивноста на работната популација се рефлектира на сите нивоа на општеството: семејство, локална заедница, регион, земја. На ова се надоврзуваат и економските импликации врз индивидуалните работници и нивните семејства, работодавците и државата, што заслужува посебно внимание.

Во последниве неколку години се направени чекори напред во овој процес со селектирање на приоритетите, развој на интерсекторски и мултидисциплинарен пристап, заедничка акција на клучните партнери со идентификација на ризични работни места и процена на вулнерабилноста на работниците вработени во различни сектори и дејности, воспоставување и промоција на платформа на социјална заштита и креирање политики за пристojна и зелена работа „decent and green jobs“ ⁽³⁾.

На 26 септември 2012 год, во Мексико, на Климатскиот вулнерабилен форум, на 20 вулнерабилни земји во развој, во извештајот „The Climate Vulnerability Monitor 2012“ за прв пат во глобалната процена на економските и социјалните штети од климатските промени, влијанието врз продуктивноста на трудот, истакнато е како значаен фактор во економските трошоци на глобално ниво.

Во 2009 година канадските научници Schulte и Chun, врз основа на анализа и евалуација на објавената научна литература за влијанието на климатските промени врз здравјето на работниците, во периодот 1998-2008 година, изработија т.н. концептуална рамка во која визуелно се прикажани односите и можните влијанија меѓу различни фактори на ризик-хазарди кои произлегуваат од климатските промени и здравјето и безбедноста на работа.

Притоа, како најважни ризик - фактори поврзани со климатските промени се истакнати: зголемената амбиентална температура, аерозагадувањето, експозицијата на УВ зраци, екстремните временски настани, инфективните вектор-преносливи болести, промените во индустријата (green jobs) и урбаната средина.

Директниот ефект на климатските промени врз здравјето на работници врзан е за појава на зголемен морталитет и

морбидитет предизвикан од поплави, суши, урагани, пожари, како последица на екстремни временски настани, топлотен удар или исцрпеност, односно смрзнатини или имерзиониот феномен како резултат на експесивната амбиентална температура, додека зголемената експозиција на УВ зраци води до зголемен ризик за појава на малигни заболувања на кожата и промени на очите кај професионално експонираните работници.

Како резултат на климатските промени, зголеменото аерозагадување со хронични ефекти врз белите дробови, води до зачестена појава на респираторните заболувања, а промените во поленската микрофлора (дистрибуција, должина на сезоната и сл.) доведуваат до почести респираторни алергии. И истражувањата во нашата земја за проблемот на респираторните алергии кај адултната популација во градот Скопје во периодот 1996-2009/2010 година спроведени од страна на експертскиот тим на Институтот за медицина на трудот на РМ, укажуваат дека специфичните промени во поленската микрофлора (зголемен број, продолжена сезона) во набљудуваниот период корелираат со статистички значајното зголемување на преваленцијата на алергиски ринитис (11.5% vs. 17.4%) и алергиска астма (2.1% vs 5.1%)⁽⁶⁾. Промените во температурите и врнежите, влијаат врз векторите (нивната дистрибуција, трансмисија, должина на сезоната и сл.) и патогените микроорганизми, а ја зголемуваат и преваленцијата на инфективните заболувања преносливи преку храна и вода и вектор-преносливи заболувања (западно-нилска треска, Лајмска треска и др).

Индириктниот ефект на климатските промени се врзува за хазарди од нови и непознати индустрии како што се обновливи енергетски процеси и „green“ технологии, кои може да бидат извор на нови професионални хазарди и ризици, како и промените во урбаната средина, со појава на феноменот на „болни згради“ (неадекватен indoor air quality, емисија на радон и сл.).

Професионалните ризици може да се јават во услови на воведување нови технологии (eco-friendly), нова опрема и машини, неспроведување на тренинзи и обуки и неинформираност на вработените. Несаканите ефекти на климатските промени може да доведат до оштетување на здравјето и загрозување на безбедноста на работното место на експонираните работници со појава на повреди, заболувања, зголемен апсентизам, предвремена инвалидност, па дури и фатални последици.

ТОПЛОТЕН БРАН И ЗДРАВЈЕТО И БЕЗБЕДНОСТА НА РАБОТА

Еден од феномените врзан за климатските промени, кој се повеќе научно се документира, е зголемување на глобалните просечни температури и зголемена фреквенција на топлотните бранови на глобално ниво. Негативните

последници - топлотниот стрес и стапка на морталитет се директно поврзани-над 80.000 дополнителни смртни случаи се проценуваат дека ќе се јават секоја година во земјите на ЕУ, со глобално покачување на средна температура за 3⁰С во период 2071-2100 година. Вулнерабилните групи на населението се изложени на поголем ризик од смрт поради топлотен удар, кардиоваскуларни, бубрежни, респираторни и метаболни заболувања.

Анализите на Кендровски и сор. покажуваат дека Република Македонија се соочува со многу чести и интензивни топлотни бранови како последица на климатските промени, со проектирано просечно зголемување на температурата од 3,8⁰С, до 2100 година, при што во услови на топлотен бран, зголемувањето на температурата од 1⁰С над граничната вредност за топло време (30,8 ⁰С) доведува до зголемување на морталитетот од 4,8%⁽⁷⁾.

Најновите истражувања за болестите што се пренесуваат преку храна покажуваат дека епизодите на болести предизвикани од салмонели се зголемуваат за 5 до 10% со секој 1⁰С пораст на температурата, а преваленцијата на сензибилизација на стандардните поленски алергени, кај адултната популација во Скопје покажува скок од 16,9% во 1996 год. на 19,8% во 2009/2010 год.⁽⁶⁾

Експозицијата на високи температури е присутна на работните места во затворен простор кадешто работниците работат во неклиматизирани простории, а експозицијата на висока температура и топлинско зрачење е значаен професионален ризик на работните места на отворено. Тоа се голем број работни места во земјоделството, градежништвото, градинарството, шумарството, сообраќајот (автобуски и такси превоз, железница, надворешни работници на аеродроми, одржување на патишта), работа на терен, продавање на отворени пазари, работните места на пожарникари, полицајци, војници, здравствени работници и др.

Во услови на експозиција на екстремните температури, несаканите ефекти зависат и од *индивидуалните фактори на ризик* (возраст, пол, постоење на болест, користење на лекови, дехидратација, прекумерна телесна тежина, нама-





лена способност за аклиматизација, бременост), *фактори на ризик од работната средина* (специфични работни услови, работен процес, работно место), како и од *социјални фактори на ризик* (неможност за користење на информативни системи и услуги на итна медицинска помош, осаменост и др.).

Тешката работа и континуираната експозиција на „топли“ работни услови го зголемува работното оптоварување и топлотниот стрес. Во нормални услови, човечкиот организам е способен да ја одржува телесната температура на 37°C, но при услови на екстремно високи температури, термо-регулациониот процес се компромитира, доведувајќи до сериозни последици по здравјето, па дури и до смрт. Топлината и зрачењето од сонцето може да предизвикаат широк дијапазон на биолошки, односно клинички ефекти како што се *топлотен стрес* (топлотно оптоварување на организмот), отоци на зглобовите, црвенило и осип по кожата, потоа можна е појава на *топлотни грчеви*, *топлотна исцрпеност* (потење, вртоглавица, слабост, гадење, главоболка, мускулни грчеви), *топлотна синкопа* (циркулаторна хипостаза-колапс) и *топлотен удар* (нарушена температурна регулација, зголемена телесна температура со губење на свеста) која може да биде со фатални последици. Можни се и *бихејвиорални промени* како што се агресивност, иритабилност, апатија и топлотен замор.

Изложеноста на сонцето и особено УВ зраците при работа отворено може да доведат до иритација и изгореници на кожата, но и малигни заболувања на кожата.

Високата температура кај експонираните работници предизвикува негативни ефекти врз менталното здравје (зголемена иритација, промени во однесувањето и расположението, летаргија, депресија, агресија), како и врз физичкото здравје (срцебиење, засилено потење, дехидратација, мускулни грчеви, отежнато дишење, вртоглавица, несвестица).

При вакви работни услови реализацијата на работните задачи и активности, како и продуктивноста на трудот се компромитирани. Треба да се истакне, дека организмот

изложен на висока температура користи регулаторни механизми за адаптација-прилагодување кон условите и одржување рамнотежа на нови температурни нивоа, со механизми на потење и зголемена периферна циркулација на крвта, при што аклиматизацијата на топлина просечно изнесува 4-7 работни дена, со максимум до 3 недели.

Во студијата на Hübler и сор. во 2006 година ⁽⁸⁾, со цел да се квантифицираат здравствените и економските ризици предизвикани од климатските промени во Германија, базирани на „прогноzirани климатски сценарија“ за период 2071-2100 година, е прикажано дека топлината ќе ги зголеми за три пати несаканите ефекти врз здравјето на експонираните работници. Хоспитализацијата во врска со топлотните бранови ќе биде шест пати зголемена. Со ова истражување се предвидува дека топлинските бранови ќе ја намалат продуктивноста на трудот што ќе резултира со загуба од 0.1% до 0.5% бруто домашен бруто производ (БДП).

„Too hot“ работни средини не се само прашање на комфор, туку и закана по здравјето и способноста за реализација на работните задачи. Во јужноафриканската студија на Tawatsupa и сор. 18% испитаници од големата национална кохорта од над 40.000 лица, кои работат во услови на професионална експозиција на топлина и висока температура, покажаа поврзаност на „топлите“ работни услови со влошување на физичкото здравје како и психолошките нарушувања (odds ratio од 1.49 до 1.84), како и сигнификантно влијание врз продуктивноста на трудот кај овие работници ⁽⁹⁾.

HOTHAPS програмата („high occupational temperature health and productivity suppression“) на Kjellstrom, во рамките на Global Health Action 2009 е мултицентрично истражување на здравјето на работниците и превентивната програма со методолошки принципи која има за цел да го квантифицира обемот на работниците кои се засегнати или се адаптираат во услови на професионална изложеност на високи температури. Истражувањето треба да ги одреди и евалуира превентивните интервенции на различните работни места, како и социјалните и економските нивоа ⁽¹⁰⁾.

Институтот за медицина на трудот на РМ, во текот на 2013 година, со поддршка на СЗО Канцеларијата во Р.Македонија, ја спроведе студијата за процена на ставовите, знаењата и практиките кај околу 350 работници кои работат на отворено, за штетните ефекти и заштита од влијанието на топлотни бранови во нашата земја, користејќи го методолошкиот пристап на HOTHAPS програмата. Во рамките на ова истражување може да се издвојат податоци кои упатуваат на фактот дека повеќе од 30% од испитаниците не се информирани за процедурите за справување со влијанието на топлотните бранови врз здравјето, а како најзначајни отежнувачки фактори за примена на процедурите за безбедна работа во услови на топлотни бранови се истакнуваат - немањето поддршка

од страна на менаџментот (36,2%), стравот од губење на работата (34%), недоволната информираност (31,9%) и др. Во тој контекст, од спроведеното истражување произлегоа и специфични препораки за работодавците, работниците и докторите специјалисти по медицина на трудот кои треба да обезбедат адекватна имплементација на предложените мерки за превенција ⁽¹¹⁾.

Во услови на професионалната експозиција на висока температура е исклучително важно да се одредат еколошките детерминанти на работното место со мерење на температурата, топлинското зрачење, влажноста, брзината на струењето на воздухот, тежината на работата, односно физичкиот напор кои се изразуваат преку индекси, како што е на пр. Wet-bulb Globe Temperature (WBGT) Index. Проблемот е во интерпретација на измерените вредности, бидејќи стандардите и нормативите се однесуваат за работа во затворен простор. Останува прашањето за специфична легислатива во овој домен, при работа на отворено кај нас. Секако, и покрај недостигот на овие специфични норми, законската обврска според Законот за безбедност и здравје при работа („Сл. весник на РМ” бр. 92/07) ⁽¹²⁾ на секој работодавец е да обезбеди соодветни услови на работа кои нема да го загрозат животот и здравјето на работниците. На работните места на кои работникот може да биде изложен на високи или ниски температури, односно неповолни микроклиматски услови, се врши процена на ризик и се утврдуваат мерки кои работодавецот треба да ги преземе за намалување на ризикот на најмала можна мерка.

МЕРКИ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА И ЧЕКОРИ ЗА АКЦИЈА

Во рамките на мерките за превенција на несакани ефекти врз здравјето на експонираните работници, предизвикани од климатските промени, потребно е врз основа на спроведената процена на ризик на работните места, да се применуваат технички мерки - колективни методи за редизајнирање или модификација на технолошкиот процес, опрема, системи за вентилација, процеси за редукција на експозицијата, како и лични заштитни средства, организациски мерки - добра практика, стандарди и оперативни процедури, планирано работно време, спроведување тренинг и обука на вработените, како и реализација на превентивните медицински прегледи од овластените служби за медицината на трудот, според соодветната законска регулатива.

Наведените факти упатуваат на важноста од препознавање на врската меѓу климатските промени и работата, при што главните актери - работниците, работодавците, заедницата и креаторите на политиките во општеството, овој проблем треба да го вклучат во националните политики и развојни програми од областа на безбедноста и здравјето при работа. Прашањата како сигурноста на работата, родовата

еднаквост, надоместоците и платите, работното време и работните часови, како и социоекономските движења треба да бидат интегрирани во стратешките документи за влијанието на климатските промени и здравјето на работниците, осигурувајќи ги правата на работниците низ принципите на адаптација и митигација на различните општествени сегменти.

Заедничката акција на клучните партнери во нашата земја за справување со несаканите ефекти на климатските промени врз здравјето на работниците бара интересекторски и мултидисциплинарен пристап, координација на активности и делување на повеќе нивоа (индивидуално ниво, претпријатие, локална самоуправа, национално ниво), активен систем за предупредување, препораки и акции, со зголемување на јавната свест, комуникација и информација, со континуиран мониторинг и евалуација на спроведените активности.

РЕФЕРЕНЦИ

1. СЗО (2008a). Protecting Health From Climate Change, World Health Day 2008. Женева. http://www.who.int/world-health-day/toolkit/report_web.pdf.
2. Confalonieri U et al. Human health. In: Climate change 2007: impacts, adaptation and vulnerability. contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge, Cambridge University Press, 2007.
3. <http://www.daraint.org /climate-vulnerability-initiative>.
4. Стратегија за адаптација на здравствениот сектор кон климатските промени во Република Македонија со Акциониот план 2011, Министерство за здравство.
5. Здравствен акционен план за превенирање на последиците од топлотните бранови врз здравјето на луѓето во Република Македонија, Министерство за здравство, 2011.
6. Karadzinska-Bislimovska J, Minov J, Kendrovski B, Milkovska C, Stoleski C, Mijakoski D. Prevalence of the Respiratory Allergies among Adult Population in the City of Skopje in Relation to Climatic Change and Change in Pollen Micro Flora. Journal of Environmental Protection, 2012;3:1364-1372.
7. Kendrovski V. The impact of ambient temperature on mortality among the urban population in Skopje, Macedonia during the period 1996–2000. BMC Public Health 2006, 6:44
8. Hübler M, Klepper G, Peterson S. Costs of climate change: the effects of rising temperatures on health and productivity in Germany. Ecol Econ 2008; 68:381-93.
9. Tawatsupa B, Lim LLY, Kjellstrom T, Seubsman SA, Sleight A, Thai Cohort Study Team. The association between overall health, psychological distress and occupational heat stress among a large national cohort of 40,913 Thai workers. Glob Health Action 2010;3:5034.
10. Kjellstrom T, Holmer I, Lemke B. Workplace heat stress, health and productivity - an increasing challenge for low and middle income countries during climate change. Glob health Action 2009.
11. Kjellstrom T, Gabrysch S, Lemke B, Dear K. The ‘Hothaps’ programme for assessing climate change impacts on occupational health and productivity: an invitation to carry out field studies. Glob Health Action 2009.
12. Закон за безбедност и здравје при работа, Сл. Весник на РМ бр 92/07.

Перфорација на жолчно кесе

(приказ на случај)

Д-р Севда Гацова¹, Д-р Александар Митевски¹,
Д-р Вишна Гацова¹

¹ РЕ ЈЗУ Клиничка болница, Штип

АПСТРАКТ

Перфорацијата на жолчното кесе е многу ретка компликација и најчесто е последица на акутниот холециститис. Во многу мал процент може да настане во текот на лапароскопска холецистектомија. Поради високиот процент на смртност треба брзо да се дијагностицира и хируршки да се третира. Целта на овој труд е да укаже на важната и пресудна улога на компјутерската томографија - СТ прегледот во конечната дијагноза на перфорираното жолчно кесе. Во нашиот случај е прикажан пациент на 70 годишна возраст со болки и инфламаторен тумор под десниот ребрен лак, како и покачена телесна температура подолг период. Карактеристичната клиничка слика, позитивните лабораториски анализи (покачена седиментација, леукоцитоза) може да дадат сомнение за руптура на жолчно кесе. Ултразвукот е обично прв метод во испитувањето што може да ја потврди дијагнозата. Но, СТ прегледот е супериорен бидејќи со сигурност ја покажува некрозата и прекинатиот континуитет на сидот на жолчното кесе, перихолецистичниот апсцес како и апсцесите во перитонеалната шуплина.

Клучни зборови: перфорација на жолчното кесе, брза дијагноза, СТ преглед, хируршки третман.

ВОВЕД

Перфорацијата на жолчното кесе е многу ретка компликација и најчесто е последица на акутниот холециститис. Во ретки случаи може да биде предизвикана од тапа повреда на жолчното кесе, груб лекарски преглед или во текот на лапароскопска холецистектомија. Во над 90% од болните примарен фактор во развојот на акутниот холециститис е опструкција на вратот на жолчното кесе или дуктус цистикус со импактиран калкулус. Во помалку од 10% од болните акутниот холециститис е предизвикан од други причинители: торзио на жолчното кесе, инфестација со аскарис, компресија или окулзија на дуктус цистикус со лимфни јазли, бактериска инфекција, едематозен панкреатитис.

Перфорацијата е резултат на долготрајна опструкција на дуктус цистикус што доведува до задршка на жолчката. Дистензијата на жолчното кесе и зголемениот интралуминален притисок ја попречуваат венската и лимфната дренажа што доведува до васкуларна компримитација и на крај до некроза и перфорација на сидот.

Според Neimeier класификација има три типа на перфорација на жолчно кесе:

Тип I: Акутна слободна перфорација во перитонеалната празнина.

Тип II: Субакутна перфорација со перихолецистичен апсцес.

Тип III: Хронична перфорација со холецистоентерична фистула.

Да се постави дијагноза на перфорирано жолчно кесе е многу тешко. Поради доцнење во поставување на дијагнозата процентот на морталитет изнесува 12,5%. Целта на овој труд е да укаже на пресудната и важна улога на СТ прегледот во поставување на конечната дијагноза - перфорација на жолчно кесе.

МЕТОДИ

Поради сличните симптоми на перфорираното жолчно кесе и акутниот холециститис диференцијалната дијагноза меѓу нив е многу тешка само врз основа на клиничкиот преглед, лабораториските испитувања и нативната графика на абдоменот.

Методи на избор во дијагностицирањето се ултразвучниот преглед и СТ прегледот. Ако ултразвукот е прв метод кој може да постави сомнение за перфорација, СТ прегледот со сигурност ја потврдува перфорацијата на жолчното кесе.

НАШ СЛУЧАЈ

Пациент на 70 годишна возраст примен во Јавната здравствена установа Клиничка болница – Штип, во Работната единица - Хируршки болести, поради покачена телесна температура и инфламаторен тумор под десен ребрен лак. Од анамнезата се дознава дека болниот е со покачена температура и болки под десниот ребрен лак веќе 20 дена. Бил третиран од матичен лекар, а потоа упатен во РЕ Хируршки болести при Општа болница - Струмица. Врз



Слика 1

основа на клиничкиот преглед, позитивните лабораториски анализи и ултразвучниот преглед е поставена дијагноза на акутен холециститис. Пациентот е лекуван медикаментозно со аналгетици, антибиотици и инфузии на физиолошки раствор. Поради влошената општа состојба, фебрилноста, пролонгираните абдоминални болки, како и палпаболниот инфламаторен тумор под десниот ребрен лак упатен е во Клиничката болница - Штип за доиследување.

Карактеристичната клиничка слика, позитивните лабораториски анализи (висока седиментација, покачено ниво на С-реактивен протеин и леукоцитоза), инфламаторниот тумор под десниот ребрен лак поставија сомнение за руптура на жолчно кесе. За потврдување на работната дијагноза во РЕ Радиодијагностика беа направени нативна граfiја на абдомен во стоење, ултразвучен преглед и СТ нативна и постконтрастна серија на 64 слајсен СТ апарат GE Light speed.

Нативната граfiја на абдоменот беше уредна. Со ултразвучниот преглед се виде жолчно кесе со мали димензии, задебелен сид и мали калкулуси интралуминално. Туморската маса под десниот ребрен лак, поради бројни артефакти од гасови, не беше во можност да се визуализира.

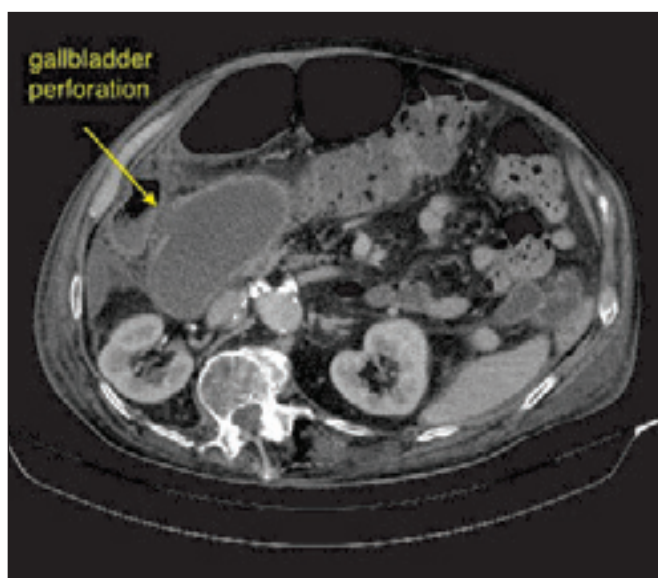
Се постави индикација за СТ на абдомен кадешто се виде супериорноста на оваа метода во откривањето на перихоле-

цистичните апсцеси и апсцесите во перитонеалната празнина. Во нашиот случај се постави дијагноза за перфорација на жолчно кесе со абдоменален париетален апсцес во супкосталната регија десно и перихолециститичен апсцес (Слика 1).

Беше направена инцизија од ординирачки хирург и беше поставен контакттен дрен. Дополнително ERCP (ендоскопска ретроградна холангио панкреатографија) се верифицира проодност на билијарното стебло и отсуство на билијарна фистула. Поради подобрување на општата и локалната состојба е изваден контактниот дрен и пациентот е пуштен на домашно лекување. Дополнително е договорен термин за хируршко отстранување на жолчното кесе.

ДИСКУСИЈА

Воспалението на жолчното кесе може да напредува и да предизвика исхемија и некроза што резултира со перфорација. Компликациите од перфорацијата (билијарниот перитонитис, интраперитонеалните апсцеси, плевропнеумонија, панкреатитис, акутна бубрежна инсуфициенција) може да бидат смртоносни поради што е потребна брза дијагноза. Високата температура и леукоцитозата не се дијагностички показатели за перфорација. Тие се сретнуваат и при акутниот некомплицирани холециститис. Нативната граfiја на абдоменот е најчесто уредна (многу ретко се гледаат хидроаерични нивоа). Ултразвучниот преглед е обично првиот метод на избор во дијагностицирањето на перфорацијата. Задебелен и раслоен сид повеќе од 3 см, дистендирано жолчно кесе, присуство на интралуминални калкулуси, прихалециститична слободна течност, позитивен Murphy знак се знаци кои се сретнуваат при акутниот холециститис, но исто така може да се присутни и при перфорацијата на жолчното кесе. Единствен сигурен ултрасонографски знак за перфорација е прекин на континуитетот на сидот на жол-



Слика 2

чното кесе. Ваквиот прекин на сидот може да се покаже со ултразвучен апарат со висока резолуција само кај 70% од пациентите. СТ прегледот е супериорен бидејќи, покрај некрозата и интрамуралните апсцеси, го покажува и прекинатиот континуитет на сидот кај 90% од пациентите. СТ прегледот, исто така, е посензитивен во откривањето на слободната интраперитонеална и перихолецистична течност, како и во откривањето на апсцесите (Слика 2). Апсцесите се најчесто околу жолчното кесе, во црниот дроб, во малата карлица, и многу ретко во абдоменалниот сид што е случај кај нашиот пациент.

Лекувањето на перфорираното жолчно кесе е хируршко кога имаме перфорација на жолчно кесе тип II по Neimeier (субакутна перфорација со перицистичен апсцес), најпрво се врши дренажа на апсцесите, а потоа холецистектомија.

ЗАКЛУЧОК

Раната дијагноза на перфорираното жолчно кесе и непосредната хируршка интервенција се од суштинско значење. Ултразвукот е метод на избор во дијагностицирањето, но СТ

прегледот има пресудна улога во поставувањето на конечната дијагноза и донесување одлука за рана интервенција.

ЛИТЕРАТУРА

1. Robert Semnic „СТ toraksa i abdomena“ Novi Sad 2005; 6:170-173
2. Иван Даскалов, Румяна Кръстева, Димитар Попов, Емилия Минчева „Атлас по ултразвукова дијагностика“ Софија 2008; 6.1.3:219-225
3. Deric H, Kara C, Bozdag AD, et-al. Diagnosis and treatment of gallbladder perforation, World J Gastroenterol, 2006; 12 (48): 7832-7836
4. Niemeier OW. Acute Free Perforation of the Gall-Bladder. Ann Surg. 1934;99:922-924.
5. Menakuru SR, Kaman L, Behera A, Singh R, Katariya RN. Current management of gall bladder perforations. ANZ J Surg. 2004;74:843-846
6. Smith EA, Diliman JR, Elsayes KM et-al. Cross-sectional imaging of acute and chronic gallbladder inflammatory disease. AJR Am J Roentgenol. 2009; 192(1): 188-96
7. Costanza Chiapponi, Stephan Wirth, Mattias Siebeck. Acute gallbladder perforation with gallstones spillage in a cirrhotic patient. World Journal Emergency Surgery 2010; 5:11 doi:10.1186/1749-7922-5-11
8. Kiewiet JJ, Leeuwenburg MM, Bipart J. A systematic review and meta-analysis of diagnostic performance of imaging in acute cholecystitis. Radiology. 2012 sept.; 264(3):708-20



ikm@ikm.org.mk

<http://www.ikm.org.mk>

Фотоскрининг во детска возраст

Антонела Љубиќ¹, Кети Тагасовска²

¹ Ординација за очни болести, ПЗУ „Поликлиника Медика плус“, Скопје

² Ординација за очни болести, Поклиника при Универзитет „Св.Кирил и Методиј“, Скопје

ИЗВАДОК

Традиционалните методи на визуелен скрининг кај децата во предшколска возраст имаат ограничувања поради потребата од ефективна соработка на детето и долгиот временски интервал на преглед. Како резултат на ограничувањата на традиционалниот скрининг во одредување на видната острината, технолошкиот развој условил појава на апарати за фотоскрининг. Апарати наменети за визуелен фотоскрининг кај децата се од: 1). Photoscreener MTI (Medical Technology and Inovations, Cedar Falls, Iowa), 2). Vision Resarch Comp.(Huntsville, Ala.), 3). i Screen (Memphis, Tenn.), 4). Plus Optix (Nuremberg, Germany) и 5). Retinomax (Nikon, Melville, N.Y.). Vision Screening Committee при AAPOS (Американска асоцијација за детска офталмологија и страбизам), во 2003 година ги предлага критериумите за автоматизиран визуелен скрининг во предшколска возраст. Тие критериуми постојано се надополнуваат. Фотоскринерот Plus Optix се препорачува за идентификација на рефрактивни грешки и страбизам и може да замени циклоплегичен преглед кај селектирана група педијатриско офталмолошки пациенти.

Клучни зборови: photoscreening, Plus Optix, preschool age, amblyopia risk factors, strabismus

ВОВЕД

Најчести офталмолошки нарушувања во детската предшколска возраст (до 6 тата година) претставуваат: страбизам (кривогледство), анизометропија (разлика во диоптерската јачина помеѓу двете очи) и висока билатерална некоригирана рефрактивна аномалија (како што се висока хиперметропија (далекувидност) или астигматизам). Сите овие состојби, ако не се третираат, може да доведат до амблиопија (слабовидност)⁽¹⁾.

Скринингот со традиционално читање на оптопти е тешко за спроведување, особено кај деца до 3.5 годишна возраст⁽²⁾. Децата на возраст пред 3.5 години имаат ризик од развивање на амблиопија, но таа не може да се открие со традиционалните методи. Студиите на Atkinson J. и соработниците⁽³⁾ потврдуваат

дека ризикот за страбизам и амблиопија, кај деца чија рефрактивна грешка е над 3.50 D (диоптрии), е 13 пати поголем во однос на општата популација. Носењето очила во ова возраст битно го смалува ризикот за страбизам и амблиопија кај ова популација. Традиционалните скрининг програми користат LEA - симболи, Allen -ови карти, Sheridan-Gardiner -ови карти, HOTV - букви и Teller-ови карти за видна острината, за децата кои се премали да читаат букви на Snellen-овите оптопти. Во скрининг протоколите на ова возраст, покрај утврдувањето на видната острината базирана на оптопти, додатно се изведуваат тестови за окуломоторна рамнотежа, како што се Cover - тестот и Hirschberg-овиот тест на светлосни рефлексии, како и тестовите за одредување на стереопсија (испитување на тродимензионалниот стереовид, како највисок степен на бинокуларна соработка).

Како резултат на ограничувањата на традиционалниот скрининг во одредување на видната острината (барање на екстензивна соработка на детето, долгиот временски интервал на испитување), технолошкиот развој условил појава на апарати за предшколски визуелен скрининг, кои вклучуваат автоматизирана ретиноскопија или photoscreening. Главна разлика меѓу традиционалните методи и фотоскринингот е дека првите единствено го детектираат смалувањето на видната острината, додека фотоскринингот ја детектира причината што довела до смалување на видната острината. Овие причини се нарекуваат амблиогени фактори и во нив влегуваат висока некоригирана рефрактивна грешка (хиперметропија и астигматизам), висока миопија (кратковидност) и анизометропија.

СОДРЖИНА

Фотоскринингот за прв пат бил опишан од авторот Howland HC во 1974 година⁽⁴⁾. Постојат неколку апарати кои се достапни, со напомена дека ова подрачје рапидно се менува и напредува: 1). Photoscreener MTI (Medical Technology and Inovations, Cedar Falls, Iowa), 2). Vision Resarch Comp.(Huntsville, Ala.), 3). i Screen (Memphis, Tenn.), 4). Plus Optix (Nuremberg, Germany) 5). Retinomax (Nikon, Melville, N.Y.) и 6). Sure Sight (Welch Allyn, Skaneateles, N.Y.).

MTI Photoscreener -от за прв пат е презентираан 1995 година⁽⁵⁾. Тој влегува во групата на полароидни фотоскринери. i Screen Photoscreener -от за прв пат е претставен 2000 година⁽⁶⁾. Влегува во групата на дигитални фотоскринери. Претставува мал апарат кој се држи во рака, по димензии помал во однос на МТИ фотоскринерот, и е прва генерација на бинокуларни фотоскринери, каде што сликата електронски се пренесува за понатамошна интерпретација. Plus Optix, Retinomax и Sure Sight вле-

гуваат во групата на авторефрактори, испитувани со т.н. VIP студија ^(7,8).

The Alaska Blind Child Discovery- проектот го евалуирал фотоскринерот МТИ во руралните и урбани подрачја на Алјаска ^(9,10). VIP студијата, која исто така, го испитувала МТИ ^(7,8), утврдила пониска сензитивност на МТИ во однос на Welsh Allyn Sure Sight и Nikon Retinamax фотоскринерот.

Vision Research Company (Huntsville, Ala.) создале фотоскринер за деца од основно училиште, т.е. деца на возраст која ја поминале традиционалната граница за развој на амблиопија ⁽¹¹⁾.

Исто така, VIP студијата ⁽⁷⁾ утврдила дека дигиталниот I Screen фотоскринер има речиси идентична сензитивност како МТИ фотоскринерот

Конечно, VIP студијата ⁽⁷⁾ утврдила дека сензитивноста на Plus Optix (Nuremberg, Germany) е над сите други горнонаведени фотоскринери. Тој, покрај рефрактивните грешки може да идентификува и присуство на страбизам.

Педијатрискиот офталмолог д-р Silbert од Family Eye Group, Lancaster, Pennsylvania, USA, веќе 15 години ја спроведува методата на фотоскрининг, како составен дел на секој педијатриско офталмолошки преглед. Нашето пребарување на електронската база Pub Med, покажа 17 објавени труда во страболошки, и ортоптички списанија, под името на д-р David Silbert. Нашето пребарување на ревијални трудови (како највисок хиерархиски доказ во практикувањето на медицина базирана на докази) со клучен збор photoscreening (не само во детска возраст, туку и воопшто), во базата Cochrane Date Base of Reviewes, не даде објавен ревијален сумарен труд од ова област.

Најновиот и последен тип на фотоскринер т.н. Plus Optix S 12 (Фигура 1) евалуиран кај предшколски деца, презентирани е во трудот на Chang DA и соработниците од 2015 година ⁽¹²⁾. Се препорачува употреба на Plus Optix фотоскринерот во мултиспецијалистичка групна практика ⁽¹³⁾, со препорака дека децата што имаат позитивен резултат на фотоскринингот, треба да се упатат на преглед кај педијатриски офталмолог.



Фигура 1. Најновиот модел Plusoptix S12 фотоскринер и негова употреба кај мало дете

Постарите типови фотоскринери Plus Optix S 08 ⁽¹⁴⁾ и Plus Optix A 08 ⁽¹⁵⁾ имаат висока сензитивност за детекција на рефрактивните грешки, но ниска сензитивност за детектирање на страбизам со агол помал или еднаков на 20 PD. Поради тоа се предлага комбинирана употреба на апаратот со Cover - и стерео- тестовите.

Фотоскринерите можат да се употребуваат и кај деца со посебни потреби. Употребата на Plus Optix S 08 во детекција на амблиогени фактори кај деца со аутизам е истражено во два труда објавени во 2013 година ^(16,17). Децата со аутизам имаат висока преваленција на окуларни нарушувања(40%), и со помош на Plus Optix S 08, било утврдено дека 34% од децата имале присуство на амблиоген фактор Употребата на фотоскринингот кај деца со Down синдром (DS) со помош на апаратот МТИ и Visiscreen OSS-C, било испитувано на кохорта од 50 деца, од страна на американскиот автор Yannovitch T ⁽¹⁸⁾. Авторите заклучуваа дека фотоскринингот кај децата со DS покажува висока сензитивност, но помала специфичност во откривањето на офталмолошките нарушувања кои можат да се лекуваат.

Фотоскринерите, исто така, можат да заменат преглед во широка зеница кај децата (скиаскопија). Авторот Peng MY во соработка со д-р David Silbert ⁽¹⁹⁾, утврдуваат дека не постои клиничка разлика во добиените резултати во циклоплегичната рефракција со Retinamax- K-plus 3 авторефракторот и класичната ретиноскопија спроведена од педијатриски офталмолог.

Д-р David Silbert ⁽²⁰⁾, покажа дека специфичноста на фотоскринерот под име Sure Sight (Welch Allyn, Skaneateles, N.Y.), споредбено со Plus Optix A09, е подобра, но сензитивноста е редуцирана.

Исто така, за друг тип фотоскринер под име Spot Photosreener(Pedavision Holdings, LLC Lake Mary, FL), д-р David Silbert потврдува дека е соодветен за детекција на амблиогените ризик - фактори и тоа согласно со референтните критериуми на AAPOS (Американска асоцијација за педијатриска офталмологија и страбизам) од 2003 и 2013 година ⁽²¹⁾.



Фигура 2. Plusoptix S09 фотоскринер поврзан со софтверска поддршка

Супериорноста на Plus Optix A09 фотоскринерот (Фигура 2) од фамилијата Plus Optix била студиски потврдена ⁽²²⁾, додека компаративната употреба на Plus Optix A04 и Plus Optix A09 покажала идентични резултати ⁽²³⁾.

Дискусија и заклучок

Vision Screening Committee при Американската асоцијација за детска офталмологија и страбизам, во 2003 година ги предлага критериумите за визуелен скрининг на деца во предшколска возраст со помош на апарати фотоскринери. Тие критериуми постојано се надополнуваат ⁽²⁴⁾.

Првичните стари фотоскринери I Screen и МТИ покажаа идентичен ефект ⁽²⁵⁾, но моментално фотоскринерот Plus Optix (Nuremberg, Germany) е супериорен ⁽²⁶⁾.

Фотоскринерот Plus Optix се препорачува за утврдување на рефрактивни грешки и страбизам кои можат да предизвикаат тешка слабовидност.

Исто така, американскиот педијатриски офталмолог д-р David Silbert ⁽²⁷⁾ потврдува дека Plus Optix може да го замени прегледот во широки зеници кај селектирани педијатриски офталмолошки пациенти.

БИБЛИОГРАФИЈА

1. Donahue SP. Screening for Pediatric Ophthalmologic Disorders. In: Wilson EM, Saunders RA, Triverdi RH. Pediatric Ophthalmology-Current Thought and A Practical Guide. 1 st. Springer-Verlag Berlin Heidelberg;2009. p.64-69
2. Wall TC, Marsh-Tootle W, Evans HH, et al. Compliance with vision screening guidelines among a national sample of pediatricians. *Ambul Pediatr* 2002;2(6):449-55
3. Atkinson J, Braddock O, Robier B, et al. Two infant vision screening programmes: prediction and prevention of strabismus and amblyopia from photo- and videorefractive screening. *Eye* 1996;10 (Pt 2):189-98
4. Howland HC. Photorefractometry: a technique for study of refractive state at a distance. *J Optom Soc Am* 1974;64(2):240-9
5. Ottar WI, Scott WE, Holgado SI. Photoscreening for amblyogenic factors. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1995;6(2):860-91
6. Kennedy RA, Thomas DE. Evaluation of the I Screen digital screening system for amblyogenic factors. *Can J Ophthalmol* 2000 ;35 (5):258-62
7. Schmidt P, Maguire M, Dobson V, et al.; Vision in Preschoolers Study Group. Comparison of preschool vision screening tests as administered by licensed eye care professionals in the Vision In Preschoolers Study. *Ophthalmology* 2004;111(4):637-50
8. Ying Gs, Kulp MT, Maguire M, et al. Vision in Preschoolers Study Group. Sensitivity of screening tests for detecting vision in preschoolers-targeted vision disorders when specificity is 94%. *Optom Vis Sci* 2005;82 (5):432-8
9. Arnold RW, Gionet EG, Jastrabeski A, et al. The Alaska Blind Discovery project, rationale, methods and results of 4000 screening. *Alaska Med* 2000;2(3):58-72
10. Arnold RW, Donahue SP. The yield and challenges of charitable state-wide photoscreening. *Binocul Vis Strabismus Q* 2006;21(2):93-100
11. Morgan KS, Kennemer IC. Off-axis photorefractive eye screening in children. *J Cataract Refract Surg* 1997;33(3):423-8
12. Chang DA, Ede RC, Chow DC, et al. Early childhood vision screening in Hawai'i utilizing a hand-held screener. *Hawaii J Med Public Health* 2015; 74 (4): 292-6
13. Lowery EA, Wang W, Nyong'o O. Objective vision screening in 3-year-old children at a multispecialty practice. *JAAPOS* 2015;19(1): 16-20
14. Saber Moghadain A, Alizadeh R, Zarei-Ghanavati M. Plusoptix S08 sensitivity in detecting strabismus as amblyogenic factor. *Strabismus* 2013;21(4):230-4
15. Bloomberg JD, Suh DW. The accuracy of the plusoptix A08 photoscreener in detecting risk factors for amblyopia in central Iowa. *JAAPOS* 2013;17(3):301-4
16. Mc Curry TC, Lawrence LM, Wilson ME, Mayo L. The plusoptix S08 photoscreener as a vision screening tool for children with autism. *JAAPOS* 2013; 17(4): 374-7
17. Singman E, Matta N, Fairward A, Silbert D. Evaluation of plusoptix photoscreening during examinations of children with autism. *Strabismus* 2013;21(2):103-5
18. Yannovitch T, Wallace DK, Freedman FS, et al. The accuracy of photoscreening at detecting treatable ocular conditions in children with Down syndrome. *JAAPOS* 2010;14 (6): 472-477
19. Peng MY, Matta N, Silbert D, Tian J, Singman E. Accuracy of the Retinomax K-plus 3 in measuring refractive error in pediatric population. *JAAPOS* 2014; 18 (4): 327-31
20. Silbert D, Matta N, Tjan J, Singman E. Comparing the Sure Sight autorefractor and the plusoptix photoscreener for pediatric vision screening. *Strabismus* 2014; 22(2): 64-7
21. Silbert DI, Matta NS. Performance of the Spot vision screener for the detection of amblyopia risk factors in children. *JAAPOS* 2014; 18 (2): 169-72
22. Silbert DI, Matta NS, Ely AL. Comparison of Sure Sight autorefractor and plusoptix A09 photoscreener for vision screening in rural Honduras. *JAAPOS* 2014 ; 18 (1): 42-4
23. Singman E, Matta N, Tian J, Boubaker A, Silbert D. A comparison of the Plusoptix S04 and A09 photoscreeners. *Strabismus* 2013; 21 (2): 85-7
24. Donahue SP, Arthur B, Neely DE, Arnold RW, Silbert D, Ruben JB; POS Vision Screening Committee Guidelines for automated preschool vision screening: a 10-year evidence-based update. *JAAPOS* 2013;17(1): 4-8
25. Silbert DI, Arnold RW, Matta NS. Comparison of the I Screen and the MTI photoscreeners for the detection of amblyopia risk factors in children. *JAAPOS* 2013 ;17 (1): 34-7
26. Matta NS, Singman EL, Silbert DI. Performance of the Plusoptix vision screener for the detection of amblyopia risk factors in children. *JAAPOS* 2008;12 (5): 490-2
27. Silbert DI, Matta NS, Andersen K. Plusoptix photoscreening may replace cycloplegic examination in selected ophthalmology patients. *JAAPOS* 2013;17(2): 163-5



ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Македонија

lkm.org.mk

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

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

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

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

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

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

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

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

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

КНИГИ И ДРУГИ МОНОГРАФИИ

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

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

табела треба да биде цитирана во текстот.

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

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

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

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

НАПОМЕНА

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

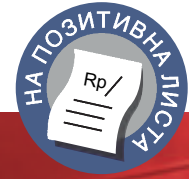
На крајот од трудот треба да дадете изјава дека трудот не е понуден за публикување и нема да се испраќа истиот текст до други стручни списанија.

ИЗВОРСКА



ОД ПРИРОДАТА, ЗА ПРИРОДАТА
Природна Изворска Вода

ЕКО АМБАЖАНКА!



- Ефикасен и моќен во подобрување на липидниот статус
- Брзо постигнување на целните вредности
- Најпотентен статин во намалување на LDL холестерол
- Добра подносливост
- Со росувастатин 40 mg се постигнува значајна регресија на атероматозна плака

30 филм-обложени таблети 10 mg, 20 mg, 40 mg



Индикации: Примарна хиперхолестеролемија (тип Ila), вклучувајќи ја хетерозиготната семејна хиперхолестеролемија) или комбинирана дислипидемија (тип IIb) во комбинација со диета, кога реагирањето на пациентот на диетата и на нефармаколошките третмани не е адекватно. Хомозиготна семејна хиперхолестеролемија, во комбинација со диета и други третмани за намалување на нивото на липидите (на пр. LDL афереза) или во случај кога ваквите третмани не се погодни. **Дозирање и начин на употреба:** EPRI® се дава како единечна дневна доза во било кое време од денот, со или без јадење. Пред да се започне со третманот, пациентот треба да се постави на стандардна диета за намалување на нивото на холестерол и тој треба да продолжи со оваа диета и за време на третманот. Дозирањето треба да биде индивидуално, во зависност од целта која треба да се постигне со терапијата и од реагирањето на пациентот на терапијата, со примена на важечките, општоприфатени насоки. Препорачана почетна доза е 5 mg или 10 mg перорално, еднаш дневно, и кај пациентите кои порано не примале статини и кај оние пациенти кои преминуваат на оваа терапија, а претходно примале некој друг инхибитор на HMG-CoA редуктаза. При изборот на почетната доза треба да се земе во предвид нивото на холестеролот на пациентот и ризикот кардиоваскуларен ризик, како и можните ризици од несаканите дејства на лекот. Ако е потребно, по 4 недели може да се изврши прилагодување на дозата до следното ниво на дозирање. Со оглед на фактот дека со дозата од 40 mg е забележана поголема зачестеност на појава на несакани дејства во однос на онаа со помалите дози, за зголемување на дозата до максималната доза од 40 mg треба да се размислува само кај пациенти со тешка хиперхолестеролемија кај кои постои голем кардиоваскуларен ризик (особено кај оние со семејна хиперхолестеролемија), кај кои целта на третманот не била постигната со 20 mg. **Деца и адолесценти (< 18 години)**-росувастатин не се препорачува за третман на деца и адолесценти помлади од 18 години бидејќи нема податоци за неговата безбедност и ефикасност кај оние возрасни групи. **Повозрасни пациенти (> 65 години)**-Кај пациенти кои имаат > 70 години се препорачува почетна доза од 5 mg. Не се потребни други прилагодувања на дозата во однос на возраста. **Оштетена ренална функција**-Кај пациентите со умерено оштетување на реналната функција (клиренс на креатинин < 60 ml/min) препорачана почетна доза е 5 mg. Дозирање кај пациенти со предиспозиција кои миопатија-препорачана почетна доза е 5 mg. **Контраиндикации:** Пренусповителност на росувастатин или на некој од експлицитните или имплицитните компоненти на таблетите EPRI. Кај пациенти со активно заболување на црниот дроб, вклучувајќи необјаснети перзистентно покачени вредности на трансминазите и покачување на вредностите на трансминазите до повеќе од 3x. Кај пациенти со тешко оштетување на реналната функција (клиренс на креатинин < 30 ml/min). Кај пациенти со миопатија. Кај пациенти кои истовремено примат циклоспорин. За време на бременост и доене и кај жени во репродуктивен период од животот кои не применуваат соодветни контрацептивни мерки. Дозата од 40 mg е контраиндицирана кај пациенти со предиспозиција кои миопатија/рабдомиолиза; умерено оштетување на реналната функција (клиренс на креатинин < 60 ml/min); хипотиroidизам; наследни мускулни нарушувања во семејството или во анамнезата на пациентот; мускулна токсичност предизвикана од друг инхибитор на HMG-CoA редуктаза или од некој друг фибрат; состојби во кои може да дојде до зголемување на нивоата на лекот во плазмата; истовремена примена на фибрати; пациенти со Азиско потекло. **Интеракции:** Истовремената терапија росувастатин и циклоспорин, може да доведе до зголемување на концентрацијата на росувастатин. Истовременото давање на двата лека не влијае на концентрациите на циклоспорин во плазмата. Како што е случај и со другите инхибитори на HMG-CoA редуктаза, по започнување со третман или зголемување на дозата на росувастатин кај пациенти кои истовремено земаат и антагонисти на калциум (на пр. варфарин или некој друг кумарински антикоагуланс) потребно е следење на INR. Истовремена примена на росувастатин и гемафиброзил резултира со зголемување на концентрациите за росувастатин. При истовремено давање на росувастатин со антицид кој содржи алуминиум и магнезиум хидроксид, перорални контрацептивни лекови / супституциона хормонска терапија и еритромицин, потребна е претпазливост. Не се очекуваат клинички релевантни интеракции со дијоксин. **Несакани дејства:** Забележаните несакани дејства се благи и мигливи. Можни несакани ефекти се: гадење, констипација, болки во stomакот, главоболка замештеност, мијалгија и астиенија, протеинурија, дијабетес. **Пакување:** 30 филм-обложени таблети од 10mg, 20mg, 40mg росувастатин. **Начин на издавање:** се издава на лекарски рецепт. Збирен извештај за особините на лекот е достапен на барање. Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет: Epi 30*10mg: 15-6092/11; Epi 30*20mg: 15-6093/11; Epi 30*40mg: 15-6094/11 од 01.12.2011.

10-14-EPR-01-NO/31-14/10-16

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ!