

година XXV • број 95 • јуни 2017



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 овозможи:



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 еднократна 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 толерибилност, 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 супкутантно и не смее да се дава интравенски или интравенскуло. 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 лесно или умерено ренално оштетување (креатинин клиренс 60 - 90 ml/min и 30-59 ml/min соодветно). Victoza® не се препорачува за употреба 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 дијагноза 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 примаат 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 пациенти 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 наузеа, 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, Ehtay A, Wan Babakar 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-288/02-06/2017

Овој материјал е наменет само за здравствени работници

VICTOZA®
liraglutide инјекција



ПОДГОТВЕН
ЗА ПОБЕДА



Споредна фотографија. Лицејно користење е дозволено.

Ropuido

rosuvastatin

филм-обложени таблети од 5 mg, 10 mg, 20 mg и од 40 mg



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Зграбјето ѝ пред сè

www.alkaloid.com.mk

- 8 | **Собрание на ЛКМ**
Претседател д-р Калина Гривчева – Старделова,
а д-р Илбер Бесими заменик на претседателот
- 14 | **Разговор со претседателката на ЛКМ**
Деполитизација, департизација и професионализа-
ција за враќање на достоинството на лекарите
- 16 | **Д-р Арбен Таравари, министер за здравство**
Ќе имаме задоволни пациенти
кога ќе имаме и задоволни лекари
- 18 | **Регулатива**
Централен систем за електронска евиденција
на работното време и контрола на пристап
во јавните установи
- 20 | **Ендокринологија**
Предности во лекувањето на шеќерната болест
кај децата и адолесцентите со примена на
инсулинот со ултрадолго дејство – “деглудек”
- 24 | **Превентива**
Примарната вакцинација со благ пораст
во опфатот, исклучок – МРП вакцината
- 28 | **Современа медицина**
Од МБД имаат корист
и лекарот и пациентот и системот
- 32 | **Хематологија**
GAZYVA нова надеж за пациентите со хронична
лимфоцитна леукемија и не-Хочкинов лимфом
- 36 | **Историја - Д-р Симеон Иван Могилевски**
Лекар со европски дипломи кој
се втемели во кочанското здравство
- 40 | **Истражувања**
Откриен нов антибиотик,
ефикасен против резистентните бактерии
- 42 | **Регион**
Хрватска ја напуштиле 551 лекар
Црна Гора - Неефикасен систем, медицинскиот
персонал нерамноправно оптоварен
Во Србија до крајот на годинава ќе бидат
вработени 2.010 лекари, сестри и техничари
- 48 | **Спорт**
Тенис: На влажните терени истрчаа 26 доктори
Докторите покажаа исклучителна
прецизност во „Стрелец“
Пинг – понг: Нолевски го надигра
неприкосновениот Каревски
- 48 | **Доајени**
Милое ВИДАКОВИЌ, професор и прв директор
на Институтот за физиологија
Милутин НЕШКОВИЌ, професор и раководител
на Институтот и Катедрата за физиологија

Прилог: Стручни и научни трудови

00488 | **И. Караџозов, Б. Димитров, Б. Попова,
Н. Нинова - Јанкова**

CO2-ласерска вапоризација кај CIN III на
грлото на матката-параметри на деструк-
ција и клинички резултати

Богата агенда со предизвици

Пред Лекарската комора на Македонија во претседателскиот период ќе има богата агенда на активности и обврски, барем ако се суди според најавите на новото раководство предводено од претседателката, доц.д-р Калина Гривчева - Ситарелова и заменик на претседателот, д-р Илберт Бесими.

Ако среѓувањето на работите започнува од дома, тогаш тоа, секако, ќе бидат измени на Статутиот на Комората и другите акти за нејзино функционирање, како и за враќање на дигиталноста на докторите. Се разбира, приоритетот е наметнување на Комората како висшinski партнер во креирањето на здравствениот политички, односно активирање на територијата во која треба да функционираат Комората, Министерството за здравство и Фондот за здравствено осигурување. Голем дел од активностите во оваа насока ќе треба да се одработат во соработка во Министерството. Тоа, пред се, се однесува на најавените промени во истражувањето на учениците, системот "Мој термин", специјализациите, интермедијарните услуги за студентите и специјализациите и организациите во системот...Ниту лесно, а уште помалку едноставна агенда.

Со својот капацитет, кадровски и стручен потенцијал, Комората може да даде придонес и веруваме дека ќе добие висшinska можност за реализација на системот во кој ќе има задоволни пациенти и задоволни лекари. Едношто без друго, се разбира, не е можно. А тоа подразбира многу работа, знаења и пожртвуваност. Во функција на оваа агенда ќе настојуваме да бидат и содржините на "Vox medici" со својата актуелност. Секако, од работата на Комората, преку актуелните прашања за и околу здравството и лекарите, најновите dostignuvanja во медицината.....

Со почин,

Vox medici

ИМПРЕСУМ

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

ИЗДАВАЧ

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

e-mail:

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

ЗА ИЗДАВАЧОТ

Доц. д-р Калина Гривчева – Старделова

ИЗДАВАЧКИ СОВЕТ

д-р Калина Гривчева – Старделова
д-р Илбер Бесими
д-р Игор Дабески
д-р Иљир Шурлани
д-р Никола Граматниковски
д-р Мевлудин Куч,
д-р Илберт Адеми,
д-р Мухамед Асани,
д-р Душко Темелков,
д-р Тодор Кичуков,
д-р Алберт Леши,
д-р Гордана Божиновска - Беака,
д-р Аргент Муча
д-р Дениел Поповски

УРЕДНИК

Ристе Недановски

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Октај Омерагиќ

ЛЕКТОР

Живко Мартиновски

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ

ISSN 1409-8865



ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Македонија



Крка, доверлив партнер во третманот на дислипидемија со клинички докажани статини (1,2,3)



ATORIS®

Филм-обложени таблети од
10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg и 80 mg

atorvastatin

Свезда меѓу статините

- ★ 15 години ЗАЕДНО (4)
- ★ Прв генерички аторвастатин во Македонија (4)
- ★ Водечки статин* во Европа (5)

* Водечки статин се однесува на продажба во вредност и кутии во земјите од централна, источна и југоисточна Европа

Roswera®

rosuvastatin
таблети од 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg и 40 mg

За кардиоваскуларна превенција

- Прв генерички росувастатин во Македонија (6)
- Росвера е најпрепорачуван росувастатин во Европа* (5)

* централна, источна и југоисточна Европа



Референци:

1. Data on file, Krka, d.d., Novo mesto, Slovenia, 2017. 2. Brus S. Clinical evidence of the efficacy of Krka's rosuvastatin in the treatment of hyperlipidemia with focus on additional doses. Krka Med Farm 2014; 26 (38): 62-71. 3. Hodnik I. Clinical studies with Krka's atorvastatin in the management of patients with hyperlipidemia. Krka Med Farm 2014; 26 (38): 52-60. 4. Atoris (atorvastatin, 10 mg) Marketing Authorisation No: 15-8068/02, Atoris (atorvastatin, 20 mg) Marketing Authorisation No: 15-8069/02, Macedonia. 5. ePharma Market, IMS Health, MEDICUBE, PHARMSTANDARD, Pharma ZOOM, INTELLIX, Cegedim 1-6 2016. 6. Roswera (rosuvastatin, 5 mg) Marketing Authorisation No: 15-7296/10, Roswera (rosuvastatin, 10 mg) Marketing Authorisation No: 15-7298/10, Roswera (rosuvastatin, 20 mg) Marketing Authorisation No: 15-7299/10, Roswera (rosuvastatin, 40 mg) Marketing Authorisation No: 15-7300/10, Macedonia.



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.

Претседател д-р Калина Гривчева д-р Илбер Бесими заменик на прет



Доцент д-р Калина Гривчева – Старделова од Универзитетската клиника за гастроентерохепатологија во Скопје е нов претседател на Лекарската комора на Македонија (ЛКМ), а д-р Илбер Бесими од Клиниката болница во Тетово е заменик на претседателот на оваа професионална асоцијација со јавни овластувања.

Делегатите на Собранието на Комората на седницата одржана на 23 мај 2017 година, гласаа за изборот на органите и телата на ЛКМ. За д-р Гривчева – Старделова и д-р Бесими гласаа 40 од 66 присутни делегати. Д-р Ленче Нелоска, директор на Геронтолошкиот завод “13 ноември” – Скопје и досегашен потпретседател на ЛКМ и д-р Идриз Орана, добија 24 гласа. Две гласачки ливчиња беа неважечки. Гласањето беше тајно согласно оредбите на Статутот на Комората.

- Ќе работиме да добиеме подобра Лекарска комора, Комора со која колегите ќе се гордеат. Приоритет ќе биде промена на Статутот на Комората, како и работата на терен со колегите, се со цел што подобро да се разберат нивните проблеми. Притоа, секое мислење или предлог

ќе бидат добредојдени, изјави непосредно по изборот, претседателката д-р Гривчева-Старделова.

Според заменик на претседателот д-р Бесими, активностите ќе бидат насочени кон враќање на достоинството на лекарите и местото што тие го заслужуваат во општеството.

Делегатите на Собранието на седницата одлучија во два општински одбор - Кисела вода – приватни и Тетово 2 да се одржат нови избори.

Членовите на Собранието избраа тројца потпретседатели на Комората, како и Извршен и Надзорен одбор на ЛКМ. За потпретседатели со мнозинство гласови од вкупниот број членови на Собранието се избрани д-р Игор Дабески (примарна здравствена заштита), д-р Иљир Шурлани (специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита) и д-р Никола Граматниковски (терцијарно здравство).

За членови на новиот Извршен одбор се избрани д-р Мевлудин Куч, д-р Илберт Адеми, д-р Мухамед Асани, д-р Душко Темелков, д-р Тодор Кичуков, д-р Алберт Леша, д-р Гордана Божиновска - Беака, д-р Арѓент Муча и д-р Дениел Поповски. Надзорниот одбор го сочинуваат д-р Лидија Икономовска, д-р Ѓорѓи Јота, д-р Љупчо Костески, д-р Ѓулша Ејуб и д-р Снежана Захаријева.

Со седницата претседаваше претседателот на Собранието, д-р Џабир Бајрами, кој беше избран на оваа функција на Конститутивната седница на Собранието што се одржа на 11 мај 2017 година во Скопје. На таа седница беше избрана Верификациона комисија која изврши верификација на мандатите на членовите на Собранието и на членовите на одборите на лекари.

Седницата на моменти имаше тензична атмосфера, беа неопходни паузи, се оспоруваше легитимитетот, се говореше за притисоци, а се направи и обид за нејзино прекинување. Дел од лекарите ја напуштија салата и го бојкотираа изборот. Работата формално “запна” околу верификацијата на мандатите на двајца делегати. Седницата, сепак, продолжи со одлука на мнозинство од вкупниот број на делегатите на Соб-

- Старделова, седателот

ранието. Се избра претседавач, највозрасниот делегат, д-р Исмаилаки Клења, и Собранието продолжи со работа.

Делегатите на Собранието на седницата не ги верификуваа мандатите на делегатите од ОО на ЛКМ Тетово 2 и ОО на ЛКМ Кисела Вода –приватни доктори поради тоа што предложените доктори имаат двојно вработување, односно работат во правни субјекти кои не припаѓаат на тие општински одбори. Во Одборот на лекари Тетово 2 докторот со најмногу гласови на изборите е вработен во Медицинскиот факултет во Тетово и во ИЗУ Институт за трансфузиона медицина. Слична е состојбата со докторот од Општинскиот одбор Кисела вода – приватни, кој е вработен во Црвен крст и е основач на ПЗУ во која работел пред да премине на новото работно место.

Врз основа на член 18 - а од Статутот на ЛКМ 20 потпишани делегати дадоа предлогот за претседател на Собранието на ЛКМ. За кандидат за претседател на Собранието на ЛКМ го предложија д-р Џабир Бајрами. Членовите на Собранието со 35 гласа “за” го прифатија предлогот и за претседател на Собранието на Лекарската комора на Македонија беше избран д-р Џабир Бајрами.

„Некои делегати го напуштија гласањето под страшен притисок на политиката и нивните газди. Многу е замешана политиката, но јас еве јавно ветувам додека сум на чело на Собранието ќе направам се политиката да биде надвор од него. Собранието и јас како претседател ќе бидеме отворени за сите доктори од сите краишта на Македонија и ветувам дека ќе бидеме на страната на докторите, не на политиката“, изјави д-р Бајрами.

Делегатите со 35 гласа “за” го прифатија предлогот и за потпретседатели на Собранието на ЛКМ ги избраа д-р Иле Стаменковски и д-р Љавдим Ибраими.

На посебна седница, Собранието, речиси едногласно, ги избра и другите органи и тела на Комората.

Vox medic

БИОГРАФИЈА

Доц. д-р Калина Гривчева - Старделова

(Универзитетска клиника за гастроентерохепатологија, Медицински факултет при УКИМ, Скопје)

Доцент д-р Калина Гривчева - Старделова е родена во 1963 година во Скопје. Средно образование заврши во Скопје, гимназија „Орце Николов“. Со високо образование се стекна на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св Кирил и Методиј“ (УКИМ) во 1987 година, каде што во 2006 година го одбрани јавниот труд.

Докторска дисертација ја одбрани 2014 година на Медицинскиот факултет при УКИМ со што се стекна со научниот степен Доктор на науки од областа гастроентерохепатологија. Активно се служи со англиски и српски јазик.

Научни, стручни, педагошки остварувања

Наставно-образовна дејност: Во рамките на наставно-образовната дејност на УКИМ, Медицински факултет, Катедра по интерна медицина, изведува вежби (настава, вежби, теренска настава, итн.) на студиските програми за медицинари, стоматолози, високи медицински сестри и логопеди.

Во 2009 е поканет предавач на семинар за „Воспалителни цревни заболувања“ на Медицинскиот факултет во Осиек, Р. Хрватска.

Од мај 2015 е избрана во наставно звање доцент.

Едукатор е и ментор на специјализанти по интерна медицина и гастроентерохепатологија.

Научноистражувачка дејност: Објавени 41 научни трудови од гастроентеролошката област, од кои 3 се во стручни списанија со импактфактор, 10 трудови во меѓународни научни списанија, 5 во меѓународни научни публикации и 24 трудови во зборници од научни собири. Еден е од авторите на Guidelines for Enteral and Parenteral Nutrition in IBD на Европското здружение за ентерална и парентерална исхрана, ESPEN, објавени во декември 2016, во Clinical Nutrition, публикација на Elsevier.

Автор е на поглавје за гастроентеропанкреатични неуроендокрини тумори во учебник за Интерна медицина, во фаза на печатење.

Учествува со презентации на национални и меѓународни конгреси.

Д-р Калина Гривчева Старделова има учествувано и во повеќе меѓународни научни проекти, а беше и национален координатор на еден таков проект.

Стручно-апликативна дејност и дејност од поширок интерес: Активно е вклучена во стручно-апликативната работа на Адриатик клуб за клиничка нутриција, во два наврати е организатор на базичните курсеви на Адриатик клубот во Охрид, учествува со предавања во работата на курсевите. Врши стручна настава и во рамките на работата на Здружението на матични доктори на Македонија. Оствари експертски активности со превод на поглавје на книгата: Oxford Handbook of Practical Drug Therapy: Duncan Ricards, Jeffrey Aronson, Chapter 1-Gastroenterology, 24-73, 2012.

Студиски престој во Белград, Универзитетска болница „Бежаниска коса“. Особена активност покажува во дејностите од поширок интерес. Активно е вклучена во работата на стручни комисији и работни групи при ЛКМ:

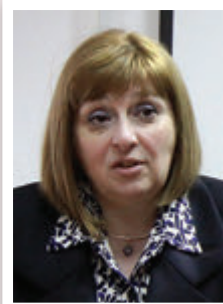
- Претседател на Општински одбор 2 при ЛКМ (2012 до 2016)
- Комисија за реформи во здравството
- Претседател на подкомисија за реформи во терцијарно здравство од (2012 до 2016)
- Работна група за подготвување на закон за докторска дејност

Член е на Уредувачиот одбор на: „Oficjalne pismo Polskiego Towarzystwa Zywienia Pozajelitowego i Dojelitowego“, од Полска, „Archives of Gastroenterohepatology“, од Србија, рецензент на 11 рецензии на „Clinical Nutrition & Clinical Nutrition ESPEN“, публикувано од Elsevier.

Претседател е на Македонското здружение за ентерална и парентерална исхрана.

Член е на Советот на Адриатик клуб за клиничка прехрана, советот на Европското здружение за ентерална и парентерална исхрана, како и член, претставник за Македонија во Националниот форум при Европското гастроентеролошко здружение.

Претседател е на Advisory board за неуроендокрини тумори во Клиничкиот кампус „Мајка Тереза“, Скопје.



БИОГРАФИЈА

Д-р Илбер Бесими

(Клиничка болница Тетово, Факултет за медицински науки,
Државен универзитет Тетово)



Д-р Илбер Бесими е роден во 1972 година во Тетово каде што заврши основно и средно образование.

- Медицински факултет при УКИМ, Скопје
- Специјализација по хирургија, Медицински факултет при УКИМ, Скопје,
- Супецијализација по трауматологија, Медицински факултет при УКИМ, Скопје,
- Докторски студии по трауматологија, Медицински универзитет Тирана, Албанија

Општествени и професионални активности: претседател на ОО на ЛКМ (2012 -2017), претседател на Комисијата за економско –социјални прашање на ЛКМ (2012 – 2017), член на Собрание на ЛКМ

(2012 -2017), претседател на Здружението на лекари Албанци –Тетово (2002-2006), член на Централно претседателство на Здружението на лекари Албанци (2006 – 2012), член на ИО на Црвен крст на Р.Македонија (2006 -2017), потпретседател на Здружението на хирурзи на Р.Македонија, (2009 – 2016), претседател на млади на Црвен крст –Тетово (1996 – 2000), член на ЕРЦ –Европа, координатор за ДРГ на Клиничка болница –Тетово, координатор за акредитација на Клиничка болница –Тетово, член на Второстепена комисија на ФЗОМ –Тетово, член на Комисија за туѓа нега на Клиничка болница-Тетово, претседател на Комисија за стручно усовршување на Клиничка болница-Тетово.

Д-р Игор Дабески,

**потпретседател за примарна
здравствена заштита**

(МБ „Медика“, Македонски Брод)

Д-р Игор Дабески е роден 1975 година во Прилеп. Основно и средно образование заврши во Македонски Брод. Медицински факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“, Скопје 1994 - 2002 година.

Специјализација по семејна медицина на Катедрата по семејна медицина при Медицинскиот факултет, Скопје заврши 2012 година.

Работно искуство:

- 2006-2007 година Здравствен дом, М. Брод (дежурна служба),
- од 2007 година основач и вработен во ПЗУ МБ „Медика“, Македонски Брод.

Активно членува во Лекарската комора на Македонија, Здружението на приватни лекари на Македонија, Црвен крст на Македонија.

Во ЛКМ активно учествува во работата на комисиите за приватно здравство од 2007 до 2012 година. Од 2012 до 2017 година е член на Собранието и Извршниот одбор на Комората.

Во Црвениот крст на Р.Македонија членува од 2008 година каде што е актуелен претставник во Собранието на Црвениот крст на Р.Македонија и истовремено е претседател на Општинската организација на Црвен крст на Р.Македонија во Македонски Брод.



д-р Иљир Шурлани,

**потпретседател за специјалистичко-консултативна
и болничка здравствена заштита**

(Специјална болница за гинекологија и акушерство – Чаир, Скопје)

Роден е во 1970 година во Скопје, каде завршил основно и средно образование. Дипломирал на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“, Скопје во 2005 година.

Завршил специјализација по гинекологија и акушерство во 2014 година. Вработен е во Специјалната болница по гинекологија и акушерство Чаир, Скопје.

Активно ги владее англискиот и турскиот јазик.





СУД НА ЧЕСТА

Претседател:

Д-р Зорица Манчевска-Трајчулска

Членови:

Д-р Рубенс Јовановиќ

Д-р Беким Татеши

Д-р Верица Поповска

Д-р Бурак Шабани

Д-р Милена Стефановиќ

Д-р Бедри Веби

Д-р Ристо Чоланчески

Д-р Лазо Новески

Д-р Арбен Аголи

Д-р Блерим Чупи

Д-р Агим Јакупи

Д-р Златко Јаковски

Д-р Снежана Георгиевска

Д-р Бесник Зекири

Судија:

Иван Цолев

Обвинител:

Д-р Фадиљ Малики

Заменици на обвинителот:

Д-р Вулнет Бектеши

Д-р Владимир Андреевски

Бранители:

Д-р Светлана Трифуновска

Д-р Вања Трајковска

Д-р Биљана Андоновска

Д-р Љуљзана Хоџа

Д-р Арбен Реџеџи

Д-р Зорица Јовановска

Д-р Нади Рустеми

Д-р Македонка Глигорова

Д-р Радица Маџоска

Д-р Аднан Џабири

КОМИСИЈА ЗА СТРУЧНИ ПРАШАЊА

Претседател:

Д-р Беким Исмаили

Членови:

Д-р Елизабета Стојовска-Јовановска

Д-р Иринка Сотирова - Бухова

Д-р Снежана Марковиќ-Темелкова

Д-р Оливер Каранфилски

КОМИСИЈА ЗА ЕТИЧКИ И ПРАВНИ ПРАШАЊА ПРИ ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

Претседател :

Д-р Весна Герасимовска

Членови:

Д-р Газменд Амзаи

Д-р Едип Шеџи

Д-р Сенавер Селими

Д-р Ѓоре Дервишов

Д-р Александар Мишев

Д-р Љупчо Арсовски

КОМИСИЈА ЗА ЕКОНОМСКО- СОЦИЈАЛНИ ПРАШАЊА

Претседател:

Д-р Јакуп Јакупи

Членови:

Д-р Бети Тодоровска,

Д-р Љупчо Николов

Д-р Јован Тодоровски

Д-р Томислав Цуцулоски



д-р Никола Грамаатниковски,

потпретседател за терцијарно здравство

(Универзитетска клиника за торакална и васкуларна хирургија, Медицински факултет при УКИМ, Скопје)

Роден во Скопје, 1969 година. Основното училиште завршува во ОУ „Кирил Пејчиновиќ“ – Скопје, средното во медицинското училиште МУЦ „д-р Панче Караџов“ – Скопје, медицинскиот факултет, 1995 год. на УКИМ – Скопје, специјализацијата по кардио и васкуларна хирургија, 2006 год. во ГАТА Военомедицинската академија во Анкара, Турција.

Одбранил специјалистичка дисертација од областа на кардиохирургијата 2006 год. во ГАТА Военомедицинската академија во Анкара, Турција. На Медицинскиот факултет 2011 год. УКИМ – Скопје, започнал докторски студии по клиничка медицина, васкуларна хирургија. Кариерата ја почнува во 1995 год. во ЦВЗУ Военна болница – Скопје, како граѓанско лице на служба во АРМ. Во 2002 год. го завршува курсот за офицери за служби при Воената академија во Скопје, во 2006 год. курсот за микрохирургија во ГАТА Военомедицинската академија во Анкара, Турција. Од 2007 год. е вработен на Универзитетската клиника за торакална и васкуларна хирургија во Скопје. Во 2014 год. е именуван за раководител на Одделот за интензивно лекување на Клиниката. Како лиценциран кардио-васкуларен хирург во повеќе странски држави, студиски и работно престојува Медикал Парк – Турција (2009 г), во Кардиоваскуларен центар, Универзитет Мичиген – САД (2012), а во 2013 и 2016 год. во Кардиолошкиот центар, Сабах Ал Ахмед – Кувајт.

Активно е вклучен во практичната настава – едукатор на студенти и специјализанти на Медицинскиот факултет, УКИМ – Скопје. Автор и коавтор на повеќе стручни трудови. Вршел стручен надзор од областа на кардио и васкуларната хирургија, вовел и изготвувал програми, елаборати за нови методи во васкуларната хирургија. Членува и бил претседател во повеќе стручни комитети, а во периодот 2014-2016 член е на комисијата на ЛКМ за следење реформи во здравствениот систем во групата за терцијарна здравствена заштита.



КОМИСИЈА ЗА ПРИВАТНО ЗДРАВСТВО

Претседател:

Д-р Мухарем Салиу

Членови:

Д-р Гафур Полиси

Д-р Марина Поп-Лазарова

Д-р Џенгис Јашар

Д-р Сашко Николовски

КОМИСИЈА ЗА СЛЕДЕЊЕ НА ПРОМЕНЕТЕ ВО ЗДРАВСТВЕНИОТ СИСТЕМ

Претседател:

Д-р Љубомир Стефановски

Членови:

Д-р Макбуле Елези,

Д-р Ирена Ефтимовска – Рогач,

Д-р Билјана Калчовска - Ивановска,

Д-р Беким Поцеста

КОМИСИЈА ЗА ДОДЕЛУВАЊЕ НА НАГРАДАТА „СВ. НАУМ ОХРИДСКИ“

Претседател:

Д-р Даница Монева - Поповиќ

Членови:

Д-р Лаура Златку

Д-р Ферит Муча

Д-р Јованка Алексова

Д-р Златко Лазаревски

КОМИСИЈА ЗА ИНФОРМАТИВНО - ПРОПАГАНДНА И ИЗДАВАЧКА ДЕЈНОСТ

Главен и одговорен Уредник на Vox medici:

Д-р Оливер Алексовски

Членови:

Д-р Ирфан Ахмети

Д-р Атила Реџеми

Д-р Владимир Аврамовски

Д-р Александар Димовски

КОМИСИЈА ЗА РУРАЛЕН РАЗВОЈ

Претседател:

Д-р Соња Мавродиева-Георгиевска

Членови:

Д-р Газменд Хаџити,

Д-р Емануела Белулоска

Д-р Мирјана Џинџиева

Д-р Дамир Тепшиќ

КОМИСИЈА ЗА СТРУЧЕН НАДЗОР

Претседател:

Д-р Илир Хасани

Членови:

Д-р Нагип Руфати

Д-р Ѓорѓи Дерибан

Д-р Панче Арсов

Д-р Билјана Ширгоска

КОМИСИЈА ЗА СПОРТСКИ АКТИВНОСТИ

Претседател:

Д-р Љупчо Милановски

Членови:

Д-р Њомза Љумани

Д-р Лулзим Јахоја

Д-р Жаклина Штерјова – Марковска

Д-р Африм Макалара

КОМИСИЈА ЗА СПЕЦИЈАЛИЗАЦИИ И МЛАДИ ДОКТОРИ

Претседател:

Д-р Пјатим Асани

Членови:

Д-р Марио Јовановски

Д-р Миралем Јукиќ

Д-р Елена Цветиновска

Д-р Билјана Додева

КОМИСИЈА ЗА УПРАВУВАЊЕ СО ФОНДОТ ЗА ЗАЕМНА ПОМОШ

Д-р Фатмир Меџити

Д-р Никола Ќулафковски

Д-р Соња Михаиловска

ПРИЗНАНИЈА Плакети од Медицинскиот факултет при УКИМ и од Фармацевтската комора

По повод големиот јубилеј, 70 години Медицински факултет при Универзитетот „Свети Кирил и Методиј“ во Скопје, Плакети за придонесот во развојот на високообразовната и научната дејност и за афирмација на Медицинскиот факултет, во земјата и во странство и беше доделена на Лекарската комора на Македонија. Вакво признание им беше доделено и на поранешните декани, на УКИМ, на Стоматолошки, Фармацевтски, Природноматематички, Филолошки и Филозофски факултет при УКИМ во Скопје, како и на Македонското лекарско друштво.

Во знак на признание и благодарност за придонесот во развојот и работата на Медицинскиот факултет, Благодарници

им беа доделени на сите пензионирани редовни професори во последните 10 години, на сите вработени редовни и вонредни професори и на трите студентски организации, а за постигнати одлични резултати во текот на студирањето за академската 2015/2016 година Пофалници добија петте најдобри студенти. Јубилејот беше одбележан на 17 март, годинава, во големата сала на “Холидеј ин” во Скопје со свечена Академија.

* * *

Во рамките на одбележувањето на 25 години од основањето, Плакети за успешна соработка на Лекарската комора на Македонија и додели Фармацевтската комора на Македонија. Плакетата на



претседателката на Комората, доц. д-р Калина Гривчева - Старделова и ја врач претседателката на Фармацевтската комора, проф. д-р Бистра Ангеловска, на свечениот собир што се одржа во Скопје на 25.5.2017 година.

Theresienöl

БИЛНА ЛЕКОВИТА МАСТ

ПРВА ПОМОШ

ПРИ РАНИ И ИЗГОРЕНИЦИ

100% ПРИРОДЕН СОСТАВ - ПРИРОДНИ МАСТИ
И ЛЕКОВИТИ БИЛНИ ЕКСТРАКТИ

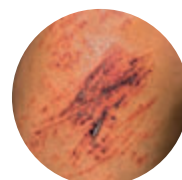


Билното масло Терезиеноил е познато по своите необично силни лековити својства уште од епохата на Средновековието. Создадено по уникатен древен рецепт од потполно природни масти и чисти билни екстракти, со генерации наназад до денес тоа го потврдува своето високо признание како лек со широка примена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

ДОЦ. Д-Р КАЛИНА ГРИВЧЕВА –СТАРДЕЛОВА, ПРЕТСЕДАТЕЛ НА ЛКМ

Деполитизација, департизација и професионализација за враќање на достоинството на лекарите



Во Вашата програма најавивте враќање на достоинството на лекарот, неговото место во општеството, како и угледот на Комората. При тоа, велите дека ЛКМ ќе биде деполитизирана, департизирана и професионална институција. Има ли причини што овие статутарно одредници на Комората ги издвојувате?

Изминатиот период беше обележан со големо политичко влијание врз работата на структурите на Комората. Наместо да биде партнер на Министерството за здравство, Лекарската комора беше поставена во подредена положба и беше извршител на наметнати договори. Бевме сведоци на долгогодишно, секојдневно уривање на угледот на докторската фела, доведувајќи ја во прашање стручноста, чесноста и компетентноста на нашите колеги. Сите ние сметаме дека такво

нешто повеќе не смее да се дозволи. Деполитизацијата, департизацијата и професионализацијата ќе ја дефинираат Лекарската комора исклучиво како струково здружение кое ќе го зајакне единството на докторите и, секако, ќе биде голем исчекор кон враќање на нашето достоинство.

Како императив го истакнувате подобрувањето и унапредувањето на здравствениот систем. Ќе успее ли Комората да се наметне и позиционира како рамноправен партнер на МЗ и ФЗОМ во креирањето на здравствените политики и конечно да профункционира трилатералата меѓу овие институции, нешто што е дефинирано и со посебни законски одредби. Дотоку повеќе што промените на некои решенија донесени во изминатите неколку години се наметнуваат како ургентни?

Подобрувањето и унапредувањето на здравствениот систем е неизводливо без соработка на рамноправна основа помеѓу Лекарската комора, Министерството за здравство и Фондот за здравство, трилатерала која во изминатиот период само делумно функционираше и покрај тоа што нејзината улога е јасно законски дефинирана. Веќе од првите денови на нашата работа воспоставивме соработка со Министерство за здравство, дефиниравме термин за редовни средби, а се надевам дека тоа ќе се направи и со новото раководство на Фондот за здравство, со што ваквиот начин на соработка би станал навистина функционален во смисла на заедничко пронаоѓање на најсоодветни решенија за секојдневните тешкотии, кои се јавуваат на сите нивоа на здравствената заштита. Комората, како единствен официјален претставник на лекарите, ќе прави и редовни консултации со својата база, со цел да се дефинираат цели кои е потребно да се воспостават или подобрат, а секако како приоритет треба да бидат квалитетот и условите за работа на здравствените работници.

Задоволни доктори и пациенти треба да е заедничка цел на оваа трилатерала.

Најавивте дека еден од приоритетите се промените во Статутот на ЛКМ кој неодамна беше менуван и дополнуван. Во која насока ќе се движат промените?

Со своите одредби, Статутот на Лекарската комора е потребно јасно и недвосмислено да ја дефинира работата на органите и телата на Комората. Уште со самото негово донесување, Статутот наиде на остри критики на голем број членови, кои сметаа дека Собранието на кое му е изминат мандатот подолго од една година, не треба да биде тоа што ќе изгласа нов статут. Сепак, Статутот беше изгласан со сите свои недоречености и недостатоци. Во нашата програма ветивме негово изменување и подобрување во период не подолг од шест месеци. Подобрувањето и појаснувањето е неопходно и тоа ќе се однесува пред сè на изборниот процес, мандатот, инженерциите, обврските и одговорноста на структурите на Лекарската комора.

Ќе го добијат ли докторите Законот за докторска дејност во Вашиот мандат?

Предлог-Законот за докторска дејност, подготвуван во изминатиот период и усвоен на последната седница во претходниот состав на Собранието на ЛК, веќе е испратен до претходниот состав на Министерството за здравство. Консултациите со членовите на Лекарската комора укажаа на потреба од негово подобрување, со измени кои ќе бидат поткрепени со потребите и барањата на сите сегменти од здравствениот систем. Во наш интерес е сето ова да биде направено што е можно подобро и поквалитетно и, се разбира, во најбрз можен рок.

Министерот за здравство, д-р Арбен Таравари, веќе најави промени во законската регулатива и укинување на интермедиијалните испити за студентите и специјализантите во чија реализација беше вклучена и Комората. Каде ја гледате улогата на ЛКМ во процесот на образование и континуирана едукација на докторите?

Лекарската комора активно ќе се вклучи во креирање на законските измени во правец на враќање на автономијата на медицинските факултети и подобрување и усовршување на квали-

тетот на образовниот процес. Сметаме дека интермедиијалните испити не ја оправдаа целта и треба да бидат укинати.

Веќе првите средби со министерот за здравство укажуваат на можност за реализација на нашите поставени цели.

Во која насока ќе се одвиваат активностите на Комората во работата со членството?

Информациите за активностите на Лекарската комора ќе бидат транспарентни и ќе одат во два права. Планираме да одржуваме постојани контакти меѓу структурите и членовите на Комората во сите сегменти на здравствениот систем. Редовните средби и посети на колегите во примарното, секундарното и терцијарното здравство во државата ќе помогнат за навремено запознавање со состојбите, а со тоа и ангажирање на комората во решавање на актуелните проблеми и поддршка на своите членови.

Значаен сегмент во работата на Комората е и нејзината меѓународна активност, пред сè со коморите на земјите од Централна и Источна Европа чии искуства се во функција на насочување на активностите на делувањето на коморите во регионот.

Најпрвин ќе се ангажираме за зголемување на соработката со другите комори, на стоматолози, фармацевти и психолози од државата. Освен тоа, ќе ја интензивираме соработката со лекарските комори од други земји, преку заеднички средби, активности и проекти, сè со цел да се разменат искуства и да се овозможи квалитетна и континуирана едукација на здравствените работници.



Vox medici

Нулта толеранција за корупција

„Како Лекарска комора најавуваме нулта толеранција за корупција. Нашата одговорност како лекарска фела е двојна, прво е кривично-правната одговорност, но она што е можеби уште поважно, одговорноста за прекршувањето на нашата заклетва. Будно ќе ги следиме сите случаи на корупција, но ќе бидеме максимално внимателни и до завршување на целиот процес, ќе инсистираме на почитување на пресумпцијата на невиност. Нашите органи и тела активно ќе бидат вклучени во сите фази, но нашата реакција ќе настапи во моментот на правосилност на судската пресуда. Лекарската комора преку институциите на системот ќе се бори за подобрување на условите за работа на лекарите, за повисоки плати и за квалитетна едукација, но и во какво било услови, нагласувам дека корупцијата е едноставно неспоива со нашата професија, неспоива со „белиот мантил“.

Подобрувањето и унапредувањето на здравствениот систем е неизводливо без соработка на рамноправна основа помеѓу Лекарската комора, Министерството за здравство и Фондот за здравство, трилатерала која во изминатиот период само делумно функционираше и покрај тоа што нејзината улога е јасно законски дефинирана

Д-Р АРБЕН ТАРАВАРИ, МИНИСТЕР ЗА ЗДРАВСТВО

Ќе имаме задоволни пациенти кога ќе имаме и задоволни лекари



**Не може да
има закон за
пациенти, а да
нема закон
за доктори**

Новиот министер за здравство во Владата на Р.Македонија, д-р Арбен Таравари, како кадар на Алијансата на Албанците, на оваа позиција доаѓа од Универзитетската клиника за неврологија при УКИМ, Скопје. По официјалното преземање на функцијата тој оствари средба со претседателката на Лекарската комора на Македонија, доц. д-р Калина Гривчева-Старделова, и најави интензивирање на соработката со Комората како професионална асоцијација со јавни овластувања.

“Здравствениот систем е составен од доктори и пациенти. Ќе имаме задоволни пациенти кога ќе имаме и задоволни лекари. Тоа е основата на секое здравство, па и на нашето. Затоа не може да има закон за пациенти, а да нема закон за лекари“, истакна Таравари, најавувајќи дека ќе почне кампања која ќе има за цел да се врати довербата, пациентите да знаат дека и лекарите се пациенти и дека тие некаде се лекуваат.

Министерот за здравство најави Национална стратегија за здравството 2017-2027 која, според него, ќе биде устав на здравството. Врз неа ќе се базираат здравствените политики без разлика на тоа кој и која политичка опција го води здравствениот сектор. Д-р Таравари најави промени во плаќањето по учинок. “Овој концепт како идеја

ќе остане, но нема да има негативен учинок. Платата ќе си биде 100 проценти, а ќе има и наградени доктори, односно тие што ќе бидат најуспешни. Наградите за докторите, ќе се обезбедат од парите од економските директори на клиниките. Нивните работни места се планира да се укинат и средствата да се пренаменат за успешни лекари во болниците“, објасни тој.

За министерот за здравство концептот на единствен Клинички центар е поадекватен од сегашниот во кој секоја клиника е самостоен правен субјект, а според него, промени ќе има и во системот на закажување “Мој термин“, кај интермедијарниот испит за студентите на медицина и за специјализантите, специјализациите...

“Ќе направам консултации и со Комората и со Медицинскиот факултет. Како дел од овој систем увидов дека не сме подготвени за ваков систем. Подобро е да имаме силен државен испит и добро здравство, зашто околу 90 отсто од населението е социјала“, објасни д-р Таравари.

Министерот е дециден дека промените ќе бидат транспарентни и ќе се носат во координација и консултација со лекарите и здруженијата на па-



циентите, односно ќе се почитува триаголникот на комуникација - Министерство, Лекарска комора- здруженија на пациенти. Тој планира да направи измени во Законот за здравствена заштита зашто сегашниот, во кој, како што рече, се направени стотици измени, е нејасен, не се знае што е во сила....

Д-р Арбен Таравари на министерската позиција доаѓа од местото раководител на Оддел на Универзитетската клиника за неврологија и виш научен соработник, односно наставник на Катедрата за неврологија на Медицинскиот факултет во Скопје. Дипломира во 1998 година на Медицинскиот факултет при УКИМ, а специјализира на Клиниката за неврологија во 2011 година на тема „Клинички знаци и генетика на паркинсон“, болест, област за која тој пројавува посебен интерес.. Автор е на неколку книги и повеќе научни трудови, клинички испитувања. Д-р Таравари има две специјализации - неврологија и семејна медицина. Во неговото професионално портфолио се и едукативните турнуси и доусовршувања во повеќе реномирани центри (Словачка, Словенија, Австрија, Чешка, Италија...) конгреси, работилници и други облици на континуирана едукација во земјава и странство. Беше член на Уредувачките одбори на „Vox medici“ и на стручното списание „Медикус“ каде што се објавуваат научни трудови.

Ментор е на специјализациите по семејна медицина, едукатор за континуирана медицинска едукација, како дел од проектот на Светската банка - реформи во здравството. Како лекар е ангажиран и во бегалските кампови Чегране, Непроштено и во Скопје.

Роден е во Гостивар 1973 година. Д-р Арбен Таравари е женет и е татко на две деца. Зборува македонски, албански, српски, турски и англиски јазик.

Vox medici



„Првите 15 македонски доајени на Медицинскиот факултет во Скопје“

од Дончо Донев

Монографијата “Првите 15 македонски доајени на Медицинскиот факултет во Скопје” е посветена на 70-годишнината од денот на формирањето на Медицинскиот факултет во Скопје, 17 март 1947 година, а базирана на 15 објавени написи за првите македонски доајени на Медицинскиот факултет во Скопје, во рубриката „За првите доајени на Медицинскиот факултет во Скопје“ во списанието на Лекарската комора на Македонија *Vox Medici*, од јуни 2014 до декември 2016 година, во правец на расветлување на поновата историја на медицината и давање должна почит и признание на првите македонски наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.

Оваа јубилејна монографија е изготвена со ретроспективна студија, базирана на користење архивски материјали, енциклопедии, јубилејни публикации и други достапни извори, како и од личните контакти и разговори на авторот со членови на семејствата и потомци на доајените, соработници и познајници, како и малкумина други живи учесници во далечните историски настани кои би можеле да дадат веродостојни податоци со „усна историографска метода“.

“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 натамошен развој на здравствениот систем и обезбедувањето здравствена заштита на населението во Р. Македонија. Придонесот на првите лекари-наставници во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје, во периодот 1947-1960 г. и потоа, беше од суштинско и непроценливо значење“, истакнува авторот.

Медицинскиот факултет во Скопје при Универзитетот “Св. Кирил и Методиј“, како издавач на монографијата, и на овој начин искажува “неизмерна благодарност на првите лекари-наставници од Македонија, но и на оние кои дошле во Скопје од други републики во тогашната ФНР Југославија, посебно од Србија и од Хрватска, и од други земји во Европа, за нивниот ентузијазам и несебично залагање, професионална и академска работа и посветеност, и огромниот придонес во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје и развојот на медицината во Македонија“.

Целта на ова јубилејно издание не е само да ги зачува од заборава оние кои се втемелни во историјата на Медицинскиот факултет, медицината и здравството на Р. Македонија, туку и да побуди поширок интерес за продолжување со работата на планот на историјата на медицината и здравствената култура во Македонија и, посебно, на истражувањата поврзани со историјата на Медицинскиот факултет во Скопје. Рецензенти на монографијата се акад. д-р Нада Поп-Јорданова, проф. д-р Борислав Каранфилски и проф. д-р Кочо Серафимов.



Централен систем за електронска евиденција на работното време и контрола на пристапот во јавните установи

Со Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствена заштита („Службен весник на Република Македонија“, бр. 10/2015), објавен на 23 јануари 2015 година, се дополни Законот за здравствена заштита со одредба со која се воспоставува Централен систем за електронска евиденција на работното време и контрола на пристап до просториите во јавните здравствени установи.

Имено, со новиот член 92-д се уредува Централниот систем за електронска евиденција на работното време и контрола на пристап до просториите во јавните здравствени установи кој треба да го воспостави и води Министерството за здравство.

Законот го дефинира Централниот систем како информациски систем кој овозможува евиденција за доаѓање и заминување од работното место на вработените во јавните здравствени установи, како и евиденција на нивното присуство во просториите на јавната здравствена установа, а особено во амбуланта, операциона сала, одделение или во просторија за вршење на интервенции или дијагностички постапки.

Со евидентирањето на доаѓањето и заминувањето од работното место на вработените во јавните здравствени установи, како и евиденцијата на нивното присуство во просториите на јавната здравствена установа во Централниот систем, согласно Законот, ќе бидат содржани лични податоци на вработените во јавните здравствени установи, биометриски податоци потребни за потврда на идентитетот на субјектот на лични податоци и податоци за просториите во објектите каде што се сместени јавните здравствени установи (став 3 од членот 92-д). Проверувањето на личниот идентитет на вработените во јавните здравствени установи при доаѓање и заминување од работното место во јавните здравствени установи, како и евиденцијата на нивното присуство во просториите на јавната здравствена установа, согласно ставот 7 од истиот член, ќе се врши преку користење на скенер со биометриски сензор поставен во објектите во кои се сместени јавните здравствени установи.

Тајноста и заштитата на обработката и одржувањето на личните податоци на вработените во јавните здравствени установи ќе се обезбеди со применување на соодветни технички и организациски мерки за заштита од случајно или незаконско уништување на личните податоци, или нивно случајно губење, преправање, неовластено откривање или пристап, особено кога обработката вклучува пренос на податоци преку мрежа и заштита од какви било незаконски облици на обработка. Преносот на личните податоци на вработените, согласно ставот 5 од истиот член, може да се врши преку електронско комуникациска мрежа, само ако посебно се заштитени со соодветни технички и организациски мерки, така што нема да бидат читливи при преносот. Овие технички и организациски мерки, согласно

Законот, треба да обезбедат степен на заштита на личните податоци соодветно на ризикот при обработката и природата на податоците кои се обработуваат, а нивниот опис со акт го утврдува министерот за здравство.

Секоја јавна здравствена установа ќе има пристап до податоците од евиденцијата за доаѓање и заминување од работното место и до податоците од евиденцијата на присуството во просториите на јавната здравствена установа за вработените во таа јавна здравствена установа, без право на пристап до овие податоци за вработените во другите јавни здравствени установи.

Начинот на водење на евиденцијата за доаѓање и заминување од работното место на вработените во јавните здравствени установи и на евиденцијата на нивното присуство во просториите на јавната здравствена установа, како и начинот на проверување на личниот идентитет на вработените во јавните здравствени установи со користење на скенер со биометриски сензор и видот на биометриски податок што се користи за таа цел, го утврдува министерот за здравство, а подзаконскиот акт Министерството за здравство е должно веднаш да го објави на веб страницата на Министерството и во „Службен весник на Република Македонија“.

Б.А.

GAZYVA[®] (obinutuzumab) ја **зголемува ефикасноста** на анти-CD20 терапијата кај пациентите со хронична лимфоцитна леукемија (CLL) и фоликуларни лимфоми (FL)

CLL

ЗАПОЧНЕТЕ СО **GAZYVA[®]**
КАЈ ХРОНИЧНА ЛИМФОЦИТНА ЛЕУКЕМИЈА

GAZYVA[®] е единствено анти-CD20 антитело со докажана супериорност во однос на MabThera[®]

FL

СЕГА ОДОБРЕНО

ВОЗВРАТИ ГО УДАРОТ СО **GAZYVA[®]**
после третман со MabThera[®]
КАЈ ФОЛИКУЛАРНИ ЛИМФОМИ

Индикации:

GAZYVA[®] (obinutuzumab) во комбинација со chlorambucil е индицирана за третман на пациенти со претходно нелекувана хронична лимфоцитна леукемија.

GAZYVA[®] е индицирана за третман на пациенти со фоликуларен лимфом, кои не реагирале или кај кои болеста напредувала во тек на или до 6 месеци по третман со rituximab или тераписки режими базирани на rituximab.

Број и датум на одобрение за ставање на лек во промет: 11-3967/5 од 30.10.2015 година. За подетални информации погледнете во Збирниот извештај за особените на лекот, за лекот Gazyva (obinutuzumab) 1000 mg концентрат за раствор за инфузија или контактирајте не на macedonia.medinfo@roche.com

Наменето само за здравствени работници

РОШ Македонија ДООЕЛ Скопје

Деловен центар Сити Плаза, ул. Св. Кирил и Методиј бр. 7, кат 2, 1000 Скопје
тел: + 389 2 3103 500, факс: + 389 2 3103 505
www.roche.mk

GAZYVA[®]
obinutuzumab

ДИЗАЈНИРАНО ЗА СУПЕРИОРНОСТ

Предности во лекувањето на шеќерната болест кај децата и адолесцентите со примена на инсулинот со ултрадолго дејство – “деглудек”

Дијабетес тип 1 кај децата претставува едно од најчестите ендокринолошки заболувања. Неговата инциденција дури и во Македонија (која е студена зона со најниска инциденција во Европа), опфаќа над 350 деца и адолесценти на возраст 0-18 години. Дијабетесот е посебна состојба при која доколку се постигне добра метаболичка контрола, се одложуваат и одбегнуват долгорочните микроваскуларни компликации што значително го подобрува квалитетот на животот и ја нормализира должината на животот. Но, иако се вели дека децата со дијабетес имаат добар квалитет на живот доколку се добро контролирани, објективно гледано, тоа не е секогаш така. Честите манипулации, мерења и проверки кои се во склоп на нормалната терапија претставуваат сериозни предизвици за секое дете со различни последици зависно од возраста (Табела 1).

Табела 1. Честота на задолжителни дневни активности кај дете поврзано со дијабетесот

Манипулации	Честота
Инсулински дози	4,5 и повеќе на ден
Мерење гликемија	4-6 на ден
Третман на хипергликемија	По потреба
Третман на хипогликемија	Итно, секојдневно
Координација со оброк и физичка активност	Секојдневно
Клинички контроли	Еднаш на 3 месеци
Мониторирање на компликации	Годишно

Последниве децении се карактеризираат со значајни напори на дијабетолозите и базичните истражувачи да се постигне оптимална контрола на гликемијата со употреба на нови инсулини, нови протоколи на инсулинска апликација, како и примена на инсулински пумпи.

Основната стратегија во лекувањето на дијабетесот е покривање на инсулинските потреби на детето со дијабетес со надворешно внесен инсулин и тоа по правило со 4-5 инсулински дози на ден, а често и повеќе. За да се постигне тоа мора да се обезбедат два основни елементи и тоа, да се постигне базална инсулинемија која служи за метаболичките процеси во организмот и да се обезбеди брзиот метаболизам на гликозата после секој оброк. Заради тоа е неопходна комбинација на 1-2 дози базален инсулин со долго дејство и 3-4 дози кусоделувачки инсулин за прандијалните потреби.

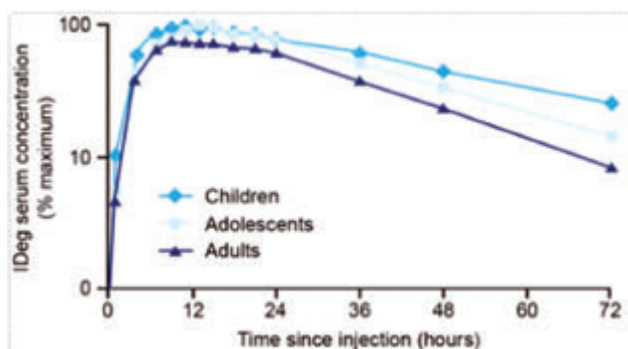
Конвенционалните инсулини ја покриваа оваа потреба доста грубо, без да обезбедат фина регулација во детската возраст. Така, за да се покријат прандијалните потреби, детето требаше да прими инсулин, а оброкот да го добие по половина час, што не е можно од практични причини, а не постоеше долгоделувачки инсулин со дејство од околу 24 часа.

Инсулински аналози

Инсулинските аналози се инсулини каде што во молекулата е направена измена што ја менува должината на дејството на инсулинот. Тие се произведени со цел да се имитира панкреасната функција, односно да се измени должината на дејството на екстерно внесениот инсулин во сообразност со потребите на организмот. Кусоделувачките инсулински аналози се фармаколошки дизајнирани така што делуваат веднаш слично како панкреасно излачениот инсулин и не дозволуваат постпрандијална хипергликемија која е честа со примена на конвенционалните инсулини.

Што се однесува до долгоделувачките инсулински аналози, иако се со подобрени својства, кај децата и адолесцентите сè уште нема постигнато оптимална гликемиска контрола. Меѓународната Хвидоре студиска група за дијабетесот кај децата и адолесцентите низ многу проекти кои опфаќаја деца и адолесценти од различни популации од Европа, Америка и Јапонија покажа дека и со досегашните инсулински аналози не е можно да се постигне соодветна гликемиска контрола ⁽¹⁾.

Фигура 1. Долготрајно дејство на инсулин “деглудек” кај сите возрасни групи (Преземено од референца 6)



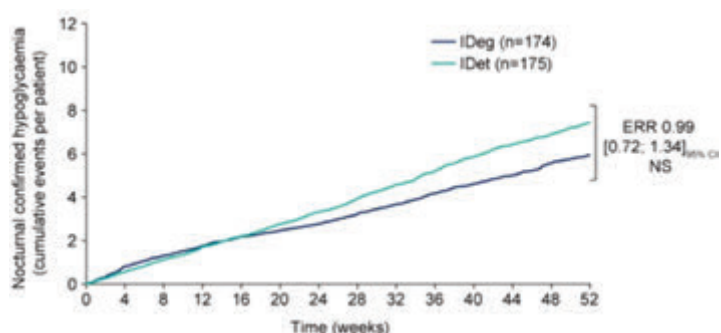
Прикажана е стабилноста на дејството на инсулинот “деглудек” во текот на 24 часа, како и продолженото дејство до 72 часа кај сите возрасни групи

Водењето на дијабетесот кај децата и адолесцентите е посебен проблем заради ератичките и често непредвидливи активности и оброци во текот на денот. Заради тоа, станува уште поважен ултрадолго делувачки инсулин кој ќе биде без дневни варијации. Тој би требало да обезбеди неколку основни цели:

1. Намалување на товарот врз пациентот и семејството;
2. Намалување на бројот и тежината на хипогликемиите кои се придружени на добрата метаболичка контрола;
3. Зголемување на соработката од страна на пациентот и
4. Надминување на ограничувањата на досегашните базални инсулини.

Новиот ултра долгоделувачки инсулин “деглудек” фармакодинамски обезбедува најдолготрајно дејство од сите досегашни заради структурата на молекулот. Веднаш по апликацијата на “деглудекот”, хексамерите се асоцираат во мулти-хексамери од кои постепено се ослободува инсулинскиот молекул во циркулацијата^(2,3). Бројни клинички студии и мета-анализи покажуваат дека заради начинот на дејство инсулинот деглудек ги исполнува основните барања за оптимален долгоделувачки инсулин (Табела 2).

Фигура 2. Помал број ноќни хипогликемии со инсулин “деглудек” (IDeg) во споредба со инсулин “детемир” (IDet) (преземено од референца 8)



Бројот на ноќни хипогликемии е помал кај лекуваните деца со “деглудек” во компарација со инсулинот “детемир”

1. Обезбедува константна концентрација во крвта со полуживот од 24 часа, делува и над 42 часа, а траги се откриваат и 72 часа после апликацијата^(3,4,5) без да има речиси никакви варијации во нивото во текот на деноноќието од 24 часа (Фигура 1). Ултрадолготрајното дејство е неопходно за да се постигне стабилно ниво на инсулинемијата во текот на што е можно подолго време за да се ублажат бројните варијации на гликемијата во текот на денот. Досегашните долгоделувачки инсулини не ја исполнуваат докрај оваа функција. Така, инсулинот “детемир” има должина на дејство од 18-23 ч и тоа е варијабилно кај различни пациенти, заради што кај оние со покусо траење потребно е воведување на 2 дози долгоделувачки инсулин (наутро и навечер). Инсулинот “гларгин” пак и покрај должината на дејство од 24 часа, исто така, има значајна варијабилност меѓу пациентите, иако потребата од двојна дневна доза е поретка. Заради овие ограничувања, тие не овозможуваат секогаш да се постигне добра регулација кај децата со дијабетес и покрај придржувањето кон терапискиот протокол⁽⁵⁾. За разлика од другите долгоделувачки инсулини, “деглудекот” нема значајна варијабилност во дејството кај различни пациенти, што значи делува предвидливо⁽⁶⁾.

Табела 2 Поголеми клинички студии за инсулинот “деглудек” кај пациенти со дијабетес тип 1

Студија	Број пациенти/ (возраст)	Споредба со други инсулини	Ноќни хипогликемии	Флексибилност	Прикажано
BEGIN BB T1 LONG – basal-bolus in type 1 diabetes	629/ (над 18 г)	IDeg OD* + IAsp (n=472) IGlar OD [§] + IAsp (n=157)	-25%	++	Heller et al. Lancet 2012
BEGIN Flex T1	493/ (над 18 г)	IDeg (239) IGlar (133)	Неинфериорен	++	Meneghini <i>et al.</i> Diabetes Care 2013
SWITCH 1	501	IDeg IGlar	-36%	HA	Lane et al. ADA, 2016
NN1250-3561	350/ 1-17г	IDeg (174) IDet (175)	5.5 vs. 9.3 настани/експоз./ год.	HA	Thalange N, Pediatric Diab 2015
NN5401-3816	361/ 1-17 г	IDeg+Asp (180) IDet+Asp (182)	Неинфериорен	HA	Batellino T. ESPE, 2015

HA – неанализирано

2. Предизвикува помалку хипогликемии во споредба со другите долгоделувачки инсулини. Студиите кај возрасните, но и кај децата почнувајќи од најмала возраст (студијата БЕ-ГИН опфати деца од 0-17 години ^(7,8) покажаа значајно намалување на хипогликемиите, особено ноќните, кои се неизбежни кај децата на инсулинска терапија (Фигура 2). Хипогликемиите, покрај тоа што се многу непријатни и го плашат детето и семејството, го нарушуваат квалитетот на животот, бидејќи бараат зачестување на и онака честите мерења на гликемијата, а предизвикуваат и страв заради кој се одбегнуваат препораките за инсулинско дозирање што ја компромитира добрата метаболичка контрола. Покрај тоа, има повеќе студии кои покажуваат дека малите деца со чести хипогликемии можат да пројават когнитивни нарушувања подоцна во животот ⁽⁹⁾. Заради тоа, инсулин што обезбедува добра метаболичка контрола со помалку хипогликемии, а што го покажува и опсежната мета - анализа, е добредојден ^(8,10).

3. Овозможува флексибилна апликација во текот на деноноќието. Кај децата во пубертетска возраст е многу тешко да се постигне солидна метаболичка контрола заради непрдржувањето кон навремено давање на инсулинските дози предизвикано од варијабилните дневни и вечерни активности. “Деглудекот”, заради долгото дејство, овозможува послободна временска апликација без негативни ефекти врз метаболичката контрола. ^(5,6)

4. Последните студии покажаа дека инсулинот “деглудек” може да се комбинира со кусоделувачки инсулин во една доза што не беше можно со другите долгоделувачки инсулински аналози. Ова би можело да биде корисно за децата, бидејќи би овозможило намалување на бројот на инсулински дози без негативен ефект врз метаболичката контрола ⁽⁸⁾

5. Инсулинската терапија има значајно влијание врз индексот на телесна маса. Како анаболичен хормон, инсулинот предизвикува зголемување на БМИ кај адолесцентите со што се зголемува инсулинската резистенција, а тоа доведува до влошување на метаболичката контрола и дебелење. Инсулинот “деглудек” не предизвикува зголемување на телесната маса кај лекуваните деца ⁽⁸⁾.

Има и други предности докажани со студиите на “деглудекот” во детска возраст како што е намалување на бројот на хипергликемии придружени со кетоза, намалување на вкупната инсулинска доза за постигнување на добра контрола и сл.

Конечно, треба да се има предвид дека згрижувањето на најмалите деца со дијабетес на возраст под 6 години е многу важно, бидејќи инциденцијата на дијабетесот кај оваа најмала возрасна група расте во сите средини, вклучувајќи ја и Република Македонија. Инсулинските пумпи препорачани за оваа категорија пациенти не се достапни за сите деца, ниту пак се прифатливи за сите семејства, па со тоа новите формулации на инсулин кои обезбедуваат солидна метаболичка контрола со помал број на хипогликемии можат да го најдат своето место во нивната терапија.

Во заклучок, ултрадолгиот фармакокинетички профил на инсулинот “деглудек” е константен кај сите возрасти на пациенти со дијабетес тип 1. Досегашните наоди покажуваат дека инсулинот деглудек е од особено значење во двете критични за водење групи на деца, децата под 6 години и децата во адолесцентната возраст заради намалување на влијанието од варијабилниот распоред и ненавремено примање на инсулинските дози и намалениот ризик од ноќни хипогликемии. Анализа на голем број пациенти кои се веќе на терапија со овој инсулин ги потврдуваат наодите од клиничките студии кај возрасните, а кај децата се во тек ⁽¹¹⁾.

Проф. д-р Мирјана Кочова,

Универзитетска клиника за детски болести,
Медицински факултет, Скопје

Литература

1. Cameron FJ, de Beaufort C, Aanstoot HJ, Hoey H, Lange K, Castano L et al. Lessons from the Hvidoere International Study Group on childhood diabetes: be dogmatic about outcome and flexible in approach. *Pediatr Diabetes*. 2013;14(7):473-80.
2. S. C. L. Gough, S. Harris, V. Woo and M. Davies. Insulin degludec: overview of a novel ultra long-acting basal insulin. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 2013; 15(4):301-3092.
3. Jonassen I, Havelund S, Hoeg-Jensen T, Steensgaard DB, Wahlund PO, Ribel U. Design of the novel protraction mechanism of insulin degludec, an ultra-long-acting basal insulin. *Pharm Res*. 2012;29(8):2104-14.
4. Heise T, Nosek L, Böttcher SG, Hastrup H, Haahr H. Ultra-long-acting insulin degludec has a flat and stable glucose-lowering effect in type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab*. 2012 ;14(10):944-50
5. Kalra S. Insulin Degludec: A Significant Advancement in Ultralong-Acting Basal Insulin. *Diabetes Ther*. 2013 Dec; 4(2): 167–173
6. Biester T, Blaessig S, Remus K, Aschmeier B, Kordonouri O, Granhall C et al. Insulin degludec's ultra-long pharmacokinetic properties observed in adults are retained in children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes* 2014; 15(1):27-33
7. Zinman B, Philis-Tsimikas A, Cariou B, et al; on behalf of the NN1250-3579 (BEGIN Once Long) Trial Investigators. *Diabetes Care*. 2012;35(12):2464-2471.
8. Thalange N, Deeb L, Iotova V, Kawamura T, Klingensmith G, Philoteu A et al. Insulin degludec in combination with bolus insulin aspart is safe and effective in children and adolescents with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes* 2015;16(3):164-176
9. Cato A, Hershey T. Cognition and Type 1 Diabetes in Children and Adolescents. *Diabetes Spectr*. 2016 ;29(4):197-202.
10. Dzygało K, Golicki D, Kowalska A, Szypowska A. The beneficial effect of insulin degludec on nocturnal hypoglycaemia and insulin dose in type 1 diabetic patients: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Acta Diabetol*. 2015 Apr;52(2):231-8
11. Bohn B, Zimmermann A, Wagner C, Merger S, Dunstheimer D, Kopp F et al. Real-life experience of patients starting insulin degludec. A multicenter analysis of 1064 subjects from the German/Austrian DPV registry. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017 ;129:52-58. doi: 10.1016/j.diabres.2017.03.031. [Epub ahead of print]

Позитрон емисиона томографија (ПЕТ)

Терминот и кратенка ПЕТ потекнува од англискиот *positron emission tomography* (позитрон емисиона томографија). Таа е релативно нова неинвазивна функционална медицинска технологија и е дел од дијагностиката во нуклеарната медицина, која користи радиофармацевтски препарати, *радиотрасери* за дијагностика и третман на одредени заболувања. Се нарекува и “ендорациологија” бидејќи изворот на радијација во оваа метода е субјектот во кој се аплицира соодветниот радиофармацевтски препарат - радиотрасер.

Изразот позитрон потекнува и произлегува од истостепената античестичка на електрон што е со иста маса како електронот, но со спротивен полнеж. Кога позитронот ќе најде на електрон, тие двата сосема се анихилираат (попиштуваат), при што се добива енергија, т.е. гама зрачење.

ПЕТ скенер е апаратот со кој се изведува ПЕТ скенирањето. Овозможува детален функционален приказ на ткивата и органите на метаболно ниво. За разлика од IMAGING техниките КТ (компјутеризирана томографија) или МР (магнетна резонанца), кои се анатомски модалитети на сликање, ПЕТ овозможува детален функционален приказ на ткивата и органите на метаболно ниво.

Со фузија на ПЕТ и КТ се добива апаратот ПЕТ/КТ кој овозможува со едно сликање на целото тело приказ и на анатомијата и на функцијата на организмот.

Во ПЕТ технологијата се користат позитронски емитери од вештачки радиоактивни извори.

Во ПЕТ технологијата се користат радиотрасери кои се позитронски емитери и се краткоживеачки (од 2 до 110 минути.). Најчесто употребуван радиотрасер е ФДГ или флуорозедоксиглукоза кој е составен од позитронски емитер флуор F^{18} врзан со глукоза, со полуживот од 110 мин. Тој е аналог на ендегената глукоза и се однесува идентично како неа, освен што не се метаболизира. По инјектирањето, радиотрасерот се насобира во ткивата кои користат енергија како глукоза. Кога трасерот во ткивата се распаѓа, тој емитира позитрон, кој потоа се анихилира со електрон од најблискиот атом, при што се произведуваат два гама фотони со енергија од 511 keV кои патуваат во спротивни насоки од 180°. Кога гама зраците го достигнуваат прстенот на детекторите од ПЕТ скенерот, тоа се регистрира во компјутерскиот систем каде што компјутерска програма создава слика на дистрибуцијата на трасерот во организмот. ПЕТ скен е слика добиена како резултат на создавање на гама зраци од анихилирани позитрон/електрон честички.

Со оглед на тоа дека канцерските клетки во текот на својот развој користат многу повеќе глукоза како енергија од нормалните клетки, ова е искористено за примена на ПЕТ

особено во онкологијата и тоа за дијагноза на канцер, одредување на стадиумот на болеста, следење на ефектот на терапијата и планирање на радиотерапијата. Покрај во онкологијата ПЕТ наоѓа примена и во неврологијата за диференцирање на тип на деменција и кај епилепсии, како и во



кардиологијата за следење на вијабилноста на миокардот.

Развојот на ПЕТ технологијата е поделен во три временски фази од 1920 г. до денес и е многу зависен од развојот на физиката, математиката, хемијата, компјутерските науки и фундаменталната биологија. Најважни години се 1932 кога физичарот Карл Андерсон го открил позитронот, потоа 1950 кога работата на професорот Мишел Тер-Погосиан од Вашингтон довела до инсталација на првиот циклотрон за производство на краткоживеачки изотопи за медицинска употреба и 1975 кога истиот научник со своите соработници ја употребиле првата ПЕТ камера за скен на целото тело во клиничка практика, со што истиот се смета за татко на ПЕТ. Во 1978 за прв пат била успешно синтетизирана ФДГ, а денес веќе има над 100 радиофармацевтски препарати обележани со F^{18} .

Откритието на ПЕТ/КТ скенерот во 2000 година, им се припишува на д-р Дејвид Таунсенд и д-р Роналд Нут од Универзитетот во Женева, а истиот пронајдок бил именувано како медицински пронајдок на 2000 година од страна на магазинот TIME (САД).

Во 2010 година биле инсталирани првите ПЕТ/МР скенери во САД и во Женева во Европа, што претставува најголем технолошки напредок во нуклеарната медицина до моментот.

Д-р Лилјана Муратовска,

специјалист по нуклеарна медицина,
раководител на Оддел за нуклеарна медицина и ПЕТ центар
Клиничка болница “Ацибадем Систина”, Скопје

Примарната вакцинација со благ пораст во опфатот, исклучок - МРП вакцината

Во Р.Македонија се спроведува задолжителна активна имунизација на лица до 18 - годишна возраст во текот на целата година против: акутен вирусен хепатит Б, туберкулоза, заболувања предизвикани од хемофилус инфлуенца тип Б (ХиБ), дифтерија (Ди), тетанус (Те), голема кашлица (Пер), полиомиелитис, мали сипаници (М), заразни заушки (П), рубеола (Р) и инфекции предизвикани од хуман папилома вируси (ХПВ) за сите лица на одредена возраст согласно законски пропишаниот Календар за имунизација. (Табела 1)

Во текот на 2016 година се спроведуваше задолжителната континуирана имунизација против определени заразни болести во Република Македонија, согласно важечката законска и подзаконска регулатива: Законот за заштита на населението од заразни болести ("Сл. весник" 66/2004, 146/2014), Правилникот за имунопрофилакса, хемио-профилакса, лицата кои подлежат на овие мерки, начинот на изведување и водење на евиденција и документација ("Сл. весник" 177/2015), Програмата за задолжителна имунизација на населението во Република Македонија за 2016 година ("Сл. весник" 2/2016) и Национална годишна програма за јавно здравје во Република Македонија за 2016 година ("Сл. весник" 6/2016).

Врз основа на доставените годишни извештаи за спроведена и реализирана задолжителна имунизација против одредени болести во 2016 година, од страна на центрите за јавно здравје (ЦЈЗ) и нивните подрачни единици (ПЕ), Институтот за јавно здравје (ИЈЗ) изврши обработка и анализа на добиените податоците и подготви Извештај за реализација на програмата за задолжи-

телна имунизација на населението во Република Македонија во 2016 година.

Согласно овој извештај, во Републиката, во однос на примарна вакцинација е констатиран опфат над 95% за ДиТеПер и полио вакцината. Опфат под 95% за примарна вакцинација е регистриран со вакцина против хепатитис Б, хемофилус инфлуенца тип Б и со МРП вакцина. Вакцинацијата против ХПВ инфекцијата, како и изминатите години

(од нејзиното воведување во 2009 година) има најнизок опфат од сите вакцини во Републиката. Опфатот на извршената ревакцинација во Републиката за сите ревакцини е под 95%.

Вакцинација и ревакцинација по одделни вакцини

Опфатот со примарната вакцинација со три дози вакцина против хепатитис Б, за 2016 година, за целата Република

Табела 1. КАЛЕНДАР НА ИМУНИЗАЦИЈА ВО 2016 година

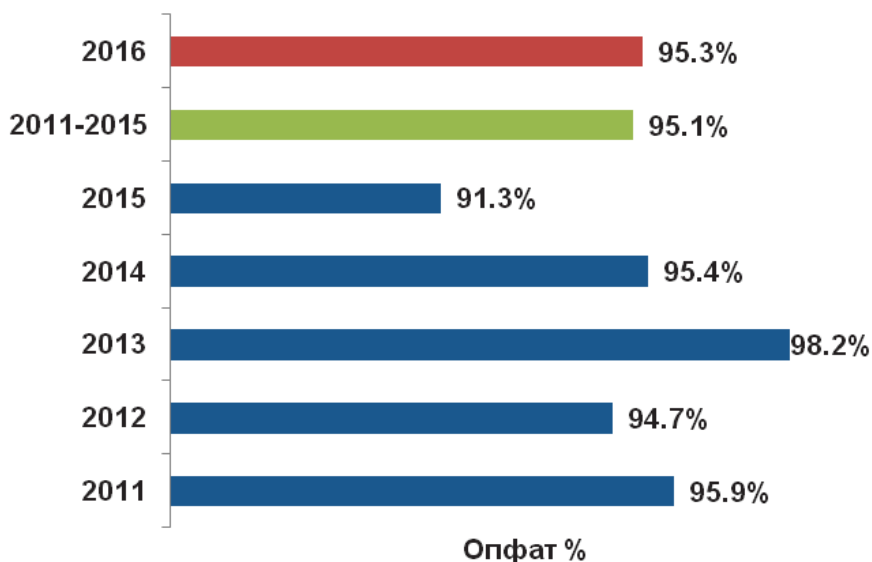
Возраст на лица што подлежат на задолжителна вакцинација	Вакцина	Коментар
24 часа од раѓање	• Хепатитис Б • БЦГ	Вакцинација
2 месеца	• ДиТеПер • ХиБ • Хепатитис Б • Полио	Вакцинација
3,5 месеци	• ДиТеПер • ХиБ • Полио	Вакцинација
6 месеци	• ДеТеПер • ХиБ • Хепатитис Б • Полио	Вакцинација
12 месеци	• МРП	Вакцинација
18 месеци	• ДиТеПер • ХиБ • Полио	I Ревакцинација
4 години	• ДиТеПер	II Ревакцинација
6 години	• МРП	Ревакцинација
7 години	• ДиТе-адултна • Полио	III Ревакцинација
12 години	• ХПВ	Вакцинација
14 години	• ДиТе-адултна • Полио	IV Ревакцинација
18 години	• ТТ	V Ревакцинација

изнесува 93,8% и бележи пораст во однос опфатот во 2015 (91,8%). Во периодот од 2011 до 2015 година, опфатот со оваа вакцина континуирано се одржуваше над 95%. Од подлежаечките деца на вакцинација против хепатитис Б во 2016 година, трета доза не примиле 1.389, од нив 60,2% од територијата на ЦЈЗ - Скопје.

Вакцинацијата со три дози вакцина против инфекција со ХиБ е извршена со опфат од 94%. Оваа вакцинација е воведена во Календарот за имунизација во 2008 година, а опфат над 95% се достигнува во 2011 год. За петгодишниот период од 2011-2015 година, просечниот опфат изнесува 94%. Ревакцинацијата против ХиБ инфекцијата, која се спроведува на осумнаесетмесечна возраст, изнесува 87,4%. По воведувањето на ХиБ ревакцинација во 2009 година, за првпат во 2011 година, се регистрира опфат поголем од 95% и истиот тренд се одржува и следните две години. Меѓутоа, почнувајќи од 2014 година се бележи континуирано опаѓање на опфатот достигнувајќи најниски 87,4% во 2016 год, со тоа што најнизок опфат е регистриран на територијата на ЦЈЗ - Скопје - 73,7%.

Примарната вакцинација, односно опфатот со 3 дози на ДиТеПер вакцина, за целата република изнесува 95,3%. Опфат понизок од 90% е регистриран само на територијата ЦЈЗ - Велес/ ПЕ Неготино – 86,7%. Во однос на 2015 година се бележи зголемување на опфатот за 4 процентни поени, додека во однос на просекот од изминатиот петгодишен период нема промени. (Графикон 1) Првата ревакцинација со ДиТеПер ревакцина, на осумнаесетмесечна возраст, изнесува 88,9%, што претставува понизок од просечниот опфат во периодот 2011 - 2015 година (94,4%), како и од опфатот во 2015 година (91%). Најнизок опфат е регистриран на територијата на ЦЈЗ Скопје - 76,8%. Втората ДиТеПер ревакцинација, која се спроведува на четиригодишна возраст, е извршена со опфат од 87,2%, кој е понизок од опфатот во 2015 година (91,6%), како и во однос на просечниот опфат (92,6%) во последните 5 години. Вкупниот опфат во Републиката со ДиТе III ревакцина-

Графикон 1. Опфат со ДиТеПер вакцинација, период 2011-2016 и просек за 2011 -2015



Во однос на ревакцинацијата, опфатот го задржува трендот на опаѓање, како и претходната година

ција, на седумгодишна возраст изнесува 89,9%, кој е понизок од опфатот во 2015 година (91,2%), и понизок од просечниот опфат (94,0%) во последните 5 години. Опфатот со ДиТе IV ревакцинација, кај училишната популација на четиринаесетгодишна возраст бележи зголемување од 91,2% на 93,4% во однос на 2015 година, додека во однос на просекот за изминатите пет години се регистрира незначително намалување од 94,5% на 93,4%. Од подлежаечките деца за ревакцинација со ДиТе III и IV ревакцина не се вакцинирани вкупно 3.528 деца, од нив најголем број (2.290) и процент (65%) се лица кои припаѓаат на територијата на ЦЈЗ - Скопје. Петтата ревакцинација против тетанус, која се врши на осумнаесетгодишна возраст, е извршена со опфат од 92,3% кој е речиси идентичен со опфатот во 2015 година (92,2%), но поголем од просечниот опфатот за периодот 2011-2015 година (90,8%).

Примарната вакцинација со три дози полио вакцина во 2016 година е из-

вршена со опфат од 95,3%, за разлика од 2015 година кога беше реализиран опфат од 92,1%. Во претходниот петгодишен период просечниот регистриран опфат изнесува 96%. Опфат понизок од 90% се регистрира само на територијата ЦЈЗ Велес/ ПЕ Неготино - 85,8%. Во Република Македонија, опфатот со I ревакцинација изнесува 88,3%, со II ревакцинација изнесува 90,3%, а опфатот со III ревакцинација со полио вакцина изнесува 92,7%. Од подлежаечките лица во целата република, со ревакцинација против детска парализа (I, II и III) не се опфатени вкупно 5.933 деца, од кои најголем број и процент припаѓаат на територијата на Скопје – 3.925 или 66,2%.

Вкупниот опфат со примарната вакцинација со МРП вакцина, за целата република, изнесува 82,1% и значително е намален во однос на 2015 година кога изнесувал 88,8%, како и во однос на просечниот петгодишен опфат кој изнесува 94,2%. За разлика од 2011-2013 година кога опфатот бил над 95%, од 2014 година се регистрира континуиран пад со МРП вакцинацијата. (Графикон 2.) Понизок опфат од 95%, но повисок од 90% е регистриран на територијата на 9 ЦЈЗ/ПЕ. Опфат понизок од 90% е регистриран на територија на 14 ЦЈЗ/ПЕ. (Картограм 1.) Од подлежаечките 21.565

деца на МРП вакцина на територијата на целата република, со вакцинација не се опфатени вкупно 3.860, од кои 62,6% се жители на територијата која ја покрива ЦЈЗ - Скопје. МРП ревакцинацијата бележи опфат од 93,3% слично како и 2015 година (93,4%), но понизок од просечниот опфат во периодот 2011-2015 година (95,8%).

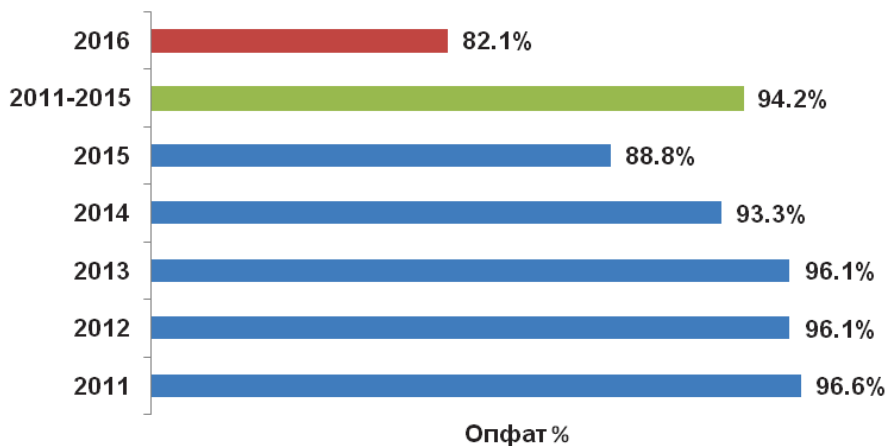
Вкупниот опфат со две дози вакцина против заболувања причинети од хуман папилома вирус (ХПВ) во републиката изнесува 53,3%, кој е повисок од опфатот во 2015 година (42,2%), како и од просечниот опфат за петгодишниот период (2011-2015) кој изнесува 48,5%. Реализираниот опфат по ЦЈЗ и нивни подрачни единици се движи од 6,9% (Битола) до 100% (Гевгелија, Кавадарци, Винаца, Делчево, Кратово и Пробиштип).

Констатации и заклучоци

Примарната вакцинација во Р. Македонија во 2016 година бележи благ пораст на опфатот во однос на 2015 година, со исклучок на МРП вакцината. Во однос на ревакцинацијата, опфатот го задржува трендот на опаѓање, како и минатата година. Опфатот на вакцинацијата со сите вакцини вклучени во поливалентните вакцини (хепатитис Б, ХиБ, ДиТеПер и полио) кои беа воведени во 2015 година, бележи очекувано зголемување во однос на минатата година. Како резултат на воведувањето на поливалентните вакцини, опфатот со ДиТеПер и Полио вакцинацијата е потполно идентичен, со тоа што ги достигна и надмина препорачаните 95%. И опфатите со вакцинација против хепатитис Б и ХиБ бележат зголемување во однос на 2015 година приближувајќи се кон препорачаните 95%, што укажува на позитивните ефекти од воведувањето на поливалентните вакцини.

Загрижувачки е податокот дека продолжува намалувањето на опфатот со МРП вакцина како во однос на минатата година, така и во однос на претходните години. Следствено на ова, се бележи намалување на опфатот и со првата ХиБ, ДиТеПер и полио ревакцинација која се спроведува на осумнаесетмесечна возраст. Ревакцинацијата со

Графикон 2. Опфат со МРП вакцинација во период 2011-2016 и просек за 2011-2015



ДиТеПер на 4 - годишна возраст, исто така, е намалена во однос на 2015 година, како и во однос на просекот за претходните пет години, со тоа што е потребно да се нотира дека оваа ревакцина од 2017 година ќе биде исклучена од редовниот Календар за имунизација.

Во однос на ревакцинацијата со ДиТе и полио кај училишните деца на седумгодишна возраст се бележи низок опфат, под 90%, како и намалување на опфатот во однос на 2015 година, но и во однос на претходните години. Опфатот со МРП ревакцинацијата го задржува нивото од минатата година, но сепак е понизок од препорачаните 95%, како и од опфатот во претходните години.

Ревакцинацијата на 14-годишна возраст со ДиТе и полио, иако бележи зголемување во однос на 2015 година, во однос на претходните години се регистрира намалување. Само ревакцинацијата против тетанус, и покрај тоа што не го достигна опфатот од 95%, го надмина опфатот од минатата година, како и просечниот опфат 2011-2015 година.

Вакцината против ХПВ инфекција повторно бележи најнизок опфат од сите вакцини, како и во претходните пет години.

Опфат под препорачаните 95%, односно под 90% генерално за сите вакцини и ревакцини, најчесто се регистрира на територијата на ЦЈЗ Скопје.

Опфат од 100% вакцинација и ревакцинација со сите видови вакцини, освен

за ХПВ вакцинацијата, е остварен само на територијата на ПЕ Пехчево која наедно покрива најмал број на жители (4.993). Опфат над 95% за вакцинација и ревакцинација со сите вакцини, освен за ХПВ вакцинацијата е остварен во Кичево, Ресен, Дебар, Струга и Прилеп.

Нискиот опфат се должи пред сè на резервираноста на родителите кон вакцинацијата, како резултат на влијанието на антивакциналното лоби во Македонија и кампањата која ја водат. Ова посебно се однесува на МРП и ХПВ вакцинацијата. Во овие случаи, родителите, најчесто или ја одбиваат вакцинација или ја одложуваат вакцинацијата до достигнување на поголема возраст на детето. Ревакцинацијата која се спроведува во училишната возраст, исто така бележи низок опфат, со образложение дека е планирано да се спроведе вакцинацијата на почетокот на новата 2017 година, односно во второто полугодие на школската 2016/2017 година.

Предлог - мерки

Согласно добиените резултати за спроведената задолжителна имунизација во текот на 2016 година, се наметнува потреба да се преземат одредени мерки за подобрување на задолжителната вакцинација во Република Македонија.

Пред сè, неопходно е засилено ангажирање на сите здравствени институции кои се одговорни за вакцинација во

Службите за вакцинација потребно е редовно и континуирано да се ангажираат во пребарување на неевидентирани, невакцинирани и непотполно вакцинирани лица. Со задолжително и редовно излегување на терен, да се изнаоѓаат и вакцинираат ваквите лица до комплетирање на нивниот вакцинален статус согласно Правилникот за имунизација.

Посебно внимание треба да се посвети на ромската популација која често мигрира во државата и надвор од неа, со што се отежнува спроведувањето на континуирана, редовна и комплетна вакцинација меѓу нив. Затоа, потребно е да се ангажираат патронажните служ-

Поради се поголем број на родители кои одбиваат да ги вакцинираат своите деца, Центрите за јавно здравје и нивните подрачни единици во соработка со Институтот за јавно здравје и Државниот санитарен и здравствен инспекторат (ДСЗИ) како надлежни институции, треба да ги интензивираат своите активности за надзор и контрола над спроведувањето на имунизацијата. Потребно е да се евидентираат и следат сите невакцинирани лица кои остануваат невакцинирани заради одбивање на вакцинацијата. Сите вакви случаи треба да бидат проследени до надлежните институции и санкционирани согласно пропишната законска регулатива.

За непречено и континуирано спрове-

Поради континуиран недостиг на вакцинални тимови, неопходно е нивно кадровско пополнување во сите населени места, каде што има недостиг од нив. За новиот кадар задолжително да се организира едукација и обука за спроведување на вакцинацијата, правилно чување, ракување и употреба на ваксините, како и начинот на евидентирање на вакцинација.

За навремено и успешно спроведување на континуираната имунизација во Републиката потребно е осовременување на системот за планирање, изведување, евидентирање и надзор на спроведената имунизација преку воведување на електронска евиденција на имунизацијата, како дел од интегрираниот здравствен информатички систем во Република Македонија.

Институт за јавно здравје на
Република Македонија

Извор: Извештај за реализација на Програмата за задолжителна имунизација на населението во Република Македонија во 2016 година – Архива на Институтот за јавно здравје на РМ

Legend: Опфат во % 201

Color	Percentage Range (%)
Lightest Orange	0 - 85
Light Orange	85 - 90
Dark Orange	90 - 95
Darkest Orange/Brown	95 - 100

Од МБД имаат корист и лекарот и пациентот и системот

Медицина базирана на докази по дефиниција претставува совесно, експлицитно и одговорно користење на најдобрите постојни докази, со цел носење вистинска одлука околу грижата за секој поединечен пациент. МБД подразбира интеграција на индивидуалната клиничка експертиза (стручноста на докторот) со најдобрите достапни факти кои произлегуваат од клинички релевантни истражувања

Секојдневната медицинска практика секаде во светот има потреба од конзистентна примена на најдобрите достапни докази, кои произлегуваат од публикуваните клинички и епидемиолошки истражувања, во лекувањето на пациентите, со обрнување особено внимание на балансот помеѓу ризикот и бенефитот од дијагностичките тестови и процедури и алтернативните тераписки постапки.

Медицината базирана на докази по дефиниција претставува совесно, експлицитно и одговорно користење на најдобрите постојни докази, со цел носење вистинска одлука околу грижата за секој поединечен пациент. МБД подразбира интеграција на индивидуалната клиничка експертиза (стручноста на докторот) со најдобрите достапни факти кои произлегуваат од клинички релевантни истражувања (Sackett, 1996).

Научната парадигма претставува начин на перцепција на светот кој не само што ги поставува проблемите кои легитимно би требало да ги разгледуваме, туку нуди и спектар на прифатливи докази кои би морале да поддржат одредено решение. Промената на парадигмата е суштинска промена во начинот на размислување, процес во кој водечката концепциска рамка во една научна дисциплина се менува во помала или поголема мера со нов концептуален консензус (примена на медицинската литература и доказите од истражувањата во медицинската практика). Новата научна парадигма всушност претставува суштинска фундаментална промена во начинот на размислување, нов модел на реалност, кој овозможува при набљудување на ист збир на факти да се донесат заклучоци потполно различни од претходните, донесени со стариот модел на реалноста.

Практикувањето на медицината базирана на докази се одвива во повеќе чекори:

1. Поставување на клиничкиот проблем.
2. Дефинирање на поставениот проблем / се базира на т.н. внатрешен доказ.
3. Избор на најдобар ресурс кој ќе даде одговор на дефинираниот проблем.

4. Дизајн на истражувачката стратегија/критички осврт кон надворешните докази.
5. Сумирање на добиените докази (внатрешни и надворешни).
6. Евалуација и примена на доказите при носењето на одлуката.

Секогаш при поставување на клиничкиот проблем треба да одговориме на неколку прашања: кои и какви се проблемите на пациентот, кои се водечките актуелни интервенции и/или терапевтски пристапи и третмани, дали има и кои се алтернативните интервенции и/или терапевтски пристапи и третмани и каква е клиничката прогноза.

Дефинирањето на поставениот проблем врз основа на т.н. внатрешни докази се базира на знаењето на докторот стекнато со формално и континуирано образование и искуството стекнато во секојдневната практика. За жал не секогаш ова е доволно за носење на вистинската одлука, па затоа е потребно дизајнирање на пребарувањето и наоѓање на т.н. надворешни докази за одговор на поставените клинички проблеми. Најчести извори се информациите добиени од клинички релевантни и систематски прегледи за точноста и корисноста на дијагностичките методи и прогностичките маркери, како и ефикасноста и безбедносниот профил на терапевтските, рехабилитационите и превентивните мерки.

Систематскиот преглед на истражување (systematic review) претставува процес на систематско пронаоѓање, проценка и синтетизирање на докази добиени од научно-истражувачки студии со користење на информатички и комуникациски технологии со цел да се добие сигурен, вреден и потполн преглед на проверени (докажани) резултати за ефектите на дијагностичките и терапевтските процедури кои се применуваат во секојдневната клиничка практика на лекарите.

Еден од најголемите проблеми и дилеми е како и каде да се најдат најдобрите надворешни докази. Препорачаната стратегија на пребарување

(Evidence-based medicine: A framework for Clinical Practice, Daniel J. Friedland, MD) е следната: а) пребарување на високо вредни извори на интегративна литература- evidence based електронски бази на податоци (The Cochrane Collaboration, DARE, National Guidelines Clearinghouse итн); б) електронски бази на податоци на апстракти (MEDLINE, PubMed via National Library of medicine); в) пребарување на специфични медицински страни на интернет (Hardin Meta Directory, Medscape итн); г) упатства достапни на интернет; д) едукативни интернет страници (КМЕ); е) списанија, осврти, резимеа и е) општи пребарувачи (Google, Alta vista, Yahoo итн).

По собирањето на податоците е потребен и систематски преглед на истражувањата во смисла на поставување цели на прегледот и формулирање на критериуми за вклучување на дадените истражувања во прегледот, пребарување на истражувањата за кои се претпоставува дека ги исполнуваат критериумите, табеларно претставување на секоја пронајдена студија и процена на квалитетот на методолошкиот пристап, примена на критериумот за истражување и образложение за секое истражување кое е исклучено од натамошна обработка, анализа на резултатите од одбраните истражувања и статистичка синтеза на податоците (мета - анализа) ако е можно, примена на анализа на сензитивноста (ако е можно) и на крај подготовка на структуриран извештај за прегледаните истражувања со наведување на целите, опис на методот на работа и резултатите.

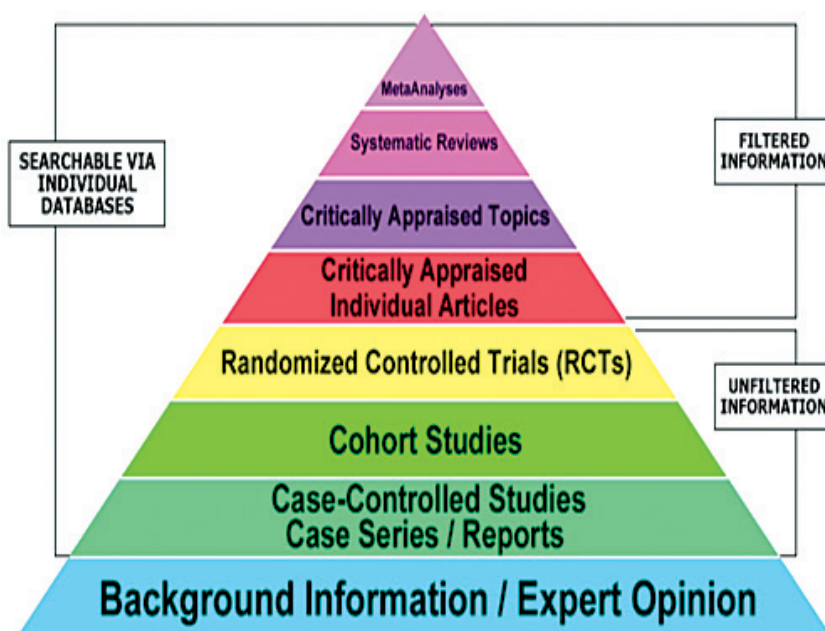
И покрај вака собраните податоци се поставува дилемата дали резултатите се валидни, какви се и дали ќе помогнат во грижата за пациентот? Процената на валидноста на информацијата зависи од тоа дали примерокот е доволно голем и соодветен (на пр. возраст, пол), дали дизајнот на студијата е соодветен, дали се применети соодветни методи на испитување и статистичка обработка, дали се споредливи интервенциите меѓу групите, дали пациентите се следени доволно долго и дали има импликации за конфликт на интереси.

Следниот чекор подразбира интегрирање на надворешните и внатрешните докази и преференциите на пациентот при носењето на одлука.

По донесувањето на одлуката следува и идентификација на прогностичките аспекти со цел подобрување на прогнозата.

Која е користа од практикувањето на медицината базирана на докази?

Користа од практикувањето на МБД е повеќестрана, односно од неа имаат корист и пациен-



тот и лекарот и здравствениот систем. Кај пациентите ќе дојде до значајно намалување на морбидитетот, морталитетот и значајно подобрување на квалитетот на живеење; лекувањето ќе биде исто каде и да се обрати за лекување, а здравствената свест и култура ќе се покачат на повисоко ниво преку изработка на различни водичи за разни здравствени проблеми изработени за самите пациенти. Со практикувањето на МБД лекарот многу поквалитетно ќе ја донесе клиничката одлука, ќе обезбеди заштита од неефикасно, нефективно и потенцијално опасно лекување и го подобрува квалитетот на своето работење и на крај ова ќе се рефлектира на целокупниот здравствен систем преку намалување на цената на чинење на лекувањето.

Практикувањето на МБД иако изгледа идеално, не секогаш е можно поради многу пречки кои се јавуваат во процесот на примена (ограничени ресурси, пречка- експерти, фармацевтска индустрија, лични интереси на лекарите и сл).

Сепак, примената на медицината базирана на докази обезбедува адекватен, ефикасен, современ и за пациентот најдобар и најбезбеден дијагностички и терапевтски пристап и таа не треба да биде ригидна, непроменлива и исклучива, ниту да претставува закана за здравјето на пациентот или работата на лекарот.

Прим.д-р Соња Тројачанец – Пипонска,

специјалист по медицинска биохемија,
ЈЗУ УК Клиничка биохемија, УКИМ, Скопје

ПРОФ. Д-Р ЃОРЃИ СТАВРИЌ (1933-2017)



Збогум професоре, учители на умот и духот

Ако микроскопот ти е основниот алат, тогаш ти си патолог. Тоа значи да научиш да гледаш остро и прецизно, да мислиш критички и широко, но со мир и мекост во душата. За ниедна нејзина турбуленција да не ти ја помати мислата и резонот. Да бидеш систематичен, скроман, страстен, но и да се помириш со тоа дека (најчесто) ќе бидеш невидлив за пациентот. Само така ќе бидеш добар патолог. Зашто кога треба да се постави точна дијагноза, никогаш не се работи за лекарот-патолог, а само за пациентот и неговото здравје. Лекарот тука не е битен, и неважно е што тој лично чувствува. Или мисли. Патологот е невидливиот режисер на медицинската судбина на пациентот. Да, на сцената на еден важен животен миг излегуваат на сцена пациентот и лекарот/клиничар што него го лекува, но патологот ја режира таа претстава и го пишува нејзиниот синопсис. Зашто без точна медицинска дијагноза, нема ни пат до лек и лекување. И не попусто е кажано, патологијата е огледало на медицината на една средина!

Во ова мајско попладне разбрав дека проф. Ставриќ починал. Каква гордост и чест за мене е да кажам дека сум бил негов ученик! Кога се наоѓаш далеку од некое место или настан со кој те поврзуваат нишки на умот и душата, само солзата во окото, како лека од двоглед, телескоп или микроскоп ти го доближува тоа место, луѓето и настаните што те врзуваат за него.

Ѓорѓи Ставриќ беше не само патолог, учител, педагог, професор, врвен дијагностичар и стручњак. Тој беше еден од втемелувачите на модерната југословенска и македонска патологија и цитологија. Еден од ретките луѓе што имав гордост, привилегија и чест да ги сретнам во животот, да работам со нив, да ги запознаам одблиску. Всушност, заради него станав патолог. Тој ми беше професионален татко во патологијата, мој прв учител и единствен професионален ментор. За време на студиите не сретнав похаризматичен и поостроумен професор и човек. Едноставно, сакав да бидам како него, тој ми беше рол модел. Неговиот збор и дијагноза тежеа. Затоа што во него луѓето гледаа врвен стручњак и дијагностичар, но и спасител, човек со огромна чест и доблест, лидер со храброст и морал, но и човек што знае извонредно да слуша и луцидно да мисли, дури и за дијагностицирање на работите на светот и душата. Човек на кого му се верува. Човек што знае да сослуша, посветува, упати, помогне. Човек што функционира со “оптимизам и присуство на дух”. Човек кој кога ќе ти го каже и она што не сакаш да го чуеш - ќе бидеш среќен дека ти ја кажал вистината, без ракавици. Човек што храбро и со доблест секогаш ја зборува и се бори за вистината, вредности што бли-

каат и од животниот пат на неговото потесно семејство. Човек на рид качен, што гледа повеќе од тие под ридот. Човек што ја има онаа недопирлива способност да биде магионичар на умот и на душата!

Се сретнавме на еден обичен студентски испит што го полагав кај него. Неколку години потоа, кога дојдов да прашам дали има место за мене во неговата лабораторија, тој ме пречека како да ме знаел и чекал со години. Како секој отворен и љубопитен млад човек го прашав: зошто сте станале патолог? Заради точната дијагноза, ми одговори, таа медицинска вистина, што бара да биде откриена, зашто таа е водилката во патологијата, онаа кон која секогаш се стремиме и онаа заради која секој ден чувствуваме сатисфакција. Ако сакаш да лекуваш пациенти и да глумиш Господ, ова не е за тебе! Но, ако сакаш да бидеш како Шерлок Холмс, да! Зарем не сте размислувале да заминете надвор професоре, прашав? Како не сум размислувал, ама проклето не можам без ова Водно, Скопска Црна Гора, Шара...некој може, некој не – ми одговори искрено и без двоумење.

Кога ќе се пожалевме дека немаме ова или она, и затоа не можеме, ќе речеше “hic Rhodus, hic salta” – покажи што можеш овде и сега (и не наоѓај оправдувања). И, “на муци се познају јунаци”! Беше учител што секогаш сакаше да го извлече максимумот од оние околу него, од неговите ученици, соработници, до техничарите во лабораторијата и дактилографките. Ајде сега, време е за фрлање од стена...имаше обичај да каже кога се соочувавме со некој нов, сериозен предизвик. За себе скромно кажувааше, јас сум удрен во крило, со сета во гласот опишувајќи ја личната посветеност и љубов кон професијата, во која, да се сознае, да се научи, да се усоврши, да се разбере, е исто што и да се дише и да се постои.

Нашите утрински состаноци во лабораторијата на Институтот за онкологија и радиотерапија, во едно турбулентно време на почетокот на 90-тите, беа и лекции по живот, морал, професионалност, по наука. Честопати ќе скршневме во разговорот и кон уметност или филм. Во овие разговори учествуваше и прерано починатиот д-р Ѓорѓи Зографски, уште еден од интелектуалните синови на проф. Ставриќ и мој учител, блескав ум. Конверзациите со проф. Ставриќ понекогаш се претвораа во поетски дијалози - тој настапуваше со Његош и Вук Караџиќ, јас со Конески и Прличев. При нашата разделба во далечната 1993 година ми рече: “Путуј игумане, за манастир не брини!”, и ме посветува “како и да решиш, едно каење ти претстои”, тешејќи ме, но и охрабрувајќи ме да го следам патот на професионалната и животна судбина. Останавме во

контакт и во овие 25 години откако го “напуштив манастирот“, а и се среќававме често и за време на моите посети на Македонија, разговарајќи за “чашата мед и чашата жолч“ од кои се состои животот.

Неговата работна етика и долг кон пациентите беа легендарни. Дневната клиника за цитолошка дијагноза ја водеа тој и д-р Зографски и прегледуваа и по 30 до 40 пациенти дневно, а ние, помладите лекари асистиравме. Тие самите вршеа тенкоиглени биопсии и препаратите ги читаа истиот ден, за пациентите да имаат готов резултат и наод следниот ден. Тоа беше вистински пример за тоа како треба да функционира една клиника. Тој и од погреб на најблиски се враќаше на работа за да ги прочита сите препарати, за пациентите навреме да го добијат резултатот. Зашто, секогаш за нив се работеше, за пациентите! Илјадниците наоди и дијагнози што ги правевме тој упорно инсистираше да ги кодираме и организираме по светска системска класификација, создавајќи уште тогаш компјутерски преглед-пресек на она што го наоѓавме кај нас како патологија. Тој беше пионер на цитологијата во Југославија и на Балканот, и ја внесе и разви оваа метода по престојот на врвните институции во Шведска и Америка во 70-тите години од минатиот век. Неговиот труд за рана цитолошка дијагноза и детекција на тироидна неоплазија, печатен во престижниот *Cancer* во 1980 година, беше еден од оние трудови што остануваат како темелници на нашето научно наследство. Со гордост се сеќавав на него и на овој труд кога по многу години ми излегоа два труда таму. Знам дека и тој се гордееше исто колку и јас.

И ден денеска чувствувам дека ги следам неговите стапки, ги слушам неговите зборови, се однесувам во професијата и во животот така како што сум научил од него, зашто тоа е всадено во моето кредо. И се уште сум горд дека заради него - како човек и професионалец - сум го одбрал овој пат. Неговото семејство, најблиските, и ние што сме биле среќни да делиме барем дел од професионалниот пат со него, ќе го чуваме споменот за човекот со остро око, критички ум и мека душа!

Нека ти е вечна слава и спомен професоре, учители на умот и духот!

Проф.д-р Кирил Трпков,

Универзитетот во Калгари, Канада
директор на Одделот за патологија
и лабораториска медицина

Проф. д-р Ѓорѓи Ставриќ е роден на 4.1.1933 година во Скопје, каде го завршил основното и средното образование. Во 1951 година се запишува на Медицинскиот факултет во Скопје, кој го завршува во 1958 година. За време на апсолвентскиот стаж бил вработен на Институтот за патологија како лаборант-демонстратор.

Во 1963 година се вработува на Институтот за радиологија и онкологија на Медицинскиот факултет во Скопје и ја започнува специјализацијата по патолошка анатомија. Специјализира на Институтот за патологија, а за време на специјализацијата има студиски престој во Загреб и во Љубљана.

Веднаш по завршувањето на специјализацијата во 1968 година, заминува на шестмесечен студиски престој на Онколошкиот институт „Марија Склодовска-Кири“ во Варшава, Полска.

Неговата академска кариера започнува во 1969 година со изборот во звањето хонорарен асистент по предметот патолошка анатомија. За асистент е избран во 1973 година, за доцент во 1977 година, вонреден професор во 1983 година, а во 1990 година за редовен професор.

Професор Ставриќ ја организирал првата Лабораторија за клиничка цитологија во Р.Македонија (Институтот за радиологија и онкологија). Во 1971 година ја организирал Лабораторијата за гинеколошка цитологија во Градска болница во Скопје, како и Лабораторијата за гинеколошка цитологија на Клиниката за гинекологија и акушерство. Ја супервизира и програмата за цитолошки скрининг на женското население во Скопје. Во 1972 година бил на стручен престој во Каролинска хоспитал во Стокхолм, Шведска, на цитодијагностиката на штитната и простатната жлезда, а во 1983 година на Институтот за патологија во Келн, Германија, заради проучување на патологијата на лимфните жлезди и малигните лимфоми.

Во лабораторијата што ја раководел, се вршеле хистопатолошки и цитопатолошки анализи, а сиот материјал се систематизирал по SNOP и бил компјутерски обработен во вид на „Кумулативен преглед на хистопатолошки и цитопатолошки анализи“.

Во 1974 година бил избран за член на Интернационалната академија за цитологија (MIAC), следната година Здружението на гастроентеролозите на Југославија му доделило диплома за гастроентеролог-патолог, а во 1981 година Здружението на нефролозите на Југославија за нефролог-патолог. Со сопствените резултати од стручната и научната работа учествувал во бројни интернационални и југословенски конгреси по онкологија, патологија и цитологија.

Активно партиципирал во едукацијата на стручниот и научен подмладок.

Проф.д-р Ѓорѓи Ставриќ зборувал на повеќе странски јазици меѓу кои и англиски, француски и руски јазик.

Во почетокот на својата научна активност ги проучувал можностите за контрола на цервикалниот рак со помош на масовен цитолошки скрининг. Резултатите од таа активност се сумирани во неговиот труд: „Евалуација на можностите за ерадикација на *carcinoma planucellulare cervicis uteri* во цитолошки протектирана популација“. Предмет на негово научно интересирање биле и можностите за рано откривање и дијагностицирање на ракот на дојка. Првите резултати се публикувани во 1973 година и денес се цитираат како изворни трудови во оваа област. Посебен интерес имал и за испитувањето на можностите за детекција на локализираните и диференцирани облици на тироидната неоплазија во популација со струма, а партиципирал и многу други истражувачки проекти на Медицинскиот факултет.

Активно учествувал во работата на стручните професионални здруженија и во работата на Институтот, Факултетот и Универзитетскиот сенат. Од 1986 до 1989 година бил претседател на Колегијалниот работороводен орган на Институтот за радиотерапија и онкологија.

По повод 40 годишнината од постоењето на Медицинскиот факултет во Скопје му е доделена Јубилејна златна плакета, за неговиот посебен придонес во основањето, развојот и работата во 1989 година му била доделена Плакета од Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“, а добитник е на Плакета и од Сојузот на здруженијата на лекарите на СР Македонија. Носител е на орденот на труд со златен венец.

Проф. д-р Ѓорѓи Ставриќ има публикувано бројни стручни и научни трудови.

ФАРМАЦЕВТСКАТА КОМПАНИЈА „РОШ“ ОФИЦИЈАЛНО ПРОМОВИРАШЕ НОВ ЛЕК ОД СВОЕТО ИНОВАТИВНО ПОРТФОЛИО

GAZYVA нова надеж за пациентите со хронична лимфоцитна леукемија и не-Хочкинов лимфом



Нова иновативна терапија за хронична лимфоцитна леукемија и релапс/рефракторен не-Хочкинов лимфом, хематолошки малигни болести, којашто овозможува двојно подолго преживување без прогресија на болеста и значително подобрен квалитет на живот е достапна и за пациентите во Македонија. На Вториот конгрес на Македонското здружение за хематологија со интернационално учество, што во втората половина на април годинава се одржа во Скопје, фармацевтската компанија „Рош“, официјално го промовираше лекот GAZYVA® (obinutuzumab). Пред голем број еминентни стручњаци од земјава и странство, меѓу кои и повеќе глобално потврдени хематолошки имиња, беа презентирани предностите на овој таргетиран лек кој обезбедува нова надеж во лекување на најчестиот вид на хематолошки малигни болести.

Соработката помеѓу иновативната медицина, софистицираната дијагностика и напредната технологија создадоа досега невидена можност за подобрување на третманот на пациентите.

„Лекот Obinutuzumab ја заменува досегашната стандардна третманска опција кај пациентите со хронична лимфоцитна леукемија, а ефектите се

многу подобри. GAZYVA не претставува дополнителна терапија и дополнителен здравствен трошок, а обезбедува двојно подолго преживување без прогресија на болеста (29,2 наспроти 15,4 месеци). Во комбинација со хемотерапија (chlorambucil) овозможува брза и долготрајна ремисија на болеста со извонредно долго време до следниот антилеукемиски третман (51,1 месец). Лекувањето не налага потреба од последовен третман во период подолг и од 4 години кај пациентите со хронична лимфоцитна леукемија. Од друга страна, кај пациентите со индолентни лимфоми, GAZYVA во комбинација со хемотерапија, овозможува да се возврати ударот кога болеста ќе напредне и покрај дадената терапија, со што им ја враќа надежта за излекување и подолго преживување на пациентите (преживувањето без прогресија на болеста е зголемено на 29 месеци наспроти 14 месеци во контролната група)“, истакна директорката на Универзитетска клиника за хематологија во Скопје, проф. д-р Лидија Чевреска, појаснувајќи дека искуствата што ги имаат со GAZYVA се резултат на донацијата што ја добила Клиниката како дел од глобалната клиничка студија.

Според проф. д-р Марек Трнени, Карлов универзитет, Општа болница, Прага, Р. Чешка, „GAZYVA® (obinutuzumab) во комбинација со хемотерапија претставува нов стандард за:

- првата линија третман на повозрасни и / или коморбидни пациенти со хронична лимфоцитна леукемија,
- за третман на фоликуларни лимфоми резистентни на „ритуксимаб,, и
- за првата линија на третман на фоликуларни лимфоми.

Во Р. Македонија, секоја година се регистрираат 60-тина нови случаи на хронична лимфоцитна леукемија, а минатата година се евидентирани 170 нови случаи со не-Хочкинов лимфом.

„Пред пет или 10 години тој број беше многу, многу помал. Во очекување сме на позитивен одговор од здравствените власти за новата терапија. Во моментот пациентите се уште се третираат со терапијата што ни е достапна“, објасни проф. Чевреска.

Проф. д-р Јелка Масин - Спасовска

(1964 -2017)

Со цел да се овозможи научен пристап од медицински, економски и социјален аспект, за достапност на лекот за пациентите, како што беше истакнато, изработена е и фармакоекономската студија „Прифаќање и адаптирање на здравствената технологија за лекот obinutuzumab, за прволиниски третман на пациентите со хронична лимфоцитна леукемија во Република Македонија,. Студијата ја изработи Фармацевтскиот факултет, Скопје, односно ИСПОР-Македонија во соработка со Универзитетската клиника за хематологија во Скопје. Таа покажа дека лекот GAZYVA покрај терапевтски е и ценовно оправдан, односно дека треба да биде достапен за пациентите во земјата.

„Направивме и анализа колку ќе чини оваа терпија по пациент. Направивме и анализа за влијание на буџетот, односно колку Фондот за здравствено осигурување на Македонија, односно Министерството ќе треба да оделат средства за оваа категорија пациенти, за примената на оваа современа терапија. Резултатите се поволни“, објасни проф. д-р Љубица Шутуркова од Фармацевтскиот факултет при УКИМ, која беше дел од тимот кој работеше на студијата.

Врз основа на препораките од оваа студија „Рош Македонија“ – Скопје испрати Писмо за намера за отворена соработка со здравствените власти со цел лекот GAZYVA да стане достапен за пациентите во Р. Македонија.

„Повеќе од 20 години „Рош„развива лекови што го рedefинираат третманот во хематологијата и денес инвестираме повеќе од кога и да е во нашите напори да им понудиме иновативни опции за третман на лицата со хематолошки болести. Наш најголем придонес кон подобрувањето на здравството е развивањето на подобри лекови и дијагностички тестови. Но, пациентите би имале корист од нив само доколку тие им бидат достапни. За да се оствари оваа визија, ние мора да работиме во партнерство со Владата, со здравствените власти, инвеститорите, невладините и другите организации на сите можни нивоа. На тој начин македонските пациенти ќе имаат пристап до иновативните решенија за спасување животи“, истакна директорот на „Рош Македонија“, г. Уфук Апајдин.

Одобрувањето на GAZYVA (obinutuzumab) прва го издаде Американската администрација за храна и лекови, а потоа и Европската агенција за лекови. Во Р. Македонија е одобрен за прволиниски третман на пациентите со хронична лимфоцитна леукемија во октомври 2015 година и во април 2017 година, кај пациенти со фоликуларен лимфом кај кои болеста напреднала по индукионен третман или терапија на одржување.

Проф. д-р Јелка Масин - Спасовска е родена во 1964 година, во Охрид. Средно образование и гимназија завршила во Скопје, а високо образование завршила на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје во 1991 година со просечен успех 9,1. Во 1992 година се запишала на магистерски студии на Медицинскиот факултет во Скопје и ги завршила со просечен успех 9,6, а во Мај 1999 година го одбрала магистерскиот труд на тема: „Динамика на промените на плазма-вискозност и фибронектинот кај хипертензија индуцирана со гравидитет“.

Докторската дисертација на тема “Раните исхемиско-реперфузиски имунолошки оштетувања на графтоот и нивната предиктивна важност врз појавата, клиничкиот тек и исходот на реналната дисфункција кај болните со пресадаерен бубрег“ ја одбрала во јануари 2009 година.

На Медицинскиот факултет во Скопје во јуни 1994 година е избрана во звањето помлад асистент по предметот интерна медицина, а во јуни 2000 година е избрана во звањето асистент. Во Мај 2010 година е избрана во звањето научен соработник од областа интерна медицина. За виш научен соработник е избрана во март 2015 година, а за вонреден професор на 22 декември 2015 година.

Проф. д-р Јелка Масин Спасовска изведувала настава на студиските програми од прв и втор циклус студии, учествувала во континуирана обука за лекари за водење на акутна и хронична дијализа, лекари-стажанти и лекари од примарното здравство. Активно била вклучена како ментор и едукатор на специјализантите по интерна медицина.

Проф. д-р Јелка Масин Спасовска има објавено 74 научни труда од нефролошката трансплантациска област во повеќе меѓународни научни списанија и во зборници од научни собири. Учествовала и во изработка на повеќе национални и меѓународни научни проекти. Дел од проектите во кои партиципирала се финансирани од FP-7 програмата од Комисијата за наука на ЕУ.

Проф.д-р Јелка Масин Спасовска активно била вклучена во стручно-апликативната работа на Универзитетската клиника за нефрологија во Скопје. Стручно усовршување во странство остварила во: Нинберг, Германија, на Универзитетот во Болоња, Италија, во Центарот за национална координација за кадаверична трансплантација на Хрватска. Била член на повеќе национални, балкански, европски и интернационални здруженија: Македонско здружение за нефрологија, дијализа, трансплантација и вештачки органи, Македонско лекарско друштво, LKM, BANTAO, International Transplantation Society, International Society of Nephrology (ISN), European Society for Artificial Organs.

Соработник и коавтор е на поглавје на книгата Organ Transplantation: Ethical, Legal and Psychosocial Aspects. од авторот Weimar и cop. 2012 година. Има направено превод на: Препораки за евалуација на дарители и приматели на бубрег и нивна периперативна нега, објавен во Македонски медицински преглед во 2014 година. Била член на УО на научно-стручното списание Bantao Journal, рецензент на Македонски медицински преглед, и член на УО на Македонско здружение за нефрологија, дијализа, трансплантација и вештачки органи.

Медицинскиот факултет засекогаш ќе и остане благодарен на проф.д-р Јелка Масин - Спасовска за огромниот придонес и белег што го остави како наставник, научник и стручњак за успешна реализација на дејностите на Факултетот, манифестирана преку нејзината самопрегорност и посветеност.

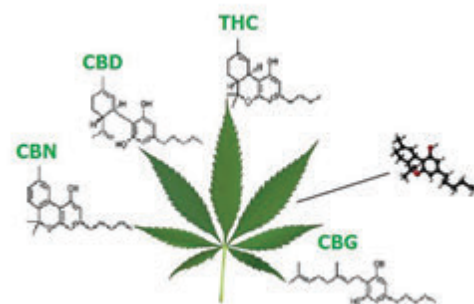
МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ

Која е научната вистина за медицинската употреба на канабиноидите?

Приказ на случајот: Пред некој ден ме прашува познаничка дали знам да и кажам кога треба да очекува дека ќе дојде до подобрување на состојбата и за колку време може да очекува излекување на нејзиниот татко болен од карцином на колонот откако почнала да му дава масло од канабис, но не од тоа што се добива на рецепт (коешто, вели таа, е многу слабо), туку чисто и јако набавено „на црно“. Мајка на нејзина познаничка го „излекувала“ ракот со масло, а и човекот кој и го продал и „гарантира“ излекување. Кај нејзиниот татко пред неколку месеци била применета целокупната терапија соодветна на напредниот стадиум на карциномот. Неколку месеци се чувствувал добро, но од пред неколку недели има болки во стомакот во којшто почнала да се собира течност, многу е малаксан и има болки и мачнина. Лекарите и кажале дека ракот се проширил и препишале само капки за намалување на болките и размислувале да направат пункција за да ја намалат течноста во абдоменот. Бидејќи состојбата не се подобрувала, го набавила маслото и очекува да се случи чудо и да дојде до излекување на ракот.

Која е вистината за медицинската употреба на канабиноидите. До кој став е наблиску вашето знаење за ова?

1. Повеќе рандомизирани клинички студии (РКС) покажале дека медицинските канабиноиди користени за разни медицински индикации може да ги подобрат симптомите кај некои состојби, но доказите за тоа се со ниска или умерена силина.
2. Постојат силни научни докази од РКС за корист од примена на канабиноидите во лекувањето на повеќе медицински состојби, вклучително и на многу видови на карцином.
3. Нема научни докази дека медицинските канабиноиди имаат корисни ефекти за речиси сите испитувани индикации и доказите најчесто не ја достигнуваат статистичката значајност во речиси сите студии.



Одговор: Повеќе РКС покажале дека медицинските канабиноиди користени за разни медицински индикации може да ги подобрат симптомите кај некои состојби, но доказите за тоа се со ниска или умерена силина.

Канабисот има долга историја за медицинска употреба. Лековите коишто се одобрени за медицински цели се наречени канабиноиди во коишто активниот елемент е делта-9-тетрахидроканабинол (THC). Канабиноидите може да потекнуваат директно од билката канабис или да бидат произведени синтетски. Канабидиолот (CBD) е друг вид на канабиноид којшто не е психоактивен, но се мисли дека има антианксиозни и можни антипсихотични ефекти. Тераписките ефекти на канабисот зависат од концентрацијата на THC во дадената формулација, како и од односот помеѓу THC и CBD.

Употребата на канабисот е илегална во многу земји, а бројот на луѓе коишто го користат илегално како лек е непознат. Во некои земји, вклучувајќи ја Р. Македонија, за специфични индикации, може да се препишат лекови кои содржат канабиноиди.

Една мета-анализа на 77 рандомизирани контролирани студии (РКС) објавена во 2015 година којашто вклучила 6.462

пациенти, го оценувала квалитетот на докази коишто стоеле зад препораките за ефикасност на канабиноидите во третман на следните состојби: наузеа и повраќање последица на хемотерапија (НППХ), спастичитет заради мултипла склероза (МС) или пареплегија, стимулација на апетит кај ХИВ/СИДА, хронична болка, депресија, анксиозност, нарушувања во сонот, психоза, глауком (одн. редукција на интраокуларниот притисок) и синдромот Tourette. Заклучокот е дека **постојат докази со умерен квалитет за третман на хронична болка и на спастичитет, а со низок квалитет за третман на НППХ, слабеење кај пациенти со ХИВ/СИДА, нарушувања на сонот и синдромот Tourette.**

Друг систематичен преглед ги оценувал доказите зад индикациите за канабиноиди коишто најчесто се јавуваат во регулативата на земјите со коишто се определуваат квалифицираните состојби за медицинска употреба на канабисот: Alzheimer-ова болест, амиотрофична латерална склероза, епилепсија, МС, тешка/хронична болка, кахексија, рак, Crohn-ова болест/инфламаторна цревна болест, глауком, хепатитис Ц, ХИВ/СИДА и пострауматско стресно растојство. **Единствено примената кај кахексија и болка била оценети**

дека е доволно поткрепено од хумани студии за да ја оправда нивната кредибилна употреба заснована на докази.

Американската академија за неврологија публицирала систематичен преглед во 2014 година и заклучила дека канабиноидите, особено **набиксимолите даваат маргинална корист кај пациенти со МС** хоспитализирани заради спастичитет, централна болка и уринарни симптоми, но нашле дека има мала корист за другите невролошки состојби.

Авторите на систематичниот преглед од 2014 којшто ги оценуваат доказите врз кои се засноваат препораките за употреба на канабиноид кај нарушувањата во сонот, заклучиле дека марихуаната има нејасен ефект врз генеричките проблеми со спиењето со **некаква мала корист кај пациентите со болка и нарушувања во сонот.**

Некои студии кои се јавуваат во последно време даваат докази дека третманот на болката со канабиноиди може да даде **реверзија на хипералгезијата поврзана со примената на опиоидите** и може да придонесат за намалување на нивните дози и да има посебен ефект во превенција и/или **третман на периферната невропатска болка предизвикана од хемотерапија.**

Литература

- Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, et al. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2015;313:2456–2473.
- Belendiuk KA, Baldini LL, Bonn-Miller MO. Narrative review of the safety and efficacy of marijuana for the treatment of commonly state-approved medical and psychiatric disorders. Addict Sci Clin Pract 2015;10:10.
- Koppel BS, Brust JC, Fife T, et al. Systematic review: efficacy and safety of medical marijuana in selected neurologic disorders report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology. 2014;82:1556–1563.
- Friedman D, Devinsky O. Cannabinoids in the treatment of epilepsy. N Engl J Med. 2015;373:1048–1058
- Gates PJ, Albertella L, Copeland J. The effects of cannabinoid administration on sleep: a systematic review of human studies. Sleep Med Rev 2014;18:477–487
- Cichewicz DL, McCarthy EA. Antinociceptive synergy between delta(9) THC and opioids after oral administration. J Pharmacol Exp Ther 2003;304: 1010–1015.
- Russo EB, Hohmann AG. Role of cannabinoids in pain management. In: Deer TR, et al., eds. Comprehensive Treatment of Chronic Pain by Medical, Interventional, and Integrative Approaches. Chicago, IL: American Academy of Pain Medicine Press, 2013:181–198.
- Lynch ME, Cesar-Rittenberg P, Hohmann AF. A double-blind, placebo-controlled crossover pilot trial with extension using an oral mucosal canna-binoid extract for treatment of chemotherapy-induced neuropathic pain. J Pain Symptom Manage. 2014;47:166–173.

Проф.д-р Цвета Толевска е родена на 29.5.1945 година во с.Љубојно-Преспа.Основно училиште и гимназија завршила во Битола. Во 1964 година се запишала на Медицинскиот факултет во Скопје, а дипломирала во 1970 година со среден успех 8. Во 1972 година се вработила во Институтот за радиотерапија и онкологија, при Медицинскиот факултет во Скопје. Во 1978 година го положила специјалистичкиот испит по радиологија.

Во 1977 година била избрана за помлад асистент по предметот радиологија. Во 1982 година е избрана за асистент по истиот предмет, а во 1986 и 1991 година е реизбрана во истото звање.

Во 1984 година била на едногодишно стручно усовршување во САД, Henry Ford Hospital, Детроит, каде се запознава со целокупната технологија на работа во одделот за радиотерапевтска онкологија и со сите новини од таа област. При овој престој изработила научна студија за третманот на карциномите на белите дробови со интраоперативна, интерстицијална радиотерапија, која била презентирана на симпозиум за карцином на белите дробови во истата болница, во април 1985 година.

Проф.д-р Цвета Толевска во 1988 година била избрана за шеф на Одделот за тумори на централниот нервен систем и скелетот. Во текот на својата работа учествувала со свои трудови на повеќе научни и стручни конгреси, симпозиуми и интерсекциски состаноци на просторот на некогашна Југославија и Македонија, како и на повеќе европски и светски конгреси.

Проф.д-р Цвета Толевска учествувала на три едукативни курсеви во организација на Европската школа за радиотерапевтска онкологија (ESTRO).

Во ноември 1991 година одбрала докторска дисертација на тема: „Хиперфракционирана радиотерапија и хемотерапија со BCNU кај малигните супратенторијални астроцитомии“.

Во септември 1992 година била избрана за научен соработник по предметот онкологија со радиотерапија, во Мај 1995 година за доцент, во октомври 1997 година за вонреден професор, а во 2002 година била избрана за редовен професор по предметот онкологија со радиотерапија.

Проф.д-р Цвета Толевска беше врвен лекар во својата специјалност, совесна и трудољубива. Перманентно ги освежувала и дополнувала своите знаења со следење на стручна литература. Новите сознанија ги аплицирала во секојдневната практична работа.

Бројните стручни и научни публикации, како и докторската дисертација на проф. Толевска претставуваат научен придонес во областа на радиотерапијата и хемотерапијата на малигните заболувања во нашата земја. Таа беше докажан педагог во областа на радиотерапијата и онкологијата, а нејзините предавања биле јасни и лесно разбирливи за студентите. Таа покажува еднаков ентузијазам и при едукацијата на специјализантите. Проф.д-р Цвета Толевска е коавтор на учебникот „Радиотераписка онкологија“ издаден во 2002 година како заеднички труд на наставниот кадар при катедрата по онкологија со радиотерапија, а има публикувано и бројни стручни и научни трудови.

Медицинскиот факултет засекогаш ќе и остане благодарен за се што твореше и се што направи преку својата самопрегорна работа и посветеност на факултетот преку студентите, специјализантите, магистрантите и докторантите. Тешко е да се признае фактот дека ја нема повеќе меѓу нас, но таа ќе продолжи да живее во нас преку спомените, преку љубовта и сеќавањата кои ги носиме во нас за нашата сакана почитувана професорка, човек, сопруга, родител, колега, пријател.

Д-Р СИМЕОН ИВАН МОГИЛЕВСКИ

Лекар со европски дипломи кој се втемели во кочанското здравство



**Во виорот на
Октомвриската
револуција во 1918
г. бил принуден да
го напушти
Петербург и да ги
продолжи студиите,
прво во Париз, каде
што останал две
години, а потоа во
Прага, каде што и
дипломирал во 1927
г. Специјализирал
епидемиологија и
паразитологија
[во Париз]**

Д-р Симеон Иван Могилевски е еден од првите лекари во Кочани и во кочанскиот регион, а истражувајќи ја хронологијата, настаните и случувањата на кочанското здравство, како дел од историјата на македонското здравство, со право може да се констатира дека името на д-р Могилевски во него е вткаено и дека тој дал голем придонес во развојот и организацијата на здравствената заштита на населението во општина Кочани и пошироко.

Роден на 1.2.1897 г. во местото Ориел, Белоруска област, Архангелска губернија – Русија, како трето од вкупно четири машки деца, од мајка Марија и татко Иван Могилевски. Основно образование и гимназија завршил во родното место, во 1918 г., а потоа се запишал на студии по медицина во Санкт Петербург (подоцна Ленинград). Во виорот на Октомвриската револуција во 1918 г. бил принуден да го напушти Петербург и да ги продолжи студиите, прво во Париз, каде што останал две години, а потоа во Прага, каде што и дипломирал во 1927 г. Специјализирал епидемиологија и паразитологија во Париз.

Во 1945 г. ја запознал својата животна сопатничка - Драгана Дуткова од Штип (учителка во Штип и Злетово). Во брак стапиле во 1947 г. Нивниот единствен син Иван завршил медицина, а потоа и специјализација по рендгендијагностика и радиотерапија во 1982 г. Работел во Одделението за РДГ при Медицинскиот центар во Кочани се до пензионирањето. Во традицијата на лекарскиот позив во семејството на д-р Могилевски се вклучува и снаата Цвета Ангеловска - Могилевска, примариус, специјалист по детски болести, како и внукот Симеон (психијатар) и внуката Драгана - рендгенолог.

Од завршувањето на војната, во 1945 г. д-р Могилевски работел во Македонија во повеќе градови и села и основал повеќе амбуланти и служби. Основач е на Хигиено-епидемиолошката служба – Кочани, со која раководел во првите неколку години од формирањето. Во пензија заминал на 30.6.1968 година.

Д-р Симеон И. Могилевски починал во Кочани на 18.8.1976 г., на возраст од 79 години.

Европска едукација...

По дипломирањето во 1927 г. на Медицинскиот факултет при Универзитетот „Каролина Прагензис“ во Прага, д-р Могилевски се вратил во Париз каде што се вработил во Паперовиот институт за тропски и суптропски болести. По неколку години започнал специјализација по епидемиологија со паразитологија, а завршил кон средината на 1930-тите. Како млад надежен лекар, од Паперовиот институт во Париз бил испратен на теренска мисија во две француски колонии во Западна Африка, Француски Конго (сега Буркина Фасо) и Горна Волта. По неколку години продолжил да работи како лекар во Рио де Жанеиро и во повеќе населени места долж реката Амазон. Стекнатите искуства за д-р Могилевски ќе бидат многу значајни во неговата натамошна лекарска работа по завршување на Втората светска војна кога дошол во Македонија. Работел како лекар во повеќе градови од источниот регион каде што се соочил со заразни болести, посебно маларијата - тропска болест која царувала во овие краишта.

Втората светска војна го затекнала во Париз. Во пролетта 1942 г. стапил во редовите на движењето на отпорот. Следната година е заробен во Болоњската шума крај Париз и интерниран во логорот Бухенвалд во Германија. Таму бил задржан до мај 1945 г. во последната група од 200 заробеници подготвени да бидат стрелани. Веројатно среќна околност за да остане жив е тоа што бил лекар. Во мај 1945 г. д-р Могилевски животот го носи во Југославија, во Белград, каде што доаѓа заедно со група политички затвореници од логорот.

Согласно потребите на тогашната влада на ФНР Југославија, Министерството за здравство на Југославија го испраќа д-р Симеон Могилевски на работа во Македонија.

Иницијатор, организатор...

Со наредба на Министерството за здравство на НР Македонија, д-р Могилевски бил распределен да работи како лекар во Злетово, со задача да ја отвори првата здравствена амбуланта, во ју-

ли 1945 г. По само четири месеци бил преместен во Кочани, во новоформираната Маларична станица. Во почетокот на 1946 г. во Кочани работеле само двајца лекари, д-р Путелин, Русин по националност, и новодојдениот д-р Могилевски.

Во повоениот период на обнова и изградба, во 1946 г. бил ставен камен-темелник за изградба на болнички стационар во Кочани, во близината на црквата „Свети Ѓорѓи“. На тој свечен настан, како претставници и иницијатори на кочанската здравствена служба присуствувале и д-р Симеон Могилевски и д-р Стојан Николиќ. Веќе во наредната 1947 г. започнала изградбата на амбулантските служби кои биле предадени во употреба во 1948 г. Во меѓувреме, постојната амбуланта од куќата на поп Стојанов, која се наоѓала во близина на средновековната кула во Кочани, била преселена во куќата на Ѓорѓи Чурупката, во непосредна близина на железничката станица.

Со почетокот на организираната акција за искоренување на маларијата, во 1947 г. по директива на Сојузниот и Републичкиот завод за здравствена заштита, во состав на Здравствената станица во Кочани била формирана посебна служба т.н. Хигиеноепидемиолошка служба (ХЕС). За работа во оваа здравствена служба бил ангажиран и обучен посебен стручен персонал ,кои по утврден план, насоки и контрола од раководителот д-р Симеон Могилевски, ја спроведувале акцијата за ерадикација на маларијата и сузбивањето на други заразни болести. Д-р Могилевски ја води службата до 1952 г., кога бил испратен на работа во Призрен и Драгаш.

Средбата на д-р Могилевски со жителите на Кочани била повеќе од добредојдена и посакувана затоа што неговата специјализација и искуство биле драгоцености да ги примени во овој крај. Теренската работа му овозможила да стекне целосен увид во раширеноста на маларијата и леглата на комарците во застоените води на оризовите полиња и да го даде својот придонес во лекувањето, ублажувањето на последиците, а подоцна и во конечното искоренување на маларијата во кочанскиот крај и пошироко во регионот.

Д-р Могилевски бил врвен стручњак и голем практичар и хуманист, со голема посветеност кон пациентите, каде што во дополнителната приватна практика работел до доцните часови во ноќта без да ги наплатува своите услуги од сиромашното население.

Во периодот од 1946-48 г. соработувал со повеќе лекари, а во лекарскиот дневник се споминуваат д-р Путелин (Русин), д-р Ханс Хес (Германец) и д-р Стојан Николиќ (Македонец). Со помош, координација и работа со повеќе струч-



њаци од Медицинскиот факултет во Скопје, меѓу кои доц. Харалампие Манчев, д-р Ристо Трифунов Брезјанин, проф. Димитар Арсов, проф. Александар Игњатовски и проф. Глигор Муратовски, се редат успеси во сузбивањето на маларијата и други заразни болести.

Во белешките на д-р Могилевски за почетокот на неговата лекарска работа во Кочани ги среќаваме и имињата на Лазар Ангелов - санитарен техничар и на Ботка Крстева - медицинска сестра, со кои остварува бројни активности.

Во 1951 г., по иницијатива на д-р Могилевски, со помош на СЗО и Министерството за здравство, бил отворен и започнал со работа стационар со 40 легла во нова зграда за потребите на кочанската општина. Имало две одделенија на почетокот - Одделение за општа и интерна медицина, со 28 легла, и Одделение за заразни болести, со 12 легла. Во стационарот во тој период работеле: санитарски мајор д-р Еман Франьо (Хрват), д-р Симеон Могилевски и д-р Ристо Бакалинов – лекар на специјализација. Подоцна во белешките влегуваат и имињата на д-р Трајко Орушев и д-р Васка Донева - Орушева, кои на почетокот работеле како лекари по општа медицина, а потоа специјализирале.

Во 1951 г. во Винаца била изградена здравствена станица во која работеле медицинска сестра и бабица секој ден, а лекарите од Кочани доаѓале двапати неделно, вклучувајќи го и д-р Могилевски.

Кон крајот на 1952 г. Министерството за здравство на тогашна ФНРЈ го испраќа д-р Могилевски на работа во Призрен и Драгаш, а во 1955 г., се вратил во Штип. Наредната година бил преместен во Валандово (1956), па во Струмица (1957)... Теренската работа низ источниот регион на Македонија му овозможиле да стекне

Слика 1. Од лево во прв ред: двајца членови на експертски тим за маларија од СЗО, д-р Симеон Могилевски, Благој Зафиров-директор на Фондот за здравство-подрачна единица во Кочани, д-р Стојан Николиќ и д-р Ристо Бакалинов – лекар на специјализација по интерни болести, 1951 г.



Слика 2. Д-р Симеон Могилевски со соработници од ХЕС-службата во Кочани, 1948 г.

поцелосен увид во раширеноста и економските и социјално-демографски реперкусии од маларијата и другите заразни болести. Во 1958 г. д-р Могилевски се враќа во Кочани, трајната дестинација на неговата животна патека и посветеност во работата каде што работи сè до неговото пензионирање во 1968 година.

Д-р С. Могилевски дал голем придонес во развојот и организацијата на здравствената заштита на населението во Кочани, но и пошироко. Некогашната Маларична станица во Кочани прераснала во Здравствен дом, а подоцна и современ Медицински центар кој својата дејност ја проширил во повеќе сегменти на здравствената заштита.



Слика 3. Д-р Симеон Могилевски (со очила) со соработници (здравствени техничари и хигиеничари) од ХЕС-службата при Здравствениот дом во Кочани, 1948 г.

Спомени и признанија...

Д-р С. Могилевски потекнува од белоруско патријархално 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 и почит кон секого. Во неговата личност во неразделна целина се обединуваат лекарот и хуманистот, максималната посветеност кон работата. Покрај мајчиниот руски јазик, владеел и француски, германски и чешки, Бил многу посакуван соговорник за разни стручни и научни прашања, но и за интересни дискусии од разни области, како што се природните науки, математика, физика, хемија, историја и општествените збиднувања.

Несебично работеше активно од 1945 до пензионирањето во 1968 г. и потоа, и им помагаше на луѓето не само од Кочани, туку преку голем број активности повремено бил присутен и во низа други општини и региони. Меѓу лекарите кои ги поставија темелите на организираното здравствено живеење во Кочанско и врз чии плеќи беше понесен товарот на здравствената едукација на населението секако беше и д-р Симеон Могилевски, кој од 1945 г. па сè до крајот на својот живот остана верен на градот Кочани, во кој создаде свое семејство и наедно остана доследен на својата професија – лекар во вистинската смисла на зборот.

Д-р Симеон Могилевски
Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилски Г. Организација на борбата против маларијата после ослободувањето во СР Македонија. Во: Гаврилски Г, Гроздев Љ, Миладиновиќ Т, Новак Ј, Шаин А, уредници. Ерадикација на маларијата во Југославија 1959-73. Македонско лекарско друштво, Скопје 1973: 143-76.
2. Герасимов К. Животот посветен на здравјето на жителите од Кочанско. Актуелности 2006; 12 (187): 8-9.
3. Ѓоргов А. Економски и социјално-демографски реперкусии на маларијата во некои делови во СРМ. Во: Гаврилски Г, Гроздев Љ, Миладиновиќ Т, Новак Ј, Шаин А, уредници. Ерадикација на маларијата во Југославија 1959-73. Македонско лекарско друштво, Скопје 1973: 217-24.
4. Николиќ С. Лекарски дневник во здравствената служба во Кочани, 1946-52 г. Здравствен дом-Кочани, 2017.

Rinoco® 50µg

fluticasone propionate
спреј за нос



ПЛИВИН

интраназален

кортикостероид

во терапија на

алергиски

ринити!



PLIVA  allergy

ПРЕПОРАЧАНО ДОЗИРАЊЕ

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

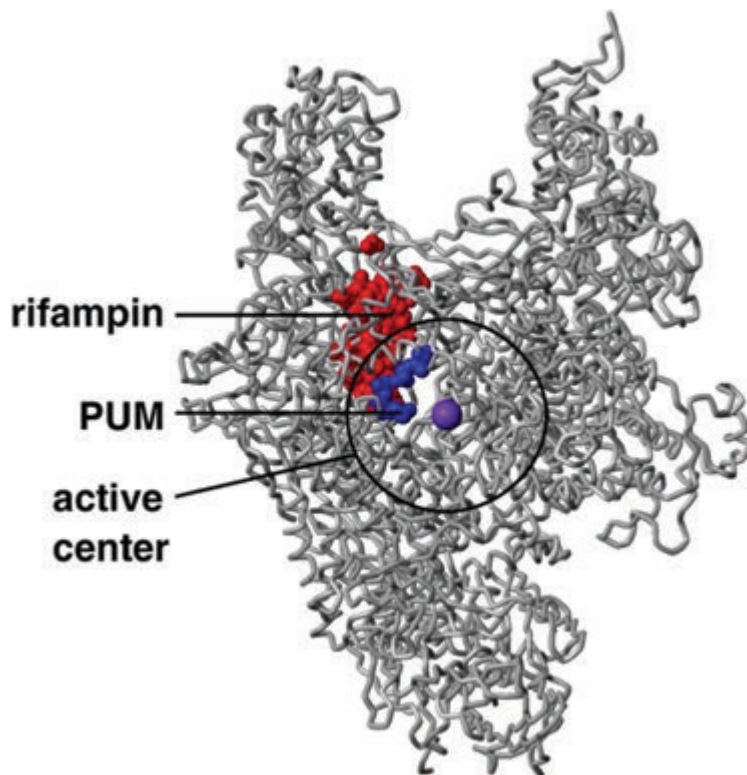
Препорака: по можност лекот да се примени нацело

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

Напомена: Збирен извештај за особините на лекот е достапен на барање. **Број и датум на одобрение за ставање на лекот во промет:** Rinoco спреј за нос 50 мсг/доза, 120 дози, 15-10371/09 од 20.04.2010. **Начин и место на издавање:** се издава на лекарски рецепт, во аптека. САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ. **Носител на одобрение:** Плива довел Скопје, Никола Парапунов бб, Скопје. Тел. 02/3062702. 09-15-RIN-05-NO/27-15/09-17



Откриен нов антибиотик, ефикасен против резистентните бактерии



Структурата на РНК бактериска полимераса

Научниците откриле нов антибиотик, кој е многу ефикасен против бактериите отпорни на веќе познатите антимикробни агенси.

Антибиотикот е пронајден во примерок на земја од Италија, поточно во една бактерија која се наоѓа во земјата, а е наречен “псеудоуридимин” или ПУМ, соопшти АФП. Лекот успешно елиминира широк спектар бактерии во лабораториските тестови и ги излекува глувците инфицирани со шарлах.

Информациите за откритието се објавени кон средината на јуни во САД, во научното списание *Сел* (*Cell* – клетка).

Псеудоуридиминот го неутрализира, како што пренесува новинската агенција Танјуг, ензимот под името полимераса, кој е неопходен за речиси сите функции на секој организам, а поради

својот механизам на акција, новиот антибиотик има 10 пати помала можност да го предизвика имунитетот на своето дејство во споредба со сите други лекови на пазарот.

ПУМ успешно елиминира повеќе од 20 видови на бактерии во експериментите и се покажал особено ефикасен против стрептококи и стафилококи, чии неколку видови се многу отпорни на цела низа антибиотици.

Клиничките студии на лекот би можеле да почна во следните три години, додека новиот антибиотик на пазарот би можел да се очекува во следните 10 години, соопштија научниците од Ратгерс-Њу Брунsvик универзитетот во Њу Џерси, САД и од италијанската биотехнолошка компанија „Најконс“.

Тие истакнуваат дека ова откритие покажало дека бактериите пронајдени во земјата се најдобар извор на нови антибиотици.

Антимикробната резистенција денес достигнува глобални размери. Резистенцијата која некои микроорганизми ја развиваат кон одреден антибиотик може да доведе до негово отфрлање од терапевска примена. Во светот се повеќе се зголемува бројот на полирезистентни микроорганизми поради што во научните кругови се зборува за “пост антибиотска ера”. Раширените меѓународни комуникации и патувања, трговијата со животни и растенија им овозможува на микрорганзмите брзо ширење низ светот, па така проблемот на резистенција од некој дел од светот, брзо станува глобален проблем. Патниците кои добиваат хоспитална нега кога посетуваат земја со висока преваленца на антимикробна резистенција и кои последователно се враќаат во својата земја, можат да се вратат колонизирани или инфицирани со мултиантибиотик резистентна бактерија, кои потоа претставуваат потенцијална основа за развој на инфекции.

Состојбата во Р. Македонија не се разликуваат од оние објавени во соседните земји: Србија, Бугарија и Грција, односно нема значителни разлики во податоците со оние од земјите на јужна Европа и Медитеранот, каде вообичаено постои поголема потрошувачка на антибиотици и висок степен на резистентни бактеријски соеви.



M E D I S

Меѓународен конкурс

Единствени награди за медицински достигнувања во Средна и Југоисточна Европа

9 награди Medis Awards во 9 области:

АНЕСТЕЗИОЛОГИЈА
ГИНЕКОЛОГИЈА
ПЕДИЈАТРИЈА

ФАРМАЦИЈА
НЕВРОЛОГИЈА
ПУЛМОЛОГИЈА
(со алергологија)

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЈА
ОФТАЛМОЛОГИЈА
РЕВМАТОЛОГИЈА

Кој може да учествува?

Лекари и фармацевти кои своите **научно истражувачки трудови** ги претставиле на значаен европски или светски конгрес или ги објавиле во афирмирано научно списание.

Истражувачки труд претставен како:

- Постер
- Усна презентација
- Статија

Истражувачкиот труд треба да биде прифатен, претставен или објавен во периодот помеѓу **1. септември 2016.** и **31. август 2017.**

Држави

- Австрија
- Босна и Херцеговина
- Црна Гора
- Хрватска
- Македонија
- Словенија
- Србија
- Унгарија

Награди Medis Award

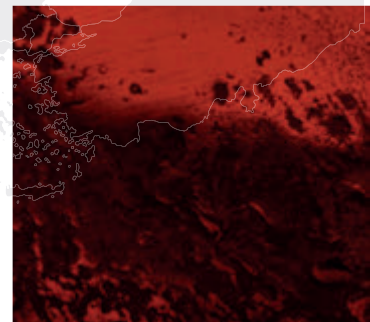
- **Иднина** – бронзена скулптура на скулпторот Јаков Брдар
- **Финансиски поттик** во износ од 2500 евра (брuto)

Рок за пријавување: **15. септември 2017.**

Пријавување на: **www.medis-awards.com**

Пријавете се и станете дел од Medis Awards мрежата на признаени експерти!

www.medis-awards.com
awards@medis.si



ОД ВЛЕЗОТ НА ХРВАТСКА ВО ЕУ НА 1 ЈУЛИ 2013 ГОДИНА ДО 29 МАРТ 2017 ГОДИНА

Хрватска ја напуштиле 551 лекар



Минимална невработеност

На 29 март 2017 година во Хрватска имало евидентирано 227.543 невработени лица, од кои само 14 доктори на медицина со положен државен испит и одобрение за самостојна работа. Процентот на докторите меѓу невработените изнесува 0,006 %.

На Хрватска и недостасуваат неколку илјади лекари

Во зависност од изворот, во однос на европскиот просек на Хрватска и недостасуваат меѓу 2.000 и 4.000 доктори. Според податоците на ЕУРОСТАТ за 2014 година, просекот на Европа е 3,4 специјалисти на 1.000 жители. Хрватска има 2,9 лекари-специјалисти на 1.000 жители, што значи дека недостасуваат 2.125 доктори за да се достигне просекот на Европа. Според критериумите на Светската здравствена организација (WHO 2011 год.), за да го достигне просекот на Европската Унија од 330 лекари на 100.000 жители на Хрватска и недостасуваат 4.300 лекари. Со стапка од 226 лекари на 100.000 жители полошо од Хрватска се позиционирани Албанија, Босна и Херцеговина и Црна Гора.

750 лекари во низок старт за заминување од Хрватска

На работа во странство од 1 јули 2013 година заминале и не се вратиле 551 лекар, а цело-

купната потребна документација за заминување ја комплетираше уште 750 лекари. Повеќе од 42% од лекарите кои покажале намера за заминување, таа намера ја реализирале.

Инкубатор за развиена Европа

Во странство во моментот работат 806 лекари кои завршиле на некој од хрватските медицински факултети и во поголема или помала мера стручно созрале во Хрватска.

Жени/мажи

Иако во здравствениот систем, во сегментот на лекари, владее двотретинско мнозинство на жените, системот го напуштиле повеќе лекари од лекари.

Младите заминуваат, постарите остануваат

Просечната животна доба на лекарите кои го напуштиле системот е 39 години, а просечната возраст на лекарите во системот е 51 година. Голем процент (83%) од лекарите кои го напуштиле здравствениот систем на Хрватска се на возраст од 25 до 45 години. Дури 271 од нив се помлади од 37 години.

Пол	%
Жени	47
Мажи	53

Просек на години	39
Годиште	
1956 - 1959	15
1960 - 1969	75
1970 - 1979	190
1980 - 1989	253
1990 - 1992	18

Дејност	број	%
Болнички систем	289	53
Друго (факултети...)	82	15

Од Хрватската лекарска комора 1.301 лекар добиле потврда за заминување на работа во странство, а 50 проценти од заминатите лекари се помлади од 37 години

Заминувања според последниот работодавец:

Клинички болнички центар	129
ХЗ за итна медицина	78
Здравствен дом	73
Општа болница	72
Клиничка болница	47
Друго	31
Концесионер	26
Поликлиника	14
Трговско друштво	14
Жупаниска болница	12
Психијатриска болница	12
Специјална болница	11
Факултет	7
Затворска болница	6
Фармација	5
ХЗЈЗ	5
Завод	4
Групна практика	3
Приватна болница	1
ХЗЗО	1

„Робовладетелските“ договори за специјализација ги бркаат младите

Евидентен е порастот на трендот на напуштање на системот на докторите без специјализација. Суспендирањето на Правилникот на “Накиќ” за специјалистичко усовршување на докторите на медицина резултираше со зголемување на барањата за ЕУ потврда која овозможува заминување на работа надвор од Хрватска.

Дискриминација –заминување

Иако во примарната здравствена заштита доминантна група лекари се оние кои имаат концесија, ги има повеќе од двојно од оние кои се вработени во здравствените домови (соодносот е 70% vrs.30%), од Хрватска заминале речиси тројно повеќе доктори вработени во здравствените домови, отколку лекари –концесионери во примарната здравствена заштита (73 vrs. 26)

Сплит како исклучок

Во споредба со другите регионални центри, како што се Загреб, Риека, и Осиек, лекарите од Сплит, односно Сплитско –далматинската жупанија најтешко се одлучуваат за заминување во странство. “Спликаните” трипати поретко ја напуштаат Хрватска и заминуваат на работа во странство споредено со докторите од Загреб, Риека и Осиек.

Заминувања по специјализации:

Анестезиологија, реанимација и интензивно лекување	49
Психијатрија	35
Општа хирургија	25
Радиологија	24
Интерна медицина	23
Гинекологија и акушерство	21
Неврологија	15
Офталмологија	15
Педијатрија	15
Оториноларингологија	10
Кардиологија	9
Ортопедија	8
Патолошка анатомија (*)	7
Урологија	7
Семејна медицина	6
Детска хирургија	5
Нефрологија	5
Инфектологија	4
Дерматологија и венерологија	4
Физикална медицина и реhabилитација	4
Итна медицина	4
Гастроентерологија	4
Неврохирургија	4

Заминувања по жупаниии

Град Загреб	209
Приморско –горанска	64
Осијечко-барањска	39
Истарска	25
Задарска	23
Сплитско –далматинска	21
Сисачко-мословачка	18
Бродско-посавска	17
Бјеловарско-билогорска	16
Загребска	16
Копривничко-крижевачка	17
Вараждинска	15
Дубровачко-неретванска	12
Вуковарско-сремска	11
Карловачка	11
Крапинско-загорска	8
Шибенско-книнска	7
Личко-сењска	7
Меѓумурска	6
Вировитичко-подрavsка	5
Пожешко-славонска	4

На Хрватска и
недостасуваат од
2.000 до 4.000
лекари за да го
достигне
просекот на
Европската Унија

„Лјечничке новине“

Неефикасен систем, медицинскиот персонал нерамноправно оптоварен

Системот на јавното здравство во Црна Гора е неефикасен, оценува Синдикатот на докторите по медицина (СДМЦГ), а според нивната анализа на состојбите во системот на јавното здравство во Црна Гора, медицинскиот персонал е нерамноправно оптоварен.

„Во Клиничкиот центар на Црна Гора се реализираат 51 отсто од сите прегледи во државата“, се вели во анализата направена заклучно со 31 декември минатата година. Се истакнува дека финансирањето на здравствените установи е според капацитетите, а не според извршените услуги.

„Примарната здравствена заштита, по спроведената реформа, би требало да решава 80 отсто од сите здравствени проблеми“ се вели во анализата која кон средината на април е проследена до претседателот на владата, министерот за здравство, Фондот за здравствено осигурување, до директорката на КЦЦГ, до европската комисија и ЦЕСИ.

Во него се појаснува дека со јакнењето на примарната здравствена заштита се обезбедува поголема ефикасност на системот и негова финансиска одржливост, а тоа, како што се вели во анализата, во Црна Гора изостанува и по реформата. Здравствените услуги доминантно се даваат на секундарно и терцијарно ниво, а тоа, пак, ја зголемува нивната цена.

„Нерационалната потрошувачка се гледа и преку редовното ангажирање лекари од соседните држави додека домицилниот кадар се одлева поради лошиот социо-економски статус. Лекарите од соседните држави се плаќаат многу повеќе од домашните лекари, а долгорочно не го решава проблемот“.

Синдикатот цени дека ваквата состојба е последица на недоволната „продукција“ и заминувањето на кадрите. Од тие причини во прашање е доведено постоењето на цели клиници во КЦЦГ. Најголемиот дефицит е во ургентната медицина (400 отсто), физикалната медицина (350 отсто), неврологијата (250

отсто), дерматовенерологијата (150 отсто), офталмологијата (125 отсто), интерната медицина и ортопедијата по 100 отсто, психијатријата (70 отсто), општата хирургија 60 отсто....

СДМЦГ смета дека една од причините за ваквата состојба е многу бавниот систем на интеграција на завршените студенти на медицина во јавниот здравствен систем. „Заклучно со 26 декември минатата година во Бирото за вработување имало 106 лекари за чие образование се потрошени околу два милиона евра, во услови кога во системот недостасуваат 700 специјалисти“, истакнуваат синдикалците.

Со Акциониот план на Владата за периодот 2013-2015 година е планиран упис на 400 студенти на медицина. Меѓутоа, овој план е остварен под 50 отсто, а тоа ќе создаде дополнителни проблеми во иднина затоа што се предвидува со ваквиот тренд на упис, бројот на лекари во јавниот сектор ќе забележи пад на 1.309 до 2022 година.

„Во јавните здравствени установи нема ниту еден детски алерголог, детски офталмолог, ревматолог и детски психијатар, додека во цела Црна Гора ординираат по еден детски анестезиолог, детски ОРЛ, детски невролог, детски гастроентеролог и детски хематолог“, истакнуваат од СДМЦГ.

Болничките капацитети во јавното здравство се позиционирани на 2.406 кревети или 389 кревети на 100.000 жители, што е помалку од просекот на ЕУ.

СДМЦГ потенцира дека менаџерите на здравствените установи ја немаат потребната едукација за здравствен менаџмент, што е во спротивност до Мастер планот за здравство. Осврнувајќи се на дигитализацијата на здравствените установи, Синдикатот нагласува дека е распишан тендер, купен е ДРГ софтвер и платено е одржувањето на софтверот кој е основа за процесот на носење одлуки во здравството, а кој, како што велат во СДМЦГ, не се користи.

Основниот проблем е во кадровската политика на владата и неисполнувањето на акционите планови кои го носи таа

„Електронскиот картон на пациентите од примарната здравствена заштита не им е достапен на лекарите од секундарното и терцијарното ниво, а тоа се одразува и на квалитетот на лекувањето. Непостои е-закажување, е-упатување, е-насока на препишување, е-клинички насоки, е-листа на лекови, е-пријава иако тоа е еден од приоритетите во Мастер планот за здравство“, се истакнува во анализата. Не се користи ниту телемедицинскиот сервис за зголемување на достапноста и унапредување на квалитетот на здравствената заштита.

„КЦЦГ и трите специјални болници не се информатички интегрирани со останатиот дел од системот. Во досегашниот период најмалку три тендери за информатизација на КЦЦГ се распишани, а не се докрај реализирани“, се вели во анализата.

Синдикатот истакнува дека во базата на Фондот за здравствено осигурување на Црна Гора се регистрирани 708.720 осигуреници, додека Црна Гора официјално има популација од 621.383 жители, односно околу 87.000 помалку од осигуреници.

„Ова е последица од нефункционирањето на Централниот регистар на населението кое не се ажурира и од него не се бришат починатите лица. Тоа создава проблеми во планирањето на буџетот за јавно здравство, односно се прават нереални проекции“, сметаат во Синдикатот.

Синдикалците истакнуваат дека во Црна Гора има 13 илјади психијатриски пациенти годишно и додаваат дека вкупните капацитети за таа област се 306 кревети. Нема програми за помош на младите кои имаат тешкотии со менталното здравје, за лицата со депресија, оние кои се во ризик од суицид, како ни програми за ментални нарушувања кај старите лица....

Последиците од немањето на јасен план за развој и унапредување на здравствениот систем, истакнуваат од Синдикатот, е честото лутање во водењето на здравствената политика. Според нив, владата конечно мора да донесе долгорочна стратегија за здравството за која ќе се држи.

„Оданокувањето на негативните стилови на живот може да биде постојан извор на дополнителни средства за здравствената каса. Црна Гора не го користи моделот на воведување акцизи на производи штетни за здравјето од кои приходите би оделе во Фондот за здравствено осигурување“, укажуваат од Синдикатот кои во анализата констатираат дека Црна Гора се соочува со проблеми во прибирањето на средства за финансирање на системот на јавното здравство.

„Вијести“

СРБИЈА

До крајот на годинава ќе бидат вработени 2.010 лекари, сестри и техничари



До крајот на годинава во здравствените установи во Србија ќе бидат вработени вкупно 2.010 лекари, медицински сестри и техничари, соопшти во втората половина на април министерот за здравје на Србија, Златибор Лончар.

Презентирајќи го кадровскиот план, тој истакна дека од почетокот на годинава веќе се вработени 463 здравствени работници, од кои половината се лекари. До 15 мај, како што рече Лончар, сите здравствени установи беа обврзани да формираат комисији за прием на новите кадри. Според овој кадровски план, КЦ Војводина ќе добие 229 нововработени, КЦ Србија 380, ИКВБ Дедиње 18, Институтот за онкологија на Србија 33, Институтот за мајка и дете 30, КБЦ Земун 72, КБЦ Звездара 84, Универзитетската детска клиника 30, КЦ Ниш 58, КЦ Крагуевац 219... Со „Новиот кадровски план“ што го усвои Министерството за здравје, а го одобри владата на Србија е предложено вработување на 631 лекар, 30 фармацевти –биохемичари и 1.348 медицински сестри и техничари од разни профили. Тие ќе бидат вработени во 21 здравствена установа низ цела Србија.

„Новиот кадровски план, е изработен од Институтот за јавно здравје на Србија „Милан Јовановиќ Батут“ на предлог на Министерството за здравје со цел да се создаде нова генерација лекари. Најмногу вработени ќе има во здравствените установи кои имаа недостиг на кадар, односно здравствените домови кои имаа најмалку здравствени работници во однос на бројот на жители на територијата за која се основани и болниците кои имаа најмалку здравствени работници во однос на бројот на постелите. Потенцирајќи дека комисијата на владата од почетокот на годинава веќе одобрила вработување на околу 4.000 здравствени работници од кои половината се лекари, Лончар соопшти дека се одобрени и околу 4.000 специјализации, а во мартовскиот рок уште 634 специјализации.

„Блиц“

ВИСОКО СЕРУМСКО НИВО НА УРИЧНА КИСЕЛИНА МОЖЕ ДА ПРЕВЕНИРА КРШЕНИЦИ

Покачени вредности на серумска урична киселина (UA) може да го намалат ризикот за кршеници покажува студија објавена во списанието *Osteoporosis International*. Оваа студија е базирана на систематичен преглед на литературата и мета-анализа на 5 проспективни студии (n=29,110) што биле идентифицирани на PubMed, Embase, and Cochrane датабазите. Рандомизиран-ефект модел на сите овие 5 студии имал заеднички HR од 0.79 (95% CI, 0.69-0.89) за покачение вредности на UA и кршеници. Слични резултати биле добиени и кога биле анализирани одделно 3 висококвалитетни студии (HR, 0.80; 95% CI, 0.69-0.93). Резултатите станале слични како и во примарната анализа и кога тие биле анализирани и по одделни видови на кршеници, популаци, или пак лекување за остеопороза.

Иако хиперуремијата е познат ризичен фактор за различни заболувања и состојби, како на пр. дијабетес, дебелина и хипертензија, се чини дека UA може да има и улога во одржување на здравјето. Така, UA има силни ендогени антиоксидативни својства и може да превенира клеточни оксидативни оштетувања. Проспективни студии сега се потрбени да ги потврдат наодите од оваа студија.

Osteoporos Int. 2017 May 9
[Epub ahead of print].
doi: 10.1007/s00198-017-4059-3.
PMID: 28488134

РЕДОВНО ПИЕЊЕ ЧАЈ МОЖЕ ДА ПРЕВЕНИРА КОГНИТИВНО ОШТЕТУВАЊЕ

Редовното консумирање чај може да го намали ризикот за когнитивно оштетување се тврди во студијата публикувана во списанието *Oncotarget*. Но, протективната функција на чајот е поврзана само со консумирање на зелениот, а не и на црниот/улонг чај.

Оваа студија е мета - анализа на 17 труда (n=48,435) што биле идентификувани преку Pubmed, Embase и Cochrane Library дата базите.

Севкупното консумирање на чај било поврзано со сигнификантно намалување на ризикот за когнитивни нарушувања (OR, 0.73; 95% CI, 0.65-0.82). Зелениот чај (OR, 0.64; 95% CI, 0.53-0.77) се покажал дека придонесува најмногу во намалувањето на ризикот, но тоа не е случај и со црниот/улонг чајот (OR, 0.75; 95% CI, 0.55-1.01). Поврзаноста била зависна од дозата на консумирање, а зголемување на количината за 100 mL/дневно, 300 mL/ дневно и 500 mL/ дневно на консумиран чај го намалува ризикот за деменција за 6%, 19%, и 29%, респективно.

Чајот содржи големо количество на полифеноли, особено катехини, а тие имаат силни антиоксидантни својства. Овие состојки може да го неутрализираат оксидативниот стрес, кој пак придонесува за когнитивно нарушување. Полифенолите од зелениот чај се сметаат дека имаат антиамилоидогени својства. Слично, кофеинот што се наоѓа во чајот, исто така, може да превенира Алцхајмерова болест преку заштитување на мозочно-крвната бариера и блокирање на аденозин A2A рецепторите. Дополнителни студии што специфично ќе ги истражуваат протективните ефекти на зелениот и црниот /улонг чаевите врз когнитивните функции се неопходни.

Oncotarget. 2017 Apr 26
[Epub ahead of print].
doi: 10.18632/oncotarget.17429.
PMID: 28496007

КОНФЛИКТИТЕ НА РАБОТНОТО МЕСТО СЕ ДЕТРЕМЕНТАЛНИ ЗА СРЦЕВОТО ЗДРАВЈЕ

Конфликтите што се случуваат на работното место значително придонесуваат за појавата на кардиоваскуларни заболувања. Ова е првичниот заклучок од студија публикувана во *German Medical Scienc.*

Студијата се базира на 7.374 испитаници кои имале конфликти на работното место и 7.374 контролни партиципанти, сите идентифицирани од амбулантите по општа практика во Германија. Инцидентата на *angina pectoris*, миокардијален инфаркт (MI) и мозочен удар асоцирани со конфликт на работното место биле одредени.

Во следењето на групите, 2.9% од луѓето во групата со конфликти имале кардиоваскуларни заболувања во споредба со 1.4% од контролната група (P<.001). Луѓето кои имале конфликти на работа имале 1.63 пати зголемен ризик за кардиоваскуларни заболувања во споредба со оние кои немале никакви конфликти (P<.001). Ризикот бил најголем за MI (OR, 2.03; P=.084), а помал за *angina pectoris* (OR, 1.79; P=.003) и мозочен удар (OR, 1.56; P=.076).

Според авторите, депресијата и анксиозноста може да влијаат врз поврзаноста меѓу конфликтот на работното место и кардиоваскуларните заболувања. Луѓето кои имале мобинг на работното место имаат поголема веројатност да развијат ментални заболувања и на тој начин да го зголемат дополнително ризикот за кардиоваскуларни заболувања.

Ger Med Sci. 2017;15:Doc08.
doi: 10.3205/000249.
PMID: 28496397

ДАЛИ СТАТИНИТЕ СЕ ПОЛЕЗНИ ПО ДИЈАГНОЗАТА НА РАК НА ЕЗОФАГУСОТ?

Статините може да го намалат морталитетот по дијагноза на езофагијален рак, но квалитетот на овие докази е многу мал. Резултатите од клеточни испитувања и студии на животни укажуваат дека статините имаат антитуморни својства. Статините, исто така, ја инхибираат клеточната пролиферација и доведуваат до апоптоза кај клетки од езофагијален аденокарцином, што уште повеќе ги потврдуваат антитуморните својства на статините.

Оваа студија е спроведена со испитување на 1.921 пациенти со дијагноза на езофагијален рак во периодот од 2009

до 2012, а кои не биле корисници на статини, и по 6 месеци од започнувањето со статин - третман во текот на 2 години. Примената на статини покажала незначително влијание врз намалувањето на езофагијалниот тумор морталитет (HR, 0.93; 95% CI, 0.81-1.07) и доз-ефект порвзан со бројот на рецепти за статини. Болните кои претходно применувале статини пред да ја добијат дијагнозата имале 12% намален морталитет од оние кои не користеле статини (HR, 0.88; 95% CI, 0.79-0.99).

*Cancer Epidemiol. 2017; 48:124-130.
doi: 10.1016/j.canep.2017.04.015.
PMID: 28486205*

COCHRANE ПРЕГЛЕД: МАЛКУ ДОКАЗИ ЗА ПРИМЕНАТА НА „ТРАМАДОЛОТ“ ПРИ БОЛКА КАЈ БОЛНИ СО РАК

Мал број на студии укажуваат дека „трамадолот“ има улога во лекувањето на болката која е присатна кај болни со рак. Досега нема студии кои го имаат испитувано аналгезичното дејство на овој лек кај деца со малигнитет. Во овој систематски преглед на литературата, 10 ранодмизирани контролирани испитувања биле вклучени, со вкупен бој од 958 возрасни испитаници. Студиите се базирани на дата-базите на Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, и LILACS. Најголем број на овие студии имаат применувано 300-400 mg „трамадол“ дневно.

Во 9 од 10-те испитувани студии немало соодветна методологија, во смисла на слепост на клиничките испитувања, имало мал број на испитаници или, пак, клиничка документација. И покрај овие недостатоци, студијата укажува дека „трамадолот“ ја намалува болката за најмалку 30% кај 47% од испитаниците, додека морфинот ја намалува болката за 30% кај 82% од испитаниците.

*Cochrane Database Syst Rev. 2017;5:CD012508.
doi: 10.1002/14651858.CD012508.pub2.
PMID: 28510996*

КОИ АНТИХИПЕРТЕНЗИВНИ ЛЕКОВИ СЕ ПОВРЗАНИ СО НАМАЛЕН РИЗИК ЗА ДЕМЕНЦИЈА?

Калциум канал блокаторите (CCB) се поврзуваат со намалување на ризикот за деменција кај постари луѓе, особено оние кои немаат историја на кардиоваскуларно заболување (CVD). Ангиотензин рецептор блокаторите (ARB) исто така го намалуваат ризикот за деменции кај оваа популација, но не и бета-блокаторите, ангиотензин-конвертинг ензим (ACE) инхибиторите и диуретиците. Овие резултати доаѓаат од студија на 1.951 лица на возраст од 70-78 години кои примале антихипертензивни лекови и биле вклучени во клиничкото испитување за превенција на деменција со интензивно васкуларно лекување. Намалување на ризикот за деменција било поврзано со примената на CCB (HR 0.56; CI 0.36-0.87) vs други антихипертензивни, особено кај луѓето кои немале претходна историја на CVD (HR 0.38; CI 0.18-0.81). Намален ризик, исто така, бил поврзан со примената на ARB (HR 0.60; CI 0.37-0.98), но не и за бета-блокатори (HR 0.92; CI 0.64-1.32), диуретици (HR 0.81; CI 0.56-1.17), и ACE инхибитори (HR 1.01; CI 0.69-1.48).

*J Hypertens. 2017 May 13
[Epub ahead of print].
doi: 10.1097/HJH.0000000000001411.
PMID: 28509727*

ВОЗЕЊЕ ВЕЛОСИПЕД НЕ Е ПОВРЗАНО СО УРОЛОШКО ЗАБОЛУВАЊЕ ИЛИ СЕКСУАЛНА ДИСФУНКЦИЈА

Голем број прашања се поставуваат околу ризикот помеѓу пролонгиран перинеален притисок кај мажи и жени кои редовно возат велосипед. Две студии од Универзитетот во Калифорнија во Сан Франциско го имаат испитувано ефектот на возење велосипед врз сексуалното здравје и уринарните функции кај речиси 4.000 машки и 2.691 женски атлети. Резултатите од ова истражување

не укажуваат на подрастични промени како резултат на возењето велосипед. Машките велосипедисти немале полоша еректилна функција отколку оние кои не возеле велосипед, немале влошување на уринарните симптоми, но имале поголем скор од просечниот на Сексуалниот здравствен прашалник за мажи (20.1 vs. 18.9, P<.01) отколку мажите кои не возеле велосипед и зголемена отрпнатост во перинеалниот предел. Но, кај сите нив, кардиоваскуларните бенефити значително ги надминале субјективните негативности. Слично, и кај жените велосипедисти, уринарните и сексуалните функции не биле нарушени. И кај нив, Сексуалниот здравствен прашалник за жени бил повисок од просечниот (22.7 vs 21.3, P<.01).

*Презентирано на 2017-та
Годишна средба на American
Urological Association.*

ПАЦИЕНТИТЕ СО ТРАНЗИЕНТНИ ИСХЕМИЧНИ АТАКИ (TIA) НЕМААТ БЕНЕФИТ ОД ХОСПИТАЛИЗАЦИЈА

Дали хоспитализацијата е полезна кај луѓе со транзиентни исхемички атаки (TIA) е сè уште под знак прашалник. Во неодамнешна студија, 3.623 пациенти дијагностицирани со TIA во ургентен центар биле анализирани за ефектот на хоспитализација врз нивната отпусна дијагноза. Речиси 58% од нив биле хоспитализирани или пак ставени на опсервација, додека 42% биле отпуштени веднаш. Од пациентите кои биле хоспитализирани, 43% биле отпишани со дијагноза на TIA, а 26% добиле дијагноза на мозочен удар при исписот од болница. И хоспитализираните и веднаш отпишаните пациенти имале ист исход на болеста по една година (P=.17).

*J Stroke Cerebrovasc Dis. 2017 May 10
[Epub ahead of print].
doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.
2017.04.018. PMID: 28501258*

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

23. MEDICAL OPEN, ТК „АКВАТЕН“ КОЧАНИ, 27-28. 5. 2017

На влажните терени истрчаа 26 доктори



Сите учесници на првенството

Дваесет и третото првенство во тенис за лекари на Македонија се одржа на шесте земјани терени на Тенискиот клуб „Акватен“ во Кочани. Се играше во две старосни категории, опен категорија, во која настапија 16 играчи, и категорија за играчи постари од 50 години, во која настапија 8 играчи. Се од-

ржа и турнир во двојки во кој настапија 11 парови. По подолго време се одржа и меч во женска конкуренција. Во опен категорија и во двојки се играше по систем на елиминации, а во категорија 50+, во две групи од по четворица, по систем секој со секого, по еден сет. Дождот кој постојано врнеше во дено-

вите кои претходеа на првенството, не стави во дилема дали повторно да го одложиме. Сепак, со одложување од неколку часа, натпреварите почнаа во 16 часот во сабота, 27 мај, на меки терени и под ситен дожд. Во неделата беше сончево и пријатно, но терените беа со оштетувања направени претходниот ден. На крајот сите бевме задоволни што првенството, сепка, се одржа.

Во категорија на доктори над 50 години, во финалето се пласираа д-р Љупчо Стаменков од Кочани и д-р Љупчо Милановски од Пробиштип. Поради доцниот почеток, финалистите овој меч го одиграа на 9 јуни во Кочани. Убедливо и лесно победи д-р Милановски и ја освои петтата титула во оваа категорија. Полуфиналисти беа д-р Вело Марковски и д-р Никола Пановски од Скопје.

Во опен категорија каде што играат помладите, во финалето се пласираа

СТРЕЛАШТВО

Докторите покажаа исклучителна прецизност во „Стрелец“

По повод 7 Април- Светскиот ден на здравјето, на 22 април годинава во просториите на стрелачкиот клуб „Стрелец“ во скопската гимназија „Раде Јовчевски -Корчагин“ се одржа 10. натпревар на докторите во стрелаштво. Се натпреваруваа по една машка и женска екипа, а беше покажана исклучителна прецизност и беа постигнати одлични резултати. Натпреварите минаа во натпреварувачки дух, се разменија спортски и професионални искуства. Бодовите ги оценуваа стрелачки судија кој беше задолжен и за доделување на наградите за најпрецизниите меѓу докторите на оваа спортска манифестација што традиционално се одржува под покровителство на Лекарската комора на Македонија. Годинава најпрецизни беа:

Жени

1. д-р Лидија Арсовска
2. д-р Татјана Битовска
3. д-р Снежана Јовчевска
– Лазаревска

Мажи

1. д-р Георги Митев
2. д-р Вело Марковски
3. д-р Енис Шабанов



Во името на учесниците, д-р Толе Битовски, како раководител на стрелачката секција, и се заблагодари на Лекарската комора на Македонија што го поддржува одржувањето на оваа спортска докторска манифестација во рамките на одбележувањето на Светскиот ден на здравјето.

Д-р Толе Битовски



Љупчо Милановски ја одбрани титулата во 50+, Милош Милтиновиќ, нов победник во опен категорија, Милановски и Петличковски победници во двојки

ше подобра од Јулијана Крстевска, фармацевт. Двете се од Кочани.

Ова беше дванаесетто првенство одржано во Кочани, а десетто по ред. Учесствуваа 26 натпреварувачи, што е најмногу во последните пет години. Беа обезбедени бесплатни терени, вода, свечен ручек, маици за секој учесник и вино од производството на спонзорот на првенството, ЗЕГИН. Сместувањето беше во прекрасен амбиент, на езерото во хотелот „Гратче“, по многу достапни цени. Посебна благодарност до д-р Љупчо Стаменков, д-р Ванчо Апостоловски и Општинскиот одбор на Лекарската комора од Кочани. По традиција, пехарите ги обезбеди покровителот, ЛКМ која ги покри и трошоците за топчињата.

Инаку, 30. јубилејно, Балканско првенство за лекари во тенис оваа година се одржува по седми пат во Бугарија (Пловдив 1989, 1993, 1997, Сончев Брег 2002 и 2007, Дуни, Созопол, 2012), во периодот 3 до 9 септември, во Албена, туристичкиот комплекс на северот од Црно Море.

Проф. д-р Никола Пановски

12. ТУРНИР ВО ПИНГ - ПОНГ

Нолевски го надигра неприкосновениот Каревски

На 22 април 2017 година во Дебар се одржа традиционалниот турнир на докторите во пинг-понг што во рамките на одбележувањето на 7 Април-Светскиот ден на здравјето се организира под покровителство на Лекарската комора на Македонија. На овој 12 турнир учествуваа 20 лекари меѓу кои и четворица, тројца лекари и една лекарка, од соседно Косово. Турнирот го отвори тогашната потпретседателката на Лекарската комора, д-р Ленче Нелоска.

Натпреварите се играа на два добиени сета, во четири групи од по пет лекари, според системот секој со секого. Во четврт-финалето се пласираа двајцата првопласирани од секоја група, а натпреварите продолжија на три добиени сета.

Во прилично возбудлива и спортски напната атмосфера во полуфиналните средби силите ги одмерија двајца доктори од Македонија со двајца нивни колеги од Косово, д-р Петар Каревски со д-р Рахман Шаља и д-р Александар Нолевски со д-р Садри Хулај. На овој турнир поуспешни беа докторите од земјата - домаќин. Следувааше финалниот, исклучително интересен, дуел меѓу 10 - кратниот досегашни победник на турнирите, д-р Каревски, ортопед од Прилеп, и д-р Нолевски од Битола кој првпат учествува на турнирот на докторите. Во исклучително возбудлив, но не и неизвесен

натпревар, со убедливи 3:0 победи д-р Нолевски кој активно игра пинг-понг.

За најуспешните на турнирот беа обезбедени пехари и медали, а спортската атмосфера учесниците ја продолжија со пријателско дружење во градот Дебар. Се предвидува тринаесеттиот турнир во пинг-понг да се одржи (2018 година) во Битола, а организатори ќе биде најдобриот пинг-понгар од оваа година.

Д-р Душко Домазетовски



ЗА ДОАЈЕНИТЕ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ

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

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

Во рубриката „За првите доајени на Медицинскиот факултет во Скопје“, „Vox medicus“ ја продолжува традицијата за расветлување на историската улога и придонес на лекарите и други стручни наставници во основањето на факултетот и во формирањето и/или развојот на одделни институции, клиници и катедри во новоформираните Медицински факултети во Скопје во 1947 г. и во првите 10-15 години од неговиот 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, посебно од Србија и од Хрватска, и од други земји во Европа, за нивниот ентузијазам и несебично залагање, професионална и академска работа и посветеност, и огромниот придонес во основањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје и развојот на медицината во Македонија, а со тоа придонесувале и за севкупниот културен и општествено-економски развој и во зрачењето на денешната 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, јубилејни публикации и стручно-научна литература, слики и документи за верификација на историските факти и случувања, да дадат придонес во оваа секција/рубрика со нивниот заради расветлување на денешната историја на медицината и оддавање должност и признание на првите наставници на Медицинскиот факултет во Скопје и доајени на медицината во Македонија.



Милос ВИДАКОВИЌ,

Професор и прв директор
на Институтот за физиологија

Vagotonin е хормон од панкреасот со дејство за зголемен тонус на п. vagus што предизвикува брадикардија и зголемено складирање гликоген во црниот дроб

Д-р Милос Видаковиќ е роден во Белград на 28.1.1898 г. Матурирал во Белград во 1919 г., а медицински студии запишал и дипломирал во Париз во 1926 г., кадешто специјализирал до 1929 г. и потоа работел во Ненси до 1937 г. Во 1937 г. се вратил во Белград како наставник за фармакологија и токсикологија. Од 1940-47 бил директор на Институтот за медицинска хидрологија и климатологија, а потоа бил именуван за член на Матичната комисија за формирање на Медицинскиот факултет (МФ) во Скопје.

Проф. М. Видаковиќ е еден во првата група 19 наставници на МФ-Скопје. Бил основач и прв директор на Институтот за физиологија од 1947-57 г., прв продекан од 1947-49 г. и декан од 1952-53 г. на МФ-Скопје.

Проф. д-р Милос Видаковиќ починал во Нови Пазар на 11.3.1964 г., во 66-та година од животот.

Лекарска и наставно-едукативна дејност

Студиите по медицина ги завршил во Париз во 1926 г. Лекарскиот стаж го

завршил во Општата државна болница во Белград, а од 1927-29 г. специјализирал физикална терапија и балнеологија во Париз. Од 1929-37 г. работел во Ненси, во Институтот за хидрологија и климатологија. Во 1937 г. се вратил во МФ-Белград како наставник на Катедрата за фармакологија и токсикологија и, во 1938 г., бил хонорарен наставник по балнеологија и климатологија. Пристапно предавање на тема „Ваготонин: нови податоци за ендокрината функција на панкреасот“ одржал на 3.11.1938 г. Од 1940-47 бил директор на Институтот за медицинска хидрологија и климатологија при МФ-Белград, а кон средината на 1947 г. дошол во Скопје како член на Матичната комисија за формирање на МФ-Скопје.

Проф. М. Видаковиќ бил основач и прв директор на Институтот за физиологија при МФ-Скопје. Работел со голем ентузијазам и посветеност и придонел за подигнување на дисциплината на високо ниво. Тој учествувал и ја координирал реализацијата на наставата по физиологија до 1957 г., придонел за обезбедување со потребната опрема во новоформираниот Институт и за едукацијата на помлади колеги кои подоцна се развиле во реномирани стручњаци. Покрај наставата по физиологија одржувал настава и по патолошка физиологија до 1952 г., а во отсуство на наставник по фармакологија одржувал успешно и настава по фармакологија.

Проф. М. Видаковиќ придонесувал за постојано унапредување на теоретската и практичната додипломска настава по физиологија за студентите на

МФ-Скопје. Подоцна, Катедрата за физиологија ја проширила својата наставна активност и во постдипломските и докторските студии, како и одржување настава по физиологија за студентите на Стоматолошкиот и Фармацевтскиот факултет и тригодишните стручни студии за медицински сестри и техничари при МФ-Скопје.

По „предвременото“ пензионирање на МФ-Скопје, во 1957 г., проф. М. Видаковиќ работел како балнеолог во Врњачка Бања, а во мај 1962 г. бил поставен за началник на Одделението за интерни болести во болницата во Нови Пазар. На таа функција останал до заминувањето во пензија на 1.10.1962 г.

Општествени и организационо-стручни активности

Проф. Милое Видаковиќ бил член на Комисијата, формирана од Владата на ФНРЈ во септември 1946 г., за испитување на можноста за формирање МФ-Скопје. Комисијата дала позитивен извештај и на 5.2.1947 г. била формирана Матична комисија во состав: проф. Милое Видаковиќ од Белград, проф. Анте Премеру од Загреб, проф. Јанез Милчински од Љубљана, проф. Александар Сабовљев од Сараево, Димче Левков, пом. министер за просвета на Владата на НРМ и д-р Ѓорѓи Гаврилски, пом. министер за народно здравје на Владата на НРМ. Матичната комисија на 20.2.1947 г. дала предлог за формирање на првото јадро од 19 наставници, меѓу нив и проф. М. Видаковиќ кој бил именуван и за првиот продекан заедно со деканот проф. д-р Стерјо Боздов. Со Уредба на Владата на НРМ бр. 7656 од 17.9.1947 г. биле формирани првите шест институти (анатомија, физиологија, хистологија, патологија, фармакологија и за хемија и биохемија), а проф. М. Видаковиќ бил главен организатор во снабдувањето со опрема на институти во МФ-Скопје.

Проф. М. Видаковиќ е првиот директор на Институтот за физиологија од неговото основање во 1947 г.

Во 1949 г. бил формиран Институтот за патофизиологија во рамките на Институтот за физиологија. Во академската 1948/49 г. биле примени првите асистенти во Институтот за физиологија, асс. Петар Тофовиќ за физиологија и асс. Саве Миронски за патофизиологија. До започнувањето на практичната настава по физиологија тие помагале на проф. М. Видаковиќ во изведувањето на наставата и околу приемот и делењето на опремата на ниво на МФ-Скопје. Една година подоцна, во септември 1949 г., Институтот зајакнал кадровски со доаѓањето на асс. Александра Волканоска од Белград каде што била избрана во звање постар асистент по физиологија. Во 1951 г. бил примен вториот асистент за патолошка физиологија, асс. Исак Тацер.

Проф. М. Видаковиќ раководел со наставата по предметите физиологија и патолошка физиологија до 1952 г. кога доц. Исак Тацер бил именуван за директор на новиот независен Институт за патолошка физиологија и координатор на наставата по предметот патолошка физиологија при МФ-Скопје. Во 1955 г. за

асистент по предметот физиологија бил примен и д-р Бранислав Никодиевиќ, кој дошол како асистент од Институтот за физиологија при МФ-Загреб. Проф. М. Видаковиќ продолжил да го раководи Институтот за физиологија до 1957 г. кога заминал во пензија.

Во почетниот десетгодишен период, од 1947 г. и првите десет години од основањето на Институтот за физиологија, проф. М. Видаковиќ многу придонел за развојот на образовниот процес и истражувачките активности, здравствената заштита и клиничките лабораториски анализи на Институтот за физиологија. Тој го започнал осовременувањето на наставата со воведување консултации со студентите и нови форми на едукација (прикажување филмови, дијапозитиви, слики и разни шематски прикази), семинари и сл. Придонесот на проф. М. Видаковиќ бил извонреден за основањето и иницијалниот развој на МФ-Скопје, како член на Матичната комисија и прв продекан од 1947-49, а потоа и како декан од 1952-53 г.

Проф. М. Видаковиќ бил еден од најпознатите балнеолози во ФНР Ју-



Зградата на институти при МФ-Скопје дадена во употреба кон крајот на 1948 г., во чие североисточно крило во приземниот кат е сместен Институтот за физиологија

гославија и прв кој организирал испитување на лековитоста од термоминералните бањи во НР Македонија. Бил претседател на Здружение-то на природните лекувалишта во НР Македонија и претседател на Меѓународното здружение на балнеолозите.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Научно-истражувачката активност на проф. М. Видаковиќ е многу широка, со посебно значење на истражувањата на ендокрините функции на панкреасот кои ги вршеле со проф. Сантенос (Daniel Santenose) во Париз и Ненси. Тие утврдиле дека целосната аблација на панкреас кај куче предизвикува синдром сличен на тежок дијабетес кај човек, со покачен шеќер во крвта, гликозурија и често кетонурија, а со мален гликоген во мускулите и нарушена ресорпција на масти и белковини од дигестивниот тракт. Аутопсијата кај сите кучиња покажала големо таложење на масти во црниот дроб. Тие утврдиле дека панкреасот лачи, покрај инсулин, и еден друг хормон на кој му дале име *ваготонин* поради неговото карактеристично дејство на *pervus vagus* и на вегетативниот нервен систем.

Проф. М. Видаковиќ објавил над 130 трудови, повеќето во француски научни списанија, од областите на клиничка фармакологија (испитувања на вегетативниот нервен систем), клиничка психијатрија и експериментална физиологија (ендокрини функции на панкреасот), како и фармакологија на минералните води. Учествовал во откривањето и пречистувањето на хормонот ваготонин од панкреасот и неговото дејство на вегетативниот нервен систем, а неговите експериментални истражувања, главно на кучиња, ги продолжил и во Институтот за физиологија при МФ-Скопје. Бил еден од најдобрите експериментални физиолози, вистински виртуоз во оперативните зафати и техники во областа на експерименталната физиологија.

Во првите 5-6 години, до 1953 г, на-

учната работа на Институтот за физиологија се состоела главно од теоретско проучување на новите проблеми во физиологијата и медицината. Со надминувањето некои тешкотии и создавање поповолни услови за развој на здравствено-апликативната и истражувачката дејност, како и со формирањето на Центар за клиничка физиологија, Центар за физиолошки норми и Централната лабораторија, интересот за научно-истражувачка работа се проширил со воведување нови теми, прашања и содржини меѓу кои испитување составот на термоминералните води, дејството на алкалоидите во појавата на алергични синдроми кај работниците во фабриката „Алкалоид“ во Скопје, испитување на ваготонин и фенилхидразинска анемија, акутна панкреасна некроза, антихистаминици, дејството на вит. Б12 и кобалт-хлоридот врз работата на срцето, крвниот притисок, гликемијата, ендокрините жлезди и неговото антифлогистичко дејство.

Проф. М. Видаковиќ ги испитувал лековитите својства на термоминералните бањи во Франција и во Р. Македонија (Катлановска и Дебарски Бањи) заедно со демонстратори и асистенти во Институтот за физиологија при МФ-Скопје (Ванчо Ковачев, Александар Наумовски и Димитар Ивановски).

Спомени, признанија и награди

Проф. М. Видаковиќ бил широко признат наставник и научник во Југославија и во Франција каде што повремено одржувал предавања. Тој бил еден од најуспешните физиолози, плоден истражувач со голем ентузијазам и посветеност на истражувањата, но и личност со високи морални квалитети. Добро едуциран во Франција, со широки познавања во медицината, проф. М. Видаковиќ бил еден од најуспешните предавачи на МФ-Скопје. Како член на Матичната комисија за формирање на факултетот, основоположник на Институтот за физиологија, како носител на наставата по предметите физиологија и патолошка физиологија, прв продекан и

потоа декан, дал значаен придонес во развојот на македонската физиологија и во формирањето и иницијалниот развој на Медицинскиот факултет во Скопје.

Проф. М. Видаковиќ бил одликуван со високо сојузно признание - Орден на трудот од втор ред.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельковиќ Снежана. Хроника на Медицинскиот факултет во Белград 1920-2010 – Историјат, луѓе и настани 1863-1920-2010. Медицински факултет – Белград, 2010: 1024.
2. Дејанова Б. Историјат на Катедрата за физиологија. Во: Малеска-Ивановска В, Жантева-Наумоска М, уредници. 60 Гдини Медицински факултет во Скопје, 1947-2007. МФ-Скопје, Скопје, 2007: 40-4.
3. Катедра за физикална терапија и балнеологија, МФ-Белград. Историја на Катедрата за физикална терапија и балнеологија, 1923-98. МФ-Белград, Белград, 1998.
4. Јанковиќ С, Милановиќ М, уредници. Кој е кој во Југославија. НИП „Седма сила“, Здружение на новинарите на Србија, Белград, 1957
5. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, и др. Развој на институциите во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.
6. Манчевска С. Катедра за физиологија. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Гдини Медицински факултет во Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, Скопје, 2017: 161-5.
7. Попов Ч, уредник. Српски биографски речник, Вол. 4, I-К. Матица Српска, Нови Сад, 2009: 922
8. Попов Ч, Станиќ Д, уредници. Енциклопедија на Србија, Вол. 1, книга 1, А-Б. Српска академија на науките и уметностите. Матица Српска, Нови Сад, 2010: 707
9. Ристовски Б, главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел I. Македонска академија на науките и уметностите. Скопје, 2009: стр. 273.
10. Савичевиќ М. Наставници на МФ-Белград – од основањето до 1950-те, второ издание. МФ-Белград, 2003: 434
11. Тофоски Ј, уредник. 60 Гдини Македонско лекарско друштво, 1945-2005. МЛД, Скопје, 2008: 378.



Милутин НЕШКОВИЌ,

Професор и раководител на
Институтот и Катедрата за
физиологија од 1957- 61 г.

Човекој е богај онолку
колку што со својо знаење
џи збогајува луѓето
околу себе.

Д-р Милутин Нешковиќ е роден во Крагуевац во 1894 г. каде што завршил основно образование и гимназија. Медицинските студии ги започнал во Берн во 1913 г. а по повеќегодишен прекин продолжил да студира во Лозана каде што дипломирал во 1921 г. Учествовал во Првата светска војна од 1914-1918, кога со српската војска поминал преку Албанија и како медицинар работел на островите Крф и Вид. По дипломирањето се вратил во Белград, во Институтот за физиологија при Медицинскиот факултет (МФ) во Белград каде што напредувал од асистент во повисоки наставни звања, до редовен професор во 1940 г.

Во периодот од 1941-42 г. бил прогонуван од Гестапо и од Специјалната полиција, затворен и интерниран во логорот на Бањица, а во 1943 г. му било одземено звањето редовен професор и бил исфрлен од Факултетот, бидејќи одбил да соработува со квинслишките власти. По ослободувањето, со одлука на Министерството за просвета на Србија во 1945 г., бил вратен на Факултетот и, како управник ги координирал активностите за обновување на разурнатиот Институт за физиологија и на МФ-Белград. Бил декан на МФ-Белград од 1954 -57 г.

Помагал во работата и реализација на наставата по физиологија на новоформираните медицински факултети во Скопје, Сараево, Нови Сад и Ниш.

Проф. д-р Милутин Нешковиќ починал во Белград на 13.8.1980 г., на возраст од 86 години.

Наставно-едукативна дејност

По дипломирањето на МФ во Лозана, во 1921, д-р Милутин Нешковиќ бил примен да работи како асистент по физиологија кај проф. Артус (Maurice Arthus) во Институтот за физиологија при МФ-Лозана. Во 1922 г. се вратил во Белград и продолжил да работи како асистент во новоформираниот Институт за физиологија при МФ-Белград, кај проф. Буријан (Rihard Burian). Две години подоцна, во 1924 бил избран во наставното звање *доцент*, а потоа во 1938 г. во *вонреден професор* и во 1940 г. во *редовен професор*.

По заминувањето во пензија на првиот директор на Институтот за физиологија при МФ-Скопје, проф. Милое Видаковиќ, кон крајот на 1957 г. наставата по физиологија на МФ-Скопје ја координирал и изведувал проф. Милутин Нешковиќ од МФ-Белград, заедно со своите соработници, доц. Драгољуб Петковиќ и доц. Ѓорѓина Шкеровиќ.

Проф. М. Нешковиќ бил посебно интелигентен човек и силна личност. Неговите мисли и напомени во првиот час за вовед во физиологијата и разјаснување на поимите „живот и живо“ биле голем поттик за студентите на медицина за учење на овој базичен предмет. Бил многу строг испитувач, но истовремено праведен, и претставувал „страв и трепет“ за многу генерации

студенти на МФ-Белград и на МФ-Скопје. Покрај знаењето од областа на физиологијата при оценувањето ја целел и личноста на студентот и неговата „способност за медицина и за професијата лекар“. Се случувало студент да покаже знаење, а да не го положи испитот по физиологија.

Проф. М. Нешковиќ го раководел Институтот за физиологија со голем ентузијазам и посветеност и придонел за продолжување на воспоставената практика и работна дисциплина од неговиот претходник на високо ниво. Тој учествувал и ја координирал реализацијата на наставата по физиологија до септември 1961 г. Во тој период придонел за натамошна едукација на помлади колеги кои подоцна се развиле во реномирани стручњаци. Во 1958 г. во наставно звање *доцент* била избрана д-р Александра Волканоска, а во април 1961 г. наставно звање *доцент* добил и д-р Ванчо Ковачев. Неколку месеци подоцна, со завршувањето на академската 1960/61 г., завршила и 4-годишната добротворна едукативна мисија во МФ-Скопје на проф. Милутин Нешковиќ и неговите соработници од МФ-Белград.

Општествени и организационо-стручни активности

Во 1938 г. проф. М. Нешковиќ бил именуван за управник на Институтот за физиологија при МФ-Белград и раководел со него до заминувањето во пензија во 1964 г.

Во 1951 г. проф. Нешковиќ го формирал и бил првиот претседател на Здружението на физиолозите на Србија, како секција на Југословенската физиолошка асоцијација (подоцна прераснала во Сојуз на здруженијата на физиолозите на Југославија). Подоцна, Здружението на физиолозите на Србија било прифатено како полноправен член на европското физиолошко семејство (2003), на Меѓународната унија за физиолошки науки (2005) и на Меѓународната асоцијација за патофизиологија (2005).

Проф. М. Нешковиќ бил основоположник и прв управник на Институтот



Мала свеченост во Институтот за физиологија, јуни 1961 г. Од лево: доц Александра Волканоска, проф. Милутин Нешковиќ и доц. Драгољуб Петковиќ од Белград, и доц. Ванчо Ковачев

за биохемија, формиран на 1.1.1959 г., и на Институтот за балнеоклиматологија при МФ во Белград. До 1959 г. наставата по биохемија се реализирала преку Институтот и Катедрата за физиологија, а во наставниот и научниот процес се третираше како „физиолошка хемија“. При формирањето Институтот за биохемија имал само три асистенти, од кои двајца подоцна биле избрани во наставници: проф. Миодраг Цветковиќ и акад. Љубисав Ракиќ – сега редовен член на САНУ и член во надворешниот состав на МАНУ.

Функциите директор на Институтот и шеф на Катедрата за физиологија при МФ-Скопје проф. М. Нешковиќ ги извршувал од крајот на 1957 до септември 1961 г., кога за директор на Институтот за физиологија била именувана доц. Александра Волканоска.

Во периодот од 1964-65 г. проф. М. Нешковиќ бил управник на Институтот за хидрологија и климатологија при МФ-Белград.

Бил декан на МФ-Белград во три последовни едногодишни мандати, и тоа: 1954-55, 1955-56 и 1956-57 г.

Научно - истражувачка и публицистичка активност

Проф. Милутин Нешковиќ учествувал и координирал многубројни проек-

ти на МФ-Белград и објавил голем број научни трудови од областа на физиологијата и биохемијата. Напишал повеќе учебници и монографии од областа на физиологија и биохемија. Заедно со проф. Илија Ѓуричиќ напишале Практикум по физиологија. Потоа напишал дополнително на физиологијата, монографија за ферментите и др.

Во периодот додека раководел со Институтот за физиологија при МФ-Скопје, од 1957-61 г., биле воведени нови истражувачки пристапи и реализирани повеќе проекти, меѓу кои испитување на дејството на папаинот во крвната слика кај стаорци, обемни испитувања на крвта од мајка и новородено, и кај луѓе и кај животни, дејството на константна струја и на змискиот отров врз хемостатичките механизми, дејството на никотинот врз плодноста и процентот на мртвородени стаорци, зависност на седиментацијата на еритроцитите од нивото на липиди во крвта, дејството на инсулинот врз гликемијата итн.

Спомени, награди и признанија

Проф. М. Милутин Нешковиќ бил меѓу најпознатите наставници и научници во областите на физиологијата и биохемијата, и во медицината воопшто, во Југославија и пошироко.

Во 1936 г., проф. М. Нешковиќ добил Кралски орден на Југословенската круна, а во 1938 г. француски орден „Легија на честа“. Во 1962 г. му била доделена наградата „7 Јули“, а во 1971 г. бил избран за почесен доктор на Универзитетот во Белград.

Починал на 13.8.1980 г. и, два дена подоцна, во организација на МФ-Белград бил погребан во Алејата на заслужни граѓани, конха XII, гробница 2В во Новите гробишта во Белград.

Проф. д-р Дончо Донев

ЛИТЕРАТУРА

1. Бонѓиќ Д. Комунистичка власт и наставници Медицинског факултета у Београду 1945-1955. Во: Павловиќ Момчило, уредник. Историја медицине, фармације и народне медицине. Зборник радова са XV научног скупа, Зајечар, 24-25.05.2006. Београд-Зајечар, 2007: 105-20.
2. Вељковиќ Снежана. Хроника Медицинског факултета у Београду 1920-2010 – Историјат, људи и догаѓаји 1863-1920-2010. Медицински факултет – Белград, 2010: 1024.
3. Дејанова Б. Историјат на Катедрата за физиологија. Во: Малеска-Ивановска В, Жантева-Наумоска М, уредници. 60 Гдини Медицински факултет во Скопје, 1947-2007. МФ-Скопје, Скопје, 2007: 40-4.
4. Јанковиќ С, Милановиќ М, уредници. Кој е кој во Југославија. НИП „Седма сила“, Здружение на новинарите на Србија, Белград, 1957
5. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, и др. Развој на институциите во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-1987. МФ-Скопје, 1987:183-345.
6. Манчевска С. Катедра за физиологија. Во: Топузовска С, Попова-Јовановска Р, Даневска Л, уредници. 70 Гдини Медицински факултет во Скопје, 1947-2017. МФ-Скопје, Скопје, 2017: 161-5.
7. Савичевиќ М. Професори на Медицинскиот факултет во Белград, прво издание. МФ-Белград, 1999: 246.
8. Савичевиќ М. Професори на Медицинскиот факултет во Белград – од оснивањето до 1950-те, второ издание. МФ-Белград, 2003: 434.
9. Ѓуричиќ Б, Бошњак-Петровиќ В, и др., уредници. Медицински факултет при Универзитетот во Белград. МФ при Универзитетот во Белград, 2005: 443.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“ број 33, јуни 2017 година

**CO₂-ЛАСЕРСКА ВАПОРИЗАЦИЈА КАЈ CIN III
НА ГРЛОТО НА МАТКАТА-ПАРАМЕТРИ НА
ДЕСТРУКЦИЈА И КЛИНИЧКИ РЕЗУЛТАТИ**

И. Караџозов, Б. Димитров,
Б. Попова, Н. Нинова - Јанкова

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 ниво на знаење за целиот процес од подготвка до објавување на манускриптот. Овој процес подразбира и рецензија на поднесениот труд.

Рецензија или евалуација од колеги-експерти е процес на подложување на труд, испитување или идеја на проверка од други кои се квалификувани и способни да направат нејтрална рецензија. Одлучката дали манускриптот ќе се објави или не, или ќе се модифицира пред објавувањето, ја донесува едиторот на сисанието врз основа на мислењето на еден или повеќе рецензенти. Овој процес треба да ги охрабри и поттикне авторите да се придржуваат на прифатените стандарди на нивната дисциплина и да сфатат дисеминација на релевантни наоди, неопходни за тврдења, нејтрални интерпретации и личнивидувања. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудот кој ќе се придржуваат на прифатените стандарди на оригиналност треба да се придржуваат на прифатените стандарди на добра клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научно испитување и за спиевање ново научно знаење засновано на докази).

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

Се разбира, секој има право да не се согласи со мислењето на рецензентот или на едиторот, и доколку успее да го образложи и да го поткрепи својот став со релевантни докази, ќе придонесе за подобрување на квалитетот на рецензирањето. Иако рецензирањето има многу недосконости (најчесто се споменува бавноста), сепак, на него треба да се гледа како на чувар на профилот на едно сисание, унапредувач на квалитетот и учесник 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 96 од септември 2017 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 август 2017 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 2017 година.

CO₂-ласерска вапоризација кај CIN III на грлото на матката-параметри на деструкција и клинички резултати

И. Караџозов, Б. Димитров, Б. Попова,
Н. Нинова - Јанкова

МБАЛ „Токуда болница Софија“ ЕАД, Бугарија
Одделение за општа и онколошка гинекологија,
карлична хирургија и акушерство

РЕЗИМЕ

CO₂-ласерската вапоризација е еден од современите методи за локално деструктивно лекување на CIN III на грлото на матката во амбулантски услови. Вапоризацијата се применува само кај колпоскопски лезии кои не навлегуваат во цервикалниот канал. Кај сите CIN III- лезии кои навлегуваат во каналот се презема конизација. Како оптимална длабочина на вапоризацијата е прифатена онаа од 6-7 мм. за опфаќање на епителот и стомата која лежи во основата со glandуларните крипти. Работната моќност и дијаметарот на фокусната дамка (spot) се речиси изедначени-20-40W/ 3-4мм.

ЦЕЛ

Определување на оптималните работни параметри на ласерскиот зрак, преку анализа на добиените резултати од вапоризации со различна моќност и длабочина при хистолошки докажани CIN III- лезии на грлото на матката.

МАТЕРИЈАЛ И МЕТОДИ

Истражувањето е ретроспективно и е базирано целосно на клинички материјал на специјализираниот оддел за ласерско - гинеколошка хирургија кон МБАЛ Токуда болница. Ласерските вапоризации се извршени со CO₂-ласер Lumenis 40C. За време на периодот 2009- 2015 година се направени 83 ласерски вапоризации кај пациентки со хистолошко докажани CIN III лезии кои не навлегуваат во цервикалниот канал. Средната возраст на пациентките била 29 години. Сите пациентки се проследени цитолошки и колпоскопски за период од една година по манипулацијата. 73 од нив (88%) се излекувани. 4 пациентки (5%) се ревапоризира-

ни поради колпоскопски и хистолошки дијагностицирана рекурентна лезија, кај 3 пациентки (4%) е направена понатамошна ласерска конизација поради установена рекурентна лезија со ендоцервиксна засегнатост. 3 жени (4%) не се појавиле за следење. Кај сите повторно третирани случаи, рекурентните лезии се дијагностицирани колпоскопски и хистолошки во рамките на проследувањето. Сите жени кои биле подложени на понатамошна ласерска процедура се проследени повторно за 1 година.

Не се утврдува колпоскопски и цитолошки атипизам.

ЗАКЛУЧОК

Минимално ефективните ласерски параметри кои водат до целосно уништување на лезијата се со моќност-35W и длабочина>3mm.

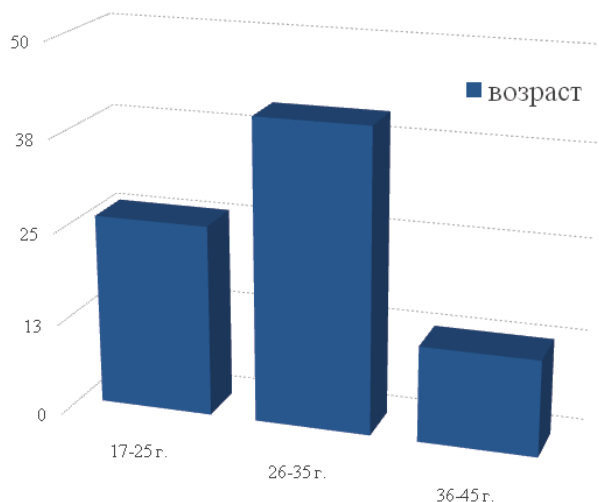
Клучни зборови: CINIII, ласерска вапоризација, следење

Навременото дијагностицирање и лекување на цервикалните дисплазии значително ги намалува случаите на инвазивен рак на грлото на матката. Во Европскиот регион на СЗО секоја година 6.000 жени заболуваат од карцином на грлото на матката и речиси половина од нив умираат. Во Источна Европа средната смртност е над два пати повисока од онаа во останатите држави во Европскиот регион. Основната причина е недостигот на организиран популационен скрининг. Секоја година во Бугарија заболуваат 1.200 жени, од кои 400 умираат. Од новозаболените и стадираните болни околу 65% се во I и II клинички стадиум, 30% се во III и IV стадиум и исклучиво малку се со CIS (carcinoma in situ) и CIN.

Воведувањето на Национален популационен скрининг (2) и адекватното лекување на установените преканцерози се клучни фактори за подобрување на негативните статистички индикатори.

CO₂-ласерската вапоризација е еден од современите методи за локално деструктивно лекување на премалигните промени на грлото на матката, вклучително CIN III. Вапоризацијата е дозволена само кај колпоскопски лезии

Слика.1. Возраст на пациентките



кои не навлегуваат во цервикалниот канал. Кај сите CIN III лезии кои навлегуваат во каналот се презема конизација. По 70-тите години на минатиот век, пионерите во ласерската колпоскопска хирургија на грлото на матката определуваат како најсигурна длабочината на вапоризација на CIN III-лезии над 6-7 мм. Во период од 30 години, ова сфаќање не се променило и некои современи автори претставуваат резултати од вапоризации, извршени на оваа длабочина(6,7,10).

Во сегашново испитување сите ласерски вапоризации се извршени во амбулатски услови, за време на првите 2-4 чисти денови по крајот на менструалниот период.

ТЕХНИКА

По колпоскопско определување на границите на лезијата се прави циркуларно маркирање на зоната за вапоризација, со периферно растојание барем 3-4 милиметра во здрав повеќеслоен рамен епител и на не повеќе од 1-2 мм. до ОЕСС. Не е неопходно локална или општа анестезија. Времетраењето на процедурата варира од 15 секунди до 1 минута и зависи од плоштината на лезијата. Се работи во режим „аблација“, со фокусна дамка (spot)- 3-4 мм. и во продолжителен режим (continuous wave). Избраната моќност

Табела.1 Параметри на деструкција и резултати

Моќност /W	Длабочина / мм	Број на пациенти	Број на неуспеси	% на неуспеси
25	2	1	1	100
30	1.5	1	1	100
30	2.5	1	1	100
35	1.5	5	2	40
35	2	22	1	4.5
35	2.5	14	1	7.1
35	3	32	0	0
35	3.5	5	0	0
35	4	2	0	0

варира меѓу 25 W и 35 W. Избраната длабочина на вапоризацијата кај CIN III е од 1,5 до 4 мм., очекувано доволна за деструкција на целата дебелина на повеќеслојниот рамен роговиден епител на грлото на матката (400 μ m./0,4 mm.)и дел од стомата која лежи во основата и жлездни елементи. Достапни крвни садови се коагулират со дефокусиран зрак и третираната зона се покрива со локално хемостатско средство. Меѓу 7 и 14 дена по вапоризацијата се појавува исцедок, ретко придружено со точкесто крвавење. До првата менструација по процедурата се забрануваат половите контакти, пливањето, вагинални промивања и тампони, споротот и приемот на антиагреганти. По процедурата не се забележува болка, ретко пациентките соопштуваат за краткотраен карличен дискомфорт сличен на менструалниот , за кој не се неопходни медикаменти.

Следење: Сите жени се проследени колпоскопски и цитолошки преку 4 посети во најмалку тримесечен интервал во рамките на една година.

Во проучувањето се вклучени 83 пациентки на возраст меѓу 17 и 45 години, просечна возраст- 29 години. 60% од нив не раѓале. (Слика 1)

Применивме различни варијанти на моќност и длабочина на вапоризација, со цел да ја определиме оптималната комбинација **моќност: длабочина**, неопходна за успешната деструкција на CIN III. Варијантите се прикажани на табела 1.

РЕЗУЛТАТИ

Како што се гледа на табела 1, процентот на неуспех е сведен до нула при моќност 35W и длабочина на вапоризирање на и над 3мм. т.е. минимално ефективните ласерски параметри, кои водат до комплетно(епител, строма која лежи во основата и жлездни крипти) уништување на лезијата се со моќност-35W и длабочина-3мм.

Од 83 пациентки вклучени во проучувањето, 73 биле целосно излекувани.

При следењето не е установен колпоскопски и цитолошки атипизам.

Кај 4 пациентки била неопходна повторна вапоризација по една година од ласерската процедура, поради дијагностицирана нова лезија.

Кај 3 пациентки е направена пропратна ласерска конизација, поради нова лезија со ендоцервикално ширење, кое е утврдено повторно по околу една година(4-цитонамази и колпоскопија) од процедурата.

Сите жени повторно се проследени во рамките на една година. Не е установен колпоскопски и цитолошки атипизам.

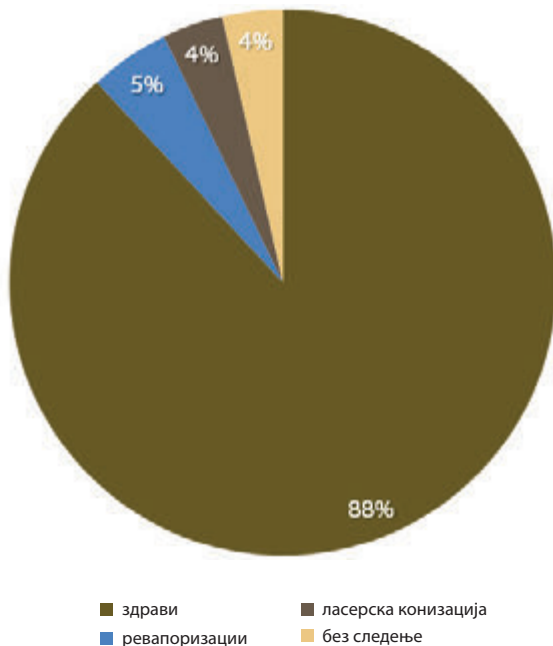
Три пациентки не се појавиле за следење.

Добиените податоци демонстрираат 88% потполно оздравување. (Слика.2)

ДИСКУСИЈА

Голем број испитувања(6,7,10) покажуваат најдобри резултати од следењето при лезии, кои се вапоризирани на 6мм.длбочина. Комплетната деструкција на лезијата се определува како независен прогностичен фактор. При средна

Слика.2 Резултати од лекувањето



дебелина на повеќеслојниот рамен нероговиден епител од околу 400 микрона (0,4 од милиметарот), би требало за полното уништување на епителниот слој, стромата која е во основата и жлездени крипти да бидат доволни 1,5-2мм длабочина на вапоризацијата.

Нашите податоци исто така покажуваат дека оваа длабочина не е секогаш доволна. Неопходни се најмалку 3 мм. длабочина за испарувањето на целиот епителен слој и стромата која лежи во основата, заедно со glandularните крипти. При длабочина од 3 и 4мм. бројот на неуспех е најмал. Повеќето автори не дискутираат за изборот на моќност и spot, туку ги индивидуализираат според видот и плоштината на лезијата. Тие се од значење за времетраењето на лазерската аблација.

При ниска моќност-меѓу 20 и 25 W, се продолжува времетраењето на процедурата и тоа го влошува комфорто на пациентките. Обратно, при работа со 35W моќност, времетраењето се намалува и комфорто на пациентките за време на процедурата е нарушен во помал степен. Чувството на затоплување и леко печење за време на процедурата се издржливи и ретко се неопходни паузи или прекуатување на самата процедура(9).

Дијаметарот на фокусната дамка (spot) ја определува плоштината на деструкција и нејзината длабочина. Важно значење има прецизното водење на зракот со микроманипулаторот, кое го определува времето на експозиција. Фокусираното зрачење покрива помала плоштина, но навлегува подлабоко, а дефокусираниот покрива поголема плоштина, но испарува поповршински.

Тоа дава можност за избор на дијаметар на фокусната дамка (spot) според плоштина и видот на лезијата.

Дијаметар на фокусната дамка од 4 милиметра покрива поголема плоштина ткиво за единица време и при работа со 35W моќност при продолжителен режим води до скратување на оперативното време.

Според нашите резултати и искуство, можеме да ги определиме како оптимални следниве работни параметри:

1. Растојание на линијата на вапоризација од границите на лезијата - најмалку 3 мм. во околниот здрав повеќеслоен рамен епител.
2. Длабочина на вапоризација - најмалку 3-4мм.
3. Моќност -најмалку 30W.
4. Фокусна дамка (spot) -3,5 - 4 мм.

Се разбира, параметрите на работа треба да се индивидуализираат според искуството на гинекологот и кооперативноста на пациентките, со цел постигање на оптимални директни и оддалечени лекувачки резултати.

Целосното отстранување на лезијата може да се прифати како независен прогнозирачки фактор.

ЛИТЕРАТУРА

1. Златков В. Лечение на предраковите изменения на маточната шийка. Акушерство и гинекологија, 2002;41(6):48-52
2. Консенусна декларација од XIV Национална конференција по онкогинекологија (БАОГ) и Консенусен конгрес за превенција на рака на маточната шийка в Бугарија(18-21.09.2008г.), Акушерство и гинекологија, 2008;41(6): 46-49
3. Baggish MS, Dorsey JH, Adelson M. A ten-year experience treating cervical intraepithelial neoplasia with the CO2 laser. Am J Obstet Gynecol. 1989 Jul;161(1):60-68.
4. Laser vaporization in the management of CIN. Vetrano G, Ciolli P, Carboni S, Scardamaglia P, Aleandri V, Verrico M, Corosu R. Eur J Gynaecol Oncol. 2010;31(1):83-6.
5. Treatment of squamous intraepithelial lesion of type CIN2 et CIN3 with laser CO2 vaporization: retrospective study of 52 cases. Saah-Briffaut E, Collinet P, Saah R, Boman F, Leroy JL. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2006 Dec;35(8 Pt 1):785-9.
6. Laser CO2 vaporization for high-grade cervical intraepithelial neoplasia: a long-term follow-up series. Fallani MG, Penna C, Fambrini M, Marchionni M. Gynecol Oncol. 2003 Oct;91(1):130-3.
7. The use of carbon-dioxide laser surgery in the treatment of intraepithelial-neoplasia of the uterine cervix. Favalli G, Lomini M, Schreiber C, Ciravolo G, Junasevic J, Pecorelli S, Bianchi UA. Przegl Lek. 1999;56(1):58-64.
8. Pain evaluation during carbon dioxide laser vaporization for cervical intraepithelial neoplasia: a randomized trial. Frega A, Stentella P, Di Renzi F, Gallo G, Palazzetti PL, Del Vescovo M, Ciccarone M, Pachi A. Clin Exp Obstet Gynecol. 1994;21(3):188-91.
9. The treatment of severe dysplasias by CO2 laser: the respective indications for vaporization and conization. 84 cases. Martel P, Bernard JD, Roumagnac M, Bonnet F, David JM. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1992;21(1):23-9
10. Treatment of CIN with the CO2 laser vaporization. Puig-Tintoré LM, Gonzales-Merlo J, Jou P, Marquez M, Faus R. Eur J Gynaecol Oncol. 1988;9(4):320-3.

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

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

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

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

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

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

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

Едиторите може да бараат авторите да го оправдаат авторството.

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

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

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

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

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



*ЛЕКАРСКА
КОМОРА
на Македонија*

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

КОЖУВЧАНКА

НАЈДОБАР КВАЛИТЕТ
СО НАЈДОБРА ЦЕНА
на Македонскиот пазар!



www.KOZUVCHANKA.mk

Duster®

dutasteride

меки капсули
30x0,5mg



**СО ПОЛНА
БРЗИНА**

Bazetham®
tamsulosin



PLIVA

Членка на групацијата Teva

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



Напомена: Збирен извештај за особините на лековите Duster® и Bazetham® е достапен на барање. Број и датум на одобрение за ставање на лековите во промет: 11-3672/4 од 15.09.2015 за Duster®, 15-2236/13 од 18.06.2013 за Bazetham®. Начин и место на издавање: се издаваат на лекарски рецепт, во аптека. САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ. Носител на одобрение: ПЛИВА дооел Скопје, Никола Парапунов 66, Скопје. Тел. 02/3062702. 05-17-URO-02-NO/18-17/05-19