

година XXV • број 91 • јуни 2016



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

Сега постои и друга причина за да одберете Victoza®

Кај пациентите со дијабетес тип 2 кои постат за време на Рамазан, Victoza® се докажа како ефикасна¹

Во неодамешна студија, на пациентите кои ја започнаа терапијата пред Рамазан, Victoza® им овозможи¹:



НАМАЛУВАЊА
НА HbA_{1c}



ДОПОЛНИТЕЛЕН
БЕНЕФИТ ОД ГУБИТОК
НА ТЕЛЕСНА ТЕЖИНА



НИСКА СТАПКА НА
ХИПОГЛИКЕМИИ*

Земете предвид Victoza® пред, за време на и по Рамазан

*Без употреба на СУ или базален инсулин

Пациентот е модел и податоците можеби нема да го рефлектираат вистинското искуство на пациентот.

Скратено упатство за пропишување

Victoza®
liraglutide

СУ=сулфониуреа

Пред да го пропишете лекот, Ве молиме прочитајте го Збирниот извештај со особените на лекот. **Фармацевтска форма:** Претходно наполнетото пенкало за еднакратна употреба содржи 18 mg лираглутид во 3 ml раствор. **Индикации:** Victoza® се користи за третман на возрасни лица со дијабетес мелитус тип 2 со цел да се постигне гликемиска контрола во комбинација со: орални лекови за намалување на шеќерот и/или базален инсулин кога тие заедно со диета и вежбање, не ја постигнуваат соодветната гликемиска контрола. **Дозирање и начин на употреба:** За да се подобри гастро-интестиналната толерабилност, почетната доза е 0,6 mg лираглутид дневно. По најмалку една седмица, дозата треба да се зголеми на 1,2 mg. Кај некои пациенти се очекува корист од зголемување на дозата од 1,2 mg на 1,8 mg и врз основа на клиничкиот одговор, по најмалку една седмица дозата може да се зголеми на 1,8 mg за понатамошно подобрување на гликемиската контрола. Не се препорачуваат дневни дози поголеми од 1,8 mg. Victoza® се употребува еднаш дневно, независно од брок, се аплицира супкутанно и не смее да се дава интравенски или интрамускулно. Victoza® може да се додаде на постоечката терапија со метформин или на комбинираната терапија со метформин и тиазолидиндион. Тековните дози на метформин и тиазолидиндион може да останат непроменети. Victoza® може да се додаде на постоечката терапија со сулфониуреа или на комбинирана терапија со метформин и сулфониуреа или на базален инсулин. Кога Victoza® е додадена на терапијата со сулфониуреа или базален инсулин, треба да се има предвид потребата од намалување на дозата на сулфониуреа со цел да се намали ризикот од појава на хипогликемија. Само-контрола на гликемија не е потребна за прилагодување на дозата на Victoza®. Сепак, кога се започнува третман со Victoza® во комбинација со сулфониуреа или базален инсулин, само-контрола на гликемијата може да биде неопходна за прилагодување на дозата на сулфониуреа или на базален инсулин. Посебна група на пациенти: Не е потребно прилагодување на дозата согласно годините, кај возрасни пациенти (> 65 години). Терапевтското искуство кај пациенти ≥75 години е ограничено. Не е потребно прилагодување на дозата кај пациенти со тешко ренално оштетување, вклучувајќи и пациенти со ренално заболување во краен стадиум. Во моментот, терапевтските искуства кај пациенти во сите стадиуми на хепатално оштетување се премногу ограничени за да може да се препорача за употреба кај пациенти со лесно, умерено и тешко хепатално оштетување. Безбедноста и ефикасноста на Victoza® кај деца и адолесценти под 18 годишна возраст не беше утврдена поради немање доволно податоци. **Контраиндикации:** Хиперсензитивност на активната супстанција или на која било состојка. **Предупредувања и претпазливост при употреба:** Victoza® не треба да се употребува кај пациенти со дијабетес тип 1 или за третман на дијабетична кетоацидоза. Victoza® не е замена за инсулин. Заради ограничено искуство Victoza® не се препорачува кај пациенти со воспалително цревно заболување и дијабетична гастропареза. Има ограничени искуства кај пациенти со конгестивна срцева слабост New York Heart Association (NYHA) класа I-II и нема искуства со NYHA класа III-IV. Употребата на GLP-1 рецептор агонисти се поврзува со ризик од акутен панкреатитис. Пациентите треба да бидат информирани за карактеристичните симптоми на акутен панкреатитис: постојана силна болка во абдомен, доколку постои сомневање за панкреатитис треба да се прекине терапијата. Ако дијагнозата на акутен панкреатитис е потврдена, терапијата со Victoza® не треба повторно да се започне. Потребна е посебна претпазливост кај пациенти со историја на панкреатитис. При клиничките истражувања беа пријавени несакани дејства врз тироидеата вклучувајќи зголемен крвен калцитонин, гуша и тироидна неоплазма воглавно кај пациенти со претходно тироидно заболување. Пациентите кои примат Victoza® треба да бидат советувани за потенцијалниот ризик од дехидратација поврзана со гастро-интестинални несакани дејства и да преземат мерки на претпазливост за да избегнат губиток на течности. **Бременост и лактација:** Victoza® не треба да се употребува за време на бременост, кај пациентки кои планираат да забременат или кои дојат. **Несакани дејства:** Најчесто пријавувани несакани реакции за време на клиничките студии беа гастро-интестинални пореметувања: гадење и дијареа беа многу вообичаени, додека повраќање, констипација, болки во стомакот и диспепсија беа вообичаени. На почетокот на терапијата со Victoza®, овие гастро-интестинални несакани реакции можат да се појавуваат почесто. Овие реакции обично се намалуваат по неколку дена или седмици при континуиран третман. Вообичаени беа и главоболка и назофарингитис. Понатаму, хипогликемијата беше вообичаена и многу вообичаена при комбинација на Victoza® со сулфониуреа. Тешка хипогликемија примарно е забележана при комбинација со сулфониуреа. Пациентите што користат Victoza® и сулфониуреа може да имаат зголемен ризик од хипогликемија. Ризикот може да се намали со намалување на дозата на сулфониуреа. Ризикот од хипогликемија е мал при комбинирана употреба со базален инсулин и лираглутид. Неколку случаи (помалку од 0,2%) на акутен панкреатитис беа пријавени во тек на долготрајните клинички истражувања со Victoza®. Панкреатитис беше исто така пријавен и пост-маркетиншки. Беа пријавени и случаи на алергија и дехидратација (понекогаш со намалена бубрежна функција). **Предозирање:** Од достапните информации од клиничките студии и употребата на пазарот беше пријавено предозирање и до 40 пати (72 mg) над препорачаната доза. Генерално, пациентите пријавуваа тешка науза, повраќање и дијареа. Ниеден од пациентите не пријави тешка хипогликемија. Сите пациенти закрепнаа без компликации.

Лекот може да се издава само со лекарски рецепт. Број и датум на решението за ставање на лекот во промет: 15-9215/09 од 19.02.2010. Victoza® е трговска марка во сопственост на Ново Нордиск А/С, Данска. Производител: Novo Nordisk A/S, DK-2880 Bagsvaerd, Denmark.

Референца: 1. Azar ST, Echtaay A, Wan Bebak WM, et al. Efficacy and safety of liraglutide versus sulphonylurea both in combination with metformin during Ramadan in subjects with type 2 diabetes (LIRA-RAMADAN): a randomized trial. Poster presented at: American Diabetes Association, 75th Annual Scientific Sessions, June 5-9, 2015; Boston, MA. ePoster 1121-P.



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

D-288/01-05/2016

Овој материјал е наменет само за здравствени работници

VICTOZA®
liraglutide инјекција



Делува и заштитува

Периндоприл:

- ↓ ефикасно го намалува крвниот притисок, 24 часа/ден,
- ↑ ја подобрува ендотелната функција,
- ↓ смалува прогресија на кардиоваскуларни заболувања,
- ↑ ја подобрува прогнозата кај пациентот.

Пар на кој може да му верувате!

Индикации Пренеса®: Хипертензија: препорачана почетна доза е 4 mg. Кај хипертензивни пациенти кај кои не е можно прекин на терапијата со диуретик, пациенти со реноваскуларна хипертензија и постари пациенти препорачана почетна доза е 2 mg. **Срцева слабост:** препорачана почетна доза е 2 mg наутро. Оваа доза може да се зголеми за 2 mg во интервал од 2 недели до 4 mg еднаш дневно. **Сибилна коронарна артериска болест:** 4 mg еднаш дневно во период од 2 недели, па се зголемува до 8 mg. **Превенција на рекурентен мозочен удар:** почетна доза е 2 mg, па се зголемува на 4 mg по 2 недели и се администрира уште 2 недели пред да се воведат индапамид. **Ко-Пренеса®:** Хипертензија кај пациенти чиј крвен притисок не е соодветно контролиран само со периндоприл. **Контраиндикации** Преосетливост кон периндоприл или некоја од помошните состојки во лекот или на други АКЕ инхибитори, историја на ангиоедем по администрација на други АКЕ инхибитори, херидитарен или идиопатски ангиоедем, бременост и доене. Кај **Ко-Пренеса®:** тешко оштетување на бубрежната функција (креатинин клиренс под 30 ml/min); Ко-Пренеса 8 mg/2,5 mg е контраиндицирана при креатинин клиренс < 60 ml/min, хепатална енцефалопатија, тешко хепатално оштетување, хипокалемија. **Мерки на претпазливост и посебни предупредувања** Кај пациенти кои се во состојба на хиповолемија, тешка срцева слабост со или без асоцирана ренална инсуфициенција, исхемично срцево или цереброваскуларно заболување, пациенти со стеноза на митрална валвула и опструкција на левовентрикуларниот тракт кој води до аортата, пациенти на кои им следи поголема операција или за време на анестезија. Кај пациенти со тешка срцева слабост како и дијабетес мелитус тип 1 третманот со Ко-Пренеса треба да започне со помала доза и под надзор на лекар. Не се препорачува употреба на Пренеса и Ко-Пренеса кај деца и адолесценти помлади од 18 години. **Интеракции со други лекови и други форми на интеракции** Диуретици кои штетат калиум, суплементи на калиум или супституенти на сол кои содржат калиум, литиум, нестероидни анти-инфламаторни лекови, антидијабетици, симпатомиметици, некои анестетици, трициклически антидепресиви и антипсихотици. **Ко-Пренеса®:** цитостатици или имunosупресиви, системски кортикостероиди или прокаиnamид. Комбинации кај кои е потребна претпазливост: гликозиди, амјодарон, соталол, бретилиум, јодирани контрастни средства, циклоспорин. **Несакани ефекти** главоболка, зашеметеност, вртоглавица, тинитус, нарушен вид, кашлица, диспнеја, повраќање, болки во stomакот, дијареа, констипација, осип. **Начин на издавање** само на лекарски рецепт. **Пакување Пренеса®:** 30 таблети од 2 mg, 4 mg и 8 mg периндоприл. **Ко-Пренеса®:** 30 таблети од 2 mg/0,625 mg; 4 mg/1,25 mg; 8 mg/2,5 mg периндоприл/индапамид.

Референци:

1. Fox K. Benefits of perindopril all along the cardiovascular continuum. Eur Heart J 2008; ADVANCE Collaborative Group. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial) www.thelancet.com Published online September 2, 2007. 2. Збирен извештај за особини на лекот Пренеса и Ко-Пренеса.

* во Македонија

За подетални информации обраќајте 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

PRENËSSA®
таблети од
2 mg, 4 mg, 8 mg
perindopril

CO-PRENËSSA®
таблети од 2 mg/0,625 mg;
4 mg/1,25 mg; 8 mg/2,5 mg
perindopril
и indapamid



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.

- 8 | **Јубилеј**
Лекарската комора на Македонија одбележа 24 години од основањето
Плакетата “Св. Наум Охридски” за д-р Мирослав Бојаџијевски
Наградата за најдобар објавен труд рамноправно ја делат два манускрипта
- 12 | **Актуелно**
Биослични лекови - сегашни и идни предизвици
- 16 | **Актуелно**
На Македонија и се потребни само два добро екипирани радиотераписки центра
- 22 | **Состојби**
Се фалсификуваат и лекови за деца
- 24 | **Практика**
ПЕП и ПрЕП превенција на ХИВ инфекцијата
- 26 | **Правно катче**
И оптометристите - здравствени работници
- 42 | **Препорака**
Објавување на трудови само во индексирани научни списанија
- 43 | **Признание**
„Витез од редот на академските палми“ за проф. д-р Даниела Миладинова
- 44 | **Регион**
Само 10 отсто не размислуваат за заминување од Хрватска
Финансиската криза е можната причина на 500.000 смртни случаи од рак?
Мнозинството граѓани во Србија незадоволни од здравствените услуги
- 38 | **Новини од медицината**
- 40 | **Спорт**
- 43 | **Дојдени**
Леон МЕЛКОНИЈАН,
лекар специјалист по општа и абдоминална хирургија и вонреден професор по анатомија

Прилог: Стручни и научни трудови

00443 | **Габриела Топузовска, Лидија Ѓурковска**

Придонесот на д-р Елена Каваева - Етингер за развојот на здравството во Македонија

ИСПИТ

Во шек се последниите подготвовки за имплементација на новиот начин на полагање на стручниот испит на студентите на медицина и за докторите на медицина. Со нешто за прв пат кај нас се воведува испит за студентите по завршената втора година на студииите и испит во три дела за докторите на медицина по завршување на студиската програма и завршената пробна работа. Имајќи предвид дека станува збор за комплексен проект со кој треба да се подигнат и верификуваат стекнатите знаења и вештини на идните доктори кои ќе се грижат за нашето здравје, секако е голем предизвик и одговорност за сите учесници воведувањето на оваа новина.



**Проф. д-р Михаил
КОЧУБОВСКИ**

главен и одговорен
уредник на „Vox medici“

Дојолку повеќе што во реализацијата на новините во едукацијата и полагањето на медицинарите се вклучени и здравствениите установи пред сè оние од терцијарното здравство каде што тие уште во некој на студирањето треба да стекнат и практични вештини. Специфична тежина на целиот процес има и фактот што во целиот систем за прв пат се воведува Медицинскиот симулациски центар, нова институција во која ќе може да се симулираат патолошки состојби и да се поставуваат дијагнози и да се ординира терапија. Еден од основачите на Медицинскиот симулациски центар е и Лекарската комора на Македонија која, имајќи ја предвид потребата од ваква едукативна база, иницијираше во нејзиното основање и екипирање. Првите студенти на медицина во симулацискиот центар ќе влезат веќе со почетокот на новата наставна година.

За да се сроведе зацртаниот концепт со сите негови сегменти, секако првостепен уште многу работа, пред сè околу подготвката на бази на праќања, листата на испитувачи, набавка на потребната материјално-техничка и информатичка опрема, како и други „дребули“, без кои не би можело да се заокружи целиот процес. Сериозна обврска и голема одговорност за Лекарската комора, медицинските факултети и Министерството за здравство која ни првостепен да ја завршине успешно и во релативно кус период пред сè во интерес на квалитетот, висинската едукација и здравјето во целосно.

Нека ни е со среќа !

Со почит,

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 Георги 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 констинуирано 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 друга 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 работните места 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 испраќа 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.

Lentrica

desloratadine 5 mg

- ✓ Брз почеток на дејство и отсуство на седација¹
- ✓ Дозирање еднаш на ден¹

За ден без алергии



член на компанијата Sandoz

Лек Скопје ДООЕЛ / „Перо Наков“ ЗЗ, Скопје, Р.Македонија

1. Data on File. Part from the registration dossier, Lek Skopje Doel, 2014

MK-Lentrica-R-06/2016

ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА ОДБЕЛЕЖА 24 ГОДИНИ ОД ОСНОВАЊЕТО

Отворени за идеи, мислења, предлози...



„Лекарската комора на Македонија останува отворена за идеи, мислења, предлози... Во неа сите ние, поклониците на Хиопократовата заклетва, треба да ги артикулираме нашите заложби и барања. Се разбира, водејќи сметка и за општите интереси, за интересите и потребите на граѓаните, на државата... Тоа не е ни лесно ни едноставно. Како професионална асоцијација Комората отсекогаш била принципиелна, кооперативна и отворена за соработка. Во таа насока ќе го продолжиме нашето дејствување - транспарентно, сериозно и одговорно“, истакна претседателот на Лекарската комора на Македонија, проф. Кочо Чакалароски на Свечениот собир по повод 5 Јуни - Денот на Комората што се одржа во конференциската сала во “Воденица – Мулино” во Скопје.

Во присуство на голем број гости, меѓу кои и заменик - министерот за здравство, Јовица Андовски, државниот секретар во Министерство-то за здравство, Насуф Ипчја, директорите на Фондот за здравствено осигурување, Сашо Стафаноски и Орхан Рамадани, деканите на Медицинскиот факултет и на Стоматолошкиот факултет во Скопје, проф. д-р Никола Јанкуловски и проф. д-р Љубен Гугувчевски, претседателот на Македонското лекарско друштво, д-

р Горан Димитров, претседателот Чакалароски истакна дека во изминативе 24 години од (ре)основањето, Лекарската комора на Македонија „се втемели како самостојна, професионална организација на докторите и се наметна како вистински партнер во општеството и во креирањето на здравствените политики, односно стана почитувана и компетентна професионална асоцијација со јавни овластувања“.

Претседателот Чакалароски нагласи дека во текот на минатата година се направени повеќе измени и дополнувања на Законот за здрав-

Како професионална докторска асоцијација, Комората отсекогаш била принципиелна, кооперативна и отворена за соработка



ствена заштита, Законот за здравствено осигурување, се подготвуваа подзаконските акти во врска со Законот за медицински студии и континуирана медицинска едукација, како и други нормативни акти, а Лекарската комора се вклучи во расправите по предложените решенија и со конкретни предлози, сугестии и забелешки настојуваше да ги подобри законските проекти. Тој потенцира дека е донесен и Закон за слободни здравствени зони со кој, се обезбедуваат поволни услови за привлекување странски инвестиции во областа на здравството, се привлекува најсовремена здравствена технологија и се поттикнува здравствениот туризам.

“Лекарската комора, Македонското лекарско друштво и Министерството за здравство потпишаа Повелба за заштита и унапредување на докторската професија и донесување на Закон за докторска дејност со која јавно се обврзаа дека ќе работат на заштита и унапредување на докторската професија преку донесување на Закон за докторска дејност”, рече д-р Чакалароски. Во соработката со ФЗОМ активностите на Комората, според него, биле насочени на преговори за актуелни проблеми со кои се соочуваат докторите во текот на работењето и договарањето за начинот на плаќање на здравствените услуги.

“Како резултат на долготрајната анализа и дијалогот со Фондот се обезбеди ублажување на казнената политика, се намалија договорните казни и се олесни секојдневното работење на матичните лекари. Се обезбеди и покачување на капитациониот бод за матичните лекари и тој од 1 јули годинава од 50 ќе се зголеми на 55 денари. Со корекцијата на капитациониот бод ќе бидат опфатени 1.527 тимови коишто работат во 1.085 ординации со кои ФЗОМ има склучено договор во 2015 година. Последното



покачување на капитациониот бод за матичните лекари е направено во 2011 година кога тој од 45 се зголеми на 50 денари”, истакна претседателот Чакалароски.

Во текот на минатата година, како што презентираше д-р Чакалароски, се организирани шест испитни сесии за полагање на стручен испит, спроведени се неколку вонредни стручни надзори, акредитирани 208 барања за стручни активности... Поднесени се 825 барања од доктори за добивање на лиценца за работа, од кои 289 за прв пат се стекнале со лиценца, додека 285 доктори се стекнале со специјалистички лиценци, а во процесот на релценцирање биле опфатени 251 доктор.

“Издадени се повеќе времени лиценци на доктори - странски државјани за обука и едукација на наши доктори поднесени од здравствени установи, како и 120 барања за времени лиценци на странски државјани за обука и едукација на наши доктори поднесени од Министерството за здравство и од невладината организа-

Како поклоници на Хиопократовата заклетва треба да ги артикулираме нашите заложби и барања, притоа водејќи сметка и за општите интереси, за интересите и потребите на граѓаните, државата...



ција Интегритет Алфа Омега. Издадени се повеќе од 200 „good standing“ потврди на доктори за едукација и работа во странство”, истакна Чакалароски, потенцирајќи дека Лекарската комора на Македонија во повеќе наврати најостро реагираше на случаите на насилство врз докторите и јавно ги осуди ваквите инциденти, барајќи целосно расветлување на случаите – согласно со новите законски решенија со кои

здравствените работници при укажување на здравствените услуги имаат статус на службени лица.

Во наредниот период, како што рече д-р Чакалароски, Комората ја чекаат исклучително обемни активности во реализација на зацртаните проекти и продолжување на соработката со институциите на системот. Во тој контекст тој ги издвои:

Плакетата „Св. Наум Охридски“ за д-р Мирослав Бојацијевски



Носител на највисокото признание на Лекарската комора на Македонија, Плакетата „Св. Наум Охридски“ за 2015 година е д-р Мирослав Бојацијевски, од Скопје. Предлогот за добитникот дојде од неговите колеги, односно од Општинската организација на ЛКМ – Карпош 3. Според членовите на Комисијата за награди на Лекарската комора, д-р Бојацијевски со својата работа, досегашните активности на професионален план, коректноста кон колегите, професионалниот однос и довербата што ја има кај пациентите, секогаш придржувајќи се на медицинската етика и Кодексот на медицинска деонтологија, секако го заслужи ова признание.

Награда „Св. Наум Охридски“ е признание кое се доделува за особени постигнувања во областа на здравството.

Д-р Мирослав Бојацијевски е роден во

Белград во 1952 година. Основно и средно образование завршил во Скопје, а на Медицински факултет при Универзитетот во Скопје се запишал во 1970 - 1971 година. Дипломирал во 1978 година.

Првото време вработување д-р Бојацијевски го има во нокната служба при Здравствен дом – Скопје во 1979 година. Од 1979 до 1981 работи во Медицинскиот Центар – Куманово како раководител на амбулантата во селото Липково. Професионалната дејност д-р Бојацијевски ја продолжува во Геронтолошкиот Завод „13 Ноември – Скопје“, а пред неколку месеци замина во пензија.

Во оваа единствена институција од ваков вид во земјава, д-р Бојацијевски работеше како одделенски лекар, а последните десетина години како раководител на Службата за палијативна нега во домашни услови. Во нашата земја оваа

Служба за прв пат е организирана токму од Геронтолошкиот завод „13 Ноември – Скопје“, во 2004 година. Пред се, како резултат на согледаните потреби и барања на граѓаните за ваков тип медицински третман.

Специфичноста на ваквата работа, несомнено, е причина повеќе да се каже дека д-р Бојацијевски заслужено го доби највисокото признание на ЛКМ, Плакетата „Св. Наум Охридски“. Неговата посветеност на пациентите, ангажманот во згрижувањето на болните со малигни и хронични прогресивни заболувања, во терминалната фаза на болеста, несомнено, е за посебен респект и аргумент повеќе за добитникот на оваа награда. Особено кога тоа се прави и во домашни услови во кои, покрај работата со болниот, важен е и контактот и работата со семејството.

Заблагодарувајќи се за наградата „Св. Наум Охридски“, д-р Бојацијевски истакна дека наградата за него не е само лична сатисфакција, туку е и признание за уставната од каде што потекнува.

„Ние сме навистина пионери во областа на геријатријата, геронтологијата и на палијативата во Југоисточна Европа. Овој сегмент во системот треба да се развива бидејќи со овој вид на здравствена грижа и нега не само што ќе се растоварат болничките капацитети за други болни, туку ќе се намалат и трошоците на здравствениот систем. Дотолку повеќе што пациенти најчесто се болни со малигни дијагнози или други тешки хронични прогресивни заболувања кои се неподвижни или тешко подвижни. На овој начин, тие со под медицинска грижа, им се овозможува најтешкиот дел од животот да бидат меѓу своите, а му се помага и на семејството“, вели д-р Бојацијевски.

- Продолжување на активностите за измени и дополнувања на Статутот на Комората.
- Интензивирање на активностите за донесување на законот за докторска дејност;
- Продолжување на соработката со министерот за здравство, Фондот за здравствено осигурување.
- Имплементација на новите софтверски решенија, ажурирање на базата на податоци и олеснување на поврзанооста на службите во функција на подобрување на квалитетот на работењето.
- Активирање на општинските одбори како движечка сила на целокупната организација на Комората.

Во рамките на свеченоста беше доделена Плакетата „Св. Наум Охридски,„ Добитник на ова највисокото признание на Лекарската комора на Македонија оваа година е д-р Мирослав Бојацијевски од Скопје, а според претставникот на Комисијата за награди на Комората, д-р Верица Попоска, годинешниот лауреат несомнено е доктор кој заслужува вакво признание.

За несебичното залагање во работата и посветеноста на пациентите, Лекарската комора им додели благодарници на д-р Невзат Елези од Медицинскиот факултет во Тетово и на д-р Сретимир Николовски, специјалист по интерна медицина од Крива Паланка.

Во рамките на свеченоста беше доделена и Наградата за најдобар објавен стручен и научен труд во „Vox medici“ во 2015 година која овој пат рамноправно ја поделија авторите на два труда.

Vox medici



Наградата за најдобар објавен труд рамноправно ја делат два манускрипта

Наградата за најдобар објавен стручен и научен труд во списанието „Vox medici“ во текот на 2015 година рамноправно ја поделија трудовите „Карбоцистеин во амбулантското лекување на егзацербациите

на хроничниот бронхитис и хроничната опструктивна белодробна болест“ од Јордан Минов, Јованка Караџинска -Бислимовска, Сашо Столески, Драган Мијаковски (Институт за медицина на трудот на Р. Македонија, Колaborативен центар на СЗО и Колaborативен центар на GA2LEN) и „Нутрофилна дисфункција предизвикана со злоупотреба на антибиотици кај децата“ од Кристина С. Миронска од Универзитетската клиника за педијатрија.

Уредувачкиот одбор на „Vox medici“ ваквата одлука ја донесе на седницата одржана на 25 мај 2016 година, а изборот е направен меѓу публикуваните стручни и научни трудови во минатата година во Прилогот за стручни и научни трудови. Според оцените на рецензентите, речиси сите од објавените трудови се издвојуваат со својата содржина, квалитет и приод кон определена тема, област, заболување или медицинско прашање.

Трудот „Карбоцистеин во амбулантското лекување на егзацербациите на хроничниот бронхитис и хроничната опструктивна белодробна болест“, според членовите на Уредувачкиот одбор, е релевантен и актуелен, а авторите се компетентни имиња од Институтот за медицина на трудот на Република Македонија, кои како цел на трудот ја определите примената на карбоцистеин во амбулантското лекување на егзацербациите на хроничниот бронхитис и хроничната опструктивна белодробна болест.

Трудот „Нутрофилна дисфункција предизвикана со злоупотреба на антибиотици кај децата“, од д-р Кристина С. Миронска од Универзитетската клиника за детски болести - Скопје. Станува збор за актуелна тема, особено во педијатријата, а реализираното истражување ја поткрепува тезата за негативниот ефект на претераната употреба и злоупотреба на антибиотиците врз имунолошкиот систем кај децата, преку утврдување на неутрофилната дисфункција.

Наградата за најдобар објавен труд во „Vox medici“ не е воведена само како признание за вредноста на некој стручен и научен труд како квалитетна и издржана студија, чии наоди и заклучоци можат да имаат примена во здравствениот систем и приодот кон пациентите и нивното лекување, туку и заради мотивирање на докторите да пишуваат и да се занимаваат со научно-истражувачка работа.

ЗДРУЖЕНИЕ ЗА ХЕМАТОЛОГИЈА НА МАКЕДОНИЈА

Биослични лекови

- сегашни и идни предизвици



Фармаколошките лекови познати како биолошки лекови направија револуција во третманот на голем број различни болести - од рак, преку автоимуни, до автоинфламаторни заболувања. Денес, по истекување на заштитениот патент на голем број оргинаторни биолошки лекови, на пазарот се јавија т.н. биолошки слични лекови, кои се слични со друг веќе одобрен биолошки лек (т.н. референтен биолошки лек) и кон кој треба да ја потврдат својата сличност.

За разлика од генеричките лекови со мали молекули, кои имаат релативно едноставна хемиска структура, којашто може да се репродуцира така што новиот лек е комплетно идентичен со оригиналниот, идентични копии на биолошките лекови не можат да се направат - не затоа што молекулите се 100-1.000 пати поголеми од малите молекули, туку затоа што биолошките лекови имаат комплексна тридимензионална структура и вкупниот спектрум на нивната функција најчесто не е комплетно објаснет. Во прилог на нивната природа и комплексност оди фактот што овие молекули се продукти на висококонтролирани биолошки процеси и, иако се идентични во протеинската секвенца, постојат значителни разлики коишто произлегуваат од различни етапи во процесот на производство, што може да резултира во хетерогена структура на финалниот производ што, понатаму, може да продуцира различни

ефекти, посебно кога станува збор за несаканите ефекти. Овие варијации претставуваат предизвик во развојот на биосимиларите и се голем проблем во нивната употреба.

Биолошки сличниот лек генерално треба да е добиен со иста постапка и да има ист квалитет, биолошка активност, безбедност и ефикасност како и иноваторниот лек. Сепак, поради комплексноста на самата активна супстанција и начинот на нејзиното добивање, кој најчесто со методи на рекомбинантна ДНК технологија и со употреба на клеточни линии, невозможно е да се направи идентична копија. Дополнително многу мали промени во производствениот процес можат да доведат до создавање на комплетно поинаков производ. Биосличните лекови минуваат низ претклинички и клинички испитувања кои се временски и во обем многу намалени и пократки, насочени за потврдување на сличност кон оргинаторниот биолошки лек. Оттука, биолошки сличните лекови не се копии на оргинаторните биолошки лекови, па опцијата за заменивост, што се почитува кај генеричките лекови, во случајот на биолошки сличните лекови е неприменлива. Европската медицинска агенција (ЕМА) во водичот за слични биолошки медицински производи вели: *“Стандардниот генерички пристап (демонстрирање на биоэквиваленција со референтен медицински производ преку соодветна студија на биорасположивост) кој е применлив кај повеќето хемиски добиени медицински производи во принцип е неприменлив кај биолошките/биотехнолошки добиените производи поради нивната комплексност”*. ЕМА ги дефинира биосличните лекови како “биолошки медицински производ кој содржи верзија на активната супстанција на веќе одобрен оригинален биолошки медицински производ (референтен медицински производ) во Европската економска зона”. Правилата за добивање статус на биосличен лек, како и регистрацијата на истите е содржана во Европската легислатива.

Регулаторната рамка за одобрување на биолошки сличните лекови во Европската Унија (ЕУ) е воспоставена во 2003 година, а почна да се

применува од 2005 год. Првиот биолошки сличен лек во Европа е регистриран во 2006 година (соматотропин), а во клиничката практика овие лекови се присутни од 2007 год.

Присуството на биосличните лекови на пазарот во Европа е во постојан пораст со стапка на раст различна во различни земји - членки на ЕУ и со различен интензитет во однос на категориите на лекови. Од 2006 година до сега ЕМА има класифицирано 9 категории на биолошки сличните лекови и тоа соматотропин, филграстим, еритропоедин, инсулин, нискомолекуларен хепарин, фоликуло стимулирачки хормон, интерферон алфа, интерферон бета и моноклонални антители. До јануари 2016 година ЕМА има издадено одобрение за 20 биолошки слични лекови и тоа за 1 соматотропин, 5 еритропоедина, 7 филграстима, 2 фолитропин алфа, 3 моноклонални антители (инфликсимаб и етарнацепт) и 1 инсулин.

Бенефитот од употребата на биосимиларите е економската оправданост, а со тоа и поголема достапност до пациентите, што несомнено треба да влијае врз цената на оригиналниот лек. Не се очекува падот на цените да е драстичен, како во случај на лековите со мали молекули, бидејќи процесот на производство на биосимиларите е многу покомплексен. Очекувањата се дека цената ќе падне за приближно една третина до една половина. Кај генериците со мали молекули цената се намалува драстично (приближно 90-95%).

Прашања во врска со употребата на биосимиларите кои најчесто ги загрижуваат давателите на здравствени услуги, се некои модификации кои можат да се појават во текот на производството, кои се недетектибилни, а кои можат до доведат до алтерирана ефикасност, имуногеност или токсичност. Оваа загриженост може да се покаже дека е надмината со тоа што компаниите би достигнале производство на биосимилари кои се конзистентни на оригинаторите, со предвидливи ефекти.

Во Македонија се регистрирани биолошки слични лекови од 4 категории и тоа филграстим, соматотропин, моноклонално антители (инфликсимаб) и инсулин. Регулаторната за ставање биолошки сличен лек во промет е дефинирана во Правилникот за добивање одобрение за ставање на лек во промет издаден од страна на Агенцијата за лекови и медицински средства ("Службен весник на РМ", бр. 203 од 17.11.2015 год.). Во овој Правилник во член 3 точка 5 се дадени барањата за одобрување на биолошки сличен лек каде што, покрај другото, потребно е биолошки сличниот лек да поднесе документ за процена за квалитетот, безбедноста и ефикасноста на лекот издаде-

на од ЕМА и копија од одобрението за ставање во промет издадено од ЕМА. Тоа значи дека во промет во Р. Македонија може да се најдат биослични лекови кои ЕМА ги има одобрено низ централизирана постапка и со задоволување на ригорозни барања со цел да се најдат на пазарот во Европа.

За разлика од регистрацијата на биосличните лекови, која ЕУ ја централизира на ниво на ЕМА, одлуката за практикувањето на заменивост (interchangeability), замена (substitution) и следење на ефикасноста и безбедност (пост-маркетинг и фармаковигеланца) се дел кој ЕМА го делегира на националните авторитети и регулаторни тела и упатува секоја земја да изготви сопствени национални водичи за овие поглавја. Прашањето за заменивост и замена е различно решено во земјите на ЕУ, но сепак во ниту една земја не се практикува автоматската замена кај биосличните лекови.

Во светло на современите текови во областа на биолошките лекови и оправданата загриженост на хематолозите во однос на биосимиларите, Здружението за хематологија на Македонија (ЗХМ) одржа и свој тематски стручен состанок во декември 2015 г., со цел разјаснување на одредени дилеми и донесе свои ставови околу клиничката употреба на биосимиларите, засновани врз научни сознанија и релевантни професионални документи.

Во согласност со искажаните евроинтегративни напори на државата, основите на ставовите на ЗХМ се наоѓаат во сличните и релевантни професионални и легални документи усвоени на Европско ниво, најважни од кои ги сметаме тие на Европската агенција за лекови (European Medicines Agency - EMA).

Согласно со претходно наведеното, ЗХМ:

1. Се согласува со примена на биослични лекови (биосимилари) претходно одобрени од страна на ЕМА, во соодветна постапка и согласно со пропишаните услови и критериуми.

2. Ги прифаќа индикациите за примена на определен биосимилар во оној обем во кој е тоа одобрено од страна на ЕМА. ЗХМ не го препорачува принципот на екстраполација на индикационите подрачја за кој било биосимилар засновани врз сопствени искуства и мислења.

3. Ги прифаќа ставовите на ЕМА околу дефинирањето на можноста за на еден биосличен лек да му се овозможи опцијата за заменување со оригинаторот во текот на процесот на лекување, односно за наизменично ординирање на биоси-

Биолошки сличниот лек генерално треба да е добиен со иста постапка и да има ист квалитет, биолошка активност, безбедност и ефикасност како и иноваторниот лек. Сепак, поради комплексноста на самата активна супстанција и начинот на нејзиното добивање, кој најчесто со методи на рекомбинантна ДНК технологија и со употреба на клеточни линии, невозможно е да се направи идентична копија

миларот со оригинаторот (interchangeability). ЗХМ смета дека ваква одлука во медицинската практика може да биде донесена исклучиво од лекарот или од професионалниот колегиум во медицинската установа во која се лекува пациентот. ЗХМ не препорачува автоматска замена на оригинаторот со биосимилар, замена врз основа на препорака, мислење или одлука на професионалец од друга сродна област, освен доктор на медицина со соодветна професионална квалификација. ЗХМ не препорачува замена која е водена исклучиво со економски интереси, доколку таквата практика претходно не е дозволена и одобрена од страна на ЕМА. ЗХМ препорачува за пациентите кај кои е веќе почнато лекување со оригинаторен лек, истото да биде завршено до комплетирање на планираниот број терапевтски циклуси со истиот лек. Бидејќи во Македонија овој тип лекови се наоѓа исклучиво на болничката листа, беспредметна е согласноста на ЗХМ околу недозволувањето на издавање биосличен лек, наместо препишаниот оригинаторен, во аптека, под образложение дека станува збор за “ист” лек.

4. На пациентот кај кој се ординира биосимилар, тоа мора да му биде предочено и објаснето во транспарентна постапка, заедно со дилемите, дебатите и контроверзите кои околу тој тип на лекови постојат во моментот на ординирање, како и со наведување на причините поради кои се ординира биосимилар наместо оригиналниот лек.

5. ЗХМ изразува безрезервна поддршка за редовното и детално водење на медицинска документација, особено на нотирање на сите несакани ефекти (фармаковигиланца) од примената на биосимиларите, но и на оригинаторните лекови, како би се обезбедила база на податоци доволна за континуирана евалуација и компарација на ефектите од лекувањето со еден или со друг тип производ.

6. ЗХМ континуирано ги следи случувањата во ова поле и не се дистанцира од реалниот момент на живеење. Напротив, свесни сме за економските импликации кои со себе ги носи воведувањето на биосимилари во практиката, но сметаме дека аргументите за ефикасноста и безбедноста на лековите треба да имаат предност и значително поголема тежина и значење во споредба со финансиските параметри. Во таа смисла, ЗХМ упатува препораки до производителите за усогласување на цените на производите со стандардот на земјите во кои се пласираат тие.

Доц. д-р Александра Грозданова,

Фармацевтски Факултет

Проф. д-р Ката Мартинова,

ЈЗУ Универзитетска Клиника за Детски болести

Проф. д-р Оливер Каранфилски,

ЈЗУ Универзитетска Клиника за хематологија

САЛЦБУРГ: Тројца професори од Медицинскиот факултет во Скопје промовирани за нови членови на EASA



На 26. свечена Пленарна седница на Европската академија на науките и уметностите (European Academy of Sciences and Arts - EASA), во Салцбург на 5 март 2016, беа промовирани нови

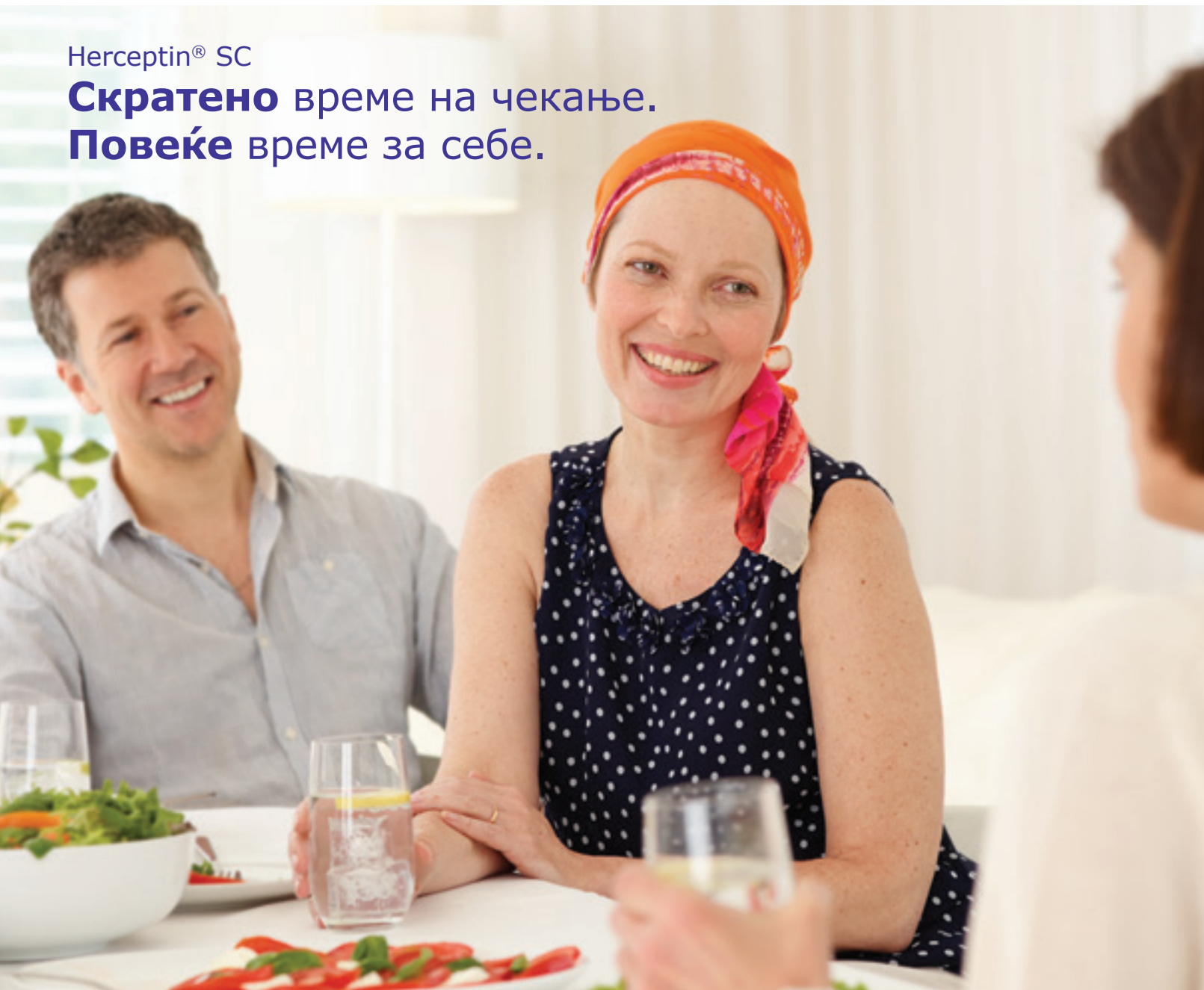
членови на Академијата (<http://www.euro-acad.eu/>). Претседателот на Академијата, акад. Felix Unger, во присуство на околу 350 членови и гости, ги врачи дипломите на новите 120 членови од сите области на науките и уметностите и од сите 28 земји во Европа, меѓу нив 5 од Р. Македонија, од кои тројца професори во областа „Медицина“, од Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје, и тоа: проф. д-р Зоран Гучев од Клиниката за педијатрија, проф. д-р Дончо Донеv од Институтот за социјална медицина и проф. д-р Гоце Спасовски од Клиниката за нефрологија.

Европската академија на науките и уметностите е формирана на 7 март 1990 г. во Салцбург како највисока научна институција во Европа со цел да создава нови знаења со реализација на меѓународни проекти, да дисеминира научни информации и да промовира дијалог меѓу нациите и културите за заедничко добро на сите кои живеат и работат во Европа. Сега Академијата има над 1700 членови од сите области на науките и уметностите, меѓу кои 32 добитници на Нобелова награда.

(Д.Д.)

Herceptin® SC

Скратено време на чекање.
Повеќе време за себе.



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 бубрежите 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 појавана олигохидрамниоза.
- Не е познато дали Herceptin® се екскретира во хуманото млеко. Бидејќи е познато дека хуманиот 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 ПРЕТПАЗЛИВОСТ: Терапијата со Herceptin® треба да се спроведува само под контрола на лекар со искуство во третман на пациенти со малигни заболувања. НАЧИН НА ИЗДАВАЊЕ: Лекот може да се применува само во здравствена установа. БРОЈ НА ОДОБРЕНИЕТО ЗА СТАВАЊЕ НА ЛЕК ВО ПРОМЕТ: ROCEPOTIN 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.



Herceptin® SC
trastuzumab
subcutaneous

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

СПОРЕД СТРУЧНАТА АСОЦИЈАЦИЈА НА РАДИОТЕРАПИСКИ ОНКОЛОЗИ НА МАКЕДОНИЈА

На Македонија и се потребни само два доброекипирани радиотераписки центра



Не треба да се развиваат радиотерапевтски центри со помалку од два акцелератора

Во Р. Македонија треба да работат два добро опремени радиотераписки центра и тоа во Битола и во Скопје. Не треба да се развиваат радиотерапевтски центри со помалку од два акцелератора. За територијата и за популацијата на Македонија, покрај Универзитетската клиника за радиотерапија и онкологија во Скопје (УКРО), економски оправдан може да биде само независен центар во Битола, опремен со два акцелератора, КТ симулатор, комплетна дозиметриска и друга опрема потребна за спроведување 3Д конформална радиотерапија. Со добро организиран систем на транспорт на пациенти, оптимално може да се задоволат потребите на популацијата на државата, се посочува во заклучокот од стручниот состанок на Здружението на радиотераписки онколози на Македонија при Македонското лекарско друштво, што се одржа на 31 мај 2016 година на тема: „Актуелните состојби и перспективи за развој на радиотерапијата во Р.Македонија“.

Учесниците на состанокот заклучија и дека УКРО е единствена институција во Македонија во која можат да се воведат нови современи радиотераписки техники и истите рационално да се искористат. За таа цел потребно е да се надградат капацитетите на УКРО и тоа:

Изградба на нов бункер, во рамките на УКРО, во кој би се сместиле два нови линеарни акцелератора со можност за спроведување 3Д конформална (CRT), радиотерапија со модулиран интензитет (IMRT), волуметриски модулирана арк терапија (VMAT), сликовно водена радиотерапија (IGRT), екстракранијална стереотактична радиотерапија (SBRT), евентуално едниот и со можност за кранијална стереотактична радиохирургија (SRS)

Инсталација на нов (втор) повеќеслоен КТ симулатор со можност за 4Д симулација и автоматски вбризувач на и.в. контраст, кој би се користел и за брахитерапија. Постојниот КТ симулатор, кој е во функција, не треба да се дислоцира бидејќи за него се приклучени подвижни ласери кои не ќе можат да се прилагодат во нови услови и треба да продолжи да функционира, бидејќи два КТ симулатора се оптимум за професионално стручно работење.

По воведување во функција на двата нови современи акцелератора, потребно е долгорочно да се планира за постапна замена на постојните акцелератори-близнаци, преку кои, во моментот, се реализира радиотерапијата во Македонија. За перформансите на овие машини треба да се направи анализа во период од 4 до 6 месеци пред распишување тендер и во консултација со Македонското здружение на радиотераписки онколози, а зависно од потребите да се одлучи какви машини би биле оптимални за нашите пациенти и услови. Во секој случај е најдобро да се набавуваат машини во пар - близнаци.

Техничко надградување на контролната конзола, компјутерот и софтверскиот дел, кои се користат при спроведување на брахитерапија. На долгорочен план да се предвиди ПЕТ КТ и НМР за планирање радиотерапија.

Стручното специјалистичко здружение на радиотераписки онколози, со целиот свој репрезентативен стручен капацитет, а познавајќи ги и имајќи ги предвид локалните прилики и можности, смета дека препорачаните решенија се единствено прифатливи од стручна и економска гледна точка, како препораки за развој на радиотерапијата во Македонија.

Здружение на радиотераписки онколози на Македонија

Здружение на радиотераписки онколози на Македонија

АЛВОДРОНИК®

(ibandronic acid)

Филм-обложена таблета 150 mg

ЗНАЧАЈНО ПОДОБАР ИЗБОР



- ✓ ПРВ ГЕНЕРИЧКИ ИБАНДРОНАТ СО ДОЗИРАЊЕ ЕДНАШ МЕСЕЧНО
- ✓ ДОКАЖАНА БИОЕКВИВАЛЕНТНОСТ НА ЛЕКОТ
- ✓ ПОТВРДЕНА ЕФИКАСНОСТ ЗА ТРЕТМАН НА ОСТЕОПОРОЗА
- ✓ НАЈДОБАР СТЕПЕН НА COMPLIANCE И ПЕРЗИСТЕНТНОСТ ПРИ ДОЛГОТРАЈНА ТЕРАПИЈА НА ОСТЕОПОРОЗА

Дилвас® 100 mg

(cilostazol)

пакување од 56 таблети



ПРОШЕТКИТЕ СЕГА СЕ ЗАДОВОЛСТВО!

Ефикасност и безбедност на производите Young Derm кај лесни и умерени акни

(мултицентрична, отворена, проспективна студија на 914 пациенти)

Вовед

Акните претставуваат хронична инфламаторна болест на пило-себацеалната единица. Клинички се манифестира со неинфламаторни отворени и затворени комедони, и инфламаторни лезии како папули, пустули и нодули, во најразлични комбинации¹.

Промените се јавуваат на лице, врат, гради и грб, каде се најгусто распоредени себацеалните жлезди. Градацијата се базира на типот на лезиите и нивната бројност: лесни, умерени, тешки и многу тешки акни².

Четири процеси имаат улога во патогенезата: 1) зголемена продукција на себум, при што андрогените хормони имаат големо влијание, 2) хиперкератинизација на фоликулот што води кон создавање микокмедон, 3) колонизација на фоликулот со анаеробот *Propionibacterium acnes* и 4) инфламаторна реакција¹.

Мултифакторната етиологија ја прави терапијата комплексна. Современиот пристап подразбира делување на патогенетските фактори со што треба да се постигне контрола на акутните влошувања и долготрајно одржување на ефектот².

На располагање се бројни локални и системски препарати со антимикробно, антиинфламаторно, кератинолитичко дејство.

Глобално регистрираната резистенција на *P.acnes* честа причина за неефикасност на третманите. Затоа се препорачува што поретко препишување на антибиотици, употреба на не-антибиотски антимикробни средства и избегнување на монотерапија³.

Имајќи ја во вид возраста на пациентите како и потребата од долгорочна терапија, покрај ефикасноста, безбедноста на препаратите е клучен фактор во изборот на третман³.

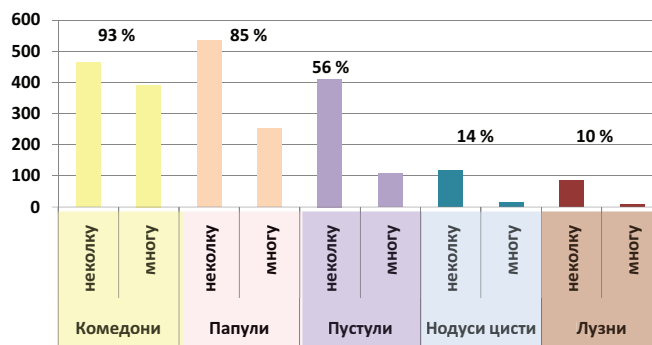
Цели на студијата

Евалуација на ефикасноста и безбедноста на препаратите од колекцијата во третман на лесни и умерени форми на акни.

Материјал и методи

За потребите на истражувањето беше конструиран прашалник кој вклучуваше демографски податоци, клинички карактеристики, градација на тежина на акни (Investigator's Global Assessment)², скор за процена на тежина на акни, како и скор за процена на несаканите ефекти од третманот. Студијата вклучуваше пациенти со лесни и умерени акни од двата пола, без ограничување на возраста. Во студијата не беа вклучени пациенти со лична анамнеза за контактни алергиски дерматити. Студијата беше дизајнирана како отворена, мултицентрична, проспективна студија. Истражувањето беше спроведено во периодот Септември-Декември 2015 година, од страна на 48 матични лекари од територијата на цела Македонија. Истражувачите имаа едукативен тренинг за пополнување на прашалникот, запознавање со

Графикон 1. Процена на тежината на акните при прва посета: тип на ефлоресценции



колекцијата Young Derm и индикациите за примена на производите, како и упатства за процена на ефектот и несакани реакции од терапијата.

Во зависност од интензитетот на акните, беше препорачуван еден од следните третмани:

- Безалкохолан тоник (БТ)
- БТ + Крем за интензивна нега(наутро и навечер)
- БТ + Крем за интензивна нега(наутро) Крем со масло од чајно дрво (навечер)
- Лосион за чистење + Крем за интензивна нега(наутро)+ Крем со масло од чајно дрво(навечер)

За процена на ефектот на терапијата се користеше скор за тежината на акните со кој се евалуираа 5 карактеристики: комедони, папули, пустули, нодуси и лузни, при што истите се вреднуваа како 0 (нема), 1(неколку) или 2 (многу). На тој начин се добиваше вкупен скор (0-10), кој се проценуваше при првата посета, при втората (по 4 недели) и третата посета (по 8 недели од почетокот на терапијата).

Процената на несаканите ефекти се вршеше при втората и третата посета, со евалуација на четири карактеристики (печење/чешање, сувост/лупење, еритем и пигментации) чиј интензитет се степенуваше од 0-2. Така при секоја посета се добиваше вкупен скор на несакани ефекти со вредност од 0 до 8.

Етички аспекти

Од страна на испитувачот на испитаниците им беа објаснети природата, времетраењето и целите на испитувањето. Секој пациент беше запознаен со предностите од апликацијата на препаратите, како и со тоа дека учеството во студијата е доброволно.

Резултати

Во истражувањето беа вклучени 914 пациенти со лесна и умерена форма на акни. Просечна возраст на испитуваната популација е $16,86 \pm 3,6$ (SD), ранг 10-25, а најголем број од испитаниците (38,2%) спаѓаат во возрастната група од 14-16 години. Значаен број (220 или 24,1%) се на возраст над 20 години и спаѓаат во категоријата адултно акне. Во вкупната популација, хормонски дисбаланс е регистриран кај 61 (6,7%) испитаници.

Во однос на клиничките карактеристики, најчест тип на ефлоресценции се комедоните, присутни кај 93% од испитуваната популација, по што следат папулите (85%). Загрижува податокот дека лузни се регистрирани кај 10% од испитаниците (Графикон 1).

Во однос на тежината, најголем број од испитаниците (392 или 42,9%) имале лесна и умерено тешка (234 или 25,6%) форма на акне.

Анализата на ефектот на Young Derm покажа статистички значајна редукција на бројот на комедони, папули и пустиули ($p < 0,0001$), Табела 1. При тоа, немаше значајно подобрување на нодусите и цистите ($p=0,32$) ниту на лузните ($p=0,19$).

Анализата на средните скорови на тежината на акните во трите посети, ја потврди ефикасноста на препаратите (Графикон 2).

Анализата на резултатите во однос на несаканите дејства покажа дека посериозни несакани ефекти се јавиле кај околу 1% од испитаниците. Табелата3 покажува редукција на вредностите вкупниот скор на несакани ефекти при третата посета ($p < 0,0001$), што укажува на транзиториот карактер на истите.

Дискусија

Високата преваленца и хроничниот карактер наметнуваат потреба за долготрајна терапија, која има за цел смирување на акутните епизоди, долготрајно одржување на ефектот и превенција на лузните кои се нај-непосакуваниот исход¹.

Препарати за локален третман на акне се на слободна (over-the-counter - OTC) продажба и не подлежат на ригорозните прописи кои важат за лековите⁵.

Спрема Bowe и сор.⁶ пазарот на OTC препарати за акне е импресивен, при што голем е бројот на козметски елегантни и добро толерирани третмани со недоказана ефикасност. Авторите ја нагласуваат потребата од студии за ефикасност на препаратите.

Сите продукти за третман, теоретски се дизајнирани да делуваат на еден или повеќе патогенетски механизми. Често третирани како козметски препарати ("cosmeceuticals"), OTC производите за акне се во вид на лосиони, креми, сапуни, средства за измивање, пилинзи или тоници. Заради големиот број OTC брендови, како и секојдневната појава на нови продукти, лекарите имаат тешка задача при изборот на препарат. Изборот го отежнува и фактот што студиите за ефикасност и безбедност на повеќето препарати се малобројни, а компаративни студии речиси не постојат⁶.

Ова истражување имаше за цел да ја провери ефикасноста и безбедноста на препаратите од колекцијата Young Derm, со една отворена, проспективна, лонгитудинална студија.

Големиот број на испитаници и долгиот период на следење (3 посети во 8 недели), овозможи регистрација на саканите но и несаканите ефекти на овие производи. Најголем број од студиите од овој тип се изведуваат со

Табела 1. Евалуација на ефектот на терапијата, со процена на типот на ефлоресценции во трите посети.

		Прва посета N (%)	Втора посета N (%)	Трета посета N (%)
Комедони	Нема	59(6,4)	194(21,2)	353(38,6)
	Неколку	463(50,7)	496(54,3)	475(51,9)
	Многу	392(42,9)	224(24,5)	81(8,9)
			ANOVA	$p < 0.0001$
Папули	Нема	129(14,1)	305(33,4)	518(56,7)
	Неколку	533(58,3)	504(55,1)	374(40,9)
	Многу	252(27,6)	105(11,5)	22(2,4)
			ANOVA	$p < 0.0001$
Пустиули	Нема	396(43,3)	625(68,4)	802(87,7)
	Неколку	410(44,9)	267(29,2)	107(11,7)
	Многу	108(11,8)	22(2,4)	5(0,6)
			ANOVA	$p < 0.0001$
Нодуси цисти	Нема	781(85,4)	860(94,1)	890(97,4)
	Неколку	118(12,9)	50(5,5)	24(2,6)
	Многу	15(1,6)	4(0,4)	
			ANOVA	$p = 0.32$
Лузни	Нема	820(89,7)	830(90,8)	842(92,1)
	Неколку	85(9,3)	77(8,4)	66(7,2)
	Многу	9(0,9)	7(0,8)	6(0,7)
			ANOVA	$p = 0.19$

анкета (self-report) на испитаниците⁶. Предност на нашата студија е што едуцирани лекари вршеа клиничка процена на состојбата.

Колекцијата Young Derm се состои од влажни марамчиња, без-алкохолан тоник за чистење лице, лосион за чистење, крем за интензивна нега, крем за длабински третман и подлога за шминка во две нијанси. Производството се одвива според највисоките стандарди во индустријата GMP (Добра производна практика). Состојките ги задоволуваат високите стандарди за квалитет и се во согласност со барањата на Европската директива за квалитетен козметички производ.

Селекција на ексертифицирани природни активни супстанции со докажана ефикасност во третманот на акни, се основа за ефикасноста на овие препарати.

Young Derm безалкохолниот тоник содржи комбинација на хидратантни состојки и природен бисаболол. **Young Derm лосионот за чистење** содржи комбинација на површинско активни материји за благо чистење, екстракт од алое вера и млечна киселина.

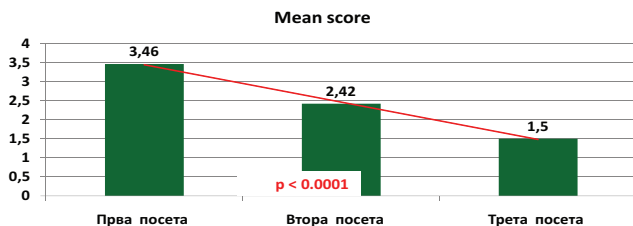
Young Derm кремот за интензивна нега содржи екстракт од камилица, витамин B3 (ниацинамид) и ексертифициран екстракт од манго. **Young Derm кремот за длабински третман** содржи масло од чајно дрво, екстракт од манго и камилица.

Дериватите на алое вера имаат широка применуванa во козметската индустрија, заради докажаната антиинфламаторни, имуномодулаторни, антифунгални дејства, како и позитивниот ефект при заздравување на рани. Биолошката активност се должи на полисахаридите во желатинозната маса од листот на растението. Покрај концентрацијата во препаратот (од 0.1 до 20%), важен услов за ефикасност се додатните состојки кои ја олеснуваат пенетрацијата и биорасположивоста⁷.

Млечната киселина спаѓа во групата на алфа-хидроксис киселини (АНА), широко употребувани



Графикон 2. Евалуација на ефектот на терапијата, со процена на средниот скор на тежина на акни, во трите посети.



во третманот на акне и знаците на стареење. Како нормален метаболит во органозмот, таа е нетоксична и не-сензибилизирачка, што ја прави можеби најбезбеден продукт за младата кожа⁸. Во концентрации од 1,5 до 5%, има комедонолитично, ексфолијативно и антибактериското дејство. Во концентрации над 20% се користи за хемиски пилинг⁹.

Различни класи на биоактивни состојки се докажани во екстрактот од камилица: 0.24%–1.9% есенцијални масла, 28 терпеноиди и 36 флавоноиди. Најактивна состојка е α -bisabolol и неговите оксиди – азулени кои имаат способност да пенетрираат низ површината на кожата во дермот, каде ги пројавуваат анти-инфламаторните својства¹⁰.

Табела 2. Евалуација на несаканите ефекти од терапијата, со процена на четири параметри во втората и третата посета.

		Втора посета N (%)	Трета посета N (%)
Печење/чешање	нема	733(80,2)	825(90,3)
	слабо	171(18,7)	85(9,3)
	силно	10(1,1)	4(0,4)
Црвенило	нема	745(81,5)	847(92,7)
	слабо	161(17,6)	65(7,1)
	силно	8(0,9)	2(0,2)
Суво, лупење	нема	762(83,4)	816(89,3)
	слабо	149(16,3)	97(10,6)
	силно	3(0,3)	1(0,1)
Пигментации		0	0

Табела 3. Евалуација на несаканите ефекти на терапијата, со процена на вкупниот скор на несакани ефекти.

Вкупен скор (0-8)	Прва посета N (%)	Втора посета N (%)
0	639(69,9)	742(81,2)
1	122(13,3)	110(12)
2	94(10,3)	39(4,3)
3	49(5,4)	13(1,4)
4	9(0,9)	6(0,7)
5	1(0,1)	4(0,4)

прва посета / втора посета $p < 0.0001$
p (Wilcoxon Matched Pairs)

Есенцијалното масло од *Melaleuca alternifolia*, познато како масло од чајно дрво, содржи над 100 терпени и алкохоли, со докажани антимикуробни својства¹¹. Раснес е основната причина за негова употреба, особено во ерата на резистенција на оваа бактерија кон тетрациклините, еритромицинонот и другите масовно користени антибиотици¹².

Резултатите од студијата ја докажаа ефикасноста на испитуваните препарати кај лесните и умерените форми на акне, особено во редукција на комедоните, папулите и пустулите. Очекувано, препаратите не покажаа значаен ефект на лузните, како трајно оштетување ниту на нодусите кои се манифестација на тешките форми на акне.

Заклучоци

Колекцијата Young Derm е ефикасна во третманот на умерени лесни форми на акни. Студијата покажа значајна редукција на комедоните, папулите и пустулите и Глобалниот скор. Студијата покажа дека колекцијата Young Derm е безбедна. Кај само 0,9 % од испитаниците, несаканите ефекти биле причина за прекин на третманот.

Катерина Дамевска,

Универзитетска клиника за дерматологија

Катерина Ставриќ,

Универзитетска клиника за детски болести

Студијата е поддржана од Алкалоид АД Скопје

Литература

1. Zaenglein AL et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. J Am Acad Dermatol. 2016 May;74(5):945-973.e33.
2. Nast A et al. European Dermatology Forum. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012 Feb;26 Suppl 1:1-29.
3. Beylot C et al. Propionibacterium acnes: an update on its role in the pathogenesis of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014 Mar;28(3):271-8.
4. Tan JK, Bhat K. A global perspective on the epidemiology of acne. Br J Dermatol. 2015 Jul;172 Suppl 1:3-12.
5. Decker A, Graber EM. Over-the-counter Acne Treatments: A Review. The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology. 2012;5(5):32-40.
6. Bowe WP, Shalita AR. Effective over-the-counter acne treatments. Semin Cutan Med Surg. 2008 Sep;27(3):170-6.
7. Cosmetic Ingredient Review Expert Panel. Final report on the safety assessment of Aloe Andongensis Extract, Aloe Andongensis Leaf Juice, Aloe Arborescens Leaf Juice, Aloe Arborescens Leaf Protoplasts and Aloe Ferox Leaf Juice Extract. Int J Toxicol. 2007;26 Suppl 2:1-50.
8. Garg T et al. Long term topical application of lactic acid/lactate lotion as a preventive treatment for acne vulgaris. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2002 May-Jun;68(3):137-9.
9. Rendl M et al. Topically applied lactic acid increases spontaneous secretion of vascular endothelial growth factor by human reconstructed epidermis. Br J Dermatol. 2001 Jul;145(1):3-9.
10. Srivastava JK et al. Chamomile: A herbal medicine of the past with bright future. Molecular medicine reports. 2010;3(6):895-901.
11. Hammer KA. Treatment of acne with tea tree oil (melaleuca) products: a review of efficacy, tolerability and potential modes of action. Int J Antimicrob Agents. 2015 Feb;45(2):106-10.
12. Bagherani N, Smoller BR. Role of tea tree oil in treatment of acne. Dermatol Ther. 2015 Nov;28(6):404.

Theresienöl

БИЛНА ЛЕКОВИТА МАСТ

ПРВА ПОМОШ

ПРИ РАНИ И ИЗГОРЕНИЦИ

100% ПРИРОДЕН СОСТАВ - ПРИРОДНИ МАСТИ
И ЛЕКОВИТИ БИЛНИ ЕКСТРАКТИ



Билното масло Терезиеноил е познато по своите необично силни лековити својства уште од епохата на Средновековието. Создадено по уникатен древен рецепт од потполно природни масти и чисти билни екстракти, со генерации наназад до денес тоа го потврдува своето високо признание како лек со широка примена и беспрекорно дејство.

Во минатото билното лековито масло Терезиеноил се користело за активно лекување на кожни повреди, отворени рани, изгореници и лузни. Во пракса тоа покажува благоприятно дејство врз секаков вид на кожа. Природните состојки и специјалните екстракти, вклучени во составот на маслото, ја стимулираат природната способност на телото да се регенерира и самото да се излекува. Терезиеноил ја потпомага регенерацијата на кожата, ги хидрира ткивата и делува антисептично, го смирува чешањето и ја намалува болката кај изгореници.

Поради својата широка примена и целосно природниот состав, Терезиеноил може да биде верен и ефикасен помошник и при контузии, трауми и повреди. Билното лековито масло има силен обезболувачки и смирувачки ефект уште од првото нанесување, кое доведува до брзо и докажано излекување на кожата.

Во писмо од Ватикан, испратено на Велигден 2009 г, маслото е благословено како „скапоцен дар за човештвото“, кое им помогнало на илјадници луѓе да се излекуваат и опорават по тешки трауми. Благодарение на својот широк спектар на дејство и брзото олеснување, кое што го носи, Терезиеноил се докажува како природна висококвалитетна алтернатива на многу фармацевтски и синтетички производи.



рани



изгореници



лузни



хематоми

Се фалсификуваат и лекови за деца

Фалсификувањето на лекови не е само тренд на денешното време. Историјата на фармацијата укажува дека лековите биле предмет на фалсификување уште од најстари времиња.

Под фалсификувани лекови се подразбираат сите „лекови“ кои личат на оригиналните лекови, при што намерно и лажно се со претставена содржина и потекло заради стекнување профит.

Најфалсификуван лек по Втората светска војна е пеницилинот, а по него следува аспирирот. Според Светската здравствена организација (WHO), околу 10% од лековите во развиените земји се фалсификувани, додека кај неразвиените земји „фалсификатите“ покриваат околу 30 % од фармацевтската палета.

Во развиените земји 10% од лековите се фалсификувани, а во неразвиените таа палета е трипати поголема

За фалсификуваните лекови е значајно дека:

- постојат;
- се произведуваат во нестандардизирани услови;
- имаат недефинирано потекло;
- немаат контрола на квалитет;
- се земаат најчесто преку интернет 50%;
- ноќни клубови, преку пријатели;
- се купуваат во странство.



Во лабораторијата на Институтот за јавно здравје откриени се најголемиот број на фалсификувани лекови

Од каде доаѓаат фалсификуваните лекови:

- Индија 35% ;
- Кина 29%;
- Нигерија 23%;
- Пакистан 13%;
- други.

Интересно е дека Индија забранува ваквите препарати да се продаваат во матичната земја, но не го забранува извозот!!!

Фалсификуваните лекови носат огромни профити и веројатно тоа е основната причина за влегувањето во фармацевтскиот црн бизнис. Некои анализи покажуваат фрапантни суми. А бројките од година во година се се поголеми.

Фалсификувани лекови – финансиски удел

- 2005 год. = 40 милјарди долари;
 - 2010 год. = 75 милјарди долари;
 - 2015 год = 90 милијарди долари;
 - Европска Унија = 10.5 милјарди евра;
- (за 2 месеци откриени 34 милиони таблети)

Предмет на фалсификување се:

1. Оригинални и генерички лекови - кои имаат голема побарувачка и кои лесно се произведуваат.
2. Скапи лекови.
3. Иновативни лекови.
4. Лекови за лекување тешки болести.
5. ОТС лекови.
6. Лек за извоз.
7. Лекови кои се користат во државниот здравствен систем.

Најфалсификувани се следниве групи лекови:

- лекови за слабеење;
- лекови за лекување на еректила дисфункција;
- лекови за третман на болка;
- лекови против пушење;

- лекови за лекување на грип.
- Ги нема во легалниот дистрибутивен систем

Каква е состојбата во Р. Македонија?

Фалсификуваните лекови не ја „прескокнаа“ и Р. Македонија, односно и кај нас се откриени случаи на пласман на „фалсификати“. Откриени фалсификувани лекови досега во Р. Македонија:

1. Viagra.
2. Gestormone.
3. Vit. ad sol. (и педијатриските лекови се фалсификуваат !!!).
4. Nitroglicerine Linguallet.

Последиците од фалсификуваните лекови се многукратни и крајно сериозни. Почнувајќи од оние најалармантните кои директно го загрозуваат здравјето и животот, па се до финансиските штети кои ги трпи фармацевтската индустрија и државата во целост.

1. Појава на сериозни несакани реакции:
 - алергии;
 - смрт поради директно токсично дејство и поради изостанок на тераписки одговор;
 - кај антибиотиците – резистенција.

2. Финансиски штети врз здравствениот систем.

ЛАБОРАТОРИСКИ НАОД					
Име на препаратот:	CIALIS [®] филм-обложени таблети 20 mg				
Состав:	Декларирано на надворешно пакување: 1 филм-обложена таблета содржи: I. Активна супстанција: 20 mg Tadalafil				
Пакување:	2 блистери x 2 филм-обложени таблети/кутија				
Дозирана форма:	Филм-обложена таблета				
Серија:	05668	Датум на производство:	/	Рок на употреба:	04.2012
Производител:	Декларирано на надворешно пакување: Lilly ICOS Limited, United Kingdom				
Доставено од:	Министерство за здравство, Бирото за лекови, со писмо бр. 15-сл. од 10.09.2010				
Цел:	Лабораториска контрола на квалитет на лек доставен од страна на Агенцијата за управување со одземен имот, Република Македонија				
ЗАКЛУЧОК: Во рамките на резултатите од извршените испитувања ПРЕПАРАТОТ НЕ ОДГОВАРА на барањата од спецификација за квалитет на производителот во однос на параметарот Содржина на активна супстанција (пониска од декларираната).					

Голема операција на Интерпол

Голема операција против трговија со фалсификувани лекови заврши со апсење на 393 лица и конфискување на милиони опасни продукти, соопшти во почетокот на јуни годинава Интерпол.

Фалсификувани лекови за лекување на рак, тестови за откривање на СИДА, лекови за дијабетес, стоматолошки материјали и хируршка опрема биле откриени во текот на операцијата, во која учествувале полицајци од 193 земји. Акцијата е спроведена од 30 мај до 7 јуни под името „Пангеа“ и таа е деветта по ред.

Заплени се околу 12,2 милиона фалсификувани материјали и затворени се 4.932 интернет страници, кои ги рекламираше овие производи. Почнати се повеќе од 700 истраги ширум светот.

Во текот на операцијата извршена минатата година беа конфискувани 20 милиони лекови во вкупна вредност од 81 милион долари и уапсени 156 лица.

Финансијскиот удел на фалсификуваните лекови во минатата година, според некои процени, тежел околу 90 милјарди долари

3. Огромни штети трпи и фармацевтската индустрија.

Успешна борба против фалсификуваните лекови подразбира:

1. Силна и добро организирана инспекција.
2. Ефикасна царина и полициски органи.
3. Соработка помеѓу царината, МВР и Бирото за лекови.
4. Соработка со агенциите од соседството и Европската агенција за лекови (ЕМА).
5. Ригорозна контрола на лековите.
6. Заштитни мерки согласно Законот за лекови и медицински помагала.

Борбата против фалсификуваните лекови е перманентна обврска на повеќе институции, органи, експерти, здравствени работници...:

- Агенција за лекови,
- фармацевтската индустрија,
- веледрогериите,
- аптеките,
- здравствените установи (државни и приватни),
- Здравствените работници (лекари, фармацевти и стоматолози).

Експертите укажуваат дека и здравствените работници треба да се едуцираат како да се препознаат фалсификуваните лекови, а кога постои сомнеж дека има фалсификуван лек веднаш треба да се извести Агенцијата за лекови!

**Прим. м-р Илчо Захариев
М-р Сузана Захаријева**

ПЕП и ПрЕП превенција на ХИВ инфекцијата

Во последниве две децении лекувањето на ХИВ / СИДА забележа феноменален развој со изнаоѓањето на нови тераписки приоди во лекувањето, а посебно со воведувањето на концептите на ВААРТ, високо активна антиретровирусна терапија (НААРТ – Highly active anti-retroviral therapy) и приодот „удри силно, удри рано“ („hit early, hit hard“)

Најдобриот начин за избегнување на инфекцијата со ХИВ останува избегнување на ризичното однесување сврзано со зголемен ризик - и тоа би биле, на пример, сексуалната апстиненција, сексуален контакт исклучиво во заемно договорена моногамна врска со ХИВ-негативен партнер (хетер- или хомосексуална врска), редовна и точна употреба на кондом, апстиненција од употреба на инјектибилни недозволен супстанции и редовна употреба на стерилни инструменти, шприцови и игли од зависниците од инјектибилни недозволен супстанции). Како и да е, во реалноста, значителен дел од популацијата повремено или редовно се наоѓа во ризични ситуации, а дел од популацијата со зголемен ризик од професионална гледна точка, на пример здравствените работници кои, и покрај мерките на претпазливости, сепак понекогаш се изложуваат на ризик од инфекција. Во последниве две децении лекувањето на ХИВ / СИДА забележа феноменален развој, со изнаоѓањето на нови тераписки приоди во лекувањето, а посебно со воведувањето на концептите на ВААРТ (Високо активна антиретровирусна терапија) или НААРТ – Highly active anti-retroviral therapy) и приодот „удри силно, удри рано“ („hit early, hit hard“).

Антиретровирусната терапија не е најдобар метод за превенција на ХИВ инфекцијата. Иако избегнувањето на ризичното однесување останува најдобар и најсигурен начин за превенција на ХИВ/СИДА, сепакво последниве години профилаксата на ХИВ/СИДА со анти-ретровирусните лекови предизвикува големо внимание. Профилактичката употреба на овие лекови е во две главни форми: ПЕП - постекспозициона профилакса, по изложувањето на ризик (професионално, на пример здравствени работници, или во непрофесионални околности, на пример ризичен сексуален контакт, употреба на инјективни недозволен супстанции, силување) и ПрЕП -предекспозициона профилакса, пред да се случи ризичниот контакт (на пример ризичен или незаштитен сексуален контакт).

ПЕП - постекспозициона профилакса (PEP - Post-exposure prophylaxis)

ПЕП, или постекспозициона профилакса е метод за превенција на ХИВ инфекцијата кај луѓе кои немаат ХИВ, а имале ризичен контакт било професионално (на пример здравствени работници, полицијци), социјално (незаштитен/ризичен сексуален контакт, употреба на интравенски недозволен суп-

станции со заедничка употреба на игла) или при несакан/насилен сексуален контакт (силување). Во овие случаи, ПЕП за ХИВ е дел од комплексниот пристап во справувањето со ризикот и од други сексуално преносливи и болести кои се пренесуваат преку крв. Познато е дека ризикот за пренесување на ХИВ преку убодна рана или изложување на лигавична мембрана е релативно мал (0.3% за убодна рана и 0,63% за изложување на лигавична мембрана), додека фецесот, назалниот секрет, плунката, искашшокот, потта, урината и повратената маса не се сметаат за потенцијално инфективни, освен ако во нив нема видливи траги од крв.

Терапискиот пристап кај ПЕП е ист како тој што се користи во лекувањето на ХИВ/СИДА, имено, ВААРТ или високо активна анти-ретровирусна терапија (ХААРТ или highly active anti-retroviral therapy). Оваа терапија се состои од комбинација од три антиретровирусни препарати, вообичаено „рбет“ од 2 инхибитори на реверзната транскриптаза, и тоа нуклеозидни аналози (НРТИ), како на пример тенофовир и емтрицитабин и „база“ од интегразен инхибитор, како на пример ралтегравир (оваа комбинација од тенофовир и емтрицитабин со ралтегравир е во препораките од Американскиот сервис за јавно здравство за постекспозициона профилакса). Заради природата на постекспозициониот ризик, и релативно малиот процент на пренесување на инфекцијата (професионално при убод со игла) е тешко да се спроведе организирана студија во ова подрачје, но искусвените препораки укажуваат на важноста од рана примена на ПЕП терапијата, каде што секоја минута е важна. Основното правило е дека колку порано се примени ПЕП терапијата, толку е помал ризикот од пренесување на инфекцијата, со тоа што најдобри резултати веројатно се постигнуваат ако терапијата се отпочне во првите 72 часа по ризичната ситуација. Според препораките од Американскиот сервис за јавно здравство, има смисла ПЕП терапијата да се почне до 7 дена по ризичниот контакт. ПЕП терапијата вообичаено се дава во времетраење на еден месец. Тестирањето за ХИВ се препорачува 6, 12 и 24 седмици по ризичниот контакт. ПЕП терапијата е сврзана со ризик од неуспех. Во литературата постојат случаи каде што и покрај ПЕП инфекцијата сепак е пренесена на ХИВ негативното лице кое било изложено на ризик, а исто така оваа терапија може да ги даде и добро познатите несакани ефекти, како на пример НРТИ (тенофовир, емтрицитабин) се сврзани со ризик за зголемување на нивото

на млечна киселина и лактична ацидоза, хепатална стеатоза, периферна невропатија, липоатрофија. Како понова класа антиретровирусни лекови, интегразните инхибитори (ралтегравир) имаат релативно подобар безбедносен профил и ретко може да доведат до зголемување на нивото на креатинин киназа и миопатија.

ПЕП се спроведува на Клиниката за инфективни болести во Скопје по препорака од специјалист - инфектолог, за сите здравствени работници кои акцидентално се изложило на ризик од ХИВ. ПЕП се препорачува веднаш по експозицијата, а најдоцна до првите 72 часа по високоризичниот контакт.

ПрЕП-предекспозициона профилакса (PrEP - pre-exposure prophylaxis)

ПрЕП, или предекспозициона профилакса е метода за превенција на ХИВ инфекцијата кај луѓе кои немаат ХИВ, а имаат зголемен ризик за ХИВ инфекција. Таблетката која се зема секој ден е комбинација на фиксни дози од тенофовир и емитрицитабин, антиретровирусни лекови од класата нуклеозидни аналози инхибитори на реверзната транскриптаза, кои во комбинација со други лекови се користат во лекувањето на ХИВ.

Кај луѓето со зголемен ризик за ХИВ (ризични сексуални контакти или употреба на парентерални недозволен супстанции), ПрЕП ја намалува веројатноста ХИВ вирусот да реализира перманентна инфекција.

Клиничките студии покажаа дека ПрЕП го намалува ризикот за ХИВ инфекција кај луѓе кои се со зголемен ризик за ХИВ, на пример за 42% во популација на мажи кои имаат секс со мажи (во студијата ПРЕКС, првата студија во оваа област). Ова беше рандомизирана, двојно слепа клиничка студија во фаза 3, дизајнирана да утврди дали дневна употреба на ПрЕП може безбедно и ефикасно да го намали ризикот од ХИВ инфекцијата кај сексуално активни мажи кои имаат секс со мажи и трансгендер жени кои имаат секс со мажи. Студијата вклучи 2.499 испитаници (средна возраст 27 години, висок ризик за ХИВ инфекција со во просек 18 сексуални партнери во последните три месеци), од кои половина случајно распределени во активната гранка на студијата (ПрЕП со трувада секој ден), а другата половина беше во плацебо групата. Во текот на студијата учесниците беа активно советувани за безбеден секс и употреба на кондом. Резултатите покажаа дека од вкупно 100 новоидентификувани ХИВ инфлексии за времетраење на студијата (средно следење на испитаниците од 14 месеци), 64 беа во плацебо групата (64/1248), а 36 во групата која примаше ПрЕП (36/1251), или со други зборови, ризикот за ХИВ инфекција во ПрЕП групата беше за 43% помал ($p=0.005$) во споредба со плацебо групата. Дополни-

телните анализи од оваа студија покажаа дека ефикасноста на ПрЕП природот би можела да биде и многу поголема (над 90%) доколку терапијата се зема редовно, иако во клиничките студии се применуваат разни методи за утврдување на адхерентноста кон терапијата (редовноста и точноста во земањето на лековите). Сепак, и во клиничките студии учесниците не се придржуваат кон советите за редовно и точно земање на лекот.

Луѓето кои ја одбираат оваа мерка за справување со ризикот од ХИВ инфекција треба да се подготвени да ја земаат таблетката секој ден и да се консултираат со здравствен работник секои 3 месеци. Ефикасноста на ПрЕП е многу помала доколку терапијата се зема нередовно. На почетокот на земањето на ПрЕП, максималната заштита кај рецептивниот анален секс се остварува по 7 дена, а за сите други активности (инсертивен анален секс, вагинален секс, користење на инјективни супстанции) максималната заштита се постига околу 20. ден од почетокот на земањето на ПрЕП.

ПрЕП се препорачува за луѓе кои се континуирано изложени на ризик за ХИВ и треба да се комбинира со употреба на кондом и други превентивни мерки со цел да се постигне поголема заштита од ХИВ (и други венерични заболувања) во споредба со изолирана употреба на ПрЕП.

Д-р Тодор Арсов

Д-р Маја Дугановска

Референци:

1. Grant RM et al. Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. NEJM 2010, 363:2587
2. Ippolito, Giuseppe; Puro, V; De Carli, G (June 28, 1993). „The risk of occupational human immunodeficiency virus infection in health care workers: Italian multicenter study”. Arch Intern Med 153 (12): 1451–8.
3. Kuhar, D. T.; Henderson, D. K.; Struble, K. A.; Heneine, W; Thomas, V; Cheever, L. W.; Goma, A; Panlilio, A. L.; US Public Health Service Working Group (September 1, 2013). „Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to Human Immunodeficiency Virus and Recommendations for Postexposure Prophylaxis”. Infection Control and Hospital Epidemiology 34: 875–92.
4. Cardo, D. M.; Culver, D. H.; Ciesielski, C. A.; Srivastava, P. U.; Marcus, R; Abiteboul, D; Heptonstall, J; Ippolito, G; Lot, F; McKibben, P. S.; Bell, D. M. (1997). „A Case-Control Study of HIV Seroconversion in Health Care Workers after Percutaneous Exposure”. NEJM 337: 1485–90.
5. <http://www.cdc.gov/hiv/basics/prep.html>
6. <http://www.cdc.gov/hiv/basics/pep.html>
7. <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/post-exposure-prophylaxis/hiv-prophylaxis-following-occupational-exposure/>
8. <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/post-exposure-prophylaxis/hiv-prophylaxis-following-non-occupational-exposure/>
9. <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/post-exposure-prophylaxis/hiv-prophylaxis-for-victims-of-sexual-assault/>

Иако избегнувањето на ризичното однесување останува најдобар и најсигурен начин за превенција на ХИВ/СИДА, сепак во последните години профилакса на ХИВ/СИДА со анти-ретровирусните лекови предизвикува големо внимание

НОВИНИ ВО ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

И оптометристите - здравствени работници



Со Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствена заштита, објавен во „Службен весник на Република Македонија“, бр.17/16 (објавен на 2 февруари 2016 година) воведени се оптометристите, како профил, во групата на здравствени работници. Дополнет е членот 15 од Законот со нов поим со кој се уредува кои лица спаѓаат во групата на оптометристи. Така, оптометристот е здравствен работник со високо стручно образование од областа на оптометријата и очната оптика, со спроведена пробна работа (најмалку 15 години работно искуство по дипломирање како оптичар во очна оптика во производство и/или продажба на оптички направи и средства или најмалку две години работно искуство во вршење на здравствената дејност оптометрија под надзор на доктор на медицина специјалист по офталмологија) и положен стручен испит кој врши здравствена дејност оптометрија согласно со Законот за здравствена заштита и кој може да работи во јавна здравствена установа, во специјалистичка офталмолошка приватна здравствена установа, во специјализирана продавница која врши промет на мало со медицински средства запишана во регистарот на специјализирани продавници за медицински

средства и кај правно лице - трговско друштво кое врши дејност очна оптика.

Истовремено, проширена е содржината на здравствената дејност со дополнување на членот 26 од Законот, така што здравствената дејност, покрај другото, опфаќа и одредување и коригирање рефракциони аномалии со очила и контактни леќи и во врска со тоа определување, замена и препишување на очила и/или определување, замена или препишување на контактни леќи, со исклучок на деца до 14 - годишна возраст, во здравствени установи и правни лица врз кои се врши стручен надзор од страна на комисија формирана од министерот за здравство во соработка со стручното Здружение на доктори на медицина - специјалисти по офталмологија.

Согласно со новиот член 96-а, здравствена дејност оптометрија можат да вршат правните лица специјализирани продавници кои вршат промет на мало со медицински средства, запишани во Регистарот на специјализирани продавници за медицински средства и правните лица - трговски друштва кои вршат дејност очна оптика, ако поседуваат соодветна опрема за вршење на оваа здравствена дејност и имаат во работен однос на неопределено време со полно работно време оптометрист, кој ги исполнува условите утврдени во Законот. Овие правни лица - специјализирани продавници и трговски друштва треба да го усогласат своето работење со одредбите од Законот за здравствена заштита во рок од три години од денот на стапувањето во сила на Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствената заштита (10.2.2016 година). Здравствените услугите што ќе се укажуваат во овие правни лица не се на товар на Фондот.

По однос на просторот, опремата и кадарот потребен за вршење на здравствената дејност што треба да ги исполнат правните лица, министерот за здравство на 16.5.2016 година донесе Правилник, кој е објавен на веб страницата на Министерството за здравство.

За времетраењето на пробната работа за опто-

Проф. д-р Јосиф Јосифов

(1928- 2016)

метристите е направен исклучок во однос на другите профили на здравствени работници со високо стручно образование од областа на медицината и стоматологијата за кои времетраењето на пробната работа изнесува 10 месеци, така што како пробна работа на здравствен работник со високо стручно образование од областа на оптометријата и очната оптика се смета најмалку 15 години работно искуство како оптичар во очна оптика во производство и/или продажба на оптички направи и средства или најмалку две години работно искуство во вршење на здравствената дејност под надзор на доктор на медицина - специјалист по офталмологија. По исполнувањето на овие законски услови, како и другите здравствени работници, треба да полагаат стручен испит (член 121 став 1 од Законот).

Со членот 45 од Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствена заштита е дадена можност за оптометристите кои до денот на стапувањето во сила на овој закон (10.2.2016 година) имаат најмалку 15 години работно искуство како оптичар во очна оптика во производство и/или продажба на оптички направи и средства или најмалку две години работно искуство во вршење на здравствената дејност под надзор на доктор на медицина - специјалист по офталмологија, да го положат стручниот испит во рок од една година од денот на стапувањето во сила на овој закон.

(Б.А.)



Секавање за нашиот одмерен, рафиниран и инспиративен учител по анатомија, редовен професор на Универзитетот. Еден од центлените во универзитетското милје на Медицинскиот факултет во Скопје. Се паматат предавањата за студентите во секогаш исполнетиот амфитеатар по анатомија. Дидактички изнесените и со цртање пропратените излагања за системска, топографска и функционална анатомија, проф. Јосифов ги дополнуваше со коментари за нивното клиничко значење како промотор на клинички ориентираната анатомија. Настојуваше на студентите да им предаде што повеќе практично и теориско знаење кое ќе им користи како основа за претстојното изучување на повеќе медицински дисциплини. На сите вработени доктори на Институтот им даваше голема поддршка за натамошно усовршување или профилирање во структурата за која се определиле. Професор Јосифов уживаше почит во генерациите на студенти по медицина и стоматологија, на магистранти и докторанди, на специјализантите од хируршките гранки, како и на првите генерации студенти по физичка култура и ветеринарна медицина. Беше секогаш достапен за консултации, да ислуша, посветува и насочи и за соработка со институтите и клиниките на Медицинскиот факултет и надвор од Републиката.

Проф. д-р Јосиф Јосифов со кадарот на Институтот и на Катедрата по анатомија го започна изготвувањето на целосниот опус книги по предметот анатомија, пионерски публицистички потфат на Медицинскиот факултет во Скопје. Заедно со коавторите ги преточи своето искуство и знаења во книгите “Општа анатомија” (Научна књига Белград, 1982) и “Анатомија на ЦНС и сетилни органи” (“Просветно дело” Скопје, 1987).

Проф д-р Јосиф А.Јосифов е роден во Дебар, школувањето го почнал во Белград, а завршил во Скопје. По дипломирањето на Медицинскиот факултет во Скопје се вработил на Институтот за нормална анатомија. Хабилитира во 1963г. и беше избран за доцент. Докторира на Универзитетот во Белград во 1974г. со одбрана на дисертацијата за “Аксесорни венски комуникации на интракранијалниот и екстракранијалниот крвоток”, потоа беше избран за вонреден и редовен професор по анатомија. Како директор на Институтот за анатомија се залагаше за успешно изведување на наставата и за научно-истражувачкиот подем на Институтот во одделни системски дисциплини. Музејската збирка на нагледни остеолошки препарати поттикнуваше размислувања и сознанија за морфолошките одлики и варијации во структурните елементи на човековото тело. Покрај презервирањето и одржување на кадаверичниот фонд, организираше колекционирање на изолирани органи за натамошни изучувања. Со големо трпение и прецизност изведуваше нагледни леге артис дисекции на региите на лицето и вратот. Претстојува во анатомски лаборатории и институти во Белград, Прага, Архус, Осло. Учествува на меѓународни анатомски конгреси и симпозиуми за морфолошки науки во Ценова, Љубљана, Трст, Токио, Тел Авив. Професор Јосифов е зам.претседател на Здружението на анатомите на Југославија во 1968/69 и учествува во организација на конгресите во Скопје (1961) и во Охрид (1967). Член е на Редакцијата на Folia Anatomica и на Informacije UAJ. Тој е прв претседател на секцијата за анатомија при СЗЈМ.

Одликуван е со Орден на трудот со златен венец.

Проф.д-р Костандина Корнети-Пекевска

Дали вештачките (артифициелните) засладувачи предизвикуваат канцер?

Приказ на случајот:

М.П. 35 години, е пациентка со дебелина (ИТМ над 36), хипертензија и со фамилијарна анамнеза за дијабетес мелитус тип 2. Постојано, со разни диети, се обидува да ја намали тежината, но не успева. Свесна е за сите ризици од дебелината. На последниот преглед од лекарот бара да даде свое мислење за тоа дали може долготрајно да користи артифициелни (вештачки) засладувачи како замена за шеќер, бидејќи сака и јаде и пие многу слатки јадења и пијалаци. Прочитала дека артифициелните засладувачи имаат карциноген ефект и сака да знае дали тоа е точно. Што од подолу наброеното би бил вашиот одговор?

1. Научните докази покажуваат дека артифициелните засладувачи имаат карциноген ефект
2. Има докази само за поврзаност на артифициелните засладувачи со појавата на канцер на панкреасот
3. Нема научни докази за таква поврзаност



Одговор: Нема научни докази за таква поврзаност. Стравовите за потенцијалните канцерогени ефекти на артифициелните засладувачи продолжуваат да перзистираат и покрај убедливиот обем и квалитет на докази дека таква врска не постои. Овој страв води потекло од студиите коишто пред 40 години укажале дека циклаторот можеби е поврзан со појава на канцер, заради што FDA ја забранила неговата употреба. Во 1977 година, една студија објавена во Science нашла асоцијација меѓу сахаринот и канцерот на урнезика кај стаорци кои примале високи дози сахарин, така што FDA и него го забранила и на секој хранлив продукт што го содржел, барајќи да има предупредувачка етикета дека продуктот е штетен за здравјето. Подоцна се открило дека еден механизам кој е специфичен само за стаорците, но не и за луѓето, е причината за појавата на канцерот. Забраните со текот на времето се симнати по бројните истражувања кои покажале дека нема јасна асоцијација со нивната употреба и појавата на рак.

Денес, на располагање се голем број артифициелни засладувачи за кои се направени стотици студии за безбедност. Според Националниот институт за канцер на САД и Европската агенција за безбедност на храната (EFSA), резултатите од сите тие студии не даваат докази дека тие се предизвикувачи на рак или дека претставуваат каква било закана за човековото здравје.

Но, кај пациентката од случајот, се поставува и прашањето и за тоа дали тие ќе ѝ помогнат да ја намали тежината. Податоците од големите епидемиолошки студии ја поткрепуваат асоцијацијата меѓу конзумирањата на пијалаци со артифициелни засладувачи и порастот на тежината кај деца, заради што се повеќе се пишува за оваа асоцијација која најчесто се поврзува со стимулацијата на апетитот. Но, истражувањата за оваа поврзаност не се конзистентни и додека не се добијат повеќе и поквалитетни докази, артифициелните засладувачи останува да имаат корисна улога во нудењето на сладок вкус без вишок на калории.

ПРАВИЛНИК

за начинот на пријавување за полагање и начинот на полагање на стручен испит на здравствените работници со високо образование, бројот на поставени прашања и практични примери, времетраењето и бројот на бодови со кој се смета дека стручниот испит е положен, поднесувањето на приговор од здравствениот работник кој не го положил стручниот испит и начинот на издавање на уверението за положен стручен испит, како и формата и содржината на уверението за положен стручен испит на здравствените работници со високо образование

Мај 2016 год.

Врз основа на член 121 став (20) од Законот за здравствената заштита ("Службен весник на Република Македонија" бр. 43/12), министерот за здравство донесе

ПРАВИЛНИК

за начинот на пријавување за полагање и начинот на полагање на стручен испит на студентите на медицина и на здравствените работници со високо образование, бројот на поставени прашања и практични примери, времетраењето и бројот на бодови со кој се смета дека стручниот испит е положен, поднесувањето на приговор од здравствениот работник кој не го положил стручниот испит и начинот на издавање на уверението за положен стручен испит, како и формата и содржината на уверението за положен стручен испит на здравствените работници со високо образование

I. ОПШТА ОДРЕДБА

Член 1

Со овој правилник се пропишува начинот на пријавување за полагање и начинот на полагање на стручен испит на студентите на медицина и на здравствените работници со високо образование, бројот на поставени прашања и практични примери, времетраењето и бројот на бодови со кој се смета дека стручниот испит е положен, поднесувањето на приговор од здравствениот работник кој не го положил стручниот испит и начинот на издавање на уверението за положен стручен испит, како и формата и содржината на уверението за положен стручен испит на здравствените работници со високо образование.

II. НАЧИН НА ПРИЈАВУВАЊЕ ЗА ПОЛАГАЊЕ НА СТРУЧЕН ИСПИТ НА СТУДЕНТИТЕ НА МЕДИЦИНА И ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ СО ВИСОКО ОБРАЗОВАНИЕ ОД ОБЛАСТА НА МЕДИЦИНАТА, СТОМАТОЛОГИЈАТА И ФАРМАЦИЈАТА

Член 2

(1) Здравствениот работник со високо образование од областа на медицината кој ги исполнува условите за полагање на втор дел на стручен испит, како и здравствениот работник со високо образование од областа на стоматологијата или фармацијата, кој ги исполнува условите за полагање на стручен испит (во натамошниот текст: кандидатот) најдоцна во рок од една година од денот на завршувањето на планот и програмата на пробната работа, поднесува писмена пријава до Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора за полагање на стручен испит, кон која приложува уверение за завршено високо образование од областа на медицината, стоматологијата или фармацијата и книшката за пробна работа како потврда за завршена пробна работа, во оригинал или копија заверена од нотар.

(2) Студентот на медицината, кој ги исполнува условите за полагање на прв дел од стручен испит поднесува писмена пријава до Лекарската комора за полагање на прв дел на стручен испит, кон која приложува докази дека ги исполнува условите за полагање на прв дел од стручен испит, пропишани со закон.

(3) Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора на крајот од тековната година определува најмалку пет редовни испитни сесии за полагање на стручен испит во наредната година.

(4) Лекарската комора организира полагање на прв дел на стручен испит за студентите на медицина во најмалку пет редовни испитни сесии распоредени во месеците август и септември.

(5) Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора организира полагање на стручен испит во вонредни испитни сесии секогаш кога најмалку пет кандидати доставиле пријава за полагање на стручен испит.

(6) Пријавата за полагање на стручниот испит се поднесува до Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора, најмалку еден месец пред да се полага стручниот испит, која го одобрува полагањето на стручниот испит и го определува датумот на негово полагање.

Член 3

(1) На кандидатот му се одобрува полагање на стручниот испит откако Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора ќе утврди дека кандидатот ги исполнува условите за полагање на стручниот испит.

(2) Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора до кандидатот за кој ќе утврди дека ги исполнува условите за полагање на стручниот испит доставува известувањето дека е одобрено полагање на стручниот испит со кое го информира и за времето и местото на полагањето.

(3) Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора до кандидатот за кој ќе утврди дека не ги исполнува условите за полагање на стручниот испит доставува известувањето дека не е одобрено полагање на стручниот испит во кое се наведуваат и причините за неодобрувањето.

(4) Известувањето од ставовите (2) и (3) на овој член се доставува до кандидатот најдоцна петнаесет дена пред денот определен за полагање на стручниот испит.

(5) На кандидатот му се овозможува да го полага стручниот испит во првата наредна испитна сесија од денот на одобрената пријава за полагање на стручниот испит.

(6) Незадоволниот кандидат од став (3) на овој член поднесува приговор до претседателот на Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора или од него овластено лице, кој откако ќе одлучи по приговорот во рок од 5 дена од денот на приемот на приговорот, ќе го известат кандидатот за донесената одлука.

(7) Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора во рок од 3 дена од денот на донесувањето на одлуката по приговорот од став (5) на овој член до кандидатот ја доставува одлуката со правна поука.

Член 4

(1) Кандидатот стручниот испит го полага во времето и на место определено за полагање, содржано во известувањето од член 3 став (2) од овој Правилник дека е одобрено полагање на стручниот испит.

(2) Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевтската комора, на барање на кандидатот во кое ги образложува и кон кое приложува докази за постоење на причините за барањето, може да одобри полагање на стручниот испит во друга испитна сесија различна од сесијата содржана во известувањето од член 3 став (2) од овој Правилник доколку утврди дека причините наведени од кандидатот се оправдани.

Член 5

(1) Вториот дел на стручниот испит на докторите на медицина и стручниот испит на докторите на стоматологија и на дипломираните фармацевти се состои од три дела и тоа:

- прв дел, кој се полага писмено и со кој се проверува теоретското знаење на здравствениот работник,
- втор дел, кој се полага усно и со кој се проверува теоретското знаење на здравствениот работник, и
- практичен дел, со кој се проверува способноста на здравствениот работник за примена на стекнатото теоретско знаење во практика.

(2) Првиот дел на стручниот испит се полага писмено по електронски пат со одговарање на определен број прашања во вид на решавање на електронски тест на компјутер, компјутерски генериран, чија содржина по случаен избор ја одредува софтвер од базата на прашања најмногу 15 минути пред почетокот на испитот, со избирање на еден точен одговор од понудените пет можни одговори, од кои еден одговор е точен, два се слични и два не се точни и со решавање на студии на случај, избрани по случаен избор со помош на софтвер од базата на студии на случаи.

(3) Вториот дел на стручниот испит се полага по правило наредниот ден по успешно полагање на првиот дел, а најдоцна во рок од три дена од денот на одржувањето на првиот дел на стручниот испит кога здравствениот работник успешно го положил првиот дел. Полагањето на вториот дел на стручниот испит се врши со давање на усни одговори на прашања, кои компјутерски се доделуваат на здравствениот работник по пат на случаен избор направен со помош на софтвер од базата на прашања и студии на случаи, најмногу 15 минути непосредно пред почетокот на овој дел на стручниот испит.

(4) Практичниот дел на стручниот испит се полага по правило наредниот ден по успешно полагање на вториот дел, а најдоцна во рок од пет дена од денот на одржувањето на вториот дел на стручниот испит кога здравствениот работник успешно го положил вториот дел.

(5) Првиот дел на стручниот испит на докторите на медицина се состои од писмен дел.

Член 6

(1) Првиот и вториот дел на стручниот испит се полагаат во просторија, посебно опремена за полагање на испит со материјално-техничка и информатичка опрема, интернет врска и опрема за снимање на полагањето. Полагањето на третиот дел на стручниот испит за здравствените работници со високо образование од областа на медицината се состои од проверка на знаењата и вештините во установата Медицински симулациски центар при што се врши и видеоснимање на целиот тек на интервенцијата, како и од проверка на знаењата и вештините на вистински пациент во амбуланта, во болничка соба или во просторија за вршење на интервенции. Полагањето на третиот дел на стручниот испит за здравствените работници со високо образование од областа на фармацијата се состои од проверка на знаењата и вештините во аптека, а на здравствените работници со високо образование од областа на стоматологијата во овластени здравствени установи од областа на стоматологијата или во просторија на Стоматолошката комора во која е инсталирана опрема која овозможува симулирање на стоматолошка интервенција.

(2) Полагањето на првиот и вториот дел на стручниот испит се снима и во живо се емитува на веб страницата на Министерството за здравство, а пристап до линкот преку кој се емитува полагањето имаат само редовните и вонредните професори и шефовите на катедри

на медицинскиот, односно фармацевскиот, односно стоматолошкиот факултет и студентскиот правобранител. Полагањето на третиот дел на стручниот испит не се снима.

(3) Ако поради технички причини снимањето се прекине, снимката од целиот испит се поставува на веб страницата на Министерството за здравство.

(4) Во просторијата за полагање на стручниот испит, на првиот дел на стручниот испит можат да присуствуваат само претседателот, членовите и секретарот на испитната комисија, а вториот дел на стручниот испит е јавен.

Член 7

(1) На денот на полагањето на првиот, односно вториот дел од стручниот испит, секретарот на испитната комисија му дава на кандидатот пристапен код, односно лозинка со кој му се одобрува пристап во електронскиот систем преку кој се спроведува полагањето.

(2) Пред отпочнување на стручниот испит испитната комисија врши идентификација на кандидатите преку проверка на соодветен документ за идентификација.

(3) По одобрувањето на пристапот, кандидатот добива електронски тест со прашања и студии на случај за првиот дел, како и за вториот дел од стручниот испит, компјутерски генерирани, чија содржина по случаен избор ја одредува софтверот на електронскиот систем и од базите.

(4) Првиот и вториот дел од испитот содржат упатство за начинот на решавање на истиот, за кое претставникот на Министерството за здравство дава појаснување, пред да започне полагањето на испитот.

(5) Електронскиот систем за полагање на стручниот испит не може да дозволи постоење на идентична содржина на електронскиот писмен тест, односно електронскиот усен тест во една сесија за повеќе од еден кандидат.

(6) На писмениот тест присуствуваат претставници од Лекарската комора и од Министерството за здравство кои можат да го прекинат полагањето доколку истото се спроведува спротивно на прописите или е доведено во прашање објективноста на резултатите, а доколку има случаи на препишување или недозволен консултацион може да го отстрани таквиот доктор на медицина од писмениот испит.

(7) На писмениот дел на првиот дел од стручниот испит на студентите на медицина присуствуваат претставници од Министерството за здравство, Министерството за образование и наука и претставник кој ќе го определи Владата на Република Македонија кои можат да го прекинат полагањето доколку истото се спроведува спротивно на прописите или е доведено во прашање објективноста на резултатите, а доколку има случаи на препишување или недозволен консултацион може да го отстрани таквиот студент на медицина од писмениот испит.

Член 8

Кандидатот кој е незадоволен од полагањето на стручниот испит има право да бара ревизија на испитот со доставување на писмен приговор до Лекарската комора, односно до Фармацевтската комора, односно до Стоматолошката комора, која за оваа намена формира комисија (во натамошниот текст: комисија за ревизија), која по разгледувањето на наводите во приговорот го известува незадоволниот кандидат за наодите и заклучоците на комисијата за ревизија, го информира за направените грешки во тестот за полагање на стручниот испит, со овозможување непосреден увид во писмениот тест.

Член 9

За текот на стручниот испит и проверката на стекнатите знаења и вештини се води записник во кој се содржани особено податоците за датумите на полагањето, за името и презимето на кандидатот и постигнатите резултати од испитот.

Записникот се изготвува со користење на образецот број 1 и образецот број 2, кои се составен дел на овој правилник, го потпишуваат претседателот, членовите и секретарот на испитната комисија.

III. НАЧИН НА ПОЛАГАЊЕ НА СТРУЧНИОТ ИСПИТ НА ЗДРАВСТВЕНИТЕ РАБОТНИЦИ СО ВИСОКО ОБРАЗОВАНИЕ ОД ОБЛАСТА НА МЕДИЦИНАТА

Полагање на прв дел на стручен испит од страна на студенти на медицина

Член 10

(1) Студентот на медицина (во натамошниот текст: кандидатот) се пријавува за полагање на првиот дел од стручниот испит кога ќе ги исполни условите пропишани со закон, со доставување на пријава до Лекарската комора кон која ги приложуваат следните документи:

- потврда за завршена практична обука за болничко згрижување во траење од 45 дена, издадена од здравствената установа, односно здравствените установи каде што е спроведена обуката,
- потврда за завршена обука за прва помош организирана и спроведена од страна на установата Медицински симулациски центар и/или организирана и спроведена во јавна здравствена установа која врши работи на итна медицинска помош, според програма утврдена од Лекарската комора на Македонија, и
- потврда за положени претклинички испити од студиската програма за прва и втора студиска година со кои кандидатот ги исполнил условите за напредување и за запишување на петтиот семестар утврдени во соодветната студиска програма, издадена од високообразовната установа од областа на медицината.

(2) По исклучок од став (1) alineја 2 на овој член, како доказ за завршена обука за прва помош се доставува потврда за положен испит по прва медицинска помош во рамки на наставната програма на студиите по општа медицина издадена од високообразовната установа од областа на медицината.

(3) Лекарската комора го одобрува полагањето на првиот дел од стручниот испит ако утврди дека кандидатот ги има доставено документите од став (1) на овој член и го известува кандидатот за времето и местото на одржување на првиот дел од стручниот испит.

Полагање на писмен тест од првиот дел од стручниот испит од страна на студенти на медицина

Член 11

(1) Писмениот дел од првиот дел на стручниот испит се спроведува со полагање на писмен тест од страна на кандидатот кој опфаќа 56 прашања (во натамошниот текст: писмен тест).

(2) Писмениот тест се полага по електронски пат со одговарање на прашања во вид на решавање на електронски тест на компјутер, компјутерски генериран, чија содржина по случаен избор ја одредува софтвер од базата на прашања најмногу 15 минути пред почетокот на испитот, со избирање на еден точен одговор од понудените пет можни одговори, од кои еден одговор е точен, два се слични и два не се точни.

(3) Писмениот тест содржи прашања класифицирани во две различни тежински групи (прашања со ниска сложеност и прашања со висока сложеност) кои носат различен број на бодови, при што точните одговори на сите поставени прашања се оценуваат со најмногу 100 бодови и тоа се:

1. Анатомија: 2 прашања со висока сложеност кои се бодуваат со по 3,5 бода за секој точен одговор и 6 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точен одговор;
2. Физиологија: 2 прашања со висока сложеност кои се бодуваат со по 3,5 бода за секој точен одговор и 6 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точен одговор;
3. Хистологија и ембриологија: 2 прашања со висока сложеност кои се бодуваат со по 3,5 бода за секој точен одговор и 6 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точен одговор;
4. Биохемија: 2 прашања со висока сложеност кои се бодуваат со по 3,5 бода за секој точен одговор и 6 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точен одговор;
5. Молекуларна биологија: 2 прашања со висока сложеност кои се бодуваат со по 3,5 бода за секој точен одговор и 6 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точен одговор;
6. Медицинска физика: 1 прашање со висока сложеност кое се бодува со 2 бод за точен одговор и 3 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1 бода за секој точен одговор;
7. Медицинска хемија: 1 прашање со висока сложеност кое се бодува со 2 бод за точен одговор и 3 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1 бода за секој точен одговор;
8. Медицинска биологија и анатомија: 1 прашање со висока сложеност кое се бодува со 2 бод за точен одговор и 3 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1 бода за секој точен одговор, и
9. Основи на медицинска психологија и медицинска социологија: 1 прашање со висока сложеност кое се бодува со 2 бод за точен одговор и 3 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1 бода за секој точен одговор.

(4) Полагањето на писмениот тест трае најмногу 90 минути.

(5) Писмениот тест се смета за положен доколку се точно одговорени најмалку 60% од поставените прашања, односно доколку се освоени најмалку 60 бода.

(6) Резултатите од писмениот тест се добиваат на денот кога се полагаат тестот.

Полагање на втор дел на стручен испит од страна на доктори на медицина по завршување на студиската програма и пробната работа

Член 12

(1) Докторот на медицина по завршувањето на студиската програма и пробната работа (во натамошниот текст: доктор на медицина) се пријавува за полагање на втор дел од стручниот испит со доставување на пријава до Лекарската комора кон која ги приложуваат следните документи:

- уверение за завршен прв циклус на студии на високо образование;
- пополнета книшка за завршена пробна работа, заверена со потпис и печат од установата во која е спроведена пробната работа и потпишана од едукаторот за пробна работа.

(2) Документите од став (1) на овој член се доставуваат во оригинал или како копија заверена од надлежен орган.

Полагање на писмен тест од вториот дел од стручниот испит од страна на доктори на медицина

Член 13

(1) Писмениот дел од вториот дел на стручниот испит се спроведува со полагање на писмен тест од страна на докторот на медицина кој опфаќа 42 прашања со вкупно 21 бод и 14 студии на случаи со вкупно 19 бода (во натамошниот текст: писмен тест).

(2) Писмениот тест се полага по електронски пат со одговарање на прашања во вид на решавање на електронски тест на компјутер, компјутерски генериран, чија содржина по случаен избор ја одредува софтвер од базата на прашања најмногу 15 минути пред почетокот на испитот, со избирање на еден точен одговор од понудените пет можни одговори, од кои еден одговор е точен, два се слични и два не се точни и со решавање на студии на случај, избрани по случаен избор со помош на софтвер од базата на студии на случаи.

(3) Писмениот тест содржи прашања и студии на случаи кои носат различен број на бодови, при што точните одговори на сите поставени прашања и студии на случаи се оценуваат со најмногу 40 бодови и тоа се:

1. од областите интерна медицина, педијатрија, неврологија, дерматовенерологија и инфектологија, 2 студии на случаи кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точно решен случај и 6 прашања кои се бодуваат со по 0,5 бода за секој точен одговор;
2. од областите гинекологија и акушерство, ургентна медицина, анестезиологија и медицина на болка, 2 студии на случаи кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точно решен случај и 6 прашања кои се бодуваат со по 0,5 бода за секој точен одговор;
3. од областите онкологија, радиотерапија и заштита од зрачење; геријатрија; палијативна медицина; како и психијатрија и психотерапија, 2 студии на случаи кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точно решен случај и 6 прашања кои се бодуваат со по 0,5 бода за секој точен одговор;
4. од областите офталмологија, хирургија, оториноларингологија, ортопедија и урологија, 2 студии на случаи кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точно решен случај и 6 прашања кои се бодуваат со по 0,5 бода за секој точен одговор;
5. од областите семејна медицина, медицина на трудот, физикална и рехабилитациона медицина и радиологија, 2 студии на случаи кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точно решен случај и 6 прашања кои се бодуваат со по 0,5 бода за секој точен одговор;
6. од областите природни начини на лекување, социјална медицина, хигиена и здравствена економија, една студија на случај која се бодува со 1 бод за точно решен случај и 3 прашања кои се бодуваат со по 0,5 (0,4) бода за секој точен одговор;
7. од областите клиничка хемија и лабораториска дијагностика; клиничка фармакологија; трансфузиологија; хумана генетика и имунологија, една студија на случај која се бодува со 1 бод за точно решен случај и 3 прашања кои се бодуваат со по 0,5 бода за секој точен одговор;
8. од областите микробиологија и вирусологија, патологија, патофизиологија, нуклеарна медицина и фармакологија и токсикологија, една студија на случај која се бодува со 1 бод за точно решен случај и 3 прашања кои се бодуваат со по 0,5 бода за секој точен одговор;
9. од областите епидемиологија, медицинска биометрија и медицинска информатика; судска медицина; етика и деонтологија, како и превенција и промоција на здравјето, една студија на случај која се бодува со 1 бод за точно решен случај и 3 пра-

шања кои се бодуваат со по 0,5 бода за секој точен одговор.

(4) Полагањето на писмениот тест трае најмногу 90 минути.

(5) Писмениот тест се смета за положен доколку се точно одговорени најмалку 60% од поставените прашања, односно доколку се освоени најмалку 24 бода.

(6) Резултатите од писмениот тест се добиваат на денот кога се полага тестот.

Полагање на устен тест од вториот дел од стручниот испит од страна на докторина медицина

Член 14

(1) По успешно положување на писмениот тест се полага устен дел од вториот дел на стручниот испит кој опфаќа 4 прашања и 5 студии на случаи (во натамошниот текст: устен тест).

(2) Усниот тест се полага по правило наредниот ден по успешно полагање на писмениот тест, а најдоцна во рок од три дена од денот на одржувањето на писмениот тест кога докторот на медицина успешно го положил писмениот тест. Полагањето на усниот тест се врши со давање на усни одговори на прашања, кои компјутерски се доделуваат на докторот на медицина по пат на случаен избор направен со помош на софтвер од базата на прашања и студии на случаи, најмногу 15 минути непосредно пред почетокот на усниот тест.

(3) Усниот тест содржи прашања и студии на случаи, кои носат различен број на бодови, при што точните одговори на сите поставени прашања и студии на случаи се оценуваат со најмногу 60 бодови и тоа се:

1. од областите интерна медицина, педијатрија, неврологија, дерматовенерологија и инфектологија, една студија на случај која се бодува со 8 бода за точно решен случај;
2. од областите гинекологија и акушерство, ургентна медицина, анестезиологија и медицина на болка, една студија на случај која се бодува со 8 бода за точно решен случај;
3. од областите онкологија, радиотерапија и заштита од зрачење; геријатрија; палијативна медицина; како и психијатрија и психотерапија, една студија на случај која се бодува со 8 бода за точно решен случај;
4. од областите офталмологија, хирургија, оториноларингологија, ортопедија и урологија, една студија на случај која се бодува со 8 бода за точно решен случај;
5. од областите семејна медицина, медицина на трудот, физикална и рехабилитациона медицина и радиологија, една студија на случај која се бодува со 8 бода за точно решен случај;
6. од областите природни начини на лекување, социјална медицина, хигиена и здравствена економија, едно прашање кое се бодува со 5 бода за точен одговор;
7. од областите клиничка хемија и лабораториска дијагностика; клиничка фармакологија; трансфузиологија; хумана генетика и имунологија, едно прашање кое се бодува со 5 бода за точен одговор;
8. од областите микробиологија и вирусологија, патологија, патофизиологија, нуклеарна медицина и фармакологија и токсикологија, едно прашање кое се бодува со 5 бода за точен одговор;
9. од областите епидемиологија, медицинска биометрија и медицинска информатика; судска медицина; етика и деонтологија, како и превенција и промоција на здравјето, едно прашање кое се бодува со 5 бода за точен одговор.

(4) Полагањето на усниот тест трае најмногу 90 минути.

(5) Усниот тест се смета за положен доколку се точно одговорени

најмалку 60% од поставените прашања, односно доколку се освоени најмалку 36 бода.

(6) Резултатите од устниот тест се добиваат на денот кога се полага тестот.

Полагање на практичен дел од вториот дел од стручниот испит од страна на доктори на медицина

Член 15

(1) Практичниот дел на стручниот испит (во натамошниот текст: практичен дел) се полага по правило наредниот ден по успешно полагање на устниот тест, а најдоцна во рок од пет дена од денот на одржувањето на устниот тест кога докторот на медицина успешно го положил устниот тест.

(2) Практичниот дел се спроведува со проверка на знаење и вештини во установата Медицински симулациски центар и со проверка на знаење и вештини на вистински пациент.

(3) На полагањето на практичниот дел на вистински пациент во амбуланта или во болничка соба се проверува знаењето и вештините стекнати во текот на практичната обука за болничко згрижување која се изведува во текот на последните четири години од медицинските студии, врз основа на план за волонтирање донесен од Министерството за здравство согласно Законот за медицинските студии и континуирано стручно усовршување на докторите на медицина, преку задолжителна волонтерска работа со полно работно време во универзитетска клиника, клиничка болница, општа болница, специјална болница, односно во здравствена установа во која се врши специјалистичко консултативна здравствена дејност, а кој опфаќа запознавање со основните содржини што се однесуваат на неа на болен и следење на виталните параметри, како и основните содржини и вештини при преглед на пациент и дополнително испитување во клиничката медицина, а особено:

- Општи постапки при визита
- Проценка на состојба на свест на болен мерење на телесна температура, висина, одредување на БМИ (body mass index)
- Одредување на витални функции;
- Давање на клизма со помош;
- Хранење на болен;
- Одредување на основни типови на диета;
- Пласирање на интрамускулна и субкутана инекција;
- Мерење на крвен притисок;
- Анамнеза (распит на пациентот) кај деца и возрасни;
- Општ статус кај деца и возрасни;
- Симптоми и знаци на заболување по системи;
- Принципи на преглед по системи;
- Специјални испитувања по системи;
- Симптоми, физикален наод и специјални испитувања, и
- Статус на глава (кај деца и возрасни).

(4) Практичниот дел на вистински пациент се полага на три случаи на вистински пациенти кои се избираат на денот на полагањето на практичниот дел, при што докторот на медицина треба да се запознае со случајот и да примени соодветно знаење и вештина што ќе го презентира пред испитната комисија за време од најмногу 45 минути.

(5) На полагањето на практичниот дел на вистински пациент и/или во установата Медицински симулациски центар се проверува знаењето и вештините стекнати во текот на медицинските студии, како и неопходните интердисциплинарни знаења и вештини со кои треба да

распола доктор на медицина, при што особено мора да докаже дека:

- ја владее техниката за земање анамнеза, методите за клинички преглед и техниката за основните лабораториски методи и да знае да ги процени добиените резултати,
- е во состојба да ги побара и да ги добие информациите неопходни за поставување дијагноза, да го препознае различното значење и тежина за поставување на дијагнозата и критичко да проценува во рамките на диференцијално- дијагностичките размислувања,
- има доволни познавања за патологијата и патофизиологијата и особено е во можност да ги препознае патогенетските поврзаности,
- ги владее индикациите за конзервативна и оперативна терапија, како и најважните терапевтски принципи и може да донесе здравствено-економски разумни одлуки, -поседува основни фармаколошки знаења, има познавања од фармакотерапијата, особено примената на медицински значајни фармацевтски препарати, нивните индикации и контраиндикации, исто така земајќи го во предвид здравствено- економскиот аспект, како и препишувањето на лекови,
- ги владее основите за промоцијата на здравјето, превенцијата и рехабилитацијата, знае да го процени влијанието на околината, општеството, семејството и професијата, -ја познава потребата и основните принципи на координирање при процедурите за третман, и ги познава општите правила на лекарското однесување кон пациентот, особено имајќи ги предвид етичките прашања, знае како соодветно да се однесува во ситуацијата при укажувањето помош, при грижата кај хроничните и неизлечливите заболени, како и со оние кои умираат.

(6) Испитната комисија го оценува полагањето на практичниот дел со оценка „положил“ или „не положил“.

IV. ИЗДАВАЊЕ НА УВЕРЕНИЕ ЗА ПОЛОЖЕН СТРУЧЕН ИСПИТ

Член 23

(1) На здравствениот работник со високо образование од областа на медицината кој го положил стручниот испит му се издава уверение за положен стручен испит на образец број 3, кој е составен дел на овој правилник.

(2) Уверението за положен стручен испит од став 1 на овој член содржи текст: “Република Македонија”; под него: “Лекарска комора на Македонија”; а под него лево стои: број, дата и место; под него стои текстот “Врз основа на член 121 став (20) од Законот за здравствена заштита и член 23 став (1) од Правилник за начинот на пријавување за полагање и начинот на полагање на стручен испит на здравствените работници со високо образование, бројот на поставени прашања и практични примери, времетраењето и бројот на бодови со кој се смета дека стручниот испит е положен, поднесувањето на приговор од здравствениот работник кој не го положил стручниот испит и начинот на издавање на уверението за положен стручен испит, како и формата и содржината на уверението за положен стручен испит на здравствените работници со високо образование, Лекарската комора на Македонија го издава следното:” под него во средина стои текст: “Уверение”; под него место за впишување на име, татково име и презиме на докторот на медицина; па следи текст: “доктор на медицина вработен/на во” со простор во кој се впишува здравствената установа во која работи; па следи” роден/а ден, месец, година и место на раѓање, општина” со простор за впишување на податоци; па

следи “држава” па следи ден, месец и година со простор на впишување на податоците и текстот: “полагаше стручен испит пред испитна комисија при Лекарската комора на Македонија”. Под него во нов ред стои “Според оценката на испитната комисија” со празен простор за име, татково име и презиме на докторот на медицина и текстот: “го положи стручниот испит”; долу лево стои текстот “Претседател на испитна комисија” и под тоа празен простор за потпис на претседателот на комисијата; а долу десно стои “Претседател на Лекарската комора на Македонија” и под него празен простор за потпис на претседателот на Лекарската комора на Македонија.

(3) Уверението се издава во три примероци од кои еден примерок се врачува на кандидатот кој го положил стручниот испит, а другите две остануваат во Лекарската комора на Македонија

Член 24

(1) На здравствениот работник со високо образование од областа на стоматологијата кој го положил стручниот испит, му се издава уверение за положен стручен испит на образец број 4, кој е составен дел на овој правилник.

(2) Уверението за положен стручен испит од став 1 на овој член содржи текст: “Република Македонија”; под него: “Стоматолошка комора на Македонија”; а под него лево место за: број, дата и место; под него стои текстот “Врз основа на член 121 став (20) од Законот за здравствената заштита и член 23 став (1) од Правилник за начинот на пријавување за полагање и начинот на полагање на стручен испит на здравствените работници со високо образование, бројот на поставени прашања и практични примери, времетраењето и бројот на бодови со кој се смета дека стручниот испит е положен, поднесувањето на приговор од здравствениот работник кој не го положил стручниот испит и начинот на издавање на уверението за положен стручен испит, како и формата и содржината на уверението за положен стручен испит на здравствените работници со високо образование, Стоматолошката комора на Македонија го издава следното:” под него во средина стои текст: “Уверение”; под него место за впишување име, татково име и презиме на докторот на стоматологија; па следи” роден-а ден, месец, година и место на раѓање, општина” со простор за впишување на податоци; па следи “Република” па следи ден, месец и година со простор на впишување на податоците и текстот: “полагаше стручен испит пред испитна комисија при Стоматолошката комора на Македонија”. Под него во нов ред стои “Според оценката на испитната комисија” со празен простор за име, татково име и презиме на докторот и текстот: “го положи стручниот испит”; долу лево стои текстот “Претседател на испитната комисија” и под тоа празен простор за потпис на претседателот на комисијата; а долу десно стои “Претседател на Комората” и под него празен простор за потпис на претседателот на Комората.

(3) Уверението се издава во три примероци од кои еден примерок се врачува на кандидатот кој го положил стручниот испит, а другите две остануваат во Лекарската комора на Македонија.

Член 25

(1) На кандидатите кои успешно го полегиле стручниот испит, Фармацевтската комора им издава уверение за положен стручен испит на образец бр.4, кој е составен дел на овој Правилник.

(2) Уверението за положен стручен испит се изготвува на А4 формат со следниот текст: најгоре на средина, Република Македонија,; под него, „Фармацевтска комора на Македонија“, а под него десно место за : број и датум. Под него стои текстот: „Врз основа на член 121 став

(20) од Законот за здравствената заштита и член 23 став (1) од Правилник за начинот на пријавување за полагање и начинот на полагање на стручен испит на здравствените работници со високо образование, бројот на поставени прашања и практични примери, времетраењето и бројот на бодови со кој се смета дека стручниот испит е положен, поднесувањето на приговор од здравствениот работник кој не го положил стручниот испит и начинот на издавање на уверението за положен стручен испит, како и формата и содржината на уверението за положен стручен испит на здравствените работници со високо образование, Фармацевтската комора на Македонија го издава следното; под него во средина стои текст: „Уверение“; под него место за впишување на име, име на родител и презиме, па текстот „фармацевт“; па следи текст: роден-а на , па следи празно место во кое се впишува ден, месец, година на раѓање, па стои зборот „во “ па празното место во кое се впишува местото на раѓање; па стои зборот „држава“, па следи празно место во кое се впишува државата на раѓање. Потоа следи текстот „ полагаше стручен испит пред испитна комисија при Фармацевтската комора на Македонија. Според оценката на испитната комисија, кандидатот го положи стручниот испит.“ Долу десно стои текстот „Претседател на Фармацевтската комора на Македонија“, и под тоа празен простор за потпис на претседателот на комората, а долу лево стои „Претседател на Испитна комисија“ и под него празен простор за потпис на претседател на Комисијата.

(3) Уверението се издава во три примероци од кои еден примерок се врачува на кандидатот кој го положил стручниот испит.

Член 26

Комората води евиденција за полагањето и резултатите од стручните испити и издадените уверенија за положен стручен испит.

V. ПРЕОДНИ И ЗАВРШНИ ОДРЕДБИ

Член 27

(1) Со денот на влегување во сила на овој правилник престанува да важи Правилникот за стручниот испит на докторите на стоматологија и за издавање на основна лиценца („Службен весник на Република Македонија” бр.13/06) и Правилникот за начинот и постапката за полагање на стручниот испит, за составот на испитните комисији и образецот на уверение за положен стручен испит и лиценца („Службен весник на Република Македонија “ бр. 90/04 и 136/10).

(2) Правилникот за стручниот испит на докторите на медицина и за издавање на основна лиценца („Службен весник на Република Македонија” бр.72/05) престанува да важи со денот кога ќе го положат стручниот испит сите доктори на медицина кои завршиле медицински студии согласно прописите кои важеле пред влегувањето во сила на Законот за медицинските студии и континуираното стручно усовршување на докторите на медицина („Службен весник на Република Македонија, бр. 16/13, 39/14, 144/14 и 150/15).

(3) Одредбата од членот 10 став (2) од овој Правилник ќе се применува до 01.01.2017 година.

Член 28

Овој правилник влегува во сила со денот на донесување.

Министер,
Никола Тодоров

Образец бр.1

ЗАПИСНИК
за полагање на прв/втор дел од стручен испит

Испитната комисија за полагање на стручниот испит на студентот на медицина/здравствениот работник со високо образование од областа на медицината, формирана со Решение на Лекарската комора на Република Македонија/бр._____ од _____, го спроведе прв/втор дел на стручниот испит, кој го полага кандидатот _____

(име, татково име и презиме)

роден-а _____, во _____

завршено високо образование _____

Писмениот тест го полагаше на _____ 20 _____ година и освои _____ бода. Хартена верзија на писмениот тест е во прилог на овој записник.

Усниот тест го полагаше на _____ 20 _____ година и освои _____ бода. Хартена верзија на устниот тест е во прилог на овој записник.

Практичниот дел го полагаше на _____ 20 _____ година и го оцени со оценката „положил“/„не положил“.

По завршеното испитување испитната комисија го донесува следниот **ЗАКЛУЧОК:**

- 1.Кандидатот го положил испитот
- 2.Кандидатот не го положил испитот.

Секретар на Испитната комисија:

Претседател на Испитната комисија:

Членови на Испитната комисија:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Образец бр. 3

Република Македонија
Лекарска комора на Македонија

Бр. _____
_____ 20 _____ год.

Врз основа на член 121 став (20) од Законот за здравствената и член 23 став (1) од Правилник за начинот на пријавување за полагање и начинот на полагање на стручен испит на здравствените работници со високо образование, бројот на поставени прашања и практични примери, времетраењето и бројот на бодови со кој се смета дека стручниот испит е положен, поднесувањето на приговор од здравствениот работник кој не го положил стручниот испит и начинот на издавање на уверението за положен стручен испит, како и формата и содржината на уверението за положен стручен испит на здравствените работници со високо образование, Лекарската комора на Македонија, го издава следното

У В Е Р Е Н И Е

_____, доктор на медицина
(име, татково име и презиме)

вработен/на во _____,
роден-а на ден _____ и месец _____, _____ година, во општина _____,
држава _____,
на _____ полагаше стручен испит пред испитната комисија при
Лекарската комора на Македонија.

Според оценката на испитната комисија, _____
(име, татково име и презиме)

го положил стручниот испит.

Претседател на
Испитна комисија

Претседател на
Лекарска комора на Македонија

М.П.

Упатство за полагање на стручен испит

Согласно Законот за здравствена заштита, Законот за медицинските студии и континуираното стручно усовршување на докторите на медицина и Правилникот за начинот на пријавување за полагање и начинот на полагање на стручен испит на студентите на медицина и на здравствените работници со високо образование, бројот на поставени прашања и практични примери, времетраењето и бројот на бодови со кој се смета дека стручниот испит е положен, поднесувањето на приговор од здравствениот работник кој не го положил стручниот испит и начинот на издавање на Уверението за положен стручен испит, како и формата и содржината на Уверението за положен стручен испит на здравствените работници со високо образование, **докторите на медицина** кои ќе ги завршат медицинските студии согласно со прописите кои важеле пред стапуваат во сила на Законот за медицинските студии и континуираното стручно усовршување на докторите на медицина (март 2013 година), стручниот испит ќе го полагаат според стариот Правилник за стручен испит и за издавање на основна лиценца.

Со новиот Правилник стручниот испит на студентите на медицина и на здравствените работници со високо образование е поделен во два дела.

Првиот дел од стручниот испит го полага студент на медицина по завршување на втора година од медицинските студии. Тој е услов за запишување на трета година и за полагање на клиничките испити.

Испитот се полага по завршување на :

- практична обука за болничко згрижување во траење од 45 дена, издадена од здравствената установа, односно здравствените установи каде што е спроведена обуката;
- обука за прва помош организирана и спроведена од страна на Медицински симулациски центар и/или организирана и спроведена во јавна здравствена установа која врши работи на итна медицинска помош според програма утврдена од Лекарската комора на Македонија. (До 1.1.2017 година како доказ за завршена обука за прва помош се доставува потврда за положен испит по прва медицинска помош во рамки на наставната програма на студиите по општа медицина издадена од високообразовната установа.);
- положени претклинички испити од студиската програма за прва и втора студиска година.

Пријавата за полагање на првиот дел од стручниот испит се поднесува во Лекарската комора на Македонија.

- Првиот дел од стручниот испит студентите на медицина се спроведува со полагање на писмен тест кој се состои од 56 прашања.

- Тестот се полага по електронски пат со одговарање на прашања во вид на решавање на електронски тест на компјутер со избирање на еден точен одговор од понудените пет можни одговори, од кои еден одговор е точен, два се слични и два не се точни.
- Прашањата се класифицирани во две различни тежински групи (прашања со ниска сложеност и прашања со висока сложеност) кои носат различен број на бодови, при што точните одговори на сите поставени прашања се оценуваат со најмногу 100 бода. Прашањата се од областа на Анатомија: Физиологија: Хистологија и ембриологија: Биохемија, Молекуларна биологија (по 2 прашања со висока сложеност кои се бодуваат со по 3,5 бода за секој точен одговор и по 6 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1,5 бода за секој точен одговор), Медицинска физика, Медицинска хемија, Медицинска биологија и анатомија и Основи на медицинска психологија и медицинска социологија (по 1 прашање со висока сложеност кое се бодува со 2 бода за точен одговор и по 3 прашања со ниска сложеност кои се бодуваат со по 1 бод за секој точен одговор.)

Полагањето на писмениот тест трае најмногу 90 минути.

Писмениот тест се смета за положен доколку се точно одговорени најмалку 60% од поставените прашања, односно доколку се освоени најмалку 60 бода. Резултатите од писмениот тест се добиваат на денот кога се полага тестот.

Стручниот испит се полага пред комисија составена од пет членови кои се доктори на наука од областа на медицината, со издадени најмалку:

- еден научен труд со импакт фактор до 1 јануари 2016 година,
- два научни труда со импакт фактор до 1 јануари 2017 година,
- три научни труда со импакт фактор до 1 јануари 2018 година,
- четири научни труда со импакт фактор до 1 јануари 2019 година и
- пет научни труда со импакт фактор до 1 јануари 2020 година.

На писмениот дел на првиот дел од стручниот испит на студентите на медицина присуствуваат претставници од Министерството за здравство, Министерството за образование и наука и претставник кој ќе го определи Владата на Република Македонија, кои можат да го прекинат полагањето доколку тоа се спроведува спротивно на прописите или е доведена во прашање објективноста на резултатите, а доколку има случаи на препишување или недозволените консултации може да го отстрани таквиот студент на медицина од писмениот испит.

Вториот дел од стручниот испит го полага доктор на медицина кој завршил медицински факултет и поминал пробна работа. Се состои од три дела:

- прв дел, кој се полага писмено и со кој се проверува теоретското знаење,
- втор дел, кој се полага усно и со кој се проверува теоретското знаење и
- практичен дел, со кој се проверува способноста за примена на стекнатото теоретско знаење во практика.

Првиот дел од стручниот испит на докторите на медицина се спроведува со полагање на писмен тест кој се состои од 42 прашања со вкупно 21 бод и 14 студии на случаи со вкупно 19 бода.

- Тестот се полага по електронски пат со одговарање на прашања со избирање на еден точен одговор од понудените пет можни одговори, од кои еден одговор е точен, два се слични и два не се точни и со решавање на студии на случај, избрани по случаен избор со помош на софтвер од базата на студии на случаи.
- Прашањата се класифицирани во две тежински групи, различен број на бодови, при што точните одговори на сите поставени прашања и студии на случаи се оценуваат со најмногу 40 бодови. Прашањата и случаите се од различни медицински области (член 13)

Полагањето на писмениот тест трае најмногу 90 минути.

Писмениот тест се смета за положен доколку се точно одговорени најмалку 60% од поставените прашања, односно доколку се освоени најмалку 24 бода. Резултатите од писмениот тест се добиваат на денот кога се полага тестот.

Вториот дел на стручниот испит се полага усно, по правило наредниот ден по успешно полагање на првиот дел, а најдоцна во рок од три дена од денот на одржувањето на првиот дел на стручниот испит. Прашањата компјутерски се бираат по пат на случаен избор направен од базата на прашања и студии на случаи. Прашањата и студиите на случаи носат различен број на бодови, а сите точни одговори се оценуваат со најмногу 60 бодови. Тие се од различни медицински области (член 14 од Правилникот)

Полагањето на усниот дел трае најмногу 90 минути.

Усниот дел се смета за положен доколку се точно одговорени најмалку 60% од поставените прашања, односно доколку се освоени најмалку 36 бода. Резултатите се добиваат на денот кога се полага тестот.

Практичниот дел на стручниот испит се полага по правило наредниот ден по успешно полагање на вториот дел, а најдоцна во рок од пет дена од денот на одржувањето на усниот тест кога докторот на медицина успешно го положил усниот тест.

Практичниот дел се спроведува со проверка на знаење и вештини во Медицинскиот симулациски центар и со проверка на знаење и вештини на вистински пациент.

Се проверуваат знаењето и вештините стекнати во текот на практичната обука за болничко згрижување која се изведува во текот на последните четири години од медицинските студии, врз основа на план за волонтирање донесен од Министерството за здравство, преку задолжителна волонтерска работа со полно работно време, кој опфаќа запознавање со основните содржини за нега на болен и следење на виталните параметри, како и основните содржини и вештини при преглед на пациент и дополнително испитување во клиничката медицина: општи постапки при визита, процена на состојба на свест на болен мерење на телесна температура, висина, одредување на БМИ (body mass index), одредување на витални функции, давање на клизма со помош; хранење на болен, одредување на основни типови на диета, пласирање на интрамускулна и супкутана инекција, мерење на крвен притисок, анамнеза кај деца и возрасни; општ статус кај деца и возрасни, симптоми и знаци на заболување по системи, принципи на преглед по системи, специјални испитувања по системи, симптоми, физикален наод и специјални испитувања и статус на глава (кај деца и возрасни).

Практичниот дел на вистински пациент се полага на три случаи кои се избираат на денот на полагањето, при што докторот на медицина треба да се запознае со случајот и да примени соодветно знаење и вештина што ќе го презентира пред испитната комисија за време од најмногу 45 минути.

На полагањето на практичниот дел на вистински пациент и/или во Медицински симулациски центар се проверува знаењето и вештините стекнати во текот на медицинските студии, како и неопходните интердисциплинарни знаења и вештини со кои треба да располага доктор на медицина, при што особено мора да докаже дека:

- ја владее техниката за земање анамнеза, методите за клинички преглед и техниката за основните лабораториски методи и да знае да ги процени добиените резултати;
- во состојба е да ги побара и да ги добие информациите неопходни за поставување дијагноза, да го препознае различното значење и тежина за поставување на дијагнозата и критичко да проценува во рамките на диференцијално-дијагностичките размислувања;
- има доволни познавања за патологијата и патофизиологијата и особено е во можност да ги препознае патогенетските поврзаности;
- ги владее индикациите за конзервативна и оперативна терапија, како и најважните терапевтски принципи и може да донесе здравствено-економски разумни одлуки;
- поседува основни фармаколошки знаења, има познавања од фармакотерапијата, особено примената на медицински значајни фармацевтски препарати, нивните индика-

ции и контраиндикации, исто така земајќи го предвид здравствено- економскиот аспект, како и препишувањето на лекови;

- ги владее основите за промоцијата на здравјето, превенцијата и рехабилитацијата, знае да го процени влијанието на околината, општеството, семејството и професијата;
- ја познава потребата и основните принципи на координирање при процедурите за третман и ги познава општите правила на лекарското однесување кон пациентот, особено имајќи ги предвид етичките прашања, знае како соодветно да се однесува во ситуацијата при укажувањето помош, при грижата кај хроничните и неизлечивите заболени, како и со оние кои умираат.

Стручниот испит се полага пред комисија составена од пет членови кои се доктори на наука од областа на медицината, со издадени најмалку:

- еден научен труд со импакт фактор до 1 јануари 2016 година,
- два научни труда со импакт фактор до 1 јануари 2017 година,
- три научни труда со импакт фактор до 1 јануари 2018 година,
- четири научни труда со импакт фактор | до 1 јануари 2019 година и
- пет научни труда со импакт фактор до 1 јануари 2020 година

На писмениот тест присуствуваат претставници од Лекарската комора и од Министерството за здравство кои можат да го прекинат полагањето доколку тие се спроведува спротивно на прописите или е доведена во прашање објективноста на резултатите, а доколку има случаи на препишување или недозволен консултацион може да го отстрани таквиот доктор на медицина од писмениот испит

Базата на прашања за првиот и вториот дел од стручниот испит ја изготвува комисија формирана од страна на министерот за здравство чии членови ги исполнуваат условите и содржи најмалку 4.000 прашања кои се од стручната литература што е во употреба на врвните 100 високообразовни установи во светот.

Првиот и вториот дел на стручниот испит се полагаат во просторија, посебно опремена за полагање на испит со материјално-техничка и информатичка опрема, интернет врска и опрема за снимање на полагањето. Полагањето на првиот и вториот дел на стручниот испит се снима и во живо се емитува на веб страницата на Министерството за здравство, а ако поради технички причини снимањето се прекине, снимката од целиот испит се поставува на веб страницата на Министерството за здравство. Полагањето на третиот дел на

стручниот испит не се снима и тој се полага во амбуланта, во болничка соба или во просторија за вршење интервенции.

Во просторијата за полагање на стручниот испит, на првиот дел на стручниот испит можат да присуствуваат само претседателот, членовите и секретарот на испитната комисија, а вториот дел на стручниот испит е јавен.

При полагањето на стручниот испит пречекорувањето на времетраењето на испитот значи дека испит не е положен.

Здравствениот работник кој не го положил првиот или вториот, односно практичниот дел од стручниот испит има право повторно да го полага тој дел во рок од најмалку 30 дена, а најмногу 60 дена од денот кога прв пат било спроведено полагањето на тој дел од стручниот испит.

Здравствениот работник кој не го положил стручниот испит има право повторно да го полага испитот уште еднаш. Доколку и по повторното полагање здравствениот работник не го положи стручниот испит, повторно ја извршува пробната работа.

Доколку здравствениот работник не го положи стручниот испит во рок од една година од денот на завршувањето на планот и програмата за пробна работа, го губи правото за полагање на стручниот испит, освен за случаите на подолго отсуство поради болест и повреда, како и спреченост од работа поради бременост, раѓање и мајчинство.

NIBEL®

NEBIVOLOL

НАЈСЕЛЕКТИВНОТО ОД БЕЛУПО

- Хипертензија
- Хронично затајување на срцето
- 1 x дневно



Механизам на дејство

- Високо кардиоселективна β_1 - блокада
- Вазодилатација посредувана со NO (заштита и лекување на ендотелот)

Нема влијание на

- Еректилната функција
- Нивото на липидите и гликозата во крв
- Инсулинската резистенција

Број и датум на првото одобрение за ставање на лекот во промет: 15-8934/14 на 22.09.2015год.
ЗБИРЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА ОСОБИНИТЕ НА ЛЕКОТ ДОСТАПЕН НА БАРАЊЕ.

ГОДИШНОТО СОБРАНИЕ НА МАКЕДОНСКОТО ЗДРУЖЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИ УРЕДНИЦИ

Објавување на трудови само во индексирани научни списанија



Авторите на стручно-научните трудови треба да бидат претпазливи во однос на научните списанија каде што ги објавуваат своите ракописи. Ова е препорака од Годишното собрание на Македонското здружение на медицински уредници (МЗМУ) кое на 13 април годинава се одржа во МАНУ. Посебен акцент беше ставен на „Критичка анализа на објавувањето во списанија со отворен пристап“, со акцент на списанија во кои не треба да се објавува, со линкови за пристап до „Потенцијални, можни или веројатни грабливи издавачи и списанија со отворен пристап“, „Киднапирани списанија“ и „Погрешна метрика за списанија“. Членовите на МЗМУ укажаа дека најголем проблем се грабливите издавачи и списанија, а предложено е да се известат универзитетите и факултетите од областа на биомедицината да не ги земаат предвид и да не ги признаваат за избор во наставно-научни звања трудовите објавени во „проблематични“ списанија од издавачи чии имиња може да се најдат на т.н. Бел-ова листа (Beall's List: <https://scholarlyoa.com/publishers/>). Ваквите препораки предизвикаа опсежна дискусија во која учествуваа повеќе присутни членови, а академик Момир Поленаковиќ кој, како претседател на Извршниот одбор (ИО) на МЗМУ, го водеше Собранието, предложи главните уредници повремено да се состануваат за размена на искуства и информации за унапредување на издаваштвото и квалитетот на научните трудови и списанија од областа на биомедицината што ќе придонесе за вклучување на повеќе списанија

Предложено е да се известат универзитетите и факултети од областа на биомедицината да не ги земаат предвид и да не ги признаваат за избор во наставно-научни звања трудовите објавени во „проблематични“ списанија

од Р. Македонија во меѓународни дата-бази и ќе се обезбеди континуитет во нивното излегување.

Извештајот за активностите на МЗМУ во 2014 и 2015 г. беше презентирани од проф. Дончо Донев кој како генерален секретар на оваа асоцијација, истакна дека периодот по одржаната Работилница во МАНУ (25.04.2014 г.) за уредници на научни списанија во биомедицината и Конститутивното собрание на здружението, главно беше насочен на консолидација и се работеше на регулирањето на правно-административните прашања и активности, како и подготовка на тематски број на списанието на МАНУ „Прилози“ (http://manu.edu.mk/prilozi/current_35_3.html) на тема „Издавачки интегритет и добри практики во уредувањето“. Програмата на МЗМУ во 2014 и 2015 г. се реализираше преку активностите на ИО и трите комисији на МЗМУ (Комисија за планирање и евалуација, Комисија за едукација и публицистичка етика и Комисија за информации). Првиот состанок на ИО беше посветен на координацијата за подготовка на тематскиот број на Прилози, кој беше дистрибуиран во почетокот на 2015 г. до сите главни-одговорни уредници и раководители на издавачите на научните списанија од областа на биомедицината. беше појаснето дека некои меѓународни активности за зачленување беа одложени поради претходна изработка на веб-страница на МЗМУ, на македонски и англиски јазик, и недоволната финансиска основа за регулирање на членството. Меѓу планираните идни активности е одржување на прва едукативна работилница за публицистичка етика и пишување научни трудови за млади научници, во тек на втората половина на 2016 г.

Во Програмата за дејствување на МЗМУ во 2016 г., презентирани од академик Нада Поп-Јорданова, која треба да се преточи во оперативни програми на комисиите, посебен акцент е даден на планирање на истражување, анализа и евалуација на медицинските списанија во Р. Македонија, организирање едукативни активности за етика на издаваштвото, за пишување научни трудови и уредување медицински списанија, демонстрирање лидерска улога во медицинското издаваштво, развивање дата-база „MacedoniaMed“ на апстракт и научни трудови од македонски автори, и ме-

дицински списанија во Р. Македонија, зачленување и соработка со релевантните меѓународни агенции и асоцијации и регистрација на научните списанија во индексирани бази на податоци. Иницирано е да се поднесе барање до Владата на Р. Македонија за доделување статус на Здружението од јавен интерес, со соодветна финансиска поддршка за реализација на неговите задачи и активности. Во врска со реализацијата на Програмата на МЗМУ во 2016 г. акад. Поленаковиќ истакна дека е неопходно сите да се ангажираат за континуиран развој за пошироко вклучување на списанијата од Р. Македонија во меѓународните библиографски бази. Според него, неопходно е, во тешки и неповолни финансиски услови, да се продолжи континуирано и тимски да се работи за да се подигне нивото на списанијата во биомедицината во Р. Македонија и да се приближиме и изедначиме во издаваштвото со понапредните држави во регионот на Југоисточна Европа.

Посебно значајна алатка за размена на информации и реализација на целите на Здружението е веб-страницата на МЗМУ на македонски јазик (www.mame.mk), а според проф. Мирко Спироски, претстои дополнување на дел од содржините и превод на англиски јазик. Покрај целите и задачите и одделни документи (Статут и програма за дејствување на МЗМУ), во нејзините содржини внесени се информации од работата на органите и телата на Здружението. Дадена и можност за електорско преземање и пополнување пристапници за институционално и индивидуално зачленување во МЗМУ. Во делот „Тренинг“ има информација за одржаните работилници, а во делот „Конференции“ ќе бидат внесувани информации за сите претстојни едукативни активности, конференции и други и стручно-научни собири согласно меѓународните стандарди.

На страницата е востановена и база на биомедицински информации (МАБИМ) со можност за преземање и пополнување од страна на главните и одговорни уредници, формулар во кој се содржани библиографски податоци за биомедицинското списание, даден е приказ на списанијата, уредувачките одбори и индексирањето на македонските биомедицински списанија, како и други информации. На веб-страницата (во делот „Етика“) внесена е врска за Комитетот за етика во објавувањето (Committee of Publication Ethics - COPE), наведени се објавените трудови од македонски автори за етика во издаваштвото и приказ на објавени трудови за македонски случаи од неетичко обја-

вување, со можност за пријавување македонски случај за неетичко објавување (македонски автор и/или македонско списание).

Инаку, Регистарот на членовите на МЗМУ, институционални и индивидуални, се ажурира еднаш годишно врз основа на пополнети пристапници, достапни на веб-страницата на МЗМУ.

На Собранието за нов претседател на МЗМУ избрана е акад. Нада Поп-Јорданова, а акад. Поленаковиќ е избран за „почесен претседател“ на МЗМУ. За нов избран иден претседател на МЗМУ беше избран проф. Мирко Спироски, кој ќе ја преземе функцијата претседател по две години. Веднаш потоа беше потврден и продолжен мандатот на потпретседателите на МЗМУ, проф. Азис Положани и проф. Гоце Спасовски, и беше избран нов потпретседател на МЗМУ, проф. Оливера Стојчева-Танева, која е именувана и за координатор на Комисијата за информации.

За Извршниот одобр на МЗМУ,
Претседател,
акад. Нада Поп –Јорданова

ПРИЗНАНИЕ

„Витез од редот на академските палми“ за проф. д-р Даниела Миладинова

Француската амбасадорка во Македонија, Лоренс Оер, ја одликуваше проф. д-р Даниела Миладинова, продекан на Медицинскиот факултет при Универзитетот “Св. Кирил и Методиј “ во Скопје, со орден “Витез од редот на академските палми”. Ова високо признание Владата на Р. Франција го доделува на истакнати поединци како признание за остварените достигнувања во областа на високото образование.



“Професор Миладинова е докажан авторитет на Универзитетот “Св. Кирил и Методиј “ со исклучителна професионална кариера во областа на нуклеарната медицина. нејзината посветеност и резултатите од реализацијата на проекти кои се во рамките на француско-македонската билатерална

соработка се високо вреднувани”, истакна амбасадорката Оер при доделувањето на орденот.

Заблагодарувајќи се на високото признание, д-р Миладинова истакна дека се надева дека Франција ќе остане поддржувач на македонската наука, култура и уметност, како и на земјата во целина.

Орденот “Витез од редот на академските палми” е востановен во 1808 година од страна на Наполеон Први, а досега го имаат добиено повеќе истакнати наставници и научни работници во Р. Македонија.

АЛАРМАНТНИ РЕЗУЛТАТИ ОД ИСТРАЖУВАЊЕТО МЕЃУ МЛАДИТЕ ЛЕКАРИ

Само 10 отсто не размислуваат за заминување од Хрватска



Со истражувањето се опфатени квалитетот на специјалистичкото усовршување, можностите за стручно и академско напредување, како и мотивацијата за останување во Хрватска

Комисијата за млади лекари на Хрватската лекарска комора подготви и реализира проект - истражување за (не)задоволството на младите лекари во Р. Хрватска. Со истражувањето се опфатени квалитетот на специјалистичкото усовршување, можностите за стручно и академско напредување, како и мотивацијата за останување во Хрватска, односно заминување во странство. Една од причините за ова истражување е алармантната ситуација поради се поголемиот недостиг на лекари во здравствениот систем. Повеќе од илјада лекари веќе ја комплетираше целокупната потребна документација и/или заминале од хрватскиот здравствен систем, од кои над 40 проценти по завршувањето на студиите. Целта на истражувањето е прибирање на што по-репрезентативни податоци за постојните недостатоци во здравствениот систем кои на Комората ќе и помогнат во заштитата на

правата и застапувањето на интересите на младите лекари. Истражувањето е спроведено во форма на анонимна анкета, во траење од две недели.

Во анкетата учествувале 1.496 лекари, на возраст од 27 до 40 години, од кои 67% биле од жени. Најголем број од анкетираниите лекари биле специјализанти (51%), специјалисти со специјалистичко искуство до пет години (24%) и вработени лекари со положен стручен испит кои не се на специјалистичко усовршување (16%). Со оглед на тоа, најголем број на анкетирани лекари се вработени во болничкиот систем на здравствена заштита (69%), во примарниот здравствен сектор (15%) и 11% во заводите (итна медицинска помош, јавно здравство, медицина на трудот, трансфузиологија и сл.) Другите анкетирани лекари се вработени на универзитетите, поликлиниките, во фармацевтските компании, а 22 анкетирани лекари се невработени.

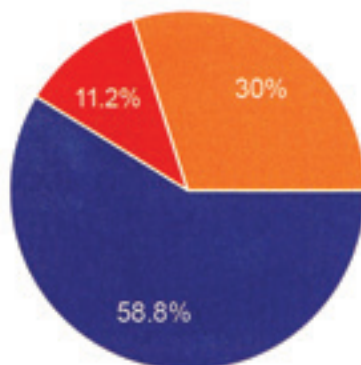
Повеќе од 90% од анкетираниите лекари сметаат дека се во подредена положба во однос на колегите од Европската Унија. Во согласност со таквата перцепција, повеќето од половина од нив (59%) активно размислува за заминување во странство, дури секој десетти лекар одговорил дека, без разлика на достапните понуди, би останал во Хрватска (11%). Притоа како најчеста причина за заминување се наведуваат подобрите услови за работа, подобрата плата, организираноста и среденоста на здравствениот систем и поголемиот можности за стручно усовршување и напредување. Секоја од наведените причини ја одбрале повеќе од 60% од анкетираниите, што јасно покажува дека младите лекари се незадоволни со целокупната состојба на здравствениот систем. Важно е да се истакне дека можности за заминување во странство се пружаат често, како што се оние на самите за кариера кои ги има и во виртуел-

на форма или со понудите кои пристигнуваат лично преку електронската пошта. Како најчеста причина за останување во Хрватска лекарите ги наведуваат семејните причини. Само 4% од анкетираниите како причина за останувањето во Хрватска го навеле задоволството од платата, условите за работа, стручното усовршување и напредувањето.

Менторството е еден од најважните сегменти на специјалистичкото усовршување, а ја претставува соработката меѓу лекарот-специјализант и неговиот ментор. Во таквиот однос, менторот своите знаења и вештини, со позитивниот став и поддршката, ги пренесува на специјализантот. Анкетата покажала дека повеќето млади лекари не се задоволни со улогата на менторот во текот на специјализацијата. Од вкупниот број анкетирани лекари кои се специјалисти или во моментот специјализираат не се задоволни од улогата на менторот (повеќе од половина или 57%), додека помал дел се задоволни (30%). Загрижува податокот дека само 7% одговориле дека во текот на специјализацијата најмногу знаења и вештини стекнале од менторот. Можна причина за ваквите резултати е тоа што некои ментори својата работа ја вршат со голема одговорност и посветеност, додека на поголемиот дел едукацијата на специјализантите им е на второ место. Имајќи го предвид тоа, повеќе од 70% од анкетираниите лекари одговориле потврдно на прашањето дали Министерството за здравство и Хрватската лекарска комора треба да ги контролираат менторите.

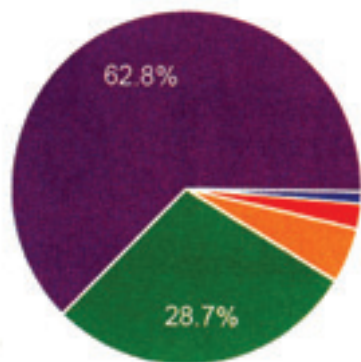
Специјализантските книшки, начинот на нивното пополнување и компетенциите што се впишуваат веќе подолго време претставуваат бирократски проблем за младите лекари. Документот со кој лекарот би требало да им конкурира на колегите и кој му овозможува мобилност во рамките на Европската Унија ја изгубил својата намена. Тоа го покажува и анкетата во која само 5 % од лекарите потврдиле дека во специјализантската книшка се впишуваат вистински усвоените знаења и вештини. Речиси половина од лекарите изјавиле дека не го извршила се она што е предвидено во програмата за специјали-

Дали би ја напуштиле Р. Хрватска за да започнете кариера во странство доколку ви се укаже можност?



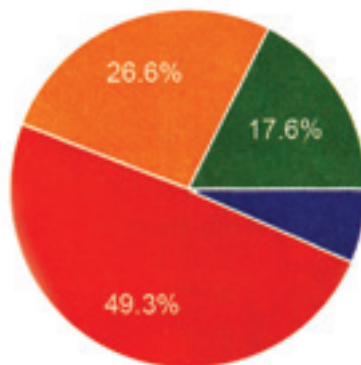
да 58,8 %
не 11,2 %
не знам 30 %

Сметате ли дека младите лекари во Р. Хрватска се во подредена состојба во однос на колегите во другите земји на Европската Унија?



воопшто не се согласувам 1,1 %
делумно не се согласувам 2,3 %
ниту се согласувам, ниту не се согласувам 5,1 %
делумно се согласувам 28,7 %
во целост се согласувам 62,8 %

Од кого добивте најмногу знаење и вештини во текот на специјализацијата?



од менторот 6,5 %
од другите колеги 49,3 %
самостојно 26,6 %
не специјализирам ниту сум специјализирал 17,6 %

зација, додека само 7 % го направиле, односно реализирале тоа. Еден од поразителните, но не и изненадувачки податок, е мислењето на младите лекари за разните форми на непотизам и политичка подобност во здравствениот систем. Две третини од анкетираниите лекари сметаат дека такви примери во здравството има многу.

Повеќето анкетирани лекари својот професионален статус и развој во кариерата со останувањето во Хрватска го гледаат во иднината како непроменет или полош (77%). Тоа најмногу ја отсликува загрижувачката состојба во која здравствениот систем се наоѓа во насоката по која се движи. Ако наскоро не се преземат конкретни мерки, ќе биде се потешко да се задржат младите лекари од заминување во странство.

Во своите коментари во анкетата лекарите посочија и на многу други актуелни проблеми во здравството и предложија мерки кои според нивното мислење ќе го подобрат статусот на лекарите во Хрватска и ќе го спречат нивното заминување во странство. Најмногу ги истакнаа:

Укинување на робосопственичките договори, зголемување на транспарентноста на системот, избор на кандидатите за специјалистичко усовршување според компетицијата, а не според подобноста

Подобрување на едукацијата надвор од Р. Хрватска, работа под надзор на ментор, помалку оптоварување со администрација, повеќе време за работа со пациенти

Подобри финансиски услови: плата, плаќање на прекувремените часови, намалување на прекувремената работа, поповолно кредитирање

Истражувачите кои ја реализираа анкетата се надеваат дека добиените показатели ќе му помогнат и на Министерството за здравство, како и на другите надлежни институции во стратегиите и планирањето на подобар статус и на условите за работа на младите лекари, односно за што побрзо преземање на конкретни мерки за задржување на лекарите во Хрватска, а во полза на сите учесници и корисници на здравствениот систем и општеството во целина.

„Лјечничке новине“

ВО ПЕРИОДОТ ОД 2008 ДО 2010 ГОДИНА

Финансиската криза е м на 500.000 смртни случа



Глобалната финансиска криза е можната причина на 500.000 смртни случаи од рак во периодот од 2008 до 2010 година.

Голем број пациенти се исклучени од третманите и лекувањето заради невработеност или “резови” во здравствената заштита, покажале резултатите од една неодамна објавена студија.

“Врз основа на нашата анализа проценивме дека економската криза е поврзана со повеќе од 260.000 смртни случаи од рак во земјите на Организацијата за економска соработка и развој (OECD), која има 34 членки, во периодот од 2008 до 2010 година”, изјави авторот на студијата од “Империал” колеџот во Лондон, Махибен Марутапу, кој потоа го пренесеа неколку новински агенции.

Тоа, според него, сугерира дека во тој период би можело да има повеќе од 500.000 предвремени смртни случаи од рак во светот.

Само за Европската Унија процените се дека имало околу 160.000 предвремени смртни случаи, во САД таа бројка се позиционира на 18.000, а за Франција, на пример, се проценуваат околу 1.500 предвремени смртни случаи. Во Шпанија и Велика Британија, каде што се обезбедува општа здравствена заштита, не се предизвикани вакви случаи.

“Заклучивме дека растечката невработеност е поврзана со порастот на стапката на морталитет од рак”, истакна Марутапу.

Во оваа студија истражувачите користеле статистички податоци на Светската здравствена организација и на Светската банка од над 70 земји во светот, со повеќе од две милијарди жители, за да би можеле да ја анализираат врската меѓу невработеноста, потрошувачката на здравствена заштита и стапката на смртност од рак.

Важната причина за од рак?

Случаите на рак се класифицирани во две категории – на оние кои што можат да се третираат, кај кои стапката на преживување изнесува повеќе од 50 отсто, и на оние кои се „неизлечиви“, кај кои стапката на преживување е помала од 10 отсто. Притоа, влијанието на невработеноста е многу позабележлива кај „излечивите“ случаи.

Трендот е анализиран за период од 20 години, од 1990 до 2010 година, при што е утврдено дека секој единечен процент пораст на стапката на невработеност е поврзан со 0,37 предвремени смртни случаи на 100.000 лица. Студијата е публикувана во „The Lancet medical journal“.

„Ракот е водечка причина за смрт насекаде во светот и поради тоа е екстремно важно да се утврди како економските промени се одразуваат на преживувањето од рак“, нагласува Марупату. Во 2012 година ракот предизвикал околу 8,2 милиони смртни случаи.

„Студијата покажа дека растечката стапка на невработеност е поврзана со растечка стапка на смртност од рак, но од друга страна утврдилме дека универзалната покриеност со здравствена заштита штити од таквите ефекти“, вели Марупату.

Ваквиот тренд е особено забележан кај случаите на рак на дојка, на простата и на дебело црево. Анализата за влијанието на економската кризата врз стапката на морталитет исто така покажува дека секој единечен процент намалување на покриеност со здравствена заштита е поврзан со 0,0053 предвремени смртни случаи на 100.000 лица.

„Во земјите каде што нема целосна здравствена покриеност, пристапот до здравствена заштита може да биде обезбеден преку вработување“, вели ко-авторот на студијата Рифат Атун од Харвард универзитетот и додава дека без вработување, пациентите се дијагностицирани доцна или, пак, се соочени со лош или задоцнет третман.

Во овој контекст е и коментарот на студијата даден од Грахам Колдиц и Карен Емонс од САД, кои пишуваат дека податоците се добра основа за нова студија во врска со универзалната покриеност со здравствена заштита и нејзиниот заштитен ефект од смртноста од рак.

Голем број пациенти се исклучени од третманите и лекувањето заради невработеност или “резови” во здравствената заштита, покажале резултатите од студија неодамна публикувана во „The Lancet medical journal“

Мнозинството граѓани во Србија незадоволни од здравствените услуги

Само 15 отсто од граѓаните во Србија се задоволни од здравствените услуги, покажало истражувањето на “Либек”, спроведено во Белград. Истражувањето покажа - 83,8 отсто од анкетираниите сметаат дека не се почитуваат правата на пациентите. Анкетата е спроведена на 725 испитаници, а според добиените резултати, објавени во текот на минатиот месец, достапноста на лековите е оценета со оценка помала од три проценти. Начинот на закажување кај лекарите по општа практика, доби 2,40 проценти, додека закажувањето на дијагностичките прегледи е оценето со 1,80 процент.

Речиси половина од испитаниците не се задоволни од здравствените услуги, а според оваа анкета, најлоши оценки добија начинот на закажување кај специјалист, администрацијата и брзината на закажување на дијагностичките прегледи.

Истражувањето покажа дека 84 отсто од анкетираниите граѓани смета дека здравствените работници се демотивирани, а речиси 38 проценти немаат доверба во лекарите.

Компетентноста, односно стручноста на лекарите во ова истражување доби оценка 3,41, додека здравствениот персонал мина со

помала оценка – 3,06. Ваков сооднос е евидентиран и при оценувањето на љубезноста на лекарите (2,86) и на другиот медицински персонал (2,56).

Слична оценка (2,32) доби и адекватноста во опременоста на здравствените установи. Дури 86 проценти од анкетираниите веруваат дека пациентите во Србија се приморани да дадат мито за да добијат подобра здравствена услуга, а околу 60 отсто се подготвени да го сторат тоа кога е во прашање нивното здравје или здравјето на нивните блиски. Истражувањето покажало дека дури 74 отсто од оние кои биле во состојба да се жалат, не го сториле тоа, а само 7,9 проценти од оние кои, сепак, се жалеле, се задоволни од одговорот на жалбата.

Истражувањето покажало дека 39,5 од испитаниците побарале дијагностички преглед во приватна установа, додека закажаниот термин во јавниот сектор го чекале 60,5 проценти од анкетираниите граѓани. Нешто повеќе од половина (51,6 отсто) изјавиле дека државен лекар им препорачал приватна клиника, а на 32,8 проценти докторот им ја препорачал приватната клиниката во која тој работи.



Орторексија (Orthorexia)

Изразот *orthorexia nervosa* е познат како “орторексија” и е предложен за посебно нарушување во исхраната карактеризирано со екстремна или ексцесивна преокупација со јадење на храна за која фанатично се верува дека е здрава. Орторексијата се опишува како нездрава фиксација кон стриктен вид на храна за која индивидуата смета дека е здрава исхрана.

Уверувањето на поединецот околу тоа што содржи здравата исхрана обично потекнува од некоја диета или друга диетна теорија како, на пример, за жива (свежа) храна, веганство или макробиотика. Всушност, тоа се крути и цврсти екстремни верувања и убедувања и крајно нарушените начини и навики во исхраната доведуваат до психолошки и здравствени нарушувања.

Орторексијата се разликува од другите нарушувања во исхраната, како на пример анорексија нервоса и булимија нервоса каде што луѓето се фокусираат на квантитетот на храната што ја внесуваат.

Изразот е воведен првпат во 1997 од американскиот лекар д-р Стивен Братман.

Тој сугерирал дека одделни луѓе што се подложни на влијанија и сугестии покажуваат тенденција на приклучување кон диетните рестрикции и редукции, било да се намене-



ти или прифатени за да промовираат здравје. Кај орторексичната индивидуа таквите диетни фиксациии можат да доведат до парадоксално нездрави последици, како на пример социјална изолација, анксиозност; губење на спонтаност во можноста да се хранат природно и интуитивно; редуцирање на интересот за другите здрави човечки активности и во ретки случаи доведуваат до нагласена малнутриција или дури и до смрт.

Д-р Стивен Братман го создал изразот орторексија нервоса од грчките зборови:

- орто, што значи точно или правилно и
- орексис што значи апетит, буквално правилен, нормален апетит, кој во практика се именува за правилна диета или исхрана.

Изразот нервоса индицира или укажува на нездрава психолошка состојба.

Авторитетите велат дека фокусираноста во храната може да се смета за манифестација на опсесивно-компулзивно нарушување кај индивидуата.

Орторексијата се разликува од другите нарушувања на исхрана, како на пример, анорексија нервоса и булимија нервоса каде што луѓето се фокусираат на квантитетот на храната што ја внесуваат.

Почнува тестирање на вакцина која го уништува ракот

Во Велика Британија наскоро ќе биде тестирана вакцина која уништува некои видови на рак во крајна фаза. Со тестирањето на имунотерапијата ќе биде утврдено дали вакцината, базирана на фрагменти од клучниот протеин на ракот, ефикасно делува и го стимулира имунитетот на организмот да ги уништи нездравите клетки.

Жена со рак на грлото на матката е една од првите во Велика Британија на која се тестира новата вакцина дизајнирана да го стимулира одбранбениот систем да ги уништува туморите. Кели Потер (35 г.) од Бекенем во Кент, В. Британија, прими вакцина што го стимулира имунолошкиот систем и го поттикнува уништувањето на клетките на ракот, објави “Индепендент”. Таа неодамна прифати да учествува во двегодишното истражување на болницата GaJs во Лондон, во кое се вклучени уште 29 лица. Ракот на грлото на матката кај неа е дијагностициран во јули 2015 година.

Според истражувачите, вакцината содржи мал дел од ензимот наречен реверзна транскриптаза на теломераза (hTERT), кој им овозможува на клетките на ракот постојано да се размножуваат со делба. Научниците веруваат дека со тоа го стимулира имунолошкиот систем за производство на антитела кои ги напаѓаат клетките на ракот, но не и нормалните, здрави клетки. Пациентот истовремено со вакцината ќе прима лек што, во мали дози, ги отпушта сопирачките на имунолошкиот систем. Како резултат на тоа, имунолошкиот систем слободно ќе ги напаѓа клетките на ракот.

„Знаеме дека имунолошкиот систем кај пациенти во напредна фаза на болеста е потиснат, така што повеќе не е во состојба да ги препознае и да ги елиминира клетките на ракот. Истражувањето го спроведовме со намера да се обидеме да го решиме токму тој проблем”, објаснува еден од главните истражувачи во експериментот.



- 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 IIa), 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 единична 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 индиректниот 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 овие возрастни 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 кон миопатија - препорачана почетна доза е 5 mg. **Контраиндикации:** Пречувствителност на росувастатин или на некој од ексципиентите на таблетите EPRI. Кај пациенти со активно заболување на црниот дроб, вклучувајќи необјаснети перзистентно покачени вредности на трансаминазите и покачување на вредностите на трансаминазите до повеќе од 3 x. 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 кон миопатија/рабдомиолизис: умерено оштетување на реналната функција (клиренс на креатинин < 60 ml/min); хипотироидизам; 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 нивото 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 калиум (на пр. варфарин или некој друг кумарински антикоагуланс) потребно е следење на INR. Истовремена примена на росувастатин и гемфиброзил резултира со зголемување на концентрациите за росувастатин. При истовремено давање на росувастатин со антацид кој содржи алуминиум и магнезиум хидроксид, перорални контрацептивни лекови / супституциона хормонска терапија и еритромицин, потребна е претпазливост. Не се очекуваат клинички релевантни интеракции со дискоксин. **Несакани дејства:** Забележаните несакани дејства се благи и мимични. Можни несакани ефекти се: гадење, констипација, болки во stomакот, главоболка, зашеметеност, 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: EPRI 30*10mg: 15-6092/11; EPRI 30*20mg: 15-6093/11; EPRI 30*40mg: 15-6094/11 од 01.12.2011.

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

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

ДА ГОВОРИМЕ ЗА СМРТНОСТ ОД СРЦЕВИ ЗАБОЛУВАЊА

За милиони постари луѓе ширум светот срцевите болести се главните причинители за смртност, како што се малигните болести за другите. Интернет истражување извршено од страна на Американска здравствена организација утврдила дека само 15% од сите кардиолози, кои биле опфаќани во анкетата, сметале дека е нивна одговорност да говорат со своите пациенти околу умирањето од срцеви болести. Ова е во контраст со 68% на онколозите, кои сметаат дека е нивна одговорност да зборуваат на оваа тема со своите пациенти кои се терминално болни.

Am J Hosp Palliat Care
doi:10.1177/1049909116636614

БЕГЛИЦИТЕ СЕ ПОД ЗГОЛЕМЕН РИЗИК НА НЕАФЕКТИВНИ ПСИХОЗИ

Кохортна студија на лица кои живеат во Шведска (сите родени по 1 јануари 1984 година, заклучно со 31 декември 2011 година) се следени и испитувани додека немале добиено дијагноза на неафективна психоза. Студијата има вклучено 1.347.790 лица, вклучувајќи и родени Швеѓани, (1.191.004; 88.4%), азиланти (24.123; 1.8%), како и не-азилантни мигранти (132.663; 9.8%) од Средниот Исток, Северна Африка, Суп-сахарска Африка, Азија, Источна Европа и Русија.

Резултатите укажуваат на значително зголемен ризик за неафективни психози кај азилантите: 38.5% (95% CI 37.2-39.9) на 100.000 животни години кај луѓето кои се родени во Шведска наспроти 80.4% (95% CI 72.7-88.9) кај неазилантни мигранти и 126.4 (95% CI 103.1-154.8) кај азилантите. Азилантите, исто така имале значително зголемен ризик да развијат психоза во споредба со родените во Шведска (HR=2.9; 95% CI 2.3-3.6), како и неазилантните мигранти (HR 1.7; 95% CI 1.3-2.1).

Заклучоците на студијата се дека мигрантите имаат зголемен ризик на неафективни психози и шизофренија во однос на останатата популација. Ваквите податоци треба да го свртат вниманието на клиничарите, како и на здравствените системи кои им даваат здравствена помош на азилантите, за да им овозможат и дополнителна психијатриска здравствена заштита.

BMJ 2016; 352:i1279

КОНСТАНТНАТА АТРИЈАЛНА ФИБРИЛАЦИЈА Е ПОРИЗИЧНА

Примената на зборови како тромбоемболизам, пароксизмална и фибриларација се едни од ретките задоволства на медицинскиот жаргон. Во различните фактори за артеријална тромбоемболија, пароксизмалната атријална фибриларација (ПАФ) е често пати ставена во истата група како и непароксизмалната атријална фибриларација (НПАФ). Но, сепак тоа не треба да биде така, затоа што наодите од неодамнешна мета анализа укажуваат дека НПАФ е поризична од ПАФ! Овие резултати се од 12 студии на над 100.000 пациенти и укажуваат дека мултиваријабилниот ризичен однос за тромбоемболизам кај НПАФ во споредба со ПАФ е 1.384 (95% CI 1.191-1.60). Овој однос останал сличен и респективно дали пациентите биле на антикоагулантна терапија или не.

Eur Heart J
doi:10.1093/euroheartj/ehw007

ИНТЕНЗИВЕН ДЕЛИРИУМ

Во научна судија 40 луѓе се интервјуирани за нивните сеќавања за времето додека биле лекувани во интензивна нега. Секој еден од нив го поделил стравот и уплашеноста во форма на ноќни мори, алтерирани реалност и лажни објаснувања и доживувања на реалноста. Во рамките на студијата спроведена во соработка со научната група за здравствени искуства при Универзитетот во Оксфорд, истражу-

вачите имаат направено и видео снимки со испитаниците, како и членовите на нивните семејства и пријателите кои ги посетувале за времето додека биле во интензивна нега. Што велат луѓето за нивните искуства при враќање на свеста, нивните емоционални искуства, излекувањето и влијанието врз нивниот живот може да се види со вклучување на линкот и да се прочита од нивните искази:

http://healthtalk.org/peoples-experiences/intensive-care/intensive-care-patients-experiences/topics#ixzz48suqcUAJ_

PLoS One
doi:10.1371/journal.pone.0153775

СТАТИНИТЕ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА ТУБЕРКУЛОЗА?

До неодамна статините беа чудотворечките лекови кои се применуваа за превенција барем на едно ново заболување неделно. Сега тие се во групата на лоши лекови кои даваат нови нус-ефекти секоја недела. Но, најновите информации од Тајван велат дека тие, сепак, може да имаат добри ефекти во лекувањето на туберкулозата. Студија релаизирана во таа земја потврдува дека примената на статини го намалува ризикот за активна туберкулоза. Оваа ретроспективна студија известува за сигнификантно намалување на активната туберкулоза од над 40%. Сега овие наоди треба да се потврдат и во проспективни студии.

Thorax
doi:10.1136/thoraxjnl-2015-207052

РАК НА ЦРЕВАТА НИЗ СВЕТОТ

Според GLOBOCAN дата базата, инциденцата и смртноста на ракот на цревата значително варира ширум светот. Највисоката инциденца е во богатите земји, иако во последниве години стапката како да се намалува. Истовремено, инциденцата и морталитетот рапидно се зголемуваат во многу ниско и средно економски развиени земји. До

2030 година се очекува зголемување на бројот на случаите за 60%, што преведено во бројки изнесува 2,2 милиони нови случаи и 1,1 милиони смртност.

Gut doi:10.1136/gutjnl-2015-310912

СОДА БИКАРБОНА ЗА БУБРЕЖНИ КАМЧИЊА

Сода бикарбоната ги раствора речиси 50% од радиолуцентните бубрежни камчиња, според студијата од Колчестер, Велика Британија. Но, треба да се зема поголема количина на сода бикарбона за урината да биде алкална. Тоа значи дека треба да се земаат околу 10г/дневно (околу 4 супени лажици на ден!).

*J Clin Urol
doi:10.1177/205141586631856*

ПОМАЛКУ ХЕМОТЕРАПИЈА ЗА РАК НА ОВАРИУМИТЕ

Најголем број жени заболени од рак на овариумите се лекуваат со bevacizumab, што го зголемува преживувањето на оваа група болни, како и paclitaxel и carboplatin кои сè уште се применуваат. Што се случува доколку paclitaxel се дава поинтензивно, на пр. секоја недела наместо секои три недели? Резултатите од неодамнешна студија укажуваат дека администрација на paclitaxel секоја недела во споредба со администрацијата на лекот секои три недели немало ефект на прогресијата и преживувањето кај болните со рак на овариумите.

*N Engl J Med 2016;
doi:10.1056/NEJMoa1505067*

ПАЛИЈАТИВНА НЕГА ЗА ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

Паркинсоновата болест го намалува животот, а клиничките симптоми имаат голем ефект врз квалитетот на животот. На заболените, исто така, им е потребна поголема нега и поддршка. Неодамнешна квалитативна студија докажува дека заболените од Паркинсоновата болест добро реагираат на палијативна

нега, а особено кога станува збор за справување со психосоцијалните проблеми, привикнување на симптомите на болеста, како и во контролата на немоторните симптоми, како и планирањето на иднината.

*Neurol Clin Pract
doi:10.1212/CPJ.0000000000000233*

КАЛИУМОТ НЕ Е ДОБАР ЕЛЕКТРОЛИТ

Внесувањето калиум не влијае врз кардиоваскуларниот систем. Тоа е заклучокот од неодамнешната кохортна студија на 7.795 луѓе кои биле иследувани во период од 10.5 години. Екскрецијата на калиум во текот на 24 часа, која се смета за пообјективна мерка во споредба со дневникот на исхрана кои испитаниците би го воделе, бил мерен на почетокот и средината на испитувањето. По корекција на низа ризични фактори, екскрецијата на калиумот не била асоцирана со тоталната кардиоваскуларна болест, исхемично срцево заболување, мозочен удар, како ниту со нов почеток на срцево заболување кај испитуваната група.

*Am J Clin Nutr
doi:10.3945/ajcn.115.106773*

СКРИНИНГ ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА ХОСПИТАЛНА ИНФЕКЦИЈА СО C. DIFFICILE

Иако хоспиталните инфекции кои се должат на C. difficile се намалуваат, тие може уште повеќе да се редуцираат доколку се врши рутински скрининг на сите пациенти кои се примаат во болница. Ректален брис и тестирање за tcdB генот со полимеразна верижна реакција биле применети во една канадска студија. Притоа, 4.8% од пациентите примени во болница биле позитивни за C. difficile и биле ставени под изолација. За време на интервенцијата, 38 болни (3.0 на 10.000 болнички денови) развиле болничка C. difficile инфекција, во споредба со 416 болни (6.9 на 10.000 болнички денови) во периодот пред интервенцијата.

Ова е значително намалување на бројот на хоспитални инфекции. Следната стапка за потврда на ваквите резултати треба да биде ранодимизирано испитување.

*JAMA Intern Med 2016,
doi:10.1001/jamainternmed.2016.0177*

АПЕНДЕКТОМИЈА ЗА ПРЕВЕНЦИЈА НА УЛЦЕРАТИВЕН КОЛИТИС: УРБАН МИТ?

Една од најголемите медицински мистерии кои се учат во текот на медицинските студии е дека апендектомијата може да го спречи развојот на улцеративен колитис. Овој урбан мит сега се покажува дека е вистинит. Дански епидемиолози ги анализирале здравствените податоци на целата нивна популација за да ја испитаат оваа асоцијација. Нивните резултати укажуваат дека апендицитисот се јавува во цели семејства, што сугерира дека има поврзаност или со генетски или со ризични фактори од животната средина. Но, апендицитисот е поврзан со намалување на ризикот за појава на улцеративен колитис.

Gut doi:10.1136/gutjnl-2015-311131

СТАТИНИ И МОЗОЧЕН УДАР

Шведска студија на 15,192 пациенти кои имале мозочен удар наоѓа дека поголем број од нив (73.9%) земале редовна терапија со статини, со над 80% придржување кон редовноста на терапијата во време од 2 години по мозочниот удар. Жените, постарите луѓе, како и тие кои имале универзитетско образование помалку ги придржувале или, пак, се придржувале на третманот.

*EurStroke J
doi:10.1177/2396987316646026*

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

ПИНГ - ПОНГ

Д-р Петар Каревски неприкосновено прв во Винаца



Традиционалниот единаестти турнир на лекарите во пинг-понг се одржа на 10 април 2016 година во спортската сала во Винаца. Организатор и домаќин на турнирот, што се одржува под покровителство на Лекарската комора на Македонија беше д-р Владо Јованов, а коорганизатори д-р Зоран Михајловски, д-р Душко Домазетоски и прим. д-р Александар Кандиќјан.

Турнирот свечено го отворија д-р Ленче Нелоска, потпретседател на Лекарската комора и прим. д-р Александар Кандиќјан, претседател на секцијата за пинг-понг.

Во големата спортска сала во Винаца, во спортска и пријателска атмосфера, силите

на пинг-понг масата ги одмеруваа 32 натпреварувачи од кои 28 во машка, а четири во женска конкуренција. За прв пат на турнирот учествуваа и тројца натпреварувачи, доктори од Република Косово. Во прекрасна атмосфера, одлична организација, натпреварувачки дух и пријателско дружење се оддржаа натпреварите во 6 групи за доктори и една за докторки, според системот секој со секој.

Со одлична игра, првото место по деветти пат го освои д-р Петар Каревски, на второто место (по седми пат) со стабилна игра се позиционира д-р Душко Домазетоски, а двете трети места им припаднаа на д-р Верица Јорданова и д-р Прахман Шала од Косово.

Се планира дванаесеттиот турнир во пинг понг да се оддржи (2017 година) во Дебар, а организатори ќе бидат д-р Ментор Мела и д-р Абиб Мулаи.

д-р Д. Домазетоски



ФУДБАЛ



„Варус“ најуспешен на теренот

Екипата на „Варус“ беше најуспешна на традиционалниот фудбалски турнир што во рамките на одбележувањето на 7 Април – Меѓународниот ден на здравјето се одржа на спортските терени на гимназијата „Никола Карев“ во Скопје. Второто место го освои тимот на Здравствен дом – Скопје, а по нив следеа „Лек Скопје“ и „Медикус“.

Натпреварите на овој 12. турнир минаа во спортска и исклучително пријателска атмосфера, а за најдобрите беа обезбедени пехари. Организаторите планираат ваков турнир во мал фудбал да организираат и на есен со кој, како што велат, ќе се задржи формата и ќе се прошири дружењето.

д-р М. Спасовски

СТРЕЛАШТВО

Докторките се попрецизни

Традиционалниот натпревар на докторите во стрелаштво годинава се одржа на 16 април во стреланата “Стрелец” во гимназијата „Раде Јовчевски – Корчагин” во Скопје. “Учесниците постигнаа врвни резултати, а забележителен е се поголемиот интерес на младите доктори за стрелаштвото”, вели д-р Толе Битовски, организатор на оваа спортска манифестација која под покровителство на Лекарската комора на Македонија се одржува во рамките на одбележувањето на 7 Април, Светскиот ден на здравјето. Најпрецизни годинава беа:

Жени

1. д-р Сандра Арсовска
2. д-р Лидија Арсовска
3. Елена Битовска

Мажи

1. д-р Слободан Радоичиќ
2. д-р Толе Битовски
3. д-р Георги Митев

На натпреварот посебно се истакна женската екипа која со освоениите поени и постигнатите резултати им се приближи на оние кои ги имаа докторите. Главен судија беше Јордан Тасевски, претседателот на СК “Стрелец- Скопје”, а за овој докторски натпревар интерес покажаа и дел од медиумите. За повеќегодишната успешна соработка на полето на спортското стрелаштво, годинава спортскиот клуб “Стрелец” и додели и Благодарница на Лекарската комора на Македонија.

д-р Т. Битовски



ТЕНИС

„22. Medical open“ се одржа на терени- те на ТК „Акватен“ во Кочани



Учесници на првенството

Дваесет и вториот првенство во тенис за лекари на Македонија се одржа на шесте земјани терени на Тенискиот клуб „Акватен“ во Кочани. Годинава по деветти пат се играше во две старосни категории, опен категорија, во која настапија девет играчи, и категорија за играчи постари од 50 години, во која настапија шест натпреварувачи. Се одржа и турнир во двојки во кој настапија 9 двојки. Првенството беше закажано за 21 и 22. мај, но поради временските неприлики на 20 и 21. мај, мораше да се одложи за две недели. За прво-закажаниот темин беа пријавени 22 доктори.

Во категоријата на доктори над 50 години, во финалето се пласираа д-р Љупчо Стаменков од Кочани и д-р Љупчо Милановски од Пробиштип. Поради жешкото време и исцрпеност, финалистите овој меч ќе го одиграат дополнително во текот на јуни. Полуфиналисти беа д-р Вело Марковски и д-р Миодраг Милутиновиќ од Скопје.

Во опен категорија каде што играа помладите, во отсуство на д-р Александар Петличковски (првак во последните три години), првото место го освои д-р Горѓи Стојковски, стоматолог од Пробиштип. Второто место му припадна на д-р Махаил Лазаров од Штип, а

полуфиналисти во оваа категорија беа д-р Антонио Дојчиновски, стоматолог од Скопје, и д-р Ернест Дебрешлиоски од Скопје.

Во категоријата на двојки титулата ја освоија д-р Никола Пановски и д-р Вело Марковски, кои за првпат играа заедно на „Медикал опен“, победувајќи ги во финалето д-р Љупчо Стаменков и Благоја Темелков, двајцата од Кочани. Ова беше 15 титула во двојки за д-р Пановски.

Како и досегашните 10 првенства одржани во Кочани, и ова беше успешно организирано. Беа обезбедени бесплатни терени, освежување, коктел, свечен ручек, маици за секој учесник од спонзорите на првенството: Специјална болница „Ацибадем Систина“ и „Алкалоид“. Сместувањето беше во прекрасен амбиент на езерото во хотелот „Гратче“. Во име на сите учесници, посебна благодарност до д-р Љупчо Стаменков, д-р Ванчо Апостоловски и д-р Кирил Шуперлиски како главни организатори, како и на Општинскиот одбор на Лекарската комора од Кочани. По традиција, пехарите ги обезбеди покровителот - Лекарската комора на Македонија, а ги покри и трошоците за топчињата.

проф. д-р Н. Пановски

БАЛКАНСКОТО ПРВЕНСТВО ВО БЕЛЕК

29-то Балканско првенство за доктори во тенис оваа година се одржува по шести пат во Турција (Истанбул, 1992, 1996, 2001, Памукале 2006, Белек 2011 година), периодот 4.9.-10.9. 2016 година, на извонредните тениски терени на кои докторите се натпреваруваа пред пет години во прекрасниот Белек, бисерот на туристичкиот регион на Анталија.



Освојувачите на пехари во сите категории, од лево кон десно: Лазарев, Дојчиновски, Стојковски, Милутиновиќ, Дебрешлиоски, Стаменков, Пановски, Марковски и Милановски

ЗА ПРВИТЕ ДОАЈЕНИ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ



Леон МЕЛКОНИЈАН,

лекар специјалист по општа и абдоминална хирургија и вонреден професор по анатомија

Anatomia clavis et clavus medicinae est – Анаџомијаџа е клуч и кормило на медицинаџа

Латинска изрека

Д-р Леон/Левон Мелконијан е роден на 18.10.1892 г. во с. Зибевче, Општина Ристовац, Србија, во ерменско земјоделско/ трговско семејство, како прво од две машки деца, од мајка Луција/Лусја и татко Киркор Мелконијан. Основно и средно образование завршил во Скопје. Медицински студии запишал во 1914 г. и дипломирал на Медицинскиот факултет (МФ) во Женева, Швајцарија, во 1918 г., кадешто одбранил докторски труд во 1920 г. и завршил специјализација по општа и абдоминална хирургија во Универзитетската кантонална болница во Женева.

Потоа се вратил во Скопје заедно со Вероника/Верона (Verona Piskulijan), по националност Ерменка, која завршила студии по филологија и живеела во Женева. Во брак стапиле во раните 1920-ти, а нивната ќерка Жанета/ Жоржета (Georgette) се родила во 1923 г. Во текот на медицинските студии во Скопје, таа се омажила за д-р Владо Долезил, хирург од Хрватска, кој работел во Клиниката за хирургија при МФ-Скопје до 1952 г. кога се преселиле во Загреб каде што по повеќе години починал од срцев удар. Нивниот син Лео Долезил, кој го носи името на својот дедо, бил директор во

нафтена енергетска компанија во Хрватска и сега живее во Загреб.

Д-р Леон Мелконијан работел како хирург во Земската (Државна) болница во Скопје, и во болницата во Битола, до 1947 г. кога бил избран за доцент по анатомија, како еден од првата група 19 наставници на МФ-Скопје. Во 1957 г. бил избран во повисоко наставно звање - вонреден професор.

По пензионирањето во 1958 г. живеел во Скопје, а по земјотресот во 1963 г., заедно со сопругата се преселиле во Загреб. Сопругата Вероника настрадала во авионска несреќа над Чехословачка, на 26.1.1972 г., по експлозија во авион на ЈАТ што летал од Стокхолм кон Загреб, за време на едно од нејзините повремени патувања за да ја посети нивната ќерка со вториот сопруг (Борис Печаревиќ), кои подолг период живееле и работеле во Шведска и, притоа, на Лео му овозможиле школување во Стокхолм.

Проф. д-р Леон Мелконијан починал во Загреб на 30.12.1969 г., во 78-та година од животот.

Револуционерна дејност

За време на Првата светска војна од 1914-18 г., покрај повеќето замји од Европа, воениот пожар зафатил и земји од други континенти (Азија, Африка и Америка). Малата неутрална земја Швајцарија, во центарот на Европа, останала единствен остров на мирот. Таа била засолниште на голем број политички емигранти, но во исто време и центар, особено градот Женева, на политичките пропаганди на двете спротив-

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

Медицинскиот факултет во Скопје, основан во 1947 г., одигра клучна улога во развојот на македонската медицина и образованието на медицинските професионалци, подобрување на лошата здравствена состојба на населението и целокупниот ниво на развој на здравствениот систем и обезбедување на здравствена заштита на населението во Р. Македонија. Придонесот на првите лекари-наставници во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје, во периодот 1947-1960 г. и поаѓа, беше од суштинско и нејценливо големо значење.

Во рубриката „За првите доајени на Медицинскиот факултет во Скопје“, „Vox medicus“ ја продолжува традицијата за расветлување на историската улога и придонес на лекариите и други стичувајќи наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институтии, клиники и катедри во новоформираните Медицински факултети во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговото развој.

Медицинскиот факултет во Скопје, Македонскиот лекарско 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, особено 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 новата македонска национална историја.

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

ставени и завојувани страни – Централните сили (Германија, Австрија, Турција и Бугарија) и Антантата (Русија, В. Британија, Франција и др.). Исто така, била центар на пропагандата што ја воделе и претставниците на потиснатите југословенски народи од страна на Австро-Унгарија и од окупираната Србија, која во Женева имала српско новинарско биро со печатен орган и свој „конзул“, привремено detaширан од српската влада на островот Крф. Повеќе други политички организации и групации, и студентски друштва и клубови, од други земји и држави биле сместени во Женева и други градови во Швајцарија. Покрај југословенските академски друштва „Штросмаер“ и „Вила“, во 1915 г. било основано и „Академско друштво Македонија“, од петнаесетина студенти Македонци во Женева меѓу кои од Скопје, покрај Петар Здравев, биле и Леон Мелконијан и неговиот брат Арам (и двајцата Ерменци од Скопје). Сите тие се организирале со цел да го запознаваат јавно мислење со положбата на македонскиот народ и да го актуелизираат решавањето на македонското прашање пред Друштвото на народите. Политичка девиза на македонските студенти била „Македонија на Македонците“, како независна држава или во состав на балканска федерација, уредена како Швајцарија, со создавање на кантони.

Во 1918 г. Леон Мелконијан бил еден од иницијаторите и член на Иницијативниот одбор за обединување на македонските друштва на повеќе универзитети во Швајцарија (Женева, Цирих, Лозана) во Сојуз на македонските друштва за независна Македонија, кој по основањето бил предводен од Генерален совет (Conseil general des Societes macedonienne). За претседател на Советот бил избран д-р Анастас Коцарев, а зам. претседател Петар Здравев. Тие испраќале телеграми, апели, петиции и меморандуми до високи функционери во Друштвото на народите за да го актуелизираат прашањето за самостојност и независност на Македонија. Покренале и свое списание во Швајцарија „Македонска независност“ („L'Indépendance Macédonienne“), а објавувале пропагандно-политички и револуционерни ста-



Од лево седат: Доц. Леон Мелконијан и проф. Петар Здравев, со студенти од првата генерација на МФ-Скопје – од лево стојат: Теки Сулејман, Димитар Ивановски и Тодор Стојчевски, 1952 г.

тии и во весниците „Нација“ („Nation“), „Женевски весник“ („Journal de Genève“), „Лист“ („La Feuille“) и др., со барање за примена на правото за самоопределување и за создавање самостојна македонска држава. Формирале и соработувале со повеќе други весници, како „Автономна Македонија“, „Македонско сознание“, како и списанието на француски јазик „Македонски билтен за независност на Македонија“ („Bulletin macedonienne pour Macédoine indépendance“). Во ова списание објавувале статии и истакнати Швајцарци и симпатизери на македонскиот народ од други земји, меѓу кои и познатиот филантроп, социјалист, свештеник и писател, проф. Џорџ Дејвис Херон од САД.

Академското друштво „Македонија“ дејствувало и постоело до крајот на 1923 г., кога повеќето од неговите активни членови, по завршените студии и специјализации, се вратиле во своите родни краеви.

Лекар хуманист, наставник и едукатор

Леон Мелконијан започнал медицински студии на МФ во Женева, Швајцарија, на 11.11.1914 г. каде што во текот на студиите бил именуван како прв асис-

тент по анатомија. Првиот претклинички дел на студиите (Baccalaureat) го завршил на 27.4.1916 г., а дипломирал на 13.7.1918 г., кога успешно го положил завршниот стручен докторски испит со теоретски и практичен дел од повеќе предмети (педијатрија, хигиена, судска медицина, патолошка анатомија, интерна медицина, хирургија, гинекологија и акушерство, фармакологија и ОРЛ) и се стекнал со диплома „Доктор на медицина“ и право на лекарска пракса. Потоа продолжил да работи како надворешен асистент на Клиниката по хирургија при Универзитетската кантонална болница во Женева, од август 1918 до јули 1920 г. кога одбрал докторски труд и истовремено специјализирал општа и абдоминална хирургија. Потоа д-р Леон Мелконијан се вратил во Скопје и работел како хирург во Земската (Државна) болница во Скопје, во Одделението за хирургија на кое началник бил д-р Никола Гукниќ, а потоа познатиот македонски хирург д-р Панче Караџов. Тие двајца, исто така, заедно работеле во првите 4 месеци по формирањето на Одделението за хирургија во Битолската болница, во 1939 г. каде д-р Мелконијан продолжил да работи, и да живее со своето семејство во Битола, повеќе години.

При формирањето на МФ-Скопје, во

1947 г. д-р Леон Мелконијан бил избран за доцент по анатомија, како еден од првата група 19 наставници на МФ-Скопје. Хабилиитирал во 1956 г., а бил избран во повисоко наставно звање - вонреден професор во 1957 г.

Проф. Леон Мелконијан бил посветен наставник кој педантно и достоинствено, со љубов и желба на студентите да им се даде потребното знаење по анатомија, ја реализирал практичната настава со одржување на задолжителните колоквиуми по анатомија за студентите во прва година на студии, како и теоретската настава од областа на топографската анатомија за студентите од третиот семестар на студирањето. Во коректни и хармонични професионални односи и соработка со неговиот претпоставен, проф. д-р Зденко Крижан, заеднички го носеле големиот товар на теоретската и практичната настава по предметот анатомија, која во почетокот се реализирала во текот на првите четири семестри.

Придонес во развојот на Институтот за анатомија и на Катедрата за анатомија

Институтот за анатомија, по неговото основање, во 1947 г. бил сместен во три скромни простории во една стара барака во кругот на Земската болница. Најголемата просторија служела како предавална, вежбална и учебна сала, а помалите две простории служеле како остеолошка и дисекционо-препараторна лабораторија, цртална, збирка на препарати и за подготовка на предавања. Опременоста со најнеопходна апаратура, инструменти и нагледни помагала била недоволна.

Во 1948 г. Институтот за анатомија добил нов простор во новоизградениот објект на институтите на МФ-Скопје (цело крило на првиот кат и повеќе простории во сутеренот на зградата), опремен со две сали за дисекција, остеолошка и дисекционо-препараторна лабораторија, музејска просторија, вежбална, простории за приготвување на мацерирани препарати, инјицирање и чување на кадавери, библиотека, простории за наставници и помошен наставен кадар, ад-

министративни простории, магацински простор и др. Со овие проширени просторни можности и зголемување на бројот на работни места во салите за дисекција, Институтот можел оптимално да реализира практична настава за 120-140 студенти по медицина. Поради повеќе измени во наставните планови и програми, предметот анатомија за студентите по медицина во прво време е предаван во I, II, III и IV семестар, а потоа во I, II и III, односно I и II семестар. Покрај теоретската и практичната настава, предвидена во Статутот на МФ-Скопје, со студентите по медицина и стоматологија се одржувани и разни видови на дополнителна настава како колоквиуми, семинари, предиспитни вежби и консултации.

Институтот за анатомија служел и како наставна база на која се изведувала настава по апликативна, динамичка и функционална анатомија за студентите од Вишата школа за физичко воспитување во Скопје, а наставниот кадар повремено одржувал и настава по пластична анатомија во Школата за ликовна и применета уметност. Институтот служел и како институција во која стручно се усовршувале лекари-специјализанти по хирургија од областа на медико-хируш-

ката анатомија. Институтот, исто така, приготвувал остеолошки и други анатомски препарати.

Првиот шеф на Катедрата и директор на Институтот за анатомија, во периодот 1947-1957, бил проф. д-р Зденко Крижан. Во наставниот процес по предметот анатомија бил вклучен и доц. д-р Леон Мелконијан, од моментот на основање на Институт за анатомија во 1947 г., па сè до неговото пензионирање во 1958 г., почитувајќи го делокругот на работата што договорно бил утврден со шефот на Катедрата, проф. Крижан.

Учествувал во работата на повеќе органи и тела во МФ-Скопје, а задачите што ги добивал повремено од факултетската управа успешно и совесно ги извршувал.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Проф. Леон Мелконијан објавил околу 15 стручно-научни трудови од областа на анатомијата и хируршката казуистика, поврзувајќи ја успешно теријата со практиката, со посебно значење на трудовите во кои се прикажуваат многу ретки наоди. Тоа имало значење во анатомијата за добивање точен увид во зачестеноста на атопичните форми, особено



Седница на ННС при МФ-Скопје, март 1958 г. Од лево, прв ред: Леон Мелконијан, Божидар Никетиќ, Трпе Јаковлевски и Ружа Вернер. Втор ред: Боро Шекерински, Ремон Рубен, Александар Андреевски и Страхил Нацев



Леон Мелконијан и внукот Лео Долезил, Скопје 15.3.1956 г.

што трудовите биле базирани на пообемни обдукциони материјали. Во оваа смисла авторот ги обработил екстрахепатичните жолчни патишта, прекубројните ренални артерии и радио-улнарните лигаменти. Во хирургијата објавените ретки анатомски и клинички случаи ги предупредувале хирурзите - практичари на таквите можности и опасностите за оперативната работа што се кријат во разните форми на абнормалности на реналните артерии. Сознанијата и искуствата од својата работа ги презентирал на повеќе стручни собири во земјата на Здружението на анатомите на Југославија и во странство. Проф. Мелконијан ги воведувал студентите и во методите на научно-истражувачката работа во областа на анатомијата и морфологијата и ср-

цевата васкуларизација, интракранијалниот венски крвоток, кожниот релјеф на дланката, статиката на карличните органи и др., и во подготвувањето самостојни стручни трудови за презентирање на стручни собири и објавување во зборници и во домашни и странски реномирани списанија.

Спомени и признанија

Проф. Леон Мелконијан произлегува од ерменско патријархално земјоделско/трговско семејство во кое од најрана возраст бил воспитуван кон добродетелство, чесност и трудољубивост. Покрај тие доблести се одликувал и со смиреност и ведрина во духот, добронамерност и коректност кон секого, според исказувањата и скромните записи на повеќе негови соработници, помлади колеги и студенти. Секогаш бил трпелив и внимателен, наоѓал правилен однос, како кон студентите така и кон лицата со кои бил во службен контакт независно од неговата положба во однос на нив во службената хиерархија. Бил познат и како „докторот со шешир во пајтон“ бидејќи бил меѓу ретките наставници на МФ-Скопје кој за доаѓање и одење од работа како превозно средство користел пајтон.

Проф. Леон Мелконијан ќе остане во колективната меморија во нашата средина како еден од првите двајца наставници во Институтот за анатомија и пионер кој придонел во неговото организацио-

оформување, опремување и развој во првите 10-тина години по основањето на МФ-Скопје.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Антевски Д. Просторни услови на МФ-Скопје во периодот 1947-1953. Во: Никодијевиќ Б, Антова Н, Шумковски М, уредници. Алманах на Првата генерација студенти на МФ-Скопје 1947-1953. МФ при УКИМ-Скопје 1997: 20-4
2. Donev D, Polenakovic M. Contributions of the doctors from Macedonia to the establishment and initial development of the FM-Skopje, R. Macedonia. Prilozi-Contributions, MASA 2012;33(2): 239-77. Available at: http://www.manu.edu.mk/prilozi/2012_2/20d.pdf
3. Жантева-Наумоска М. Димитријевски М, Георгиевска-Исмаил Љ, Малеска-Ивановска В, Спасовски М, Димитров Г, и др. МФ-Скопје 1947-2007 (Документи). УКИМ, МФ-Скопје, 1997: 201.
4. Јанкуловски Н, Димитријевски М, Алабаковска С, Јованова-Вијачева Л, Нелоски Г, уредници. Декани на Медицинскиот факултет-Скопје 1947-2012. МФ-Скопје, 2015: 173.
5. Крижан З, Мелконијан Л. Институт за анатомија. Во: Садикарио А, уредник. Годишен зборник на МФ-Скопје – 20 години на МФ-Скопје 1947-1967. МФ-Скопје, 1968; XIV: 65-7.
6. Крижан З, Ставридис С, рецензенти. Реферат за преизбор на доцент по предметот анатомија (Леон Мелкониан) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 1, мај 1957: 21-9.
7. Крижан З, Миовски Д, рецензенти. Реферат за избор на вонреден професор по предметот анатомија (Леон Мелкониан) на МФ-Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 5, август 1957: 106-14.
8. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, Чапароски Р, Главаш Е. Развој на институциите во рамките на МФ-Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. МФ-Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.
9. Лапе Љ. Македонската интелигенција во Швајцарија во времето на Париската мировна конференција. МАНУ-Скопје, 2010:328.
10. Ристовски Б, Гл. и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел II. МАНУ, Скопје, 2009: 937.
11. Université de Genève, Faculté de Médecine. Diplôme de Docteur en Médecine Monsieur Léon Melkonian. Université de Genève, Archives Section de la Faculté de Médecine, Genève, 22 mai 1920.



Проф. Леон Мелконијан (прв од лево) како прв сведок (кум) при склучувањето на бракот на Лилјана и д-р Павле Филјански, во Скопје на 12.9.1965 г.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 29, јуни 2016 година

**ПРИДОНЕСОТ НА Д-Р ЕЛЕНА КАВАЕВА - ЕТИНГЕР
ЗА РАЗВОЈОТ НА ЗДРАВСТВОТО ВО МАКЕДОНИЈА**

Габриела ТОПУЗОВСКА, Лидија ЃУРКОВСКА

РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

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

Рецензија или евалуација од колеги-експерти е процес на подложување на труд, испражување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да направат нејспирасна рецензија. Одлучајќи дали манускриптиот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува единствено на сисанието врз основа на мислењето на еден или повеќе рецензенти. Овој процес треба да ги охрабри и поттикне авторите да се придржуваат на прифатените стандарди на нивната дисциплина и да сиречи дисеминација на релевантни наоди, неопткреени тврдења, неифајливи интерпретации и лични видувања. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудите кои иледираат на оригиналност треба да се придржуваат на приносавките на добра клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научно испражување и за сиекување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (нежајивна) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажанието појуси и на нив гледаат како на можност да го унапрегат своето знаење и да ја зголемат веројатноста за објавување на своите трудови, други се обесхрабруваат и се илашат дури и да се обидат да испрајат труд за објавување, а ирејти, се озорчени, лути, навредени.

Се разбира, секој има право да не се согласи со мислењето на рецензентот или на единствено, и доколку усее да го образложи и да го поткрепи својот став со релевантни докази, ќе придонесе за подобрување на квалитетот на рецензирањето. Иако рецензирањето има многу недосајатоци (најчесто се споменува бавноста), сепак, на него треба да се гледа како на чувар на профилот на едно сисание, унапрегвач на квалитетот и училел за стандардите за публикување на научно-научни трудови.

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 92 од септември 2016 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 август 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.

Придонесот на д-р Елена Каваева - Етингер за развојот на здравството во Македонија

Габриела Топузовска, Лидија Ѓурковска

ЈНУ-Институт за национална историја, Скопје

АПСТРАКТ

Детскиот диспансер и познатата „Маларична“ станица во Охрид се само две карактеристики кои го одбележуваат придонесот на д-р Елена Каваева-Етингер за македонската медицина. Историјата на здравството, а особено развојот на медицината се неисцрпни теми за објавување, па затоа во оваа прилика сакаме да ја прикажеме и работата и активнос-та на д-р Елена Каваева-Етингер, кои се поврзуваат со периодот меѓу двете светски војни, Втората светска војна и повоениот период во Македонија.

Д-р Елена Каваева-Етингер, важи за еден од основоположниците на здравствената заштита во Охридско-струшкиот регион. Таа е основачот на „Маларична“, а во 1947 година станува шеф на првиот Детски диспансер во Охрид.

Д-р Елена, речиси половина век од својот живот го посветила и се грижела за здравјето на луѓето, а особено на децата и притоа спасила многу животи. Периодот во којшто активно работела е период кога царуваат најразлични заразни болести, како и епидемии на маларија, стомачен тифус и колера. Исто така, тоа е период кога е забележано драстично опаѓање и намалување на бројот на населението во подрачјето на вардарскиот дел на Македонија.

Неспорни се заслугите на д-р Елена за ширење на превентивните мерки и лекување на заболението во Охридско-струшкиот регион.

Клучни зборови: д-р Елена Каваева-Етингер, заразни болести, епидемии, здравство, Македонија

ЗДРАВСТВЕНИ ПРИЛИКИ ВО МАКЕДОНИЈА

Новоформираната држава на Србите, Хрватите и Словенците ја започнува својата нова развојна етапа носејќи го притоа епитетот на аграрно општество со видна културна, просветна и здравствена заостанатост. Поделбата на Македонија меѓу балканските држави⁽⁴⁾ го влошила и онака слабиот и кревок стопански развој и напредок на земјата. Бедата и сиромаштијата, незадоволителното ниво на хигиенски услови биле неизбежно секојдневје на осиромашеното и истоштено население. Тешките услови за живот, неисправ-

ната вода за пиење, слабата исхрана, биле причина повеќе за појава на епидемиите кои земале безброј човечки животи. Во земјата владееле големите сипаници, маларијата го земала својот данок од околу 200.000⁽¹⁾ луѓе годишно, додека детската смртност и туберкулозата уште повеќе ја зголему-вале загриженоста и паничноста кај населението.

Во бановините на Кралството се чувствувале големи нееднаквости во различни сфери на живеење, па и во здравствената. Во поголемите и поразвиени бановини се чувствувала поголема здравствена култура, додека за другите била карактеристична затвореноста и заостанатоста кадешто голема улога во лекувањето на населението имала народната медицина и надрилекарството.⁽⁵⁾

Во тој период во Кралството бил карактеристичен трипартитниот систем на организирање на здравствената служба што подразбирало дека: своите здравствени потреби населението ги добивало со користење на лекарските услуги од лекарите кои спроведувале приватна практика, преку користење на социјално осигурување во рамките на здравствената дејност и преку јавната и државната здравствена служба.⁽⁵⁾

Abstract

Children's Dispensary and famous „Malaria“-station in Ohrid are only two characteristics which mark the contribution of Dr. Elena Kavaev-Etinger for Macedonian medicine. The history of health, particularly the development of medicine inexhaustible topics for publication, because on this occasion we want to show the work and activities of Dr. Elena Kavaev-Etinger, which relate to the period between the two world wars, World War II the postwar period in Macedonia.

Dr. Elena Kavaev Ettinger, is one of the founders of health care in the Ohrid-Struga region. Dr. Kavaev is the founder of „Malaria“, and in 1947, she became head of the first children's Dispensary in Ohrid. Dr. Elena, nearly a half-century of her life devoted and caring for people's health, especially for children and thereby saved many lives. Also, it is a period when was dramatic decline and depopulation of the population in the region of river Vardar in Macedonia.

Is unquestionable merits of Dr. Elena for disseminating preventive measures and treatment of patients in Ohrid and Struga region.

Keywords: Dr. Elena Kavaev Ettinger, infectious diseases, epidemics, public health, Macedonia

Бројот на здравствените установи бил многу мал, а тие биле претежно распоредени во градовите и/или поголемите и поразвиени села. Тоа бил период кога во Македонија пристигнувале млади лекари и фармацевти со завршени медицински студии во странство, кои веднаш се впуштале во борбата против заразните болести (маларија, тифус, колера)⁽⁴⁾, бидејќи здравствените и медицинските проблеми биле составен дел од општествените и економските појави и промени. Значителен бил бројот на новоотворените школки диспанзери, антитуберкулозни диспанзери, како и бактериолошко-епидемиолошки станици. Во една таква маларична станица работела и д-р Елена Каваева-Етингер.

Д-Р ЕЛЕНА КАВАЕВА-ЕТИНГЕР, БИОГРАФСКИ ПОДАТОЦИ

Исклучителна жена-хуманист, која придружувајќи го својот сопруг д-р Владимир Каваев, ги напушта високите општествени позиции во Русија и доаѓа на овие простори за да му биде од полза на обичниот човек.

Елена Каваева-Етингер, е родена на 16 март 1893 година во гратчето Ченстокхов, во близината на Варшава, Република Полска, од мајка Регина Глогоска и татко Јосиф Етингер. Нејзиниот татко бил инженер по хемија и шумарство и познат фабрикант и сопственик на фабриката “Папирања”⁽³⁾ - фабрика за хартија.

Основно и средно образование Елена завршува во родното место, а подоцна заминува кај својот брат во Швајцарија, за кој вели “... Брат ми Адам, повозрасен од мене, уште во студентските дни се занимавал со напредни револуционерни активности, па уште во почетокот на векот беше протеран од родниот крај од страна на тогашните руски власти и тој замина во Берн. Таму студираше, а подоцна стана професор на Правниот факултет. Јас преку летото, уште од најмали нозе го посетував неговото семејство, а подоцна се школував во Берн.....”⁽²⁾

Во 1908 година Елена со нејзиниот брат заминала во Берлин, Германија, каде што и ги завршила медицинските студии, при што на 12 август 1913 година ја одбрала својата дипломска теза под наслов: “Една ретка комбинација на вазомоторна и трофична невроза”,⁽³⁾ по што и била издадена диплома “ДОКТОР ПО МЕДИЦИНА”.

Нејзиниот пат продолжува во Градската болница во Берлин, каде што останува една година, по што во 1914 година заминува во Санкт Петербург, за што во сеќавањата на д-р Елена стои “....Отидов во Санкт Петербург да полагам државен испит за да можам да работам низ Русија, како руски државјанин, па пак назад во Берлин, каде што не затекна и почетокот на Првата светска војна. Беше страшно. Период на мобилизација, јас без работа, брат ми и снаа ми со мали професорски плати, границите се затворија, материјалната помош од татко ни’ не пристига, стана просто невозможен животот за руски емигранти. Со помош на пријатели сè се надминува, најдов работа како придружничка доктор на еден

руски генерал во поодминати години. Тој бил затечен на бањско лекување во околината на Берлин, а како кум на царот Николај Романов, бил трампан за германски високи офицери или, генерали. И јас тргнувам со него, почетокот на јануари 1915 преку Балтикот, па Шведска, замрзнатата Финска и накрај во Петроград, односно се уште тогаш беше Санкт Петербург. Таму, пак без работа. Талкам, лутам две недели, само на вода топла и сув лебец. Конечно, работа на структурата, лекар во 169 Воена болница...”⁽²⁾

Тоа е период кога на д-р Елена и се признаваат сите права како лекар од страна на Обединетиот комитет и сојузот на Црвениот крст, за што го добива и своето прво одликување “Орден на Црвениот крст”.⁽³⁾

Таму д-р Елена го среќава својот животен сопатник, стружанаецот д-р Владимир Каваев, човекот со богата и интересна животна историја. За време на Октомвриската револуција, во извонредно тешки услови, во недостаток на кадри и потребни средства и материјали, младите сопружници ја исполнуваат задачата за организирање на дури триесет санитетски болнички пунктови низ градот.⁽⁴⁾ Д-р Елена, како стара познаничка на Ленин, го претставува својот сопруг пред Ленин и пред неговите соработници. Посветеноста, самопожртвуваноста и хуманоста го направила нивниот дом во Петроград собиралиште на мигранти од Македонија и балканските простори, а д-р Каваев станува претседател на првото здружение на Јужните Словени во Петроград,⁽⁴⁾ за спас на илјадници луѓе. “....Петиција од 5.000 потписи бара Владо мој да биде конзул за сите Јужни Словени, море за сите Балканци и Грци и сите. Ленин се сложи, Владо нема каде.

Владо да не извлечи како Мојсеј Евреите, запнаа, а ние, малку ли ни беа нашите лекарски обврски, ама и Владо како да го влечи носталгија за родниот крај”⁽²⁾, стои во сеќавањата на д-р Елена Каваева.

ЗДРАВСТВЕНАТА ДЕЈНОСТ НА КАВАЕВИ ВО МАКЕДОНИЈА

По враќањето во родниот крај, нивната хуманост започнува во Струга, која во тоа време била место со извонредно тешки и несоодветни услови за живот. Поради недостатокот на вода за пиење (освен речната од Црн Дрим), во градот царувале маларијата и црвениот тифус. Заради намалување на големата стапка на смртност, двојката се зафатила со изградба на антималярична станица, која со помош на “...малку владата, малку татко ми Јузеф помогна со пари....”⁽²⁾, започнале со исушување на блатото, мочуриштата (легалата на комарците), искоренување на примитивизмот, отворање на првите јавни бањи, перални, бидејќи како што вели во своите сеќавања д-р Елена “...што да ви кажам, тоа беа години во кои преку зимата во малката Струга имаше и по 400 случаи на заболени од ендемичен тифус”.⁽²⁾

Поради недостатокот на лекари во Албанија, Елена започнува активности за вршење на здравствена дејност и на албанската територија. Но, за тоа биле потребни посебни доз-

воли и посебна проверка на знаењето пред почесната Комисија од турски доктори, кои и издаваат решение за вршење на приватна лекарска практика, потпишано од министерот за здравство на Албанија⁽³⁾, и покрај тоа како што раскажувала д-р Елена „...имав веќе специјализирано во Берлин....”⁽²⁾.

Набргу по преселбата во Охрид, д-р Елена останува вдо-вица, и таму ја дочекува Втората светска војна. Тоа е уште еден тежок период во животот и работата на д-р Каваева. Она што д-р Елена го правела за Охрид и охридани, како и за луѓето во регионот, никогаш не било заборавено. Нејзината девиза гласела „...зедов обврска да лекувам болни, народ, а не да печалам пари...”⁽²⁾. Подоцна, кога д-р Елена добива забрана за вршење на приватната здравствена дејност од страна на бугарските власти и кога заедно со својата ќерка Регина се нашле на списокот за депортација, сите оние луѓе кои многу верувале во искреноста и хуманоста на својата докторка, ја однеле петицијата за нејзиното ослободување директно во Софија и таа му била предадена на царот Борис.

АКТИВНОСТА НА Д-Р ЕЛЕНА КАВАЕВА ВО ПОВОЕНИОТ ПЕРИОД

По ослободувањето, д-р Елена Каваева од новата народна власт добила работна дозвола, под реден број 4480, за работа како специјалист по детски болести.⁽³⁾ Нејзината работа понатаму продолжува во маларичната болница, каде што биле лекувани заболениите од тифус.

Под нејзино раковоство успешно работел и Детскиот диспансер во Охрид, а љубовта и грижата кон децата и биле секогаш во преден план. Нејзините големи залагања ја водат до позиција да го води и првиот Родилен дом во Охрид, со нејзина огромна заложба бил формиран и Центарот за заштита на деца и мајки во Охрид, а подоцна формирала и Советувалиште за трудници. Во соработка со Црвениот крст и УНИЦЕФ, д-р Елена издејствувала огромна помош за градот, како облека, храна, средства за хигиена, играчки, а под нејзина контрола и надзор работела и детската градинка во Охрид. Во својата повеќедецениска работа, оваа исклучителна жена оставила голем печат во мекедонското здравство, а своето огромно искуство несебично го пренесувала на младите генерации.

Покрај многубројните активности кои ги изведувала д-р Елена Каваева, ќе издвоиме дел кои ја обележуваат нејзината работа. На 10 ноември 1960 година била назначена за шеф на Центарот за заштита на мајки и деца. Во 1961 година се стекнала со звањето „Здравствен советник од I ред”, а 1964 година е назначена за началник на Детскиот диспансер, каде што останува се до 1966 година, кога и се пензионира.⁽³⁾

Пензионерските денови на д-р Елена биле, исто така, исполнети со многубројни активности и ангажмани. Таа дала свој голем придонес во развојот и работата на Институтот за работничкото движење во Белград каде што имала добра соработка со д-р Перо Дамјановиќ, тогашен директор.

За својата долгогодишна и хумана работа била одликувана

со: Орден од Црвениот крст на СССР, Орден за заслуга за народ, Орден за труд, Орден за воени и цивилни заслуги, Ноемвриска награда на град Охрид за животинско дело, Златна плакета на Црвениот крст на Југославија и многу други.⁽³⁾

Жената, борец, хуманист и лекар, Елена Каваева-Етингер, почина на 3 февруари 1983 година. Таа цели шеесет години со огромна несебичност и пожртвуваност се посвети на грижата и здравјето на народот од својата втора татковина Македонија.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Брезјанин Ристо. Историја на здравствената култура во Македонија, монографија во ракопис. Институт за национална историја, Скопје, 1966: 192.
2. Д-р Кавај Радмила, Д-р Елена Етингер Каваева, Амакпрес 115, 7/29/2011, (<http://vitamini-minerali.weebly.com>) (пристапено на 15.12.2015).
3. Ковачески Стојан, Димитријевски Марјан. „Д-р Владимир и Д-р Елена Каваеви“, Центар за култура „Браќа Миладиновци“ - Струга, Струга, 2010: 80-8.
4. Николовски Боро. Прилози за историјата на здравствената култура на Македонија. Македонско фармацевтско друштво, Скопје, 1995: 231-64.
5. Петрановиќ Бранко. „Социјално економска основа нове државе-Краљевина Југославија 1914-1941”, у: Историја Југославије 1918-1988, главен и одговорен уредник Симон Симоновиќ, Прва книга, Београд, 2012: 28. http://www.znaci.net/00001/93_3.pdf (пристапено на 16.12.2015).



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk



**ЛЕКАРСКА
КОМОРА**
на Македонија

lkm.org.mk
lkm@lkm.org.mk

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

Трудови во списание: Стандарден труд во списание (набројување на сите автори, но ако бројот надминува шест, напишете ги имињата на првите три автори и додајте „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 еднопруго 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 та-

белата. Секоја табела треба да биде цитирана во текстот.

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

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

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

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

НАПОМЕНА

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

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

ИЗВОРСКА ЛАСЕРСКО ОЗНАЧУВАЊЕ



ЗА ПРВ
ПАТ ВО
МАКЕДОНИЈА!

ЕКО

ЗА ОДМОР БЕЗ ПРОБЛЕМ - НЕ ОДЕТЕ БЕЗ **СИНОПЕН**

Synopen®



против АЛЕРГИСКИ РЕАКЦИИ НА КОЖА и КАСНУВАЊЕ ОД ИНСЕКТИ.

со СМИРУВАЧКО и БРЗО ДЕЈСТВО (5-10 минути од примената).



 **PLIVA**
Членка на групацијата Teva

04-15-SIN-01-NO/04-15/04-17

Пред употреба внимателно да се прочита упатството! За индикациите, ризикот од употреба и несаканите дејства, консултирајте се со Вашиот лекар или фармацевт.