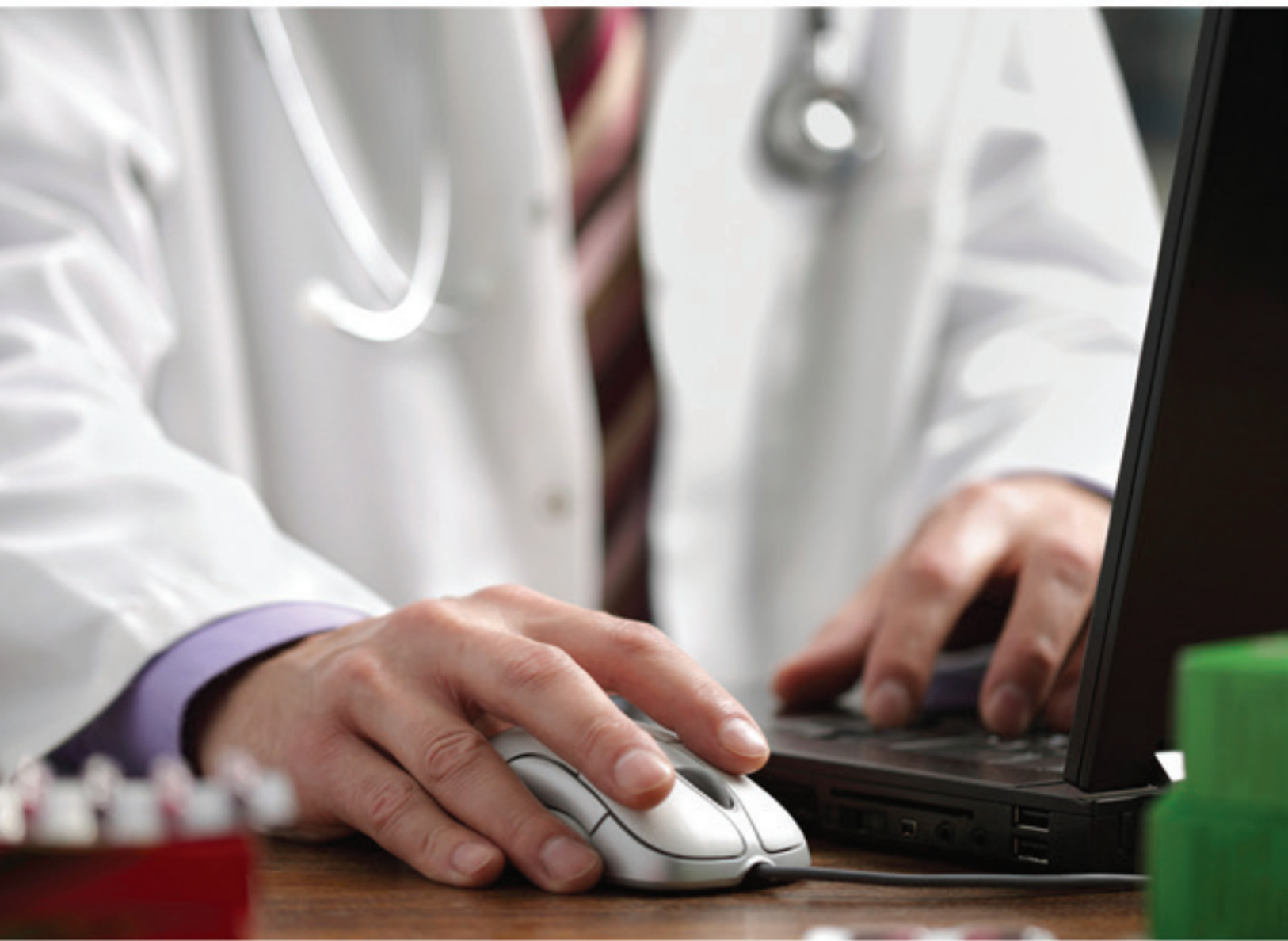


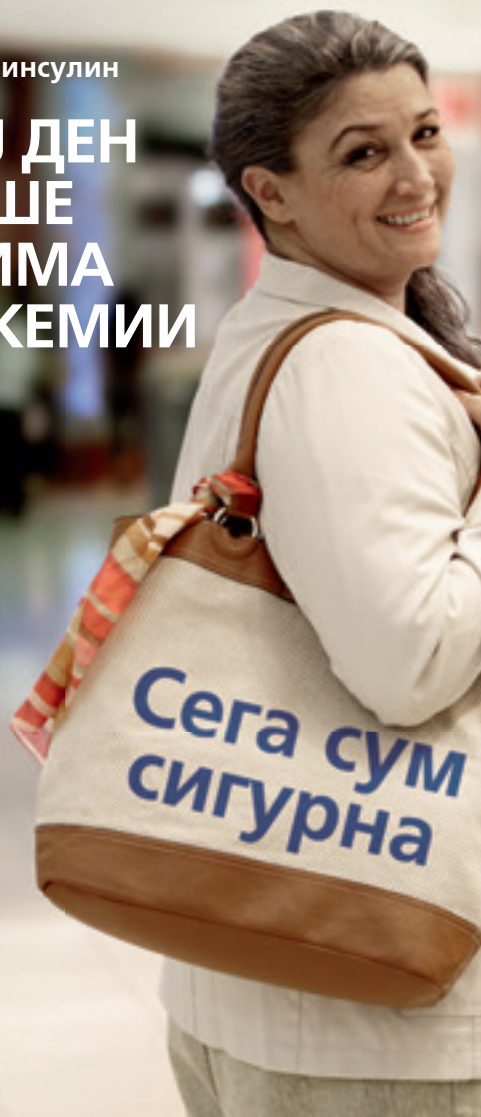
година XXIV • број 89 • декември 2015



ГЛАСИЛО НА ЛЕКАРСКАТА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

На хуман премиксен инсулин

ТАА СЕКОЈ ДЕН СЕ ГРИЖЕШЕ ДАЛИ ЌЕ ИМА ХИПОГЛИКЕМИИ



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



NovoMix® 30 ја зголемува довербата во одржувањето на контролата

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

Сигнификантно намалување на
HbA_{1c} и PPG при префрлување од
хуман премиксен инсулин^{4,5}

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

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

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

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

Референци:

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



го менуваме дијабетесот

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

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

D-275/01-08/2014

NovoMix® 30
(biphasic insulin aspart)

ATORIS®

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

atorvastatin

Водечки статин во Европа*⁽¹⁾

Потврден во клинички студии⁽²⁾

Кај различни групи на пациенти⁽²⁾

Висок квалитет⁽³⁾

Повеќе од 10 години искуство⁽⁴⁾

Свезда меѓу статините



* во централна, источна, југоисточна и западна Европа (Шпанија, Германија, Португалија, Италија)

Индикации Лекот Аторис е индициран како дополнителна терапија со соодветна исхрана за намалување на покажаните вкупен холестерол, LDL-холестерол, апOLIпопротеин В и триглицериди кај возрасни, адропсенти и деца на возраст од 10 години или постари со примарна хиперхолестеролемија, вклучувајќи фамилијарна хиперхолестеролемија (хиперозидна) или комбинирана (мешана) хиперлипидемија (која одговара на Тип IIa и IIb од Fredrickson класификацијата). Се користи и кај возрасни со хомозиготна фамилијарна хиперхолестеролемија. Превенција на кардиоваскуларни заболувања. **Дозирање** Хиперхолестеролемија. Дозата треба да се биде индивидуално одредена според почетните вредности на LDL-холестерол, целта на терапијата и како пациентот ќе реагира на лекувањето. Вообичаена почетна доза е 10 mg еднаш на ден. Прилагодување на дозата треба да се прави на интервали од 4 недели или повеќе. Максималната доза е 80 mg еднаш на ден. **Превенција на кардиоваскуларно заболување** Во студиите за примарна превенција била користена доза од 10 mg/ден. Повисоки дози може да се потребни со цел да се доведе нивото на LDL-холестерол до целните вредности согласно постоечките водичи. **Начин на употреба** Аторис е наменет за орална употреба. Секва дневна доза на аторвастатин се дава еднаш и може да се земе во било кое време од денот со или без храна. **Контраиндикации** Пациенти хиперсензитивни кон активната субстанција или некоја од дополнителните компоненти во лекот; пациенти со акутна болест на црниот дроб или необјаснето постоечко зголемување на серумските трансаминази 3 пати над горната дозволена граница (ULN); за време на бременост, доенје и кај жени во репродуктивен период кои се лекуваат со аторвастатин и не користат сигурен метод на контрацепција. **Мерки на претпазливост** Се препорачува проверка на функцијата на црниот дроб пред почетокот на лекувањето и периодично за време на третманот. Пациентите кај кои нивото на трансаминази значително се зголемува треба да се мониторираат се додека абнормалностите не исчезнат. Доколку продолжи зголемување на трансаминазите 3 пати над горната дозволена граница (ULN) се намалува дозата или целосно се прекинува третманот со Аторис. Аторвастатин како и другите HMG-CoA редуктаза инхибитори, може да влијае на скелетните мускули во ретки случаи и да предизвика миалгија, миозитис и миопагија, кои понатаму може да се развијат во рабдомиолиза, која се карактеризира со миоглобинурија (покажување на нивото на креатин киназата (CK) (> 10 пати од ULN)) и миоглобинурија, која може да резултира со инсуфициенција на бубрежите. Креатин киназата (CK) не треба да се мери после исцрпувачко вежбање или во присуство на други алтернативни мерки кои би можеле да го зголемат нивото на CK, што доведува до потешкотии при дефинирањето на точната вредност. Доколку нивото на CK е значително покажано од основната вредност (> 5 пати ULN), треба да се изврши повторно мерење во 5 до 7 дена да се потврдат овие резултати. **Интеракција со други лекови и други форми на интеракции** Истовремената употреба на Аторис со циклоспорин, еритромицин, кларитромицин, кетоконазол, флуконазол, итраконазол, дилтиазем, верапамил, XIB инхибиторите како ритонавир, лопинавир, атазанавир, индинавир, дарунавир и др., треба да се избегнува доколку е можно заради ризикот од зголемување на концентрацијата на аторвастатин. Употребата на фибрати како монотерапија понекогаш е асоцирана со оштетување на мускулите, како што е рабдомиолиза. Не се препорачува истовремено внесување на големи количини на сок од грейфрут и аторвастатин. **Несакани ефекти** Чести, несакани ефекти се главоболка, гастроинтестинални пореметувања, болки во мускули, миалгија, фаринголарингеална болка, епистакса, пошмук, чести се хипогликемија, несонлива, заматен вид, малакисност, ретки може да се јави холестаза, миопатија, периферна невропатија. **Начин на пакување** Лекот се издава исклучиво на лекарски рецепт. **Пакување** 30 филм-обложени таблети од 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg и 80 mg аторвастатин.

Референци: 1. ePharma Market, CEGEDIM, HmR, IMS, INSIGHT HEALTH, INTELLIX, MEDICUBE, PHARMSTANDART, PharmaZOOM 2013. 2. Golob J, Brus S, Grošelj M, Barbič-Zagar B. Atorvastatin treatment meets new European recommendations for the treatment of dyslipidemias. *Kardio list* 2012; 7(3-4): 136-9. 3. Data on file. Krka, d. d., Novo mesto, Slovenia, 2011. 4. Atoris (atorvastatin, 10 mg) Marketing Authorisation No: 512/B-393/01, Atoris (atorvastatin, 20 mg) Marketing Authorisation No: 512/B-394/01, Slovenia.

За подетални информации обратете се на:

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



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

- 8 | **Актуелно**
Потпишана Повелба за заштита и унапредување на докторската професија и донесување на закон за докторската дејност
- 12 | **Актуелно**
Олеснувања во казнената политика за матичните доктори
Капитациониот бод за матичните лекари поголем за 10 проценти од 1 јули 2016 година
- 16 | **Регулатива**
Специјализација и супспецијализација со кофинансирање на државата
- 20 | **Реформи**
Стандардите за акредитација како начин за подобра комуникација помеѓу здравствените работници и пациентите
- 24 | **Правно катче**
Управа за електронско здравство – нов орган во состав на МЗ
- 25 | **Награда**
„Професор д-р Епса Урумова“ за најдобар објавен труд во медицинско списание
- 28 | **Практика**
Одбележани првата светска недела за рационално користење на антибиотици и 18 ноември - европски ден за рационално користење на антибиотици
- 30 | **Признанија**
Државната награда „11 Октомври“ за проф. д-р Никола Јанкуловски
- 34 | **Легислатива**
Ќе се легализира употребата на марихуана во медицински цели
- 36 | **Актуелно**
Јавно - здравствен одговор на канцерогените ефекти на црвеното месо и преработки од месо
- 40 | **Истражувања**
Со ЕУтиرويد кон елиминација на јодниот дефицит
- 42 | **Лауреати**
Нобеловата награда за откријата во лекувањето на паразитските болести
- 46 | **Новини од медицината**
ДЕСЕТ Новогодишни одлуки за вашето здравје во 2016 година!
- 50 | **Мобилно здравство**
Кога пациентот е на интернет
- 52 | **Регион**
Со дополнителната работа повеќекратна корист и за општеството
- 55 | **Дојдени**
Иван АНАСТАСОВ,
Универзитетски предавач, примариус и основоположник на македонската радиологија

Во Новата година со желба за здравје, успех и донесување закон за докторска дејност

Ушће една година е на заминување, а штоа, секако, е можност да се осврнеме зад нас и да најправиме рекалкулација на сработеното и она што сме го пројужиле... Но, крајот на годината е и повод да размислиме за она што ни прејстие во следната година, како задача, цели, обврски и приоритети.

Како главен и одговорен уредник, во оваа прилика, пред сè, би им се заблагодарил на сите оние кои посредно или непосредно учествуваа при оформувањето на секој број на *Vox medici* и подготвката на неговите содржини. Верувам дека штоа не само што ќе продолжи, туку ќе се прошири и ќе се проглубочи.

Лекарската професија во многу нешта е специфична и штоа е насочена и кон индивидуално и кон заедницата. Честотата се искрејликуваат. Како припадник на докторскиот еснаф посакувам во наредната година конечно да го добиеме законот за докторска дејност. За нешто долго се говори, со децении, потребата од нешто нашироко е елаборирана во многу наврати, а оние кон кои се обраќаваме неколку пати и јавно вешуваа дека ќе го „скакуваат“. Но, во реалноста се остана само на вешувањата.

Повелбата за заштита и унапредување на докторската професија и донесување на закон за докторска дејност што на 10 ноември оваа година ја парафираа министерот за здравство и претседателите на Лекарската комора на Македонија и на Македонското лекарско друштво, вешува дека сме на добар пат докторите да добијат посебен закон, закон за докторска дејност.

„Ние истисници на оваа Повелба, како и оние кои кон неа ќе пристапат, јавно се обврзуваме, секој во своите инженерции, дека ќе работиме на заштита и унапредување на докторската професија преку донесување на закон за докторска дејност...“, се вели во овој документ, кој несомнено обврзува. Посакувам токму штоа Повелба да биде преточена во практика и да се развие во правна рамка која ќе биде во насока на заштита и унапредување на докторската дејност, а особено во заштита на интегритетот и достоинството на докторот како личност. Рамка која ќе овозможи да и се посветиме на својата исклучително хумана професија, ќе ни даде штоа да го правиме чесно и достоинствено и, се разбира, безбедно. Секако, во интерес на квалитетот на здравствена заштита, на задоволство и на докторите и на пациентите, но и на целоото општество.

Почитувани,

На крајот, дозволиме во име на Уредувачкиот одбор на *Vox medici* и во мое лично име да Ви посакам добро здравје и среќна и успешна 2016 година.




Проф. д-р Михаил КОЧУБОВСКИ

главен и одговорен уредник на „Vox medici“



ИМПРЕСУМ

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

ИЗДАВАЧ

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

e-mail:

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

ЗА ИЗДАВАЧОТ

Д-р Кочо Чакалароски

ИЗДАВАЧКИ СОВЕТ

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

ГЛАВЕН УРЕДНИК

Проф. д-р Михаил Кочубовски

ЗАМЕНИЦИ НА ГЛАВНИОТ УРЕДНИК

Асс. д-р Огнен Ивановски
Асс. д-р Шабан Мемети

УРЕДУВАЧКИ ОДБОР

д-р Антонио Делиниколов
д-р Реџеп Селмани
д-р Елица Станишлевиќ
д-р Македонка Попова-Спасеска
д-р Атип Рамадани
д-р Азис Положани
Проф. д-р Спасе Јовковски
д-р Катерина Дамевска
Проф. д-р Костандина Корнети - Пекевска
д-р Беќим Поцеста
д-р Татјана Баевска
д-р Добрила Андоновска
д-р Ели Карчева-Сарајлија
Прим. д-р Билјана Ефтимовска

УРЕДНИК

Ристе Недановски

КОМПЈУТЕРСКА И ГРАФИЧКА ОБРАБОТКА

Октај Омераѓиќ

ЛЕКТОР

Живко Мартиновски

ПЕЧАТИ

Аркус дизајн, Тираж: 6.950
СТРУЧНИТЕ ТЕКСТОВИ СЕ РЕЦЕНЗИРААТ

ISSN 1409-8865

Почишувани,

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

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

Точните лични податоци, податоците за работното место и адресите на живеење се неопходни за реализацијата на програмските активности на комората, прецизна евиденција во единствениот Регистар на доктори на Р. Македонија, известување за календарот на акредитирани службени активности, навремено информирање на докториите, доставување на списанијата и други информативни и печатени материјали, како и во спроведувањето на различни проекти кои се од суштинско значење за докторската професија.

Ве молиме, промените на Вашите лични податоци, адреси и установите во кои работите, и во иднина да ги доставувате во најкраток можен рок.

ЛЕКАРСКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

„Партизански одреди“ број 3, 1000 Скопје, Македонија

РАБОТНО ВРЕМЕ:

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



АЛКАЛОИД
СКОПЈЕ

Здравјејќио и'рег сè

www.alkaloid.com.mk



ENALAPRIL

Alkaloid®



ПРОЕКТ

Потпишана Повелба за заштита и унапредување на докторската професија и донесување на закон за докторската дејност



Повелбата, која понатаму е предвидено да се развие во закон за докторската дејност е во насока на заштита и унапредување на докторската дејност, а особено во заштита на интегритетот и дигнитетот на докторот како личност и професионалец

„Ние потписниците на оваа Повелба, како и оние кои кон неа ќе пристапат, јавно се обврзуваме, секој во своите ингеренции, дека ќе работиме на заштита и унапредување на докторската професија преку донесување на закон за докторска дејност...“. Ова е истакнато во Повелбата што на 10 ноември, во просториите на Лекарската комора на Македонија, во присуство на директорите на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, претставници на синдикатите, директори на јавни здравствени установи и доктори ја потпишаа министерот за здравство, Никола Тодоров, и претседателите на Лекарската комора на Македонија и на Македонското лекарско друштво, д-р Кочо Чакалароски и д-р Горан Димитров.

Повелбата, која понатаму е предвидено да се развие во закон за докторската дејност, е во насока на заштита и унапредување на докторската дејност, а особено во заштитата на интегритетот и дигнитетот на докторот како личност и професионалец, што придонесува кон обезбедување квалитетна здравствена заштита на задоволство и на докторите и на пациентите.

“Лекарската фела веќе подолг временски пери-

од како еден од своите приоритети го има донесувањето на закон за докторската дејност со кој ќе се направи кодификација и деталзирање на одредени сегменти кои ќе ја детерминираат здравствената и лекарската дејност како дејност од јавен интерес со посебен акцент на правата и обврските на докторите кои не се опфатени со досегашната регулатива. Оваа наша иницијатива како законски предлог беше доставена во повеќе наврати до Министерството за здравство, но досега, за жал, се сведе на ветувања”, истакна во своето обраќање претседателот на Комората, д-р Чакалароски.

“Како поклоници на Хипократовата заклетва и припадници на една исклучително хумана професија, ние како доктори ќе продолжиме да работиме и да правиме се нашите граѓани да добијат максимална нега и соодветна здравствена заштита. Меѓутоа треба да ни се овозможи тоа да го правиме чесно и достоинствено и, секако, безбедно”, нагласи д-р Чакалароски.

За потребата од донесување на овој закон говореше и д-р Горан Димитров, претседател на Македонското лекарско друштво, додека министерот Тодоров истакна дека потписниците на Повелбата јавно се обврзуваат да работат на заштита и унапредување на докторската професија преку донесување закон за докторска дејност кој ќе опфати независно и професионално вршење на докторската дејност, чување и унапредување на слободата и угледот на докторското звање, одржување и унапредување на квалитетот на докторските услуги во интерес на заштита на здравјето на поединецот, семејството и населението воопшто.

“Дојдов овде да ја изразам мојата желба за потпишување на оваа Повелба, со една друга желба - оваа Повелба да се преточи во закон којшто веднаш ќе биде изгласан во Собранието и кој ќе им овозможи заштита на колегите, на околу 6.500 членови на Македонското лекарско друштво. Згрозен сум од вчерашниот чин врз колегата, кој е и мој личен пријател, кој можам да кажам дека многу пати и мене ми помогнал кога станувало

збор за случаи во операционата сала, доктор којшто е олицетворение на морална, хумана и професионална посветеност на својата дејност. Мислам дека ваков чин никогаш повеќе не смее да се повтори. И докторите коишто спасуваат животи, кои се чувари на нашето и вашето здравје, и самите сме и пациенти, и ние сме човечки живот”, рече д-р Димитров.

Основните начела на кои се базира Повелбата се и одржувањето и унапредување на довербата меѓу докторот и пациентот, како и членовите на неговото семејство во вршењето на докторската дејност, заемно почитување на правата на пациентите и на докторите, правото на докторот да се повика на совеста поради сопствени етички, верски и морални обврски да одбие спроведување на дијагностика, лекување и рехабилитација на пациенти ако тоа не е во спротивност со правилата на струката и со тоа не се причинуваат трајни последици за здравјето или не се загрозува животот на пациентот, обврската на докторот да чува како докторска тајна се што ќе дозвола за пациентот кој му се обратил за докторска помош, а е во врска со неговата здравствена состојба, освен ако со посебен закон тоа поинаку не е уредено.

Во Повелбата се опфатени: право на докторот да биде почитуван од другите доктори и здравствени работници, право и обврска на стручно усовршување на докторот, вреднување на неговата работа согласно колективниот договор, право на докторот и членовите на неговото потесно семејство на заштита ако кон него непосредно се упатени закани, напади и слични постапки во врска со давањето здравствени услуги...

Министерот Тодоров се осврна и на законските измени со кои докторот кога врши здравствена дејност и дава здравствени услуги се смета како службено лице кое врши службена должност врз основа на овластување дадено со закон и истакна дека верува оти Повелбата ќе биде преточена во закон за доктори, односно закон за правата на лекарите.

Повелбата ја потпишаа речиси сите доктори кои присуствуваа на нејзиното официјално промовирање.

Потпишувањето на Повелбата уследи по инцидентот на Универзитетската клиника за дигестивна хирургија во Скопје, кога во доктор пукаа двајца блиски роднини на пациентка која починала по направениот хируршки зафат. Повод за инцидентот била смртта на нивната мајка, која била пациентка на докторот во кого еден од пријавените пукал. Целиот случај предизвика огромно незадоволство кај докторите, а дел орга-

низирал и протести. Целата јавност беше шокирана од громорниот обид за убиство во клиничка установа. Информацијата за инцидентот ја пренесоа голем број медиуми во регионот, па и пошироко. Лекарската комора на Македонија најостро го осуди инцидентот и побара целосно расветлување на случајот и адекватно санкционирање на оние кои пукаа во д-р Љубомир Огњеновиќ кој за малку ќе беше убиен само затоа што се обидел да помогне на член на нивното семејство. Реагираа и синдикалците со барање за поголема безбедност со оглед дека самиот инцидент потврди дека има сериозни пропусти во обезбедувањето и безбедноста на здравствените институции. Сето тоа, повторно ја актуелизира темата за потребата од донесување на посебен закон за докторската дејност. Овојпат сите, Лекарската комора, Македонското лекарско друштво, Министерството за здравство, синдикалните организации и голем број други асоцијации и здруженија, беа едногласни - тоа е неопходност.

И ДОКТОРИТЕ ГИ УБИВААТ, ЗАР НЕ?

Се колнам во лекароѝ Диолон, во Ескулаѝ, во Хиџеја и во Панаеја, и за свего-ци ѝи ѝовикувам сиѝе боџови и божици дека целосно ќе се ѝридржувам до оваа заклейѝва и до овој завешѝ сѝоред моиѝе сили и моеѝо расудување... Доколку верно се ѝридржувам до ова заклейѝва и не ја ѝрекшам, нека уживам во живо-ѝоѝи и во рабоѝаѝа и сиѝе луџе вечно нека ме славаѝи. Доколку, ѝак, ја ѝрекшам или доколку лажно се заколнам, нека ме снаѝде сѝороѝивноѝо.

Пред дваесет и пет векови Хипократ, најславниот лекар меѓу лекарите во историјата на човештвото, на сопствена иницијатива ги поставил темелите на најхуманата професија, уверен во своите добри намери и својот морален дискурс. Сега, во дваесет и првиот век од Новата ера, лекарите на балканските простори се соочуваат со најпонижувачко девалвирање на својата професија, своето ангажирање, својата личност. Будно се следени од сите институции на државата, добиваат насоки од своите пациенти како да лекуваат, добиваат закани дури и по својот живот. Пред неколку години еден болен ум во соседната држава одлучи да го лиши од живот хирургот на кој тој му пресудил - смртна казна. Успешно ја реализираше својата болна идеја. Се разбира, тој не беше осамен во своето лудило - доби огромен број поддржувачи во социјалните медиуми. **Така ѝреба** - едногласни беа фрустрираните бедници. **Така ѝреба** - повикуваат во еден глас многумина деновиве, кога уште еден болен ум, незадоволен од хирургот на неговата мајка, направил обид, за среќа, овој пат неуспешен, да го **ликвидира** исклучително вредниот и професионален хирург на една од нашите медицински академии.

А уште колкумина, тивко, кукавички ги тријат рацете и жалат што убиството заврши во обид?

Во вакво општество, каде што се раѓаат, живеат и дејствуваат вакви болни умови, Хипократ би ја довршил својата Заклетва со резигнација:... *односно ѝо соѝѝѝвена ѝроцена, незадоволниѝе од моеѝо лекување, нека ја земаѝи ѝрав-даѝа во свои раце...*

И докторите ги убиват, зар не?

проф. д-р Спасе Јовковски

Потпишувањето на Повелбата уследи по инцидентот на Универзитетската клиника за дигестивна хирургија во Скопје, кога во доктор пукаа двајца блиски роднини на пациентка која починала по направениот хируршки зафат

Законот за докторската дејност е прашање кое подолг временски период е актуелно за македонското здравство. По осамостојувањето на Р. Македонија во неколку наврати се правеа неуспешни обиди докторската дејност да се кодифицира во еден закон. Иницијативите произлегуваат од искуствата на повеќе земји. Лекарската комора на Македонија преку различни тела на повеќе нивоа во неколку наврати подготви текстови на закон за докторската дејност, меѓутоа за нив не се најде место во големиот број реформски зафати во здравствениот систем.

Изминатиот период, паралелно со реформите и трансформацијата на здравствениот систем, следејќи ги искуствата на повеќе земји, дел од нив членки на Европската унија, дел кандидати за членство, постепено се пристапи кон промена на легислативата кога станува збор за докторите. Пред се имајќи предвид дека местото, улогата, стручноста, правата и одговорноста на докторите во модерен здравствен систем подразбира развивање на легислатива која ќе застане на патот на произволно и субјективно толкување и палијативно решавање на сите проблеми поврзани со тоа.

А законот за докторската дејност треба да ги уредува поимот, содржината и условите за вршење на докторската дејност, јавните овластувања и други прашања во врска со оваа област. Преку нормативното регулирање, пошироко, но и поконкретно од она што веќе постои во повеќе закони и подзаконски акти, се стеснува можноста за различно читање, но се создава и можност на едно место да се најде законската регулатива за дејност од јавен интерес во кој граѓаните и државата издвојуваат значајни средства...

Во тој контекст, со законот треба се утврдат повеќе основни начела од кои треба да поаѓа докторот при вршењето на здравствената дејност

како нејзин носител. Позначајни, се чини, се одредбите за правото на докторот самостојно да постапува во процесот на донесување одлуки, избор на дијагностика и лекување, врз основа на научните знаења, стручно докажаните методи и медицина базирана врз докази, секако, во согласност со околностите и условите каде што се реализира здравствената заштита. Законот треба да ги опфати и вреднувањето на докторската дејност, цената на докторскиот труд во приватната практика, условите и критериумите за остварување на правото на бенефициран стаж на дел од докторите, правата и должностите на докторот во кој влегува и правото за укажување и неукажување докторска помош...

Лекарската комора во изминативе години постојано укажува дека законот за докторската дејност е посебен закон и тој во никој случај не треба да биде одговор на Законот за заштитата на правата на пациентите, каде што се утврдени обврските и правата на пациентите, но и на докторите. Комората како иницијатор постојано потенцира дека со законот за докторската дејност треба да се реализира кодификација и деталзирање на одредени сегменти кои ќе ја канализираат здравствената и докторската дејност како дејност од јавен интерес.

Станува збор за законски проект кој се потврдил како функционален во земјите на Европската унија и одговара на нејзината легислатива во областа на докторската дејност.

Дали со потпишувањето на Повелбата конечно е направен најголемиот чекор кон донесувањето на законот за докторската дејност, останува да видиме во претстојниот период.

Vox medici

ЛКМ: Привремено одземени лиценците на двајца анестезиолози од Општата болница – Гевгелија

Комисијата за етички и правни прашања при Лекарската комора на Македонија на седницата одржана на 24.11.2015 година донесе одлука за привремено одземање на лиценцата за работа на д-р Томчо Ванчев, специјалист анестезиолог и д-р Зоран Јовановски, специјалист анестезиолог, вработени во ЈЗУ Општа болница - Гевгелија. Лиценците за работа на докторите привремено им се одземаат до донесување на правосилна судска одлука.

Одлуката е донесена врз основа на

доставената документација: Извештајот од извршениот стручен надзор од страна на комисијата формирана од Министерството за здравство, како и известувањето за резултатите од анализата на алкохол во примероци на крв од Министерството за внатрешни работи.

Привременото одземање на лиценците за работа на докторите е поради повреда на позитивните законски прописи и одредбите на Кодексот на медицинската деонтологија.

Комисијата за етички и правни прашања отоври постапка по добиеното известување од Министерството за здравство во врска со случајот во ЈЗУ Општа болница - Гевгелија со кое се бара да се утврди дали, согласно Законот за здравствена заштита, има основа за привремено или трајно одземање на лиценцата за работа на двајцата анестезиолози поради утврдено присуство на алкохол во крвта при вршење на интервенција при која почина родилка и нејзиното бебе.

Мепинто

metoprolol succinate 47,5mg;95mg

таблети со модифицирано
ослободување



ЕДНА ТАБЛЕТА ДНЕВНО 
ЗА НОРМАЛНА РАБОТА НА СРЦЕТО



член на компанијата Sandoz

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА Р. МАКЕДОНИЈА

Олеснувања во казнената политика за матичните доктори



Измените се резултат од долготрајната анализа и дијалог меѓу Фондот за здравство, Лекарската и Стоматолошката комора, како и Здружението на приватни лекари на Македонија, а со нив се релаксира казнената политика, се намалуваат договорните казни и се олеснува секојдневното работење на матичните лекари

Во новите Анекс –договори за извршување и плаќање на здравствените услуги во примарната здравствена заштита - општа медицина за 2016 година се инкорпорираат повеќе новини кои во текот на минатата година ги иницираа докторите од примарниот сектор. Измените се резултат од долготрајната анализа и дијалог меѓу Фондот за здравство, Лекарската и Стоматолошката комора, како и Здружението на приватни лекари на Македонија, а со нив се ублажува казнената политика, се намалуваат договорните казни и се олеснува секојдневното работење на матичните лекари.

„Целта на релаксирање на казнената политика и воведување на опомената како прва мерка е од особена важност за зајакнување на партнерските односи со матичните стоматолози и лекари. Опомената ќе замени голем дел на казни кои се изрекуваа од Фондот за технички грешки на докторите, со што сакаме да го зајакнеме партнерскиот однос со нив“, беше истакнато на заедничката прес-конференција што на 24 ноември 2015 година се одржа во Фондот за здравствено осигурување на Македонија на која присуствуваа и првите луѓе на коморите со

своите тимови и на Здружението на приватните лекари.

Со измените во Анекс-договорите:

- Осум договорни казни од ¼ капитација се трансформирани во опомени. Опомената ќе важи само ако првпат се направи повреда на договорот, а доколку тоа повторно се случи, тогаш се изрекува договорна казна и тоа во следниве случаи:
 - На матичниот лекар му фали ампула или таа е со истечен рок од задолжителната ампуларна терапија што треба да ја има во ординацијата.
 - Доколку матичниот лекар не го известил Фондот за промена на адреса и промена на тимот во рок од 20 дена од кога таа се случила
 - Доколку здравствената установа не го почитува работното време.
 - Доколку матичниот лекар заборавил да еви-

Породилно и долготрајно боледување

Со новиот анекс - договор за извршување и плаќање на здравствените услуги во примарната здравствена заштита е направен крупен исчекор во делот на можноста матичниот лекар да користи породилно отсуство или долготрајно боледување до 270 дена, без притоа да се грижи за состојбата на ординацијата, пациентите и медицинската сестра. Имено, од 01. 01.2016 година ако избраниот доктор не може да вработи своја замена во ординацијата, тогаш, неговата редовна секојдневна замена може да ја преземе и медицинската сестра, а со тоа и да ги опслужува сите пациенти и за тоа ќе биде исплатен. Досега замената на матичниот лекар требаше покрај своите да ги опслужува и пациентите на лекарот кој е отсустен, без да биде платен од страна на Фондот.

дентира датуми на аплицирање на ампуларна терапија или пак пациентот не му се потпишал на рецептот.

- Доколку матичниот лекар не го чува образецот за избор на пациент во здравствениот картон.
- Доколку матичниот лекар погрешно пресметал и наплатил партиципација која не надминува 50 денари повеќе од дозволеното. Во тој случај иако станува збор за незначителни средства, доволно е откако ќе се утврди грешката тие да му се вратат на пациентот.
- Доколку матичниот лекар направи техничка грешка и за лек кој е препорачан од специјалист/супспецијалист, на рецептот го згреша факсимилот (бројот на специјалистот/супспецијалистот).
- Доколку се препишат повеќе кутичиња од лекот од максималната годишна количина, но вредноста не надминува 500 денари годишно.
- Намалени се три договорни казни, кои наместо 1/2 капитација од фиксниот дел се намалуваат на 1/4 капитација од фиксен дел.
- Здравствената установа ќе се казни само доколку погрешно пресметала и наплатила партиципација, 50 денари повеќе од дозволеното.
- На здравствената установа ќе и биде изречена казна доколку препише лекови од максимално дозволените количини, повеќе од 500 денари на годишно ниво..
- Доколку здравствената установа не презела никаква активност за комплетирање на тимот, најчесто се однесува на вработување на медицинска сестра по заминување на постојната, во рок од 35 дена. Во тој случај здравствената установа ќе биде казнета. Оваа одредба се однесува само за намерно преземање активност за комплетирање на тимот.
- Се бришат две договорни казни:
 - Едната е за упатување на повисоко ниво на здравствена заштита. Ова се прави бидејќи во функција е националниот сервис за закажување „Мој термин“.
 - Се брише одредбата од договор со која Фондот може да изрече казна за нешто што не го предвидел во договорот.

Капитациониот бод за матичните лекари поголем за 10 проценти од 1 јули 2016 година

Капитациониот бод за матичните лекари од 1. 7. 2016 година ќе се зголеми од 50 на 55 денари, односно избраните лекари ќе добијат 10 % зголемување за поквалитетна грижа за здравјето на пациентите. Одлуката за ваквата корекција, како што истакнуваат во Фондот за здравствено осигурување (ФЗОМ), е донесена по направените анализи на состојбите во примарното здравство. Зголемувањето од пет денари по капитационен поен, според пресметките, за Фондот ќе значи дополнителна фискална импликација од 188 милиони денари годишно.

За оваа намена, односно за дејноста општа медицина во буџетот на ФЗОМ за 2015 година биле предвидени и ќе бидат исплатени една милијарда и 870 милиони денари.

Со корекцијата на капитациониот бод ќе бидат опфатени 1.527 тимови на матични лекари коишто работат во 1.085 ординации со кои ФЗОМ има склучено договор во 2015 година. Последното покачување на капитациониот бод за матичните лекари е направено во 2011 година кога тој од 45 е зголемен на 50 денари.

Зголемувањето на капитациониот поен, според очекувањата на Фондот, треба да обезбеди и подобрување на состојбата во примарната здравствена заштита, а тоа, велат во ФЗОМ, несомнено ќе се рефлектира и на 1,768.939 осигуреници кои имаат избрано матичен лекар. Во просек секој избран лекар има 1.159 пациенти за кои Фондот исплаќа 104.367 денари.

Инаку, одлуката за корекција на бодот ја верификува Управниот одбор на Фондот, а по добивање согласност од министерот за здравство, ќе биде објавена во “Службен весник на Р.Македонија”. Почнува да се применува од 1.7.2016 година.

Од Фондот за здравствено осигурување на Македонија нагласуваат дека продолжуваат да биде рамноправен партнер со здравствените установи и заеднички да работи на зајакнување на обезбедување на поквалитетно и подостапно здравство за сите осигуреници и квалитетни работни услови за здравствените работници.



Во договор со Лекарската комора на Македонија, Фондот воведо нова договорна казна која како превентивна мерка е во функција за заштита од злоупотреба на наплатата на пациентите.

- Од 1 јануари 2016 секој матичен лекар кој незаконски ќе му наплати на пациентот ќе треба да ги врати парите и ќе биде казнет во износ од три месечни капитации во фиксен дел (210% на ниво од капитација). Ова се однесува на здравствени услуги кои Фондот ги плаќа преку капитацијата.
- Се зголемува лимитот за препишување на лекови и антибиотици од 400 на 480 денари по поен што во практиката значи послободно издавање на рецепти за хронично болните пациенти. Од 01.01.2016 година со зголемениот лимит повеќе нема да се намалува капитацијата за пречекорување. Досега во просек секој матичен лекар можеше месечно да препише вредност на лекови од 70.000 денари за своите пациенти, а од наредната година ќе може да пропишува лекови во вредност од 84.000 денари.
- Со посебни мерки ќе се стимулираат матичните стоматолози/лекари да одвојат време и да им укажат на пациентите кои лекови за нивната болест се без доплата. Доколку 40% од реализираните рецепти се лекови без доплата, тогаш Фондот нема да ја контролира целта - рационално препишување на лекови и антибиотици.
- Се намалува администрацијата во делот на известување за прекин на работен однос и наместо да се известува и подрачната служба и централата на Фондот, од наредната година тоа ќе се прави само на едно место.

Анекс - договорите ќе се склучуваат во електронска форма, преку користење на електронскиот потпис.

Vox medic

ЛЕКАРСКА КОМОРА НА МАКЕДОНИЈА

**Комисија за доделување на наградата
„Св. Наум Охридски“**

РАСПИШУВА КОНКУРС

**за доделување на наградата „Св. Наум Охридски“
за особени постигнувања
во областа на здравството во 2015 година**

Наградата „Св. Наум Охридски“ се доделува во знак на признание за особени остварувања во областа на здравството, на поединец- доктор на медицина. Наградата е парична и се доделува еднаш годишно на доктор кој во претходната година особено се истакнал со совесно и одговорно извршување на докторската професија, кој остварил особено добри резултати во лекувањето на пациентите и се стекнал со доверба и популарност кај нив, кој остварил добра соработка и однос со своите колеги, не истакнувајќи ги притоа своите амбиции и квалитети и не злоупотребувајќи го своето влијание кон пациентите за да се здобие со материјална корист, односно доследно се придржувал кон принципите на медицинската етика и Кодексот на медицинската деонтологија. Иницијативата за доделување на наградата можат да поднесат општинските одбори на Комората.

Иницијатива за наградата треба да биде поднесена писмено, да биде образложена и да содржи лични податоци и адреса на живеење на предложениот кандидат, податоци за остварените резултати во смисла на критериумите за доделување на наградата и потребна документација. Образложената иницијатива за доделување на наградата треба да биде поднесена најдоцна до 31.01.2016 година на адреса:

Лекарска комора на Македонија,
Булевар „Партизански одреди“ број 3,
1000 Скопје

со назнака Комисија за доделување на наградата „Св. Наум Охридски“ Некомплетираните иницијативи и иницијативите доставени по определениот рок, нема да бидат разгледувани.

**Претседател на Комисијата
за доделување на наградата
„Св. Наум Охридски“, д-р Ацо Николов**

2016



ЛЕКАРСКА КОМОРА
НА МАКЕДОНИЈА

НОВИ ИЗМЕНИ И ДОПОЛНУВАЊА НА ЗАКОНОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА

Специјализација и супспецијализација со кофинансирање на државата

Со новите изменувања и дополнувања на Законот за здравствена заштита се предвидува доуредување на новите „системи“ кои беа воведени со Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствена заштита („Службен весник на Република Македонија“ бр.10/2015) имајќи ги предвид искуствата од досегашната нивна примена. Во Законот се содржани решенија со кои ќе се доуредат системите на здравствена заштита и тоа :

Во Предлогот - законот се дава можност во случај на основање, почеток на работа при вршење на здравствена дејност од примарна здравствена заштита, или формирање на нов тим во постојна здравствена установа, нововработениот избран доктор да може самостојно да укажува здравствена заштита без медицинска сестра во тимот до 700 пациенти. Но ваквата можност не може да трае подолго од 18 месеци од основањето на приватната здравствена установа, односно од формирањето на новиот тим. На овој начин законодавецот сака да ги стимулира докторите да покажат интерес за работа како избрани доктори, имајќи ја предвид висината на трошоците за основање и одржливоста на здравствената установа, како и високата старосна структура на избраните доктори во земјата.

Во Предлог-законот се додава нов член 96-а со кој се предвидува дека специјализираните продавници кои вршат промет на мало со медицински средства, можат да вршат здравствена дејност оптометрија ако поседуваат соодветна опрема и имаат вработено оптометрист кој има најмалку 15 години работно искуство како оптичар во очна оптика во производство и/или продажба на оптички направи и средства или има најмалку две години работно искуство во вршење на здравствената дејност под надзор на специјалист по офталмологија.

Законот предвидува, создавање правни претпоставки за организирање на здравствена заштита во државните основни училишта за ученици со посебни образовни потреби.

Со Предлогот - законот се дава можност по исклучок за директор на здравствена установа да може да биде именувано лице кое не е државјанин на Република Македонија. Тој може да биде именуван за медицински директор, односно за организациски директор.

Со новите одредби во Предлогот - законот се утврдува обврската дел од пробната работа и оспособувањето за полагање на стручниот испит преку која се стекнуваат практични знаења и вештини здравствените работници со високо образование, како и здравствените работници со средно, вишо и високо стручно образование задолжително да се спроведува во Медицинскиот симулациски центар преку обука на опрема која симулира патолошки состојби на човекот и овозможува проверка на стекнатите вештини преку дијагностички и терапевтски интервенции на опремата, на конкретни случаи дадени по случаен избор. Законодавецот и тука останува на определбата за видеоснимање на целиот тек на интервенцијата.

Со одредбите на Предлог-законот се доуредува начинот на полагање на стручниот испит и предвидува првиот и вториот дел на стручниот испит да се полага во просторија, посебно опремена за полагање на испит со материјално - техничка и информатичка опрема, интернет врска и опрема за снимање на полагањето. "Полагањето на првиот и вториот дел на стручниот испит се снима и во живо се емитува на веб страницата на Министерството за здравство, а ако поради технички причини снимањето се прекине, снимката од целиот испит се поставува на веб страницата на Министерството за здравство. Полагањето на третиот дел на стручниот испит се состои од проверка на знаењата и вештините во Медицинскиот симулациски центар, при што се врши и видеоснимање на целиот тек на интервенцијата, како и од проверка на знаењата и вештините на вистински пациент во амбуланта, во болничка соба или во просторија за вршење на интервенции, кое не се снима."

Според Предлогот, начинот на пријавување за полагање и начинот на полагање на стручен испит, бројот на прашањата и практичните примери, времетраењето и бројот на бодови со кој се смета дека стручниот испит е положен, поднесувањето приговор од здравствениот работник кој не го положил стручниот испит и начинот на издавање на уверението за положен стручен испит, неговата форма и содржина ја утврдува министерот за здравство по претходно мислење од Лекарската, Стоматолошката, односно Фармацевската комора.

Со предложени-
те измени се
снимува ограни-
чувањето за
дополнителната
работа на
„најмногу осум
часа неделно“, а
право да состави
тим за дополни-
телна работа
има и здрав-
ствен работник
од приватна
здравствена
установа, во кој
можат да бидат
и вработени во
јавна и приватна
здравствена
установа

Во Предлогот - законот се презицизира и овластувањето за донесување подзаконски пропис со кој се утврдуваат гранките на специјализациите и супспецијализациите од областа на медицината, стоматологијата и фармацијата, како и гранките на специјализациите и супспецијализациите на здравствените соработници, времето на нивното траење, деловите на стажот на специјализациите (турнуси), плановите и програмите, како и начинот на спроведувањето на стажот, начинот на полагање на испитот и образецот на специјализантската книшка и на книгата за евиденција за спроведените постапки и интервенции во текот на стажот на специјализации ги пропишува министерот за здравство по претходно мислење на соодветната високообразовна установа, гранките на специјализација и супспецијализација, времето на нивното траење, деловите на стажот, планот и програмите, начинот на спроведување на специјалистичкиот стаж.

Законодавецот предвидува воведување на две нови гранки на специјализација и тоа: вонболничка ургентна медицина и вонболничка педијатрија во траење од 36 месеци. Право на специјализација по вонболничка ургентна медицина имаат докторите на медицина вработени во службите за итна медицинска помош во јавните здравствени установи.

Докторите на општа медицина кои работат како избрани лекари и имаат најмалку три години работно искуство како избрани лекари, имаат можност за специјализација по вонболничка педијатрија. Со завршување на оваа специјализација тие ќе добијат лиценца за вршење на здравствена дејност во мрежата на примарно ниво на здравствена заштита како избран лекар специјалист по педијатрија без спроведување на постапката за доделување на лиценца. Докторите со овие две специјализации имаат право по завршувањето на специјализацијата дополнително да ги спроведат деловите од стажот за специјализација по ургентна медицина, односно болничка педијатрија кои не се опфатени со плановите и програмите за вонболничка ургентна медицина, односно вонболничка педијатрија и можност да се стекнат со стручен назив специјалист по ургентна медицина, односно специјалист по болничка педијатрија врз основа на решение на високообразовната установа која ја спроведува специјализацијата, донесено по барање на специјалистот (право на проодност).“

Со Предлогот се определува висината на надоместокот за спроведување на теоретската настава, практичната обука и полагање на специјалистичкиот испит на докторите на медицина запишани на специјализација по вонболничка ургентна

медицина и вонболничка педијатрија, да не изнесува повеќе од 30% од висината на надоместок за специјализација по ургентна медицина, односно по болничка педијатрија. На предлог на Министерството за здравство, програмата за овие две специјализации ја донесува Владата на Република Македонија и со неа се обезбедуваат финансиски средства за нивна реализација. Таа се изготвува врз основа на бројот на доктори на општа медицина заинтересирани да се запишат, кои се пријавиле на јавниот оглас што Министерството за здравство го објавува еднаш годишно на својата веб страница. Притоа, се води грижа да се обезбеди географска, физичка и економска достапност на овие видови здравствена заштита во сите статистички региони согласно мрежата на здравствени установи, а доколку има повеќе заинтересирани за ист регион се врши нивно рангирање според утврдени критериуми.

Специјализантот по вонболничка педијатрија има право да вработи доктор на медицина кој ќе биде негова замена во текот на спроведувањето на делот од специјалистичкиот стаж кое е во траење од 90 дена во педијатриски ургентни центри, во одделенија за интензивна нега и во амбуланта.

Министерот за здравство, во соработка со високообразовните установи, врз основа на критериумите ги определува здравствените установи во кои се спроведува специјализацијата и супспецијализацијата и им дава писмено овластување. Законодавецот утврдува обврска високообразовните установи кои се овластени да спроведуваат специјализации да изготват и достават план и програма за специјализација по вонболничка ургентна медицина и



**Се воведува
можност во случај
на основање,
почеток на работа
при вршење на
здравствена дејност
од примарна здрав-
ствена заштита, или
формирање на нов
тим во постојна
здравствена устано-
ва, нововработениот
избран доктор само-
стојно да укажува
здравствена заштита
без медицинска
сестра во тимот до
700 пациенти**

вонболничка педијатрија до министерот за здравство.

Според Предлог - законот, специјалистите од интернистичките и хируршките гранки можат да се запишат на супспецијализација ако по положувањето на специјалистичкиот испит имаат една година работно искуство како специјалисти.

Законодавецот пропишува дека по завршувањето на втората година на специјализација специјализантот полага интермедијален испит кој се организира за секоја гранка на медицината за која специјализантот се усовршува посебно. Успешното полагање на овој испит е услов за започнување со трета година на специјализација. Тој ги определува и составот на комисиите пред кои се полага интермедијалниот, специјалистичкиот и супспецијалистичкиот испит, како и исклучоците за случаите кога не може да се формира комисија од членови кои ги исполнуваат условите, интермедијалниот испит се полага пред комисија што ја формира министерот за здравство на предлог на високообразовната установа на која се спроведува специјализацијата. На членовите на комисијата им се определуваат заменици кои ги исполнуваат истите услови како и членовите на комисијата.

Во Предлог - законот е дефиниран и статусот на приватните специјализанти и супспецијализанти, односно се дефинира приватен специјализант, односно приватен супспецијализант заснова работен однос на определено време со јавната здравствена установа за која се пријавил за специјализација, односно супспецијализација за периодот на спроведување на специјалистичкиот стаж до полагање на специјалистичкиот, односно супспецијалистичкиот испит. Во тој период тие имаат право на плата во висина на просечната месечна плата во Р.Македонија исплатена за претходната година и други надоместоци од плата согласно со закон. Доколку приватниот специјализант/супспецијализант во текот на специјалистичкиот/супспецијалистичкиот стаж ја прекине и/или не ја продолжи специјализацијата /супспецијализацијата должен е да ги надомести трошоците и другите надоместоци за неговата специјализација / супспецијализација по утврдена пресметка од страна на Министерството за здравство. Ова не важи доколку прекинот е од оправдани причини дефинирани со закон.

Со Предлог - законот се пропишува начинот и техничките услови на полагање на специјалистичкиот испит, како и практичниот дел кој се состои од проверка на знаењата и вештините во Медицинскиот симулациски центар, како и од проверка на знаењата и вештините на вистински пациент.

Законодавецот ги пропишува и случаите кога

престанува специјализацијата, односно супспецијализацијата. Според предлогот, тие престануваат ако прекинот на стажот на специјализација трае подолго од 12, односно 24 месеци (во случај на болест, повреда, бременост, раѓање, мајчинство...); ако му престанал работниот однос на специјализантот, во здравствената установа која го упатила за специјализација, односно супспецијализација; по барање на специјализантот; ако специјализантот, односно супспецијализантот не ги спроведува постапките и интервенциите според планот и програмата; ако не го положи интермедијалниот, односно специјалистичкиот испит во предвидениот рок, како и во други случаи утврдени со овој или со друг закон. Постапката за престанок на специјализацијата, односно супспецијализацијата се поведува на барање на здравствената установа, на барање на специјализантот и на барање на менторот

Во Предлог - законот се намалува времето што специјализантот треба да го одработи во установата која го испратила на специјализација, по завршувањето на специјализацијата и тоа за специјализациите што траат до пет години, специјализантот треба да работи најмалку пет години, а за специјализациите што траат над пет години, специјализантот - најмалку десет години. Ако предвреме ја напуштат установата која го упатила на специјализација, висината на средствата што треба да ги надомести специјализантот веќе не е десеткратен износ на вредноста на специјализацијата туку петкратен износ. За супспецијализантот овој период што треба да се одработи во установата е пет години (за специјализациите до две години) односно седум години за супспецијализациите над две години.

Програмата за потребата од специјалистички и супспецијалистички кадри се утврдува за секоја година врз основа на бројот и старосната структура на специјалистите, односно супспецијалистите, времето на чекање согласно електронската листа на закажани прегледи и интервенции и потребата од користење на специјалистичко-консултативните и болничките здравствени услуги во општината, односно јавната здравствена установа.

Законодавецот предвидел и „Програма за кофинансирање на специјализација, односно супспецијализација на здравствените работници и здравствените соработници вработени во приватни здравствени установи, други правни лица и невработени“. Во согласност со Програмата за кофинансирање на специјализации и супспецијализации донесена од Владата, здравствените работници кои не се вработени во јавна здравствена установа можат, заради започнување или довршување на започната специјализација/суп-

специјализација, да се пријават на јавен оглас за запишување на кофинансирана приватна специјализација, односно супспецијализација објавен од Министерството за здравство. По исклучок овие специјалисти по завршувањето на специјализацијата, односно супспецијализацијата можат да се вработуваат без објавување на оглас во јавната здравствена установа за која се пријавил за специјализација, односно супспецијализација. Пропишана е и постапката за конкурирање на јавниот оглас, а меѓу критериумите за селекција е предвидено Министерството за здравство, во соработка со Лекарската комора, го организира спроведувањето на испитот кој е составен од два дела и тоа-стручен тест и познавање на англиски јазик.

Со Програмата за кофинансирање се опфатени и докторите на медицина кои ќе специјализираат, односно супспецијализираат педијатрија, вонболничка педијатрија, како и специјализација, односно супспецијализација по гинекологија и акушерство. Ако навреме ја завршиле нив им се дава можност да склучуваат договор со Фондот за здравствено осигурување на Македонија за избран лекар педијатар, односно гинеколог и за нив капитацијата ќе се пресметува стимулативно во вредност од 1.000 поени на месечно ниво, во времетраење од 36 месеци.

Министерството за здравство и докторите на медицина кои специјализираат според Програмата за кофинансирање склучуваат договор со кој се уредуваат меѓусебните права и обврски во однос на реализацијата на специјализацијата, односно супспецијализацијата, обврската по стекнувањето на статусот специјалист, односно супспецијалист да работи во јавна или приватна здравствена установа, соодветната гаранција во случај на неисполнување на оваа обврска, како и висината на средствата што треба да ги надомести ако по негово барање или по негова вина не ја исполни обврската.

Со законските измени се симнува ограничувањето за дополнителната работа на „најмногу осум часа неделно“, а одредбата со која ценовникот и начинот на вршењето на дополнителната дејност го пропишуваше министерот за здравство, се менува „ги утврдува директорот, односно директорите на јавната здравствена установа каде што се вработени здравствените работници-специјалисти кои укажуваат здравствени услуги како дополнителна дејност, во согласност со министерот за здравство.“ Дефинирано е што тимот на кој му е одобрено вршење на дополнителна дејност има право во текот на еден месец да сработи. Право да состави тим има и здравств-

вен работник од приватна здравствена установа во кој можат да бидат и вработени во јавна и приватна здравствена установа.

Здравствената услуга извршена преку дополнителна дејност е целосно на товар на пациентот и нема право да се бара надоместок на трошоците.

Во однос на рекламирањето, со измените на јавните здравствени установи им се дава право здравствените услуги кои ги вршат за странци (за кои самите ги намираваат трошоците), да ги рекламираат во средства за јавно информирање, на други носачи на огласни и рекламни пораки во Република Македонија и во странство, како и на интернет

Со Предлог - законот се брише одредбата „до денот на навршување 65 години возраст“, со која беше предвидено, постојните приватни здравствени установи, основани со закуп на простор и опрема на делови од јавните здравствени установи, да престанат со работа со денот на исполнувањето на условите за остварување на старосна пензија на здравствениот работник на кого му се издадени под закуп просторот и опремата, односно на негово барање, до денот на навршување 65 години возраст.

Предложените измени предвидуваат специјализантите кои почнале специјалистички стаж до 31 јануари 2015 година или положили специјалистички испит до денот на стапувањето во сила на овој закон се стекнуваат со назив специјалист, без да го исполнат условот со доказ за посетена обука на специјализантот во странство во земја - членка на ОЕЦД или на ЕУ, во времетраење од три месеци.

Специјалистите кои завршиле стаж на специјализација и положили специјалистички испит до денот на стапување во сила на овој закон, имаат право да се запишат на супспецијализација и да го спроведат супспецијалистичкиот стаж во согласност со плановите и програмите за супспецијализација, како и да го полагаат супспецијалистичкиот испит согласно прописите според кои ја завршиле специјализацијата.

Со Предлог - законот се пропишува правото специјализантите, односно супспецијализантите кои на денот на стапувањето во сила на овој закон се запишани на специјализација, односно супспецијализација да можат да се пријават за довршување на започнатата специјализација, односно супспецијализација во рамки на Програмата за кофинансирање на специјализации и супспецијализации.

Vox medici

Се брише одредбата „до денот на навршување 65 години возраст“, со која беше предвидено, постојните приватни здравствени установи, основани со закуп на простор и опрема на делови од јавните здравствени установи, да престанат со работа со денот на исполнувањето на условите за остварување на старосна пензија на здравствениот работник на кого му се издадени под закуп просторот и опремата, односно на негово барање, до денот на навршување 65 години возраст

Стандардите за акредитација како начин за подобра комуникација помеѓу здравствените работници и пациентите



Процесот на акредитација овозможува имплементација на сите важечки закони од областа на здравството преку креирањето на различните процедури, притоа почитувајќи ги правата и на пациентите и на здравствените работници. Крајната цел е синхронизира-на примена на стандардите и легислативата

Акредитацијата претставува процес на оценување на квалитетот на работата и изведувањето на услуги во здравствените установи. Наедно, овозможува формално признавање и верификација на оспособеноста за нивно извршување.

Во фокусот на работата на Агенцијата се пациентите, нивните семејства и здравствените работници, притоа почитувајќи го во целост Законот за заштита на правата на пациентите. Овие права се проткаени низ многу стандарди и критериуми и обезбедуваат сигурност за пациентите дека нивните права се почитувани, со истовремено непречено спроведување на здравствена грижа (медицина) базирана на докази.

Клучните делови од Законот за заштита на правата на пациентите, кои се имплементирани во Стандардите за акредитација помагаат во олеснување на комуникацијата помеѓу здравствените работници и пациентите, од кои за одбележување се следните подрачја:

Членовите 6, 7, 10 и 14 најдетално го обработуваат правото на пациентот на учество во одлучувањето, правото на информираност и прифаќање или одбивање на определена медицинска интервенција. Правото на пациентот на учество

во одлучувањето може да се ограничи по исклучок само кога тоа е оправдано со здравствената состојба на пациентот, во случаите и на начин уредени со овој закон. Во овој закон им се дава право на пациентите да бидат информирани и за имињата, стручната подготовка и специјализацијата на здравствените работници кои му укажуваат непосредно здравствена заштита, преку задолжително јавно истакнување на лиценцата за работа издадена од соодветната комора во просторијата каде што работи. Исто така, пациентот има право, со писмена и потпишана изјава да одбие прием на информација за природата на својата здравствена состојба и очекуваниот исход на предложените или преземени медицински интервенции. Пациентот има право да прифати или да одбие определена медицинска интервенција, освен во случаите на медицински интервенции чие одложување или непреземање би го загрозило животот и здравјето на пациентот, односно животот и здравјето на други лица или би предизвикало привремено или трајно оштетување на неговото здравје, односно здравјето на други лица.

Прифаќањето или одбивањето на определена медицинска интервенција пациентот го изразува со потпишување на изјава.

Во Стандардите за акредитација е предвидено да се разгледува планот за лекување со пациентот и неговото семејство, а во таа насока и добивањето на согласност за инвазивни интервенции и терапија. Согласноста за прифаќање или одбивање на одредена интервенција треба да ја содржи и комплетната информација која му е дадена на пациентот за ризиците кои ги презема со неговата одлука. На овој начин е постигната синхронизација помеѓу законот и акредитацијата.

Исто така стандардите го опфаќаат и делот од Законот кој се однесува на добивање на информирана согласност за лицата кои не се полнолетни или нивната здравствена состојба не дозво-

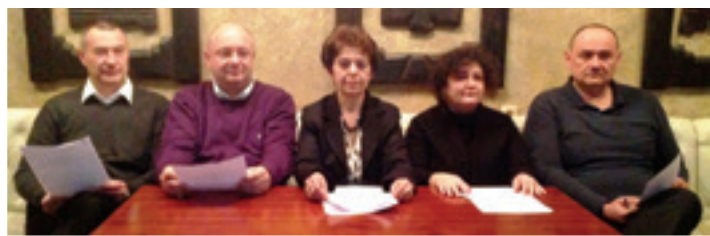
лува правилно расудување и се под старателство.

Во врска со заштитата на правата на пациентот над кој се врши научно истражување, обработени во законот, исто така е извршена хармонизација со стандардите, и се имплементирани деловите од законот да се даде свесна, јасна и доброволна согласност од пациентот, согласноста на пациентот, во смисла на овој закон, е писмена, датирана и потпишана од пациентот, дадена врз основа на прецизен и на разбирлив начин дадени информации за природата, важноста, последиците и ризиците на истражувањето. За деловно неспособен или малолетен пациент изјава за согласност дава неговиот родител, законски застапник или старател, со одобрение на надлежниот центар за социјални работи. Пациентот или неговиот родител, законскиот застапник или старателот во интерес на пациентот можат да ја повлечат согласноста во секое време, на начин на кој таа била дадена. Оваа согласност може да се добие само после одобрување на истражувањето од соодветна институција.

Во Стандардите целосно се имплементирани сите барања од

ПРВА РЕГИОНАЛНА РАБОТИЛНИЦА

Врачи лиценци на 25 независни оценувачи



Во организација на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи на 10 и 11 декември во Скопје се одржа Прва регионална работилница со меѓународно учество на тема: „Предизвици во процесот на акредитација“. Во рамките на работилницата беа доделени и првите лиценци за надворешно оценување на првата група од 25 независни оценувачи (доктори, правници, економисти и медицински сестри) во процесот на акредитација во земјата.

На работилницата учествуваа директори на агенции за акредитација од регионот (Хрватска, БиХ, Албанија, Р. Српска и Црна Гора), како и двајца претставници од Интернационалната агенција за акредитација од Канада која е една од водечките во светот во оваа област. Учесниците ги презентираа националните портфолија за акредитацијата и проблемите кои се јавуваат во практиката, а во рамките на дискусијата на тркалезна маса се говореше и за плановите и предизвици на акредитацијата во наредниот период. На отворањето на работилницата присуствуваа претседателите на Лекарската комора на Македонија и на Македонското лекарско друштво, проф. д-р Кочо Чакалароски и доц. д-р Горан Димитров, а учесниците на Прва регионална работилница ги поздравија деканот на Медицинскиот факултет во Скопје, проф. д-р Никола Јанкуловски, и државниот секретар во Министерството за здравство, Насуф Ипџа.

законот, при што се бара во секоја болница да постои комисија која ќе го следи текот на истражувањето, да бидат точно наведени надлежностите на комисијата, и транспарентно да се следат несаканите случувања во текот на истото.

Правото на пациентот да има пристап до сопственото медицинско досие е еден од клучните делови во законот. Пациентот има право на свој трошок во реален износ да добие извод или копија на податоци и документи од медицинското досие, да бара појаснување на податоците од медицинското досие што се однесуваат на него.

Во Стандардите за акредитација се бара детално напишана процедура за регулирање на начинот на кој пациентот ќе има право на своето досие, било во хоспитални услови или по исписот. На овој начин, со комплетната имплементација на членовите од законот во Стандардите за акредитација, се олеснува на здравствените работници во регулирањето на правото на пациентот, без дополнителни проблеми.

Во делот од законот каде што се регулира приемот и распоредувањето на пациентот, предвидено е да се спроведе процедура за дијагностика, третман и рехабилитација на пациентот, за што здравствената установа е должна за спроведената процедура да води писмена белешка и во програмата задолжително треба да се предвидат контролни прегледи заради тековно утврдување на состојбата со здравјето на пациентот.

Здравствената установа е должна да го отпусти пациентот ако преку својот стручен тим утврди дека состојбата со здравјето на пациентот е подобрена до степен да може да се упати на натамошен третман и нега во заедницата во која живее. Пациентот при отпуштањето задолжително се информира за состојбата со неговото здравје и се упатува за остварување на здравствените права на ниво на заедницата во која живее.

Во Стандардите за акредитација овие права се регулирани со процедури кои треба детално да ги опфатат постапките на прием, распоредување, лекување и комуникација со пациентите, одлука за испис, документација за лекувањето. На овој начин има следливост на движењето на пациентот, што е и основната цел за регулирање на неговиот пат од прием до испис.

Ова се само неколку примери како еден закон може да биде транспониран преку

Стандардите за акредитација, притоа почитувајќи ја личноста, достоинството и правата на пациентот. Процесот на акредитација овозможува имплементација на сите важечки закони од областа на здравството преку креирањето на различните процедури, притоа почитувајќи ги правата и на пациентите и на здравствените работници. Крајната цел е синхронизирана примена на Стандардите и легислативата.

Проф. д-р Елизабета Зисовска,

Агенција за квалитет и акредитација на здравствени установи на Македонија

За прволиниски третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка (мКД)

ПОВЕЌЕ ЖИВОТ ЗА НЕА

**PERJETA®: поставување на нов стандард
на преживување во прволиниски
третман на HER2 позитивен мКД**

Подобрено пријавување на безбедноста кај бремени жени потенцијално изложени на PERJETA

- Perjeta треба да се избегнува во тек на бременост освен кога придобивката во корист на мајката го надминува потенцијалниот ризик за фетусот. Не се изведени студии за PERJETA кај бремени жени и безбедна та употреба на PERJETA за време на бременост и лактација не е утврдена.
- Утврдете дали пациентката е бремена пред почеток на терапија со PERJETA. Жените во репродуктивен период и жените партнери на мажи во репродуктивен период би требало да употребуваат ефикасна контрацепција додека примат PERJETA и 6 месеци по последната доза на PERJETA.
- Следете ги пациентите кои ќе забременат за време на терапија со PERJETA или во период од 6 месеци по последната доза на PERJETA за појава на олигохдроамниоза.
- Доколку PERJETA се употребува за време на бременоста или доколку настане бременост во тек на терапија со PERJETA или во период од 6 месеци по последната доза на PERJETA, Ве молиме веднаш да ја пријавите изложеноста на лекот на локалната Roche телефонска линија за несакани настани: +389 2 3103 500
- Дополнителни информации ќе Ви бидат побарани за пациентите кај кои настанала бременост, а се изложени на PERJETA и за време на првата година на живот на новороденчето. Ова ќе овозможи Roche/Genentech подобро да ја разбере безбедноста на PERJETA и да обезбеди соодветни информации до здравствените власти, здравствените работници и пациентите.

PERJETA® (pertuzumab) за прволиниски третман на HER2 позитивен метастатски карцином на дојка

Невидена ефикасност

- Продолжено средно вкупно преживување (ВП) до 56.5 месеци¹
- Пациентите живеат **15.7 месеци повеќе** кога се лекуваат со PERJETA® + Herceptin® (trastuzumab) + docetaxel споредено со само Herceptin® + docetaxel²
- Комбинацијата на PERJETA® со Herceptin® + docetaxel го зголеми средното преживување без прогресија на болест (ПБП) за 6.1 месеци споредено со само Herceptin® + docetaxel²
- Конзистентен бенефит во ПБП и ВП демонстриран кај голем опсег на пациенти^{1,2}

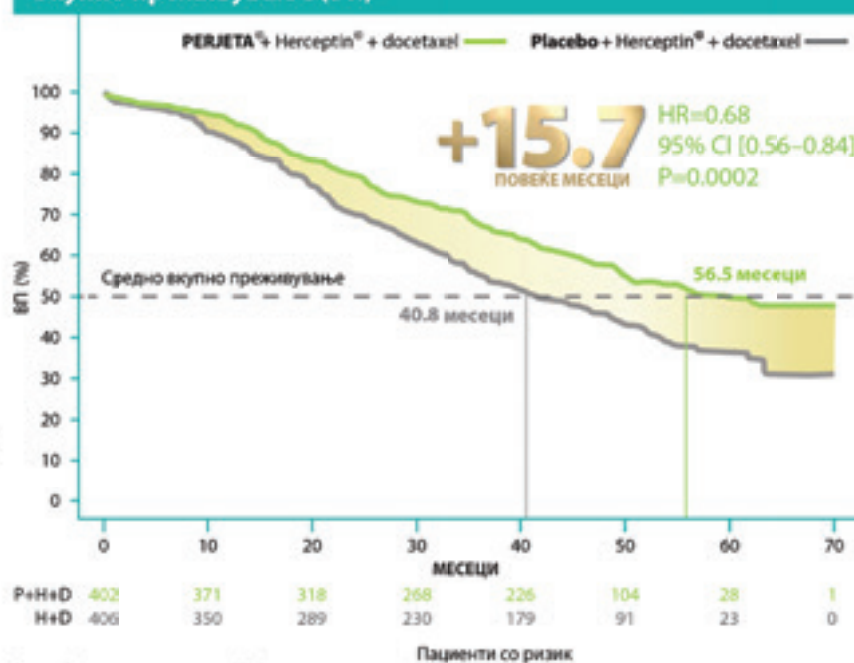
Безбедносен профил кој лесно се менаџира

- Конзистентен со претходниот стандард на грижа,^{2,3} без зголемување на срцевите несакани настани
- При долготрајно следење нема појава на кумулативна или доцна токсичност
- Честотата на сите несакани настани значително се намали по прекинот на третманот со docetaxel^{1,4}

Индикација:

Perjeta® е индициран во комбинација со Herceptin® и docetaxel кај пациенти со HER2 позитивен метастатски или локално рекурентен нересектабилен карцином на дојка, кои за својата болест претходно не примале анти-HER2 терапија или хемотерапија⁵.

Вкупно преживување (ВП)¹



CI=конфиденциски интервал; HR=однос на ризик

*Наменето само за здравствени работници.

Perjeta® (pertuzumab). СОСТАВ: Активна супстанција: pertuzumab.1 ампула Perjeta® содржи 420mg pertuzumab. ТЕРАПЕВТСКИ ИНДИКАЦИИ: Метастатски карцином на дојка. КОНТРАИНДИКАЦИИ: Perjeta® е контраиндициран кај пациенти со позната пречувствителност на pertuzumab или некој од ексципиентите. МЕРКИ НА ПРЕПААЗЛИВОСТ: Терапијата со Perjeta® треба да се спроведува само под контрола на лекар со искуство во третман на пациенти со малигни заболувања. НАЧИН НА ИЗДАВАЊЕ: Лекот може да се применува само во здравствена установа. БРОЈ НА ОДОВЕРЕНИЕТО ЗА СТАВАЊЕ НА ЛЕК ВО ПРОМЕТ: 15-5098/13 од 12.09.2013. МОСТИТЕЛ НА ОДОВЕРЕНИЕТО ЗА СТАВАЊЕ НА ЛЕК ВО ПРОМЕТ: ХОФМАН ЛА РОШЕ ЛТД од Швајцарија – ПРЕДСТАВНИШТВО во Р. Македонија.

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

Референци: 1. Swain S, Kim S-B, Cortés J, et al. Final overall survival analysis from the CLEOPATRA study of first-line pertuzumab, trastuzumab, and docetaxel in patients with HER2-positive metastatic breast cancer. Oral presentation at the 39th European Society for Medical Oncology (ESMO) congress, Madrid, Spain, 2014 (Abstract 3590_P1). 2. Baselga J, Cortés J, Kim S-B, et al. CLEOPATRA Study Group. Pertuzumab plus trastuzumab plus docetaxel for metastatic breast cancer. N Engl J Med. 2012;366:109-119. 3. Baselga J, Cortés J, Seock-Ah I, et al. Adverse events with pertuzumab and trastuzumab: evolution during treatment with and without docetaxel in CLEOPATRA. Poster presented at: American Society of Clinical Oncology Annual Meeting: June 1-5, 2012; Chicago, IL. Poster 597. 4. Swain SM, Kim S-B, Cortés J, et al. Pertuzumab, trastuzumab, and docetaxel for HER2-positive metastatic breast cancer (CLEOPATRA study): overall survival results from a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study. Lancet Oncol. 2013;14:461-471. 5. Збирен извештај за особините на лекот Perjeta.

PERJETA®
pertuzumab
give HER more life

Управа за електронско здравство

– нов орган во состав на МЗ



Управата за електронско здравство, како орган на државна управа во состав на Министерството за здравство со својство на правно лице, е воспоставена со Законот за изменување и дополнување на Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ бр. 10/2015) за вршење на стручни работи од значење за развојот и унапредувањето на интегрираниот здравствен информатички систем и формирање на концепти за развој на здравствената политика врз основа на добиените анализи од податоците внесени во националниот систем.

Надлежностите на Управата се утврдени во Законот за здравствена заштита (член 249-в) и се однесуваат на надградба, оптимизација, извршување, регулирање, одржување, контрола, едукација на здравствениот кадар и анализа на сите процеси и функционалности поврзани со интегрираниот здравствен информатички систем. Во рамките на вака утврдената надлежност Управата ги врши работите поврзани, особено, со надградба на интегрираниот здравствен

информатички систем со нови функционалности; оптимизација и одржување на програмските модули и функционалности кои се во склоп на националниот систем; воспоставување и одржување на регистри на здравствени установи, здравствени работници и здравствени соработници, на здравствени услуги, на пациенти по дијагнози на болести, на ретки болести и на пациенти кои боледуваат од ретки болести, на медицински потрошен материјал и на други регистри за потребите на здравствениот систем; воспоставување и одржување на единствен електронски здравствен картон на здравствените осигуреници; изработка и одржување на веб сервиси за интеграција и размена на податоци, како и софтверски решенија кои се во употреба во здравствените установи во мрежата на здравствени установи; предлагање за дефинирање на работните должности, овластувањата и обврските на здравствените работници и раководните органи на здравствените установи во однос на функционалностите на интегрираниот

здравствен информатички систем и листите на закажани интервенции; предлагање на министерот за здравство концепти за развој на здравствената политика врз основа на добиените анализи од податоците внесени во интегрираниот здравствен информатички систем; предлагање стандарди за најкратко и најдолго времетраење на специјалистичко-консултативниот преглед по специјалност во амбуланта; предлагање на распоред за работа на вработените во здравствените установи, како и план за работа преку дефинирање на оптимален број на амбулантски прегледи по лекар или медицински апарат, број на амбуланти за одредена специјалност, како и други параметри за непречено функционирање на интегрираниот здравствен информатички систем во поглед на листите на закажување прегледи и интервенции; контрола на придржувањето на стандарди и протоколи при работењето на здравствената установа во однос на примената на функционалности од интегрираниот здравствен информатички систем и електронската листа на закажани прегледи и интервенции; сертификација и одобрување за користење и продажба на софтверски решенија кои се користат во здравствените установи во состав на мрежата на здравствени установи и создавање и одржување на база на податоци од интегрираниот здравствен информатички систем.

Начинот на пристап, дистрибуција, издавање, користење, чување и заштита на податоците од интегрираниот здравствен информатички систем ќе се врши согласно подзаконски акт донесен од министерот за здравство, а за користење и увид на податоците од интегрираниот здравствен информатички систем ќе се плаќа надоместок во висина утврдена од министерот за здравство.

Исклучок е направен за Фондот за здравствено осигурување на Македонија кој не плаќа надоместок за увид и користење на податоците од интегрираниот здравствен информатички систем.

Средствата за финансирање на Управата се обезбедуваат од буџетот на Република Македонија, при што е дадена можност Управата да остварува сопствени приходи, приходи од донации и од други извори утврдени со закон.

Со Управата раководи директор, кој го именува и разрешува Владата на Република Македонија на предлог од министерот за здравство, со мандат од четири години. Со Законот се утврди условите кои треба да ги исполнува лицето кандидат за директор на Управата и случаите во кои се разрешува директорот од страна на Владата. Директорот на Управата е одговорен за својата работа и за работата на Управата пред Владата на Република Македонија и министерот за здравство. Директорот на Управата донесува годишна програма за работа на Управата и го организира нејзиното спроведување и поднесува годишен извештај до министерот за здравство за усвојување, а по потреба и до Владата на Република Македонија за информирање.

Управата за електронско здравство ги презеде вработените од Министерството за здравство кои ги вршат работите поврзани со интегрираниот здравствен информатички систем, како и опремата, документацијата и другите средства за работа од Министерството за здравство со денот на започнувањето со работа. За вработените во Управата кои имаат статус на државни службеници кои ги извршуваат работите од областа на информатичко-комуникациската технологија во функција на интегрираниот здравствен информатички систем, заради специфичната природа на работните задачи и посебностите на извршувањето на посебните должности и овластувања утврдени се повисоки плати односно утврдено е зголемување за 33% на основната плата и додатокот на плата за звање во однос на платите на другите државни службеници.

(А.Б.)

НАГРАДА

„Професор д-р Епса Урумова“ за најдобар објавен труд во медицинско списание

На 13 октомври 2015 година во амфитеатарот на Медицинскиот факултет при Универзитетот “Св. Кирил и Методиј” во Скопје за прв пат беше доделена наградата „Професор д-р Епса Урумова“ за најдобар објавен труд во медицинско списание во 2014 година. Конкурсната комисија, разгледувајќи ги постигнатите трудови, одлучи оваа нововоставена награда која го носи името на бардот на македонската патологија, наградата да ја додели на Каќа Поповска, Милка Здравковска, Милена Петровска и Азиз Положани за трудот “Carbopenem резистентен *Acinetobacter baumannii* во однос на MRSA, изолирани на Одделот за интензивно лекување во Клиничкиот центар во Скопје” објавен во European Journal of Preventive Medicine.

Наградата е установена на предлог на семејството на проф. Урумова, а врз основа на Одлука на Деканската управа на Медицинскиот факултет во Скопје е формирана Конкурсната комисија и е објавен конкурсот за

доделување на награда “Проф. д-р Епса Урумова” за најдобар научен труд објавен во медицинско списание. Согласно Конкурсот и предвидените услови, награденте автори при доделувањето на признанието и паричната награда во износ од 60.000 денари, го презентираа(т) трудот и пред поширок аудиторинг од наставници, студенти и гости на Факултетот.

Проф. д-р Епса Урумова е основоположник и доајен на македонската патологија, важеше за посветен и самопрегорен патолог и наставник. Остана во сеќавање како студиозна личност, со особена енергија, посветена на медицината која многу и значеше и по нејзиното пензионирање. Даде огромниот придонес и белег како педагог, научник и стручњак. Признанието кое го носи нејзиното име ќе се доделува секоја година и претставува награда која ја стимулира научната и истражувачката работа и нејзиното публикување во реномираните медицински списанија.

Vox medic

European Journal of Preventive Medicine

2014; X(X): XX-XX

Published online MM DD 2014 (<http://www.sciencepublishinggroup.com/j/ejpm>)
doi: 10.11648/j.XXXX.2014XXXX.XX



Carbapenem resistant *Acinetobacter baumannii* versus MRSA isolates in ICU in Clinical Center Skopje

Katja Popovska¹, Milka Zdravkovska², Milena Petrovska¹, Azis Pollozhani³

¹Institute of Microbiology and parasitology, Faculty of Medicine, University “Ss Cyril and Methodius”, Skopje, Republic of Macedonia

²Faculty of Medical Sciences, University “Goce Delchev”, Stip, Republic of Macedonia

³Institute for Public Health of the Republic of Macedonia, Skopje, Republic of Macedonia

Email address:

katja.popovska@t-home.mk (Katja Popovska)

Abstract: Background: *Acinetobacter baumannii* is often referred to as the “Gram-negative methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*”, because it is frequently resistant to antibiotics. Clonal outbreaks of carbapenem-resistant and OXA-23-producing *A. baumannii* have been reported worldwide. Aim: The goal of this study was to promote the phenomenon of disbalance in endemic hospital ECO system which included increase of carbapenemase-resistant *Acinetobacter baumannii* on account of reduction of MRSA rate in surgical ICU and it's clonal relatedness as well as the specific precautions. Material and Methods: Computer database from 1994 – 2012 from surgical ICU patients in the

МЕЃУНАРОДНА КОНФЕРЕНЦИЈА НА МЕДИТЕРАНСКАТА ПРОГРАМА ЗА ИНТЕРВЕНТНА ЕПИДЕМИОЛОГИЈА ВО СКОПЈЕ

Институтот за јавно здравје пилот-центар за обука

Институтот за јавно здравје на Р.Македонија е избран како еден од четирите пилот-центри за обука на професионалци од областа на интервентната епидемиологија. Тоа е соопштено на првата Меѓународна конференција на MediPIET (Медитеранска програма за интервентна епидемиологија) што во средината на ноември оваа година се одржа во Скопје. Организатор на овој еминентен стручен собир беше Институтот за здравје “Карлос III” од Шпанија, а на него учествуваа експерти од 25 земји од областа на интервентната епидемиологија од Медитеранскиот и Црноморскиот регион.

Директорот на Институтот за јавно здравје, ас. д-р Шабан Мемети, истакна дека Македонија на отворањето на

Програмата, во септември 2014 година, била избрана да биде домаќин на тренинг центар форумот, како и да претседава со неа во првите години. Оваа конференција, според д-р Мемети, нуди можност експерти од различни земји и култури и здравствени системи да се запознаат и разменат искуства, бидејќи главниот метод на MediPIET програмата е меѓусебна соработка и олеснување на комуникацијата преку учење.

Целта на MediPIET е создавање на стручен кадар на доктори од областа на интервентната епидемиологија преку двегодишна тренинг програма, но и тренинг курсеви за континуирана едукација на епидемиолози и доктори. MediPIET е дизајниран за да ја подобри безбедноста

во здравството во регионот на Медитеранот преку поддршка за градење на капацитети за спречување и контрола на природни или вештачки закани по здравјето предизвикани од заразни болести и други ризици и создавање Програма за одржлива обука на полето на интервентната епидемиологија. MediPIET е проект финансиран од Европската унија во рамки на иницијативата на CBRN центри за вонредност, што го води конзорциумот FPAPP-ISCIII, со научно раководство на ECDC. Во проектот, кој стартуваше во 2012 година, се вклучени повеќе од 25 земји од Медитеранскиот регион и дел од земјите од Црноморскиот регион, а ќе трае до 2017 година.

Vox medicus

За д-р Аспазиа Софијанова наградата „Св. Климент Охридски“

Доцент д-р Аспазиа Софијанова, педијатар е добитник на наградата “Св. Климент Охридски” за 2015 година за достигнување во областа на здравството. Наградата на добитниците им беше врачана на 8 декември 2015 година, во свечената сала на Собранието на Република Македонија.



Државната награда “Св. Климент Охридски” претставува највисоко признание за долгогодишни остварувања во областа на воспитанието, образованието, културата, уметноста, здравството, заштитата и унапредувањето на човековата околина и во социјалната дејност од јавен интерес на Република Македонија.

Реализирана работилница за навигациона ендоскопска синусна хирургија

Во организација на Здружението на лекари по оториноларингологија на Република Македонија од 13 до 15 ноември 2015 во хотел “Алкалоид” во Дојран, а под раководство на проф. д-р Јане Нетковски од Универзитетската клиника за уво, нос и грло, се одржа Работилница за навигациона ендоскопска синусна хирургија. Оваа Работилница по својата содржина и специфика беше единствена и прва во рамките на континуираната медиинска едукација која на овие простори го промовираше навигациониот систем кој претставува високософистициран, ефикасен и исклучително безбеден систем за реализација на ендоскопска хирургија на параназалните синуси, предната черепна јама и орбитата.

Во рамки на Работилницата беа реализирани предавања од еминентни авторитети од областа на риносинусо-

логијата, меѓу кои и од проф. д-р Томислав Баудоин од Универзитетската клиника за оториноларингологија и церфикофацијална хирургија “Сестре милосрднице”, Загреб, Хрватска кој имаше посебен осврт за начинот на успешна и ефикасна имплементација на алгоритмот за навигационата ендоскопска хирургија. Практичниот дел се состоеше од спроведување на ендоскопска дисекција на параназалните синуси на специјално дизајниран фантом за таа намена.

Работилницата беше акредитирана од Лекарската комора на Македонија, а големата посетеност беше доказ за оправданоста и потребата за нејзиното одржување.

Проф. д-р Јане Нетковски,
Универзитетска клиника
за уво, нос и грло

„Рош Македонија“ донираше средства за болните од рак

„Рош Македонија“ повеќе од 15. години работи во Македонија и неуморно се труди да ги направи подостапни светските стандарди во лекување на ракот за македонските пациенти.

Оваа година нејзината канцеларија во Скопје беше промовирана во Регионален центар за Балканот, покривајќи ги Албанија, Косово, Црна Гора и Молдавија.

Ова е дополнително признание за тимот на „Рош Македонија“ и претставува дополнителен поттик и признание за досегашната работа.

„Рош Македонија“ во соработка со македонските власти континуирано работи на ефикасно справување со ракот и на спасување на многу животи.

Оваа година „Рош Македонија“ повторно активно го поддржува светскиот настан – Октомври – светски месец на борба против ракот на дојка. Како дел од низата активности на 29 октомври во „Сити Плаза“, каде што се наоѓа седиштето на компанијата во Македонија, се организираше настан за да се зголеми свеста и поддршката за борбата против ракот. Во текот на овој настан, на кој присуствуваа истакнати домашни и меѓународни гости од различни сектори, се презентираа фактите и постигнувањата на компанијата во онкологијата и лекувањето на ракот на дојка.

Ракот генерално, а особено ракот на дојка, е сериозен здравствен проблем во Македонија и во светот. Тој е главна причина за сериозни нарушувања и смртност кај жените во Европа. Ракот во целина е една од првите три причини за смртност во Македонија. Кога станува збор за ракот на дојка, според податоците на ГЛОБОКАН, во 2015 година се предвидуваат околу 1.200 нови случаи на рак на дојка само во Македонија.

- „Рош“ е активно вклучен во оваа област преку многубројни инвестиции со цел да се унапреди онкологијата во Македонија. Само во последните три години „Рош Македонија“ во полето на онкологијата инвестираше повеќе од пет милиони евра преку континуирани донации, професионална обука, инфраструктурни проекти и клинички испитувања. Ќе продолжиме активно да ги поддржуваме напорите за обезбедување соодветно и адекватно лекување и нега на болните од рак што се лекуваат на Универзитетската клиника за онкологија и



радиотерапија во Скопје, изјави директорот на Балканската групација на „Рош“, г. Уфук Апајдин.

Во склоп на овој настан „Рош Македонија“ донираше 250.000 денари на Универзитетската клиника за онкологија и радиотерапија во Скопје.

- Оваа инвестиција на „Рош Македонија“ е дел од тековните напори да се подобрат условите и да се обноват просториите каде што болните од рак ја примаат терапијата. На овој начин, нашите пациенти ќе се чувствуваат подобро за време на нивниот престој во болницата, потенцираше Милан Ристевски, директор на Универзитетската клиника за онкологија и радиотерапија во Скопје.

- Новите терапии значително ќе ја подобрат стапката на преживување на рак на дојка. За жал, и покрај огромните напори на сите институции во Македонија, стапката на преживување од рак на дојка е најниска во Европа. Затоа сме решени да го продолжиме нашето партнерство со властите на сите нивоа за да најдеме ефикасен начин и решенија нашите граѓани да имаат пристап до најновите иновативни третмани за рак на дојка. Цврсто сме уверени дека ваквите заеднички напори ќе помогнат да има поздрави и попродуктивни семејства во Македонија, заклучи директорот на Балканската групација на „Рош“.

Само во последните три години „Рош Македонија“ во полето на онкологијата инвестираше повеќе од пет милиони евра преку континуирани донации, професионална обука, инфраструктурни проекти и клинички испитувања

Одбележани првата светска недела за рационално користење на антибиотици и 18 ноември - европски ден за рационално користење на антибиотици

Од оваа година на предлог на Светската здравствена организација (СЗО) / Европа во периодот од 16 до 22 ноември 2015 година за прв пат се организира **Светска недела за рационално користење на антибиотици** со што се потенцираат активностите кои досега беа преземани на 18 Ноември - Европски ден за рационално користење на антибиотици. Причина за зајакнување на активностите се сè потешкото закрепнување на пациентите од инфекции кои се предизвикани од сè поголемиот број резистентни микроорганизми. Растечката резистенција поврзана со слабиот развој на нови антибиотици ги прави инфекциите тешки за лекување, често водејќи до смртен исход.

Во пресрет на оваа недела, СЗО го објави првиот извештај на CAESAR мрежата за следење на антимикробната резистенција во Централна Азија и Источна Европа, за антибиотска резистенција во пет земји кои не се членки на Европската унија во СЗО регионот во Европа - Република Македонија, Белорусија, Србија, Турција и Швајцарија (достапен на http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/285405/CAESAR-Surveillance-Antimicrobial-Resistance2014.pdf?ua=1). Податоците добиени преку оваа мрежа се комплементарни на податоците добиени од мрежата за следење на антимикробната резистенција на земјите - членки на ЕУ, со што се создава пан-европски увид во трендовите и изворите на антимикробната резистенција. Со податоците од CAESAR мрежата се обезбедуваат насоки за лекарите за тоа како да ги лекуваат пациентите со вакви инфекции, а наедно и се делува на зголемување на свеста кај здравствените авторитети и населението за потребата од рационално користење на антибиотиците.

Главен заклучок на овој извештај е дека **антибиотската резистенција во земјите**



кои не се членки на Европската унија (ЕУ) на СЗО регионот во Европа е различна, но споредлива со таа во земјите членки на ЕУ.

Швајцарија има резистенција слична на земјите во Северна Европа кои се карактеризираат со ниска резистенција и високо ниво на свесност. Сепак, забележана е релативно висока резистенција на бактеријата *Acinetobacter spp.*, предизвикувач на пневмонија и инфекции на рани, кон карбапенемите, кои се едни од последните откриени антибиотици. Ова значи дека само неколку алтернативни лекови се достапни за да се спасат пациентите со вакви инфекции.

Турција има слична резистенција како земјите во Југоисточна Европа. Тие имаат релативно високо ниво на резистенција кон карбапенемите кај бактеријата *E. coli*, која започнува како голема болничка епидемија, но се шири и надвор од болницата во целата земја.

Република Македонија, Белорусија и



Србија, слично како и нивните соседни држави во ЕУ имаат висока резистенција на бактериите *Acinetobacter spp.* и *Pseudomonas spp.*

Овој извештај покажува дека и покрај различното ниво, антибиотската резистенција е сериозен јавно-здравствен проблем не само во петте држави на CAESAR мрежата, туку и глобално.

Оттука и потребата за одржување на **Светска недела за рационално користење на антибиотици** под слоганот **“Антибиотици: внимателна употреба”**, како најефективен начин за намалување на антибиотската резистенција.

Република Македонија, како една од првите држави во Европа која од 2008 година спроведува кампања за рационална примена на антибиотици, и оваа година се придружи на одбележувањето на **Светската недела за рационално користење на антибиотици** со следните активности, предложени од Мултисекторската комисија за антимикробна резистенција

при Министерството за здравство:

1) На 16.11.2015 во Скопје се одржа состанок на националната CAESAR мрежа на кој беа поканети сите микробиолози (од јавните и приватните микробиолошки лаборатории), претставници од центрите за јавно здравје и претставници од сите болници. По отворањето од страна на деканот на Медицинскиот факултет, Скопје, проф. д-р Никола Јанкуловски, следеа стручни презентации на тема:

- **CAESAR-методологија за следење на антимикробната резистенција**, проф. д-р Жаклина Цековска, Институт за микробиологија и паразитологија, Медицински факултет, Скопје;

- **Резултати од спроведените надворешни контроли за квалитет во микробиолошките лаборатории во Р. Македонија**, доц. д-р Ана Кафтандиева, Институт за микробиологија и паразитологија, Медицински факултет, Скопје;

- **Резултати од CAESAR следењето на антимикробната резистенција во Република Македонија во периодот 2013–2015 година**, д-р Билјана Какараскоска - Боцеска, м-р сци. Институт за јавно здравје на РМ;

- **Состојбата со антимикробната резистенција во Република Македонија во однос на другите европски земји**, проф. д-р Никола Пановски, Институт за микробиологија и паразитологија, Медицински факултет, Скопје, претседател на Мултисекторската комисија за АМР;

- **Можни причини за високиот процент на VRE (vancomycin resistant enterococci) во Р. Македонија**, проф. д-р Гордана Јанкоска, Институт за микробиологија и паразитологија, Медицински факултет, Скопје;

- **CAESAR – идни можности и чекори за подобрување на процесот на известување и контрола на антимикробната резистенција**, прим. д-р Голубинка Бошевска, м-р сци, Институт за јавно здравје на РМ, национален координатор за антимикробна резистенција.

Овој состанок беше организиран од страна на Здружението на микробиолозите на Македонија (ЗММ) и Националниот CAESAR тим кој е дел од Мултисекторската комисија на Министерството за здравство, а со поддршка од СЗО регио-



налната канцеларија за Европа, СЗО канцеларијата во Скопје, Медицинскиот факултет од Скопје, Институтот за јавно здравје, и Центарот за регионални истражувања и соработка “Студиорум”. Истиот е КМЕ акредитиран во Лекарската комора на Македонија.

2) **Како дел од одбележувањето на Светската недела, во периодот од 18-27.11.2015 година** во организација на

Мултисекторската комисија за контрола на антимикробната резистенција се одржани повеќе стручни и едукативни настани за подигнување на свеста за заедничката одговорност и потребата од заедничко делување. Меѓу нив:

а) едукативни часови во траење од 30–45 минути за ученици во пет основни училишта во Скопје. Беа опфатени повеќе од 450 ученици од осмо и деветто одделение и нивните наставници;

б) предавања на утринските состаноци во пет универзитетски клиники за состојбата со резистенција и рационалната употреба на антибиотици на кои присуствуваа повеќе од 260 доктори специјалисти/специјализанти

Во текот на овие настани на присутните ученици/здравствени работници им е поделен промотивен материјал со кој се очекува информациите да се проследат до семејствата на присутните, односно да пристигнат до општата популација.

Овие активности се одржуваат во соработка меѓу Министерството за здравство, Институтот за јавно здравје на Република Македонија, Институтот за микробиологија и паразитологија при Медицинскиот факултет- Скопје, Центарот за регионални истражувања и соработка “Студиорум”, СЗО канцеларијата во Скопје и СЗО Регионалната канцеларија за Европа. Организатори на активностите и предавачи беа: прим. д-р Г. Бошевска, м-р сци, д-р Б. Какараскоска - Боцеска, м-р сци, проф. д-р Ж. Цековска, проф. д-р Г. Јанкоска, доц. д-р А. Кафтандиева, м-р Н. Милевска - Костова, м-р К. Христова, м-р В. Ивановска, м-р М. Спасеновска, м-р С. Чичевалиева, проф. д-р Н. Пановски.

Ни претставува чест и задоволство што заедно ги одбележуваме Европскиот ден и Светската недела за рационална употреба на антибиотици, во борбата со растечката закана од АМР на глобално ниво. **Само со координирани и заеднички активности на здравствените работници и населението можеме да ја сочуваме активнос-та на антибиотиците за идните генерации. Во наоѓањето на решение не е исклучен никој.**

Прим. д-р Г. Бошевска,

м-р сци. национален координатор за АМР

Државната награда „11 Октомври“ за проф. д-р Никола Јанкуловски

Резултатите
на кои се должи
оваа награда
се добиени со
макотрпен труд
и лична работа.
Таа не е само
признание,
туку претставува
и голема обврска
која натаму
ќе ме мотивира
да работам
многу повеќе
и поуспешно
за мојот народ,
за мојата држава
и да дадам
поголем придонес
за здравството
во Р. Македонија,
вели проф.
Јанкуловски



Највисокото признание во областа на науката и образованието, државната награда „11 Октомври“ годинава му е доделена на проф. д-р Никола Јанкуловски, специјалист по дигестивна хирургија, професор на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје и актуелен декан на оваа наставно – научна институција. Со неа се оддава највисоко признание за животно дело во областа на науката, уметноста, стопанството и во другите дејности од јавен интерес, а како и секоја година, и овој пат на добитниците им беше доделена на Денот на востанието, на свеченост во Собранието на Република Македонија.

Перманентниот стручен и професионален развој на проф. Јанкуловски почнува во 1983 година на Клиниките за хируршки болести при Медицинскиот факултет во Скопје, а една година подоцна тој се вработува на Клиниката за дигестивна хирургија и се определува за дигестивната хирургија како своја специјалност. Паралелно и

во континуитет се одвива и напредувањето во неговата академска кариера со сите звања, од помлад асистент до редовен професор по хирургија на Медицинскиот факултет на Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Од 2009 година тој е носител на највисоката функција на најголемиот факултет при Универзитетот „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје, а во 2013 година Универзитетскиот сенат го потврди неговиот повторен избор за декан за мандатен период од четири години.

„Резултатите на кои се должи оваа награда се добиени со макотрпен труд и лична работа. Таа не е само признание, туку претставува и голема обврска која натаму ќе ме мотивира да работам многу повеќе и поуспешно за мојот народ, за мојата држава и да дадам поголем придонес за здравството во Р. Македонија“, нагласи проф. Јанкуловски по свеченото доделување на државната награда „11 октомври“.

Во биографијата на проф. д-р Никола Јанкуловски е евидентна неговата посветеност на професијата и определбата за постојано стручно усовршување, во земјата и во странство. Таквиот процес на постојана надградба го почнува уште како лекар на специјализација, кога во два наврата престојувал на Военомедицинската академија во Белград, а составен дел од неговото професионална надградба се и стручните престои на Институтот за заболувања на дигестивниот систем во Белград кај проф. Чоловиќ, „Клиник ин Парк“ во Цирих, Универзитетскиот медицински центар „Јохан Волфганг Гете“ во Франкфурт, „Хенри Мондор“ во Париз, Империјал колеџ во Лондон кај проф. Хабиб, Универзитетската болница „Умберто I“ во Италија кај проф. Пезангора, „АКХ клиниката“ во Виена кај проф. Фридрих Хербст, Клиничкиот центар во Љубљана, Универзитетска болница „Агостино Џемели“ во Рим и други.

Во декември 2002 година ја брани докторската дисертација. Неговата посветеност во работата резултира со импресивно портфолио од повеќе од 5.000 оперативни интервенции во 25 - годишната специјалистичка кариера како хирург на сложениот дигестивен систем. Речиси една четвртина од нив, над 1.000 се хируршки зафати на малигноми на дигестивниот тракт (карци-

номи на желудник, хепатобилијарен систем, панкреас и дебело црево).

Професор Јанкуловски е еден од дигестивните хирурзи со најголем број лапароскопски интервенции во Р.Македонија, а неговата посветеност на минимално инвазивната хирургија не е „врзана“ само за дигестивниот тракт, туку се прелева и во сродните хируршки гранки – гинекологијата и урологијата. Заедно со колегите од соодветните области има извршено повеќе стотици вакви интервенции, истовремено активно едуцирајќи ги во специфичностите на минимално инвазивните хируршки зафати, како една од тековите на современата хирургија. Овие оперативни интервенции, со оглед на комплексноста на гастроинтестиналниот и хепатопанкреатобилијарниот систем, претставуваат едни од најтешките и најсложените во хирургијата. Имајќи ги предвид карактерот и тежината на болеста, во најголем процент, радикалните интервенции резултираат со излекување и продолжување на животот со подобар квалитет.

Професор Јанкуловски го карактеризира постојан стремеж кон усовршување и проширување на стекнатите знаења, но и настојувањето тоа да го примени во практиката, односно, ако е потребно, да го прилагоди на постојните услови во нашите институции. Во текот на огромниот број оперативни интервенции, своите вештини и знаења несебично ги пренесува и на колегите и специјализантите на кои им овозможува развој во квалитетно едуцирани хирурзи.

Големата и богата практика проф. Јанкуловски ја има преточено во над 150 објавени трудови кои претставуваат важна литература за научната област на која припаѓа, но и за сродните медицински гранки кои се неопходни за квалитетна дијагностика и третман на болните, како што се гастроентероheпа-



тологија, анестезиологија, радиологија, микробиологија... Неговата научно - истражувачка работа е дополнета и со учество во проекти од различни области. Личното професионалното искуство, надополнето со несебичната определба да се вложи во едукацијата на помладите колеги, се основата на големиот број менторства на дипломци, специјализанти, докторанти и студенти на медицина со што проф. Јанкуловски активно партиципира во создавањето на наставниот, стручниот и академскиот кадар во Р.Македонија.

Во однос на меѓународната соработка, проф. Јанкуловски и натаму соработува со сите центри каде што стручно се усовршувал (Германија, Австрија, Словенија, Шпанија, Франција, Србија, Велика Британија, Италија, Хрватска, Бугарија), а како декан на Медицинскиот факултет во Скопје активно и интензивно ја промовира и ја реализира меѓународната соработка на Факултетот по што е познат, препознаен и признаен во странските стручни и академски средини. Тој даде и значаен придонес во реформите на образовниот систем при што се опфатени современите светски трендови што овозможува создавање на квалитетен кадар на Факултетот, конкурентен на европскиот пазар на трудот.

Проф. д-р Никола Јанкуловски е добитник на државната награда „Св. Климент Охридски“ во 2013 година за особен придонес во здравството, а горд е на Повелбата „Д-р Трифун Пановски“, највисокото признание на Македонското лекарско друштво која ја добива годинава за исклучителни резултати во унапредувањето на медицинската наука, практика и развој на здравствената заштита. Активен член е на повеќе национални и меѓународни стручни здруженија и асоцијации.

Vox medici



Од идеја до пациент

Во фармацевтската индустрија, патот од идејата до пациентот е многу комплексен и бара многу време. Проценките на индустријата се дека од 10,000 идеи кои почнуваат во лабораторија, само 10 ќе стигнат во фаза да бидат тестирани на луѓе. Од нив, само една идеја ќе доживее да биде пласирана на пазарот. Целиот процес ја претставува една од најголемите инвестиции кои Ново Нордиск ги прави и во однос на капитал и во однос на ангажирање на човечки ресурси. Процесот вообичаено трае од 10-13 години од иницијалната работа во

лабора
повеќе
ако се
Диј
ангажи
произв
илјадн
развиј
полици



Идеја

Почетокот на патувањето е идејата, хипотезата за нов производ базирана на нови, возбуди или необјаснети опсервации. Изворите за нови идеи вклучуваат научни информации и литература, научници, универзитети и универзитетски болници, научни колаборации, литература за пациенти, меѓународни симпозиуми и експлоративни истражувања во сопствените лаборатории.



Предпроект

Се формира мал тим да ја тестира хипотезата преку биохемиски методи и/или тестирања на животни. Ако експериментот е позитивен и главната состојка е идентификувана, се формира формален истражувачки проект.

Време: Отприлика 1 година



Истражување

Се формира група на научници да ја оптимизира и понатаму усоврши главната состојка и да детерминира како ќе се произведе. Како дел од тоа, тие формираат животински модели со цел што поблиску да се рефлектира болеста кај луѓе и да се тестира ефектот на производот.



Производство

Во овој период се иницира развој на аналитички методи и производствен процес за активната супстанца. Започнува производството за предклинички и клинички тестирања. Производството стабилно се зголемува преку развој и зголемени барања за квалитет. Производот мора да биде подготвен за целосно производство пред почетокот на фаза 3 од клиничките студии.

Време: 7 - 10 години во тек на целиот развој



Предклинички тестирања

Со цел за овозможување безбедност на новиот производ, научниците најпрвин истиот го тестираат на животни. Тие ги проучуваат фармаколошките и токсичните ефекти на сите орган системи. Други научници ја валидизираат медицинската хипотеза со тестирање на пример на човечко ткиво или крв и прават подготовка за клинички студии. Овој стадиум обично го обележува преминот од истражување во развој на проект.

Време: 1 година пред клиничките студии, но продолжува и до регистрацијата

Клинички студии (од фаза 1 до фаза 4)

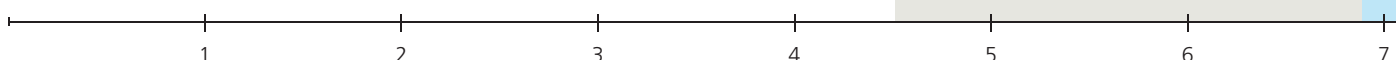
Целта на клиничките студии е да откријат дали лекот или терапевтскиот режим е безбеден и ефективен за специфичната состојба или болест. Сите клинички студии спонзорирани од Ново Нордиск се спроведуваат според стандардни оперативни процедури што овозможуваат почитување и следење на сите интернационални упатства за етичност и добра клиничка пракса.



Фаза 2

Студиите од фаза 1 го тестираат потенцијалниот нов производ на мал број на волонтери, вообичаено помеѓу 50 и 100, за најдобро дозирање и потенцијални несакани ефекти.

Време во години



аторија па сè до пуштање на производот во промет. Што е понатаму се развива производот, поголем е губитокот дисконтинуира заради несакани ефекти. Дијаграмот подолу го објаснува процесот. Бројот на луѓе вработени во тек на целиот процес зависи од типот на лек и неговиот приоритет, но генерално, стотици до илјадници вработени во Ново Нордиск земаат учество во процесот на производот до моментот кога тој ќе стигне на пазарот во аптеките.

Трката за нови решенија во околина со зголемени барања од страна на пациентите, регулаторните тела на властите и медицинските професионалци, создава интензивен притисок. Споредбените параметри покажуваат дека Ново Нордиск во најмала рака оди во чекор со своите конкуренти во овој процес.

Во дијаграмот е илустриран комплексниот процес. Во повеќето случаи фазите се преклопуваат и времето варира во зависност од производот.



Клинички студии

Кога ќе се докаже дека состојката е безбедна и ефикасна кај животни, се тестира на луѓе. Ново Нордиск спроведува студии во повеќе од 50 земји и вклучува 15,000-20,000 пациенти секоја година. По успешно завршување на фаза 3 следува поднесување до авторитетите.

Погледнете во табелата подолу.

Време: 5 - 7 години



Регистрација на производот

Кога од студиите фаза 3а ќе се одреди дека производот е безбеден и ефикасен, тој мора да биде регистриран во секоја поединечна земја пред да биде пуштен на пазарот. Сите податоци генерирани во тек на развојниот период се собираат и се поднесуваат како документација до авторитетите во САД (FDA), ЕУ (EMA), Јапонија (PMDA) и други земји со барање за локално национално одобрување.

Време: 1 - 1,5 година



Подготовки за лансирање

Вклучувањето на маркетинг започнува во фаза 1 или порано со цел да се овозможи рефлектирање на потребите на пазарот во развојот на производот. Стратешкиот процес вклучува интерни мерки со канцелариите и надворешни подготовки на пазарот. Резултатите од истражувањата се презентираат на интернационални симпозиуми уште во раната фаза. Кампањите за подигнување на свесноста на медицинската јавност се прошируваат сè до лансирањето на производот.

Време: 7 - 10 години пред лансирање, интензивирање како што се приближува терминот за лансирање.



Пуштање во промет

Глобалните тимови за продажба почнуваат интензивна кампања пред лансирањето. Се приоритизираат земјите во кои ќе се направи лансирање. Се добиваат интерни одобрувања за цена на производот, маркетинг план, количина која ќе се нарача итн. Се подготвува робата за испорака. Со екстерно одобрување, нарачаните количини се испорачуваат во земјите, кои понатаму се справуваат со дистрибуција до локалните аптеки.

Време: 6 - 12 месеци пред лансирање



Фаза 4 студии

Овие клинички студии и пост-маркетиншки опсервациони студии започнуваат по лансирањето со цел да се адресираат можните долгорочни несакани ефекти, новите индикации, искуството со терапијата и специфичните безбедносни грижи.

Погледнете во табелата подолу.

Време: Во зависност од опсегот, но може да бидат помеѓу 2 и 5 години.



Фаза 2

Студиите од фаза 2 го тестираат производот со познати несакани ефекти на поголем број на пациенти, вообичаено помеѓу 100 и 500, за да се научи повеќе за несаканите ефекти по подолга употреба на терапијата, да се воспостави оптимално дозирање и да се види колку производот е ефикасен во однос на лекување на состојбата.



Фаза 3

Студиите од фаза 3 го споредуваат новиот лек со често употребувани производи за таа намена и во однос на безбедност и во однос на ефикасност. Студиите типично вклучуваат помеѓу 1,500 и 4,000 пациенти во зависност од терапевтското поле. За хронични заболувања пациентите се тестираат од 1 до 3 години. Ако студиите во фаза 3а се успешни, се поднесува апликација за Нов Лек до различните регулаторни агенции на властите. Понатаму студиите вообичаено течат паралелно со регулаторниот процес за понатамошно продлабочување на знаењето и за означување на производот. Во овој тип на 36 студии вообичаено се вклучени од 1,000 до 2,000 пациенти.



Фаза 4

Студиите од фаза 4 се спроведуваат откако производот е одобрен и пласиран на пазарот и продолжуваат да ги следат ефектите на подолг рок. Ново Нордиск може да вклучи 2,000-5,000 или повеќе пациенти, во зависност од дизајнот и целта на студијата.

8

9

10

11

12

13

Колку знаете за комплементарната и алтернативната медицина:

Што според медицината заснована на докази е алтернативен лек за тензиона главоболка

Приказ на случајот: Г-ѓа Љ.З. е 48 - годишна жена во предменопауза, мажена, мајка на 2 деца, вработена на одговорно работно место во компјутерска компанија. Има хронична главоболка којашто започнала пред околу три години и за која, кога била особено тешка, правени се испитувања и дијагностицирана е тензионен тип на главоболка (ТТГ). Во последната година ја третира со епизодично земање на аналгетици и со релаксациона терапија (јога и медитација), но без значително подобрување. Главоболката се јавува често и трае 1-2 дена. Поради тоа отсутствува од работа 1-2 дена месечно во последните шест месеци. Работата иако е одговорна не е особено стресна, но мора да жонглира меѓу работата и животот дома, особено со нејзините деца (12 и 16 години). Главоболките се умерено тешки, но интерферираат со нејзиниот социјален живот, со живот дома и на работа. Бракот е без проблеми и сопругот ја разбира и ја поддржува. Пациентката бара ваше мислење за некои терапии за коишто читала на интернет дека би можеле да помогнат.

Која од подолу наброените е најпоткрепена со докази?

1. Електромиографски биофидбек
2. Акупунктура
3. Кoenзим Q10
4. Магнезиум



Одговор: електромиографски биофидбек. МЗД упатствата препорачуваат аналгетици или НСАИД за епизодите на ТТГ, избегнување на нивно често и експонентно користење и разгледување на можностите за нефармаколошко третирање пред да се размислува за профилнактивно лекување. Меѓу алтернативните нефармаколошки третмани, електромиографскиот биофидбек има најсилни докази за ефикасност и е вклучен во МЗД упатството на European Federation of Neurological Societies за третман на ТТГ. Релаксациониот тренинг може да биде, исто така, корисен, иако оваа пациентка се обидела со ова, но без успех. Како следен чекор може да се примени акупунктурата. Биолошките агенсии, магнезиум и коензим Q10, главно се студирани кај ТТГ. мигрената и не се препорачуваат кај ТТГ.

НАЈАВА

Ќе се легализира употребата на марихуана во медицински цели

Ќе се легализира производството на канабис и употребата на производи од него за медицински цели во Македонија. Министерството за здравство во соработка со Агенцијата за лекови и медицински средства на Република Македонија на 16 декември го презентираше Предлог-закон за изменување и дополнување на Законот за контрола на опојни дроги и психотропни супстанции во насока на легална контролирана употреба на производи од канабис за медицински цели.

Според Предлог-законот, канабисот ќе може да се произведува само од правни лица. Предлог-законот за легализација на канабисот во медицински цели ќе биде поднесен во

владина процедура, а беше најавена уште една јавна расправа за да се слушнат и дополнителни предлози, сугестии и забелешки во насока на подобрување на Предлог-законот.

- На овој начин практично го следиме и развојниот тренд во Европската Унија каде до октомври вкупно 13 земји овозможиле употреба на препарати на база на коноп во медицински цели, а тоа се Чешка, Финска, Романија, Италија, Шпанија, Холандија, Франција, Австрија, Португалија, Германија, Англија, Словенија и Хрватска - рече министерот за здравство Никола Тодоров на прес-конференција.

Vox medic



2016

**НОВА ГОДИНА
НОВИ УСПЕСИ**

Срећни празници



ПО ОБЕЛОДЕНУВАЊЕТО НА ОФИЦИЈАЛНИОТ СТАВ НА СЗО

Јавно - здравствен одговор на канцерогените ефекти на црвеното месо и преработки од месо

„Високата,, консумација на преработки од месо ги категоризира овие продукти како канцерогени производи од група 1- сигурни канцерогени. Тоа е клучната порака која ја испрати Светската здравствена организација на 26.10.2015 година.

„Високата,, консумација на црвеното месо, во кое при термичка обработка се создаваат полициклични амини кои се канцерогени, го категоризира овој производ во групата на веројатно канцерогени производи или група 2А.

Меѓународната истражувачка агенција за канцер (International Agency for research of cancer - IARC) врши истражувања и евалуација на достапните научни докази за причините за канцер, а Светската здравствена организација ги користи наодите за да даде специфични препораки за превенција на канцерот. Следниот чекор треба да го преземат националните власти при дефинирање на политиките и водичите за превенција на канцерот.

Оваа евалуација од IARC ја засилува препораката на СЗО од 2002 год. до луѓето за умерена консумација на месо и преработки на месо за да го намалат ризикот за колоректален канцер. Голем број водичи за исхрана, исто така, препорачуваат ограничување на консумацијата на црвено месо и преработки на месо, но пред сè за да се намали внесувањето на масти и натриум, кои се ризик - фактори за кардиоваскуларни болести и дебелина.

Во текот на 2014 година IARC повторно покренала иницијатива за евалуација на црвеното месо и преработките од месо како висок приоритет за Програмата за монографии на IARC. Оваа иницијатива беше поттикната од резултатите од епидемиолошките студии кои овозможуваат докази за зголемен ризик за некои канцери поврзан со висока консумација на црвено месо или преработки на месо. Иако ризикот е мал, сепак може

да биде значаен за јавното здравје, затоа што консумацијата на месо се зголемува во нискоразвиените и средноразвиените земји.

IARC Работната група евалуирала повеќе од 800 студии што ја истражувале поврзаноста на повеќе видови канцер со консумацијата на црвено месо или преработено месо во различни земји и популации со различна исхрана. Најубедливи докази произлегуваат од големи проспективни кохортни студии спроведени во последните 20 години. По темелната анализа на акумулираната научна литература од страна на работната група, составена од 22 експерти од 10 земји, одлучила консумацијата на црвено месо да ја класифицира како веројатно карциногена за луѓето (Група 2А), базирано на ограничени докази дека консумацијата на црвено месо предизвикува канцер кај луѓето и силни докази за механизмот и кој го поддржува карциногениот ефект. Оваа асоцијација е евидентирана за колоректален канцер, но поврзаност беше исто така забележана за канцер на панкреас и канцер на простата. Под црвено месо се подразбира мускулно месо на цицачи, вклучувајќи, говедско, телешко, свинско, јагнешко, месо од овца, коњ и коза. При термичката обработка на месото, како што е готвење на висока температура или при директен контакт на месото со оган или топла површина, се создаваат одредени видови на канцерогени супстанции (како полициклични ароматични јаглеводороди или хетероциклични ароматични амини).

Преработките од месо се класифицирани како сигурно канцерогени производи за луѓе (Група 1а), базирано на доволно силни докази дека консумацијата на преработено месо предизвикува колоректален канцер. Во оваа група производи припаѓа месо кое е трансформирано со соли, ферментација, чадење или други процеси за подолг рок на употреба. Во овие производи се додадени нитрити, кои во организмот на човекот се претвораат

Преработките од месо се класифицирани како сигурно канцерогени производи за луѓе (Група 1а), базирано на доволно силни докази дека консумацијата на преработено месо предизвикува колоректален канцер

во нитрозамини за кои е познато дека се канцерогени. Во процесот на преработка или при дополнителна термичка на преработките се создаваат полициклични ароматични јагленоводороди или хетероциклични амини кои исто така се канцерогени.

Консумирање црвено месо и преработки од месо

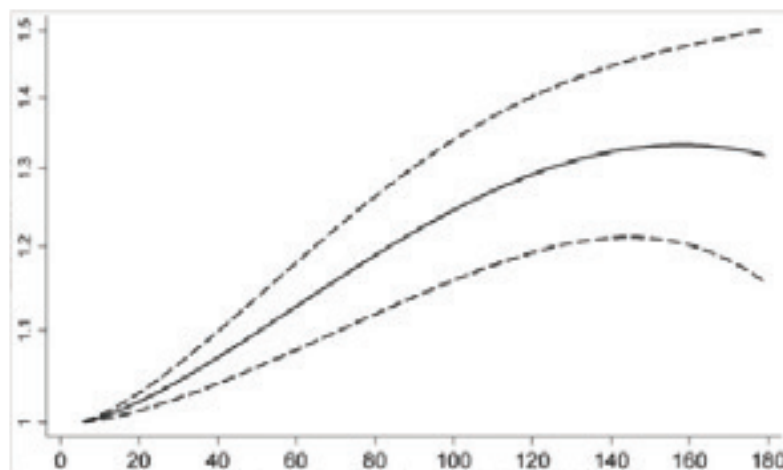
Консумирањето месо се разликува кај луѓето од различни земји и континенти. Просечната годишна потрошувачка изнесува околу 15 кг. по жител во африканските земји, кадешто е најниска, додека во САД и во Австралија достигнува 100-120 кг. по жител.

Експертите заклучија дека секојдневно консумирање на преработки од месо, во количество од 50 г. го зголемува ризикот за колоректален канцер за 18%. За една индивидуа, ризикот за развој на колоректален канцер поради консумирање на преработки од месо изгледа низок, но ризикот се зголемува со количеството кое е консумирано. Заради постојаниот пораст на бројот на луѓе кои консумираат преработено месо, глобалното влијание на инциденцата на канцер може да има големо јавно здравствено значење.

Мета - анализа на проспективни студии, спроведена во 2011 година го одредува релативниот ризик за појава на колоректален канцер за највисокото дневно внесување наспроти најниското дневно внесување и тоа изнесува 1,22 (95% CI = 1.11-1.34). Притоа високата консумација се движи во ранг од 46-211 г. дневно. Релативниот ризик за секојдневно консумирање на 100 г дневно црвено месо и преработки од месо изнесува 1.14 (95% CI = 1.04 -1.24). Ризикот се зголемува линеарно со зголемувањето на дневното консумирање до 140 г. на ден кога кривата формира плато (слика 1). Анализата на дневното внесување на црвено месо покажала дека секојдневно консумирање на 100 г. црвено месо е проследена со $RR = 1.17$, (95% CI = 1.05 -1.31), а за консумирање на 50 г. преработки од месо $RR = 1.18$, (95% CI = 1.10 -1.28).

Според прелиминарните резултати од првата студија за утврдување на навиките во исхраната кај населението на Република Македонија спроведена во 2015 година, просечното консумирање на месо и производи од месо изнесува 136 г. дневно. Од тоа граѓанинот на РМ просечно внесува црвено месо 60 г. дневно и 16 г. преработки од месо на ден. Според просечниот дневен внес на црвено месо и преработки од месо, индивидуалниот ризик за просечниот граѓанин е низок, односно помал од 14%. Но, ризикот останува значаен за

Слика 1 Мета - анализа на доза одговор за внесување на црвено месо и преработки од месо и ризикот за колоректален канцер



Дневно внесување на црвено месо и преработки од месо во грамови

Извор: Chan DSM, Lau R, Aune D, Vieira R, Greenwood DC, et al. (2011) Red and Processed Meat and Colorectal Cancer Incidence: Meta-Analysis of Prospective Studies. PLoS ONE 6(6): e20456. doi:10.1371/journal.pone.0020456

лицата кои се одликуваат со високо консумирање на црвено месо и преработки од месо, поголемо од 100 г. дневно, а кои истовремено ги носат со себе и другите ризици за развој на колоректален канцер, како што се исхрана сиромашна со растителни влакна, консумирање на алкохол, зголемена телесна тежина, физичка неактивност, генетски предиспозиции и други.

Јавно - здравствен одговор

Табела бр.1 Новорегистрирани случаи на колоректален канцер во РМ за периодот од 2009-2013

година	Вкупен број новорегистрирани случаи	Мажи	Жени
2009	241	148	93
2010	229	133	96
2011	321	201	120
2012	255	152	103
2013	284	157	127

Извор: Центар за статистичка обработка на здравствените податоци, публицистика и едукација, Институт за јавно здравје на РМ

Морталитетот од малигни заболувања во РМ учествува со 19% во вкупниот морталитет и се наоѓа на второ место по кардиоваскуларните

болести. Инциденцата на колоректалниот канцер кај населението на Македонија покажува тренд на пораст, почесто се јавува кај мажите (табела 1), според стапката на морталитет кај мажите се наоѓа на 4-то место по карцином на бели дробови, желудник, простата во 2008 година.

Според процените на проектот GLOBOCAN (IARC) за 2012 година, во европскиот регион инциденцата (стандардизирана стапка на 100.000 жители) за колоректален канцер кај мажи изнесува 35,6 и се наоѓа на трето место по карцином на простата и бели дробови. Додека кај жените изнесува 22,6 и се наоѓа на второ место по канцер на дојка, а пред карцином на бели дробови. Стандардизираната стапка на морталитет за колоректален канцер, според истите процени изнесува 15,7 кај мажи и 12,7 кај жени.

Токму затоа промоцијата на правилната исхрана треба да биде насочена кон превенција на колоректален канцер. Досега препораките за правилна исхрана имаа за цел намалено внесување месо и преработки од месо, воспоставени во националните политики или водичи за исхрана пред сè заради превенција на кардиоваскуларните болести или дебелината. Во исто време, црвеното месо има значајна нутритивна вредност заради содржината на есенцијални аминокиселини, железо и витамини. Токму затоа треба да се направи баланс во однос на консумирањето на овој биолошки вреден производ.

„Здравиот стил на живеење,, што значи умерена избалансирана исхрана и редовна физичка активност можат да дадат значајни придобивки за индивидуалното здравје, но и за јавното здравје. Конечно, да се ориентираме кон националните препораки за исхрана, презентирани во Водичот за исхрана на населението во Република Македонија, кои се базираат на интегрални житарки, овошје и зеленчук, легуминози, риба, бело пилешко месо и умерено консумирање на црвено месо. Притоа, суштинска препорака е да не се консумира црвено месо и преработки од месо секојдневно, а кога се консумира не повеќе од 100 г дневно. На тој начин ќе влијаеме и на превенцијата на другите незаразни болести поврзани со исхраната. Програмата за рана детекција на малигните заболувања, која ја предлага Министерството за здравство, а Владата на РМ ја усвојува и финансира, треба да биде искористена токму од т.н. групи со висок ризик. Во оваа програма се предвидува скрининг за колоректален канцер кај лица над 50 години возраст, со фамилијарна анамнеза за малигна болест и со при-

Промоцијата на правилната исхрана треба да биде насочена кон превенција на колоректален канцер

суство на другите ризик - фактори (дебелина, физичка неактивност, генетски предиспозиции, консумирање алкохол, дијабетес). Примарната здравствена заштита може да одигра голема улога преку превентивните прегледи, препознавање на пациентите кои се предиспонирани за колоректален канцер и советување да се вклучат во програмата за скрининг за колоректален канцер.

Секако дека тука имаат соодветна улога и центрите за јавно здравје преку нивните служби за промоција на здравје и едукација на населението, координирани од Институтот за јавно здравје на Република Македонија. Овие интервенции на ниво на популација, насочени кон високоризични групи во однос на менување на стилот на живот и рана детекција на преканцерозните и канцерозните промени се покажале како ефективни во однос на намалување на преваленцата на колоректалниот канцер и намалување на морталитетот.

Референци

1. International Agency for Research on Cancer. Volume 114: Consumption of red meat and processed meat. IARC Working Group. Lyon; 6–13 September, 2015. IARC Monogr Eval Carcinog Risks Hum.
2. Chao A, Thun MJ, Connell CJ, et al. Meat consumption and risk of colorectal cancer. JAMA 2005; 293: 172–82.
3. Aune D, Chan DS, Vieira AR, et al. Red and processed meat intake and risk of colorectal adenomas: a systematic review and metaanalysis of epidemiological studies. Cancer Causes Control 2013; 24: 611–27.
4. Chan, DS, Lau, R, Aune, D et al. Red and processed meat and colorectal cancer incidence: meta-analysis of prospective studies. PLoS One 2011; 6: e20456
5. Институт за јавно здравје на Република Македонија. Извештај за здравјето на населението на РМ за 2014 година. Скопје 2015.
6. Институт за јавно здравје на Република Македонија. Малигни неоплазми во Република Македонија 2001 – 2010. Скопје 2012.
7. IARC. GLOBOCAN 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Access at http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
8. Министерство за здравство на РМ. Водич за исхрана на населението. Достапно на http://iph.mk/wp-content/uploads/2014/11/vodic_ishrana_2013-2.pdf
9. Програма за рана детекција на малигни заболувања во Република Македонија за 2015 година. Службен весник на РМ бр 196 / 2014.

Доц. д-р Гордана Ристовска,

Институт за јавно здравје на Република Македонија,
Медицински факултет - Скопје

Rinoco® 50µg

fluticasone propionate
спреј за нос



ПЛИВИН

интраназален

кортикостероид

во терапија на

алергиски

ринит!



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 дооел Скопје, Никола Парапунов бб, Скопје. Тел. 02/3062702. 09-15-RIN-05-NO/27-15/09-17



ЗАПОЧНА НАЈГОЛЕМАТА ПАНЕВРОПСКА СТУДИЈА

Со ЕУтироид кон елиминација на јодниот дефицит

Научници од 27 земји ја здружуваат експертната на познати епидемиолози, ендокринолози, нутриционисти и здравствени економисти во борбата против јодниот дефицит преку ЕУтироид мрежата, која претставува прва паневропска иницијатива за следење на внесувањето јод кај населението во Европа. Овој проект, во траење од три години а во координација на Универзитетот Гривсвалд од Германија, се темели на анализа на состојбата со внесување јод преку анализа на националните истражувања за јоден статус и мапирање на досегашните напори во оваа област. Јодниот дефицит, потенциран како најзначаен ризик - фактор за болестите на тироидната жлезда кај возрасните и децата, е водечката причина за превентабилните мозочни оштетувања, а Светската здравствена организација со години предупредува дека Европејците сè повеќе се изложени на влијанијата и последиците од него.

Цели на ЕУтироид мрежата

ЕУтироид мрежата има за цел да ги истражи сегашната ситуација со јодното внесување и здравствените последици од јодниот дефицит во земјите-учеснички во проектот преку следните специфични цели:

- собирање стандардизирани податоци за јодното внесување кај населението;
- споредба на превентивните мерки за јоден дефицит и навиките за исхрана на национално ниво;
- хармонизирање и стандардизација на собирањето податоци;
- анализа на соодносот трошок-придобивка на постојните превентивни програми;
- развивање соодветни мерки за подобро и унифицирано јодно внесување;
- анализа на три студии на парови мајка-дете од региони со различно внесување јод.

ЕУтироид мрежата има за цел да ги истражи сегашната ситуација со јодното внесување и здравствените последици од јодниот дефицит во земјите-учеснички во проектот



Недостаток од информации за внесување јод

Јодот природно го внесуваме преку исхраната, а најмногу се наоѓа во морската храна. Сепак, во Европа има региони кадешто има недостаток на јод, како што се Алпите и континенталните земји во кои поради нивната поставеност и навиките во исхраната претставуваат типични области каде што има негативни последици по здравјето. Д-р Хенри Вулзке од Универзитетот Гривсвалд, координатор на ЕУтироид проектот, вели дека во Европа не постои единствен систем на податоци за внесување јод и затоа може само да се шпекулира во врска со големината на здравствените проблеми кои се резултат на недоволното внесување јод кај населението, а особено кај бремените жени, новороденчињата и доенчињата. Факт е дека дури и во Германија многу деца се родени со интелектуална попреченост, а ЕУтироид е проект во функција на утврдување на состојбата со внесување јод и степенот на поврзаност на недостатокот на јод со интелектуалниот развој кај децата.

Во текот на последниот век многу европски држави го промовираат користењето на јодирана сол, со цел подобрување на квалитетот на пре-

хранбените артикли, но и покрај ова кај само 27 проценти од домаќинствата во Европа стигнува оваа јодозбогатена сол. Светската здравствена организација веќе со години повикува на следење на ситуацијата преку унифициран мониторинг како основа за подобрување на превентивните мерки. Професорот Џон Лазарус, регионален координатор на Глобалната јодна мрежа (Iodine Global Network (IGN) за Западна и Централна Европа, вели дека, и покрај големото искуство во борбата против дефицитот на јод, Европа значително заостанува во процесот. Тој верува дека со процесот ЕУтироид е создадена една динамика која води до значително поефикасни превентивни мерки.

Триесет партнери и научници од 27 земји имаат значителна улога во европскиот проект ЕУтироид како мрежа која за прв пат формира база на податоци за внесување јод во земјите-членки на проектот. Следствено, ќе се споредуваат и националните мерки и навики за исхрана за подобрување на внесувањето јод во Европа.

Фокус на јодниот дефицит кај бремените жени и доилките

Познато е дека гушавоста е резултат на недостаток на јод, но малку се знае дека тироидните хормони го регулираат развојот на виталните органи. Посебно внимание се насочува и се советува бремените жени и доилките да имаат сигурно внесување на доволно количество јод за оптимален развој на детето. Дури и мал недостаток на јод во текот на бременоста може да доведе до нарушен мозочен развој и да влијае врз интелигенцијата на детето.

ЕУтироид за ова прашање користи три одделни мајка-дете студии земени од различни региони. Се проценува дека околу 50 проценти од новороденчињата во Германија биле изложени на јоден дефицит во текот на бременоста, што може да доведе до негативни влијанија, но сепак во Европа не постојат точни информации од овој тип.

Со воспоставување на централна база на податоци и структури за меѓулабораториски споредби, како и воведување на мерки за обезбедување на квалитет за собирање на податоци, веќе се создаваат услови за подобрување на внесување јод кај европската популација.

ЕУтироид во Република Македонија

Во рамки на проектот, во Република Македонија, е предвидено и собирање податоци, но и спроведување на истражување за утврдување на



Преку реализација на активностите на овој проект Македонија ќе ги следи светските здравствени трендови и ќе биде меѓу европските земји кои ги следат препораките на Светската здравствена организација, според која, вакви истражувања е потребно да се спроведуваат на секои две до три години

јодниот статус кај децата на училишна возраст. Преку реализација на активностите на овој проект Македонија ќе ги следи светските здравствени трендови и ќе биде меѓу европските земји кои ги следат препораките на Светската здравствена организација, според која, вакви истражувања е потребно да се спроведуваат на секои две до три години. Во нашата земја, последните вакви истражувања се спроведени во 2007 година. Според проф. Борислав Каранфилски, состојбата во Република Македонија со последното истражување е на задоволително ниво, и нашата земја е прогласена на земја во која јодниот дефицит е под контрола, но сепак, ваквите состојби се менливи, и од исклучителна важност е редовно следење на јодниот статус на населението.

Во Република Македонија, проектот ЕУтироид се реализира преку Центарот за регионални истражувања и соработка „Студиорум“, а во соработка со Националниот комитет за јоден дефицит при Министерството за здравство на Република Македонија. Координатор на проектот за Република Македонија е проф. д-р Борислав Каранфилски, претседател на Националниот комитет за јоден дефицит и светски познат стручњак во оваа област со долгогодишно искуство во следењето на јодниот статус и патологија на тироидната жлезда во земјата и регионот.

Повеќе за проектот ЕУтироид:
<http://euthyroid.eu>

Повеќе за ЦРИС “Студиорум”:
<http://studiorum.org.mk>

Подготвила:
Снежана Јанковиќ,
помлад истражувач, ЦРИС “Студиорум”

Нобеловата награда за откритијата во лекувањето на паразитските болести

Влијам Кемпбл (William Campbell), Сатоџи Омура (Satoshi Omura) и Јују Ту (Youyou Tu) се добитници на Нобеловата награда за физиологија или медицина за својата работа на лекувањето на маларијата и ендемските тропски болести кои ги предизвикуваат паразити, соопшти Нобеловиот одбор на 5 октомври годинава.

Иреџот Campbell и Јапонецот Omura освоија половина од наградата за откривањето на нов лек, авермектин, кој се покажа ефикасен во борбата против ендемските тропски болести, речното слепило и лимфатичната филариоза, како и против други паразитски болести.

Кинеската научничка Youyou Tu е добитничка на втората половина од наградата за откритието на артемисининот, лекот кој драстично го намали процентот на смртност кај пациентите кои боледуваат од маларија.

„Овие две откритија му дадоа на човештвото нови моќни алатки за борба против овие тешки болести од коишто заболуваат стотици милиони лица годишно. Немерлив е нивниот придонес во смисла на подобрувањето на човековото здравје и на намалувањето на страдањето на заболелите“, се наведува во објаснувањето на Одборот на шведскиот Институт Каролинска.

Паразитските болести

– глобален здравствен проблем

Годинешните лауреати на Нобелова награда за физиологија и медицина развиле терапии кои се



Satoshi Omura

е роден во 1935 во Јаманаши, Јапонија кадешто живее и работи. Во 1958 г. докторал од областа на фармацевтските науки на Универзитетот во Токио, а во 1970 г. од областа на хемијата. Во периодот 1965-1971 г. работи како истражувач во Институтот Китасато, 1975-2007 г. станува професор, а од 2007 е професор емеритус на Универзитетот Китасато, Јапонија.



William C. Campbell

е роден во 1930 во Рамелтон, Ирска. Во 1957 г. докторирал на Универзитетот во Висконсин, САД. Од 1957-1990 г. работи во Институтот на Мерк за терапевтско истражување, во периодот 1984-1990 е сениор научник и директор за истражување и развој. Денес е истражувач емеритус на Универзитетот Дрег, Мадисон, Њу Џерси, САД.



Youyou Tu

е родена во 1930 во Кина, каде што живее и работи. Во 1955 г. на Медицинскиот универзитет во Пекинг дипломира фармација. Од 1965-1978 г. е асистент, од 1979-1984 г. - доцент, а во 1985 г. е избрана за професор. Во 2000 г. таа е промовирана во главен професор на Кинеската академија за традиционална кинеска медицина. Youyou Tu е прв кинески научник кој добил Нобелова награда.

револуционерен исчекор во третманот на некои од најтешките паразитски болести.

Болестите предизвикани од паразити со милениуми го измачуваат човештвото, а и денес претставуваат глобален здравствен проблем. Паразитските болести особено ги погодуваат најсиромашните популации во светот и претставуваат огромна пречка за подобрување на човековото здравје и добросостојба.

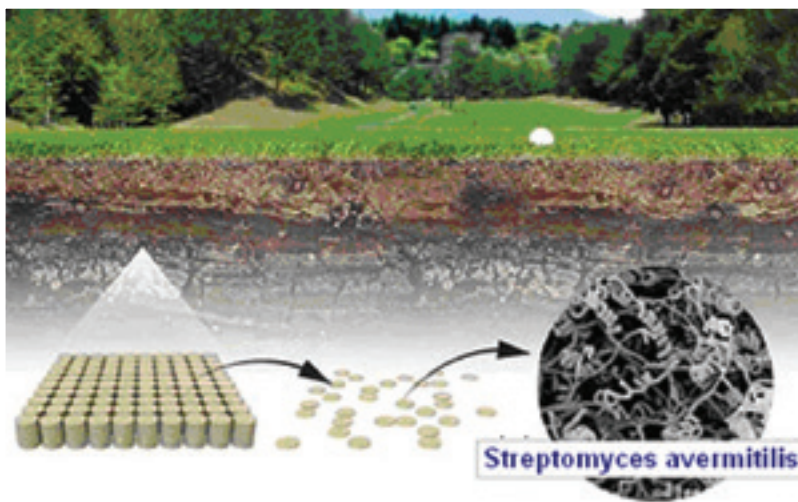
Паразитите предизвикуваат уништувачки болести

Живееме во биолошки комплексен свет којшто е населен не само со луѓе и други големи животни, туку и со плетора од други организми од коишто некои се штетни или смртоносни за нас.

Голем број на паразити предизвикуваат болест. Од медицински аспект важна група се паразитските црви (хелминти), кои се проценува дека засегаат една третина од светската популација и се особено превалентни во Супсахарска Африка, Јужна Азија и Централна и Јужна Америка. Речното слепило и лимфатичната филариоза се две болести кои се



Слика 1. Најтешките паразитски болести: речното слепило, лимфатичната филариоза (елефантијаза) и маларијата имаат слична дистрибуција која на мапата на светот е прикажана со сина боја.



предизвикани од паразитски црви. Како што кажува и името, речното слепило (*Onchocerciasis*) на крајот води до слепило поради хронично воспаление на корнеата. Лимфатичната филаријаза од која се заболени повеќе од 100 милиони луѓе, предизвикува хроничен **оток** и води до доживотна стигматизација и инвалидизирачки клинички симптоми и знаци, како што се елефантијазата и скроталната хидроцеле.

Маларијата му е позната на човештото од многу одамна. Пренесувач на болеста е комарец, а ја предизвикува едноклеточен паразит кој ги напаѓа еритроцитите, предизвикувајќи треска и, во тешките случаи, мозочно оштетување и смрт. Повеќе од 3.4 милијарди лица од светски најранливите популации се изложени на ризик да се заразат со маларија, а секоја година умираат повеќе од 450. 000 луѓе, најчесто деца.

Од бактерии и билки до нови антипаразитски терапии

По повеќе декади на ограничен напредок во развојот на трајни терапии за паразитските болести, откријата на годинешните лауреати радикално ја променија оваа ситуација.

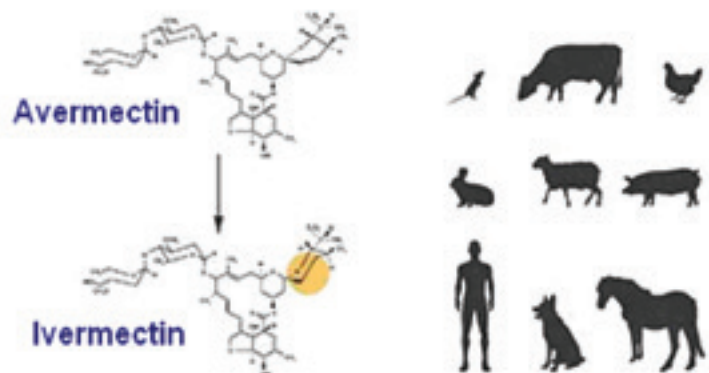
Satoshi Ōmura, јапонски истражувач и експерт за изолирање природни продукти, се фокусираше на сојот на бактерии, *Streptomyces*, кои живеат во почвата и се познати по производството на мноштво агенси со антибактериски дејства (вклучувајќи го стрептомицинот откриен од Selman Waksman, добитник на Нобеловата награда во 1952 г). Надарен со извонредна умешност за развивање на единствени методи за култивирање и карактеризација на голем број бактерии, Ōmura изолираше нов сој на бактерии од сојот на *Streptomyces* од примероци од почвата (примерокот од кој подоцна е добиен авермектинот потекнувал од терен за голф близу Токио) и успешно ги култивираше во лабораторија. Од многу илјади различни култури, селектираше околу 50 кои биле најветувачки, со намера понатаму да ги испитува за нивната активност против патогени бактерии (слика 2).

William C. Campbell, експерт за биологија на параз-

Слика 2. Satoshi Ōmura ги истражувал новите видови на бактеријата *Streptomyces* како извор на нови биоактивни соединенија. Тој изолираше микроби од почвата, ги култивираше во лабораторија (лево) и карактеризираше илјадници култури на *Streptomyces*. Од нив избрал околу 50 култури кои биле најветувачки, а една од нив подоцна е утврдено дека е *Streptomyces avermitilis* (десно), изворот на авермектинот.

ите кој работи во САД, ги добил културите на *Streptomyces* и ја истражувал нивната ефикасност. Тој покажал дека компонентата на една од нив била забележително ефикасна против паразитите кај домашните животни. Биоактивното соединение било прочистено и наречено авермектин, а потоа е хемиски модифицирано во уште поефикасно соединение наречено ивермектин. Ивермектин подоцна е тестиран на луѓе со паразитски инфекции и се утврдило дека ефикасно ги убива ларвите на паразитот (микрофиларија) (слика 3). Заедно, откријата на Ōmura и на Campbell довело до создавање на нова класа на лекови со невообичаена ефикасност против паразитските болести.

Маларијата традиционално се лекува со хлороквин или кинин, но со се' помалку успех. До доцните шеесетти години напорите да се искорени маларијата беа неуспешни и болеста беше во подем. Во тоа време Youyou Tu во Кина се свртила кон традиционалната хербална медицина како предизвик за развивање на нови терапии против маларијата. Направила преглед на повеќе од 2.000 рецепти на традиционални хербални лекови. Од големиот број испитани хербални лекаства врз животни инфицирани со маларија, екстрактот од билката *Artemisia annua* се издвоил како интересен кандидат. Но, резултатите биле неконзистентни, така што Tu направила повторно преглед на древната литература и открила еден 1.700 години стар рецепт кој ја насочил како да продолжи во нејзината потрага по метод за успешно екстрахирање на активното соединение од *Artemisia annua*. Во древните времиња луѓето ја потопувале билката во вода и ја вареле. Таа сфатила дека високата температура може да го разруши активното соединение и затоа користела други техники за негова



Слика 3. William C. Campbell открил дека културите на Ōmura со сојот *Streptomyces* се многу ефикасни во убивањето на паразитите. Активното соединение, авермектин било прочистено, а потоа и модифицирано во ивермектин, којшто се покажал дека е многу ефикасен кај животните и кај луѓето против голем број паразити, вклучувајќи ги оние кои предизвикуваат речно слепило и лимфатична филаријаза.

изолација. Ти прва покажала дека тоа соединение, подоцна наречено артемисинин (слика 4), било во 100 проценти ефикасно кај глувци и мајмуни. Во клиничките студии со пациенти заболени од маларија, тој го ерадицирал паразитот на маларијат во текот на 30 часови. Артемисинот претставува нова класа на антималяриски агенс кој брзо ги убива паразитите на маларијата во раниот стадиум на нивниот развој, што ја објаснува неговата голема моќ. Џоуџоу Ти го тестираше лекот врз себе пред да ги започне клиничките студии. Таа го објавила својот труд во 1977 г., но тој останал незабележан. Сега, на возраст од 84 години, таа чекала речиси четири децении за признание на нејзината работа.

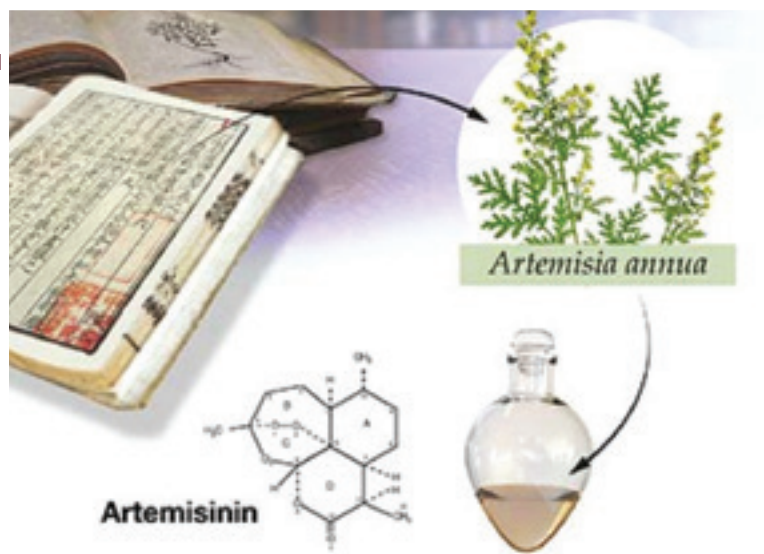
Авермектин, артемисинин и глобалното здравје

Откријата на авермектинот и на артемисининот направиле коренита промена на третманот на паразитските болести. Денес дериватот на авермектинот, ивермектин, се користи во сите делови на светот каде што има забелени од паразитски болести. Ивермектинот кој е во продажба како антипаразитен лек од 1981 г. е високо ефикасен против голем број паразити, има мал број несакани ефекти и е лесно достапен ширум светот. Немерлива е важноста на ивермектинот за подобрување на здравјето и добросостојба на милиони луѓе со речно слепило и лимфатична филаријаза, примарно во најсиромашните делови на светот. Третманот е толку успешен што овие болести се на прагот на ерадикација, што ќе биде голем чекор во медицинската историја на човештвото. Во 2012 г. Светската здравствена организација зацрта планови со кои се цели да се елиминираат или да се стават под контрола двете болести до крајот на 2020 г.

Од маларија се инфицираат 200 милиони луѓе годишно. Артемисининот се користи во сите подрачја обременети со маларија. Кога се користи во комбинација со други препарати, се проценува дека го намалува вкупниот морталитет за повеќе од 20%, односно за повеќе од 30% кај децата. Само за Африка тоа е повеќе од 100.000 спасени животи секоја година.

Ивермектинот и артемисининот се вклучени во есенцијалната листа на лекови на Светската здравствена организација и се дистрибуираат слободно и со ниска цена. Во 1987 Merck, кој имаше голем профит од продажбата на ивермектинот за лекување на домашни животни, почна да го дистрибуира лекот бесплатно за луѓето, бидејќи оние кои имаат најголема потреба од него не можат да си го дозволат.

Наградата за физиологија или медицина е прва во низата Нобелови награди што се доделуваат секоја година, а вклучува и парична награда во износ од осум милиони шведски круни (960.000 американски долари).



Слика 4. Џоуџоу Ти ја пребарувала древната литература за хербална медицина во потрага за нови терапии против маларијата. Билката *Artemisia annua* се покажала како интересен кандидат и Ти ја развила методата за пурификација, со што се добило активното соединение артемисинин, лек кој е силно ефикасен против маларијата.

“Беа скромни, рекоа дека никогаш не помислувале дека тие може да бидат добитници. Добро е што од нив успеавме тоа да го сокриеме, го криевме”, истакна Јан Андерсон, член на Одборот за доделување на Нобеловата награда.

По осум децении живот човекот кој лекот против паразитските црви го побара во микробите и така спаси милиони луѓе, не се смета особено заслужен. “Јас го земав само она што ми го дадоа бактериите и затоа, на некој начин, не сум сигурен дали ми припаѓа оваа награда”, рече Omura.

По соопштувањето на годинешните лауреати на Нобеловата награда за медицина особено се горди во Кина, земјата на древната, традиционална медицина. Д-р Џоуџоу Ти им ја донесе првата Нобелова награда во подрачјето на науката. Таа за наградата слушнала од телевизијата, а на новинарите од New Scientist во 2011 г. изјавила: “Тоа што јас го направив беше тоа што требаше да го направам за да вратам за едукацијата која ми ја овозможи мојата земја.”

Литература:

1. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2015, http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2015/, пристапено на 10.10.2015
2. Nobel Prize in Medicine Awarded to 3 Scientists for Parasite-Fighting Therapies, http://www.nytimes.com/2015/10/06/science/william-c-campbell-satoshi-omura-youyou-tu-nobel-prize-physiology-medicine.html?_r=0, пристапено на 10.10.2015
3. 2015 Nobel prize-winners for medicine and physics announced, <https://www.newscientist.com/article/mg22830423-600-2015-nobel-prize-winners-for-medicine-and-physics-announced/>, пристапено на 10.10.2015
4. The Nobel Prize in Physiology or Medicine 2015, <http://www.nobelprizemedicine.org/the-nobel-prize-in-physiology-or-medicine-2015/>, пристапено на 10.10.2015

Подготвила

Проф. д-р К. Зафировска

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

Проспан делува на 4 начини: го втечнува густот секрет, го потпомага искашлувањето, ја смирува кашлицата и делува противвоспалително. Тој е еден од најдетално проучените лекови од својата група и со најголем број испитувања за безбедност и ефикасност. Клиничките податоци опфаќаат 55000 деца, од кои 7180 на возраст од 0-1 година. Кај нив ефикасноста и безбедноста се оценети како многу добри односно одлични и токму тоа го прави најпрепорачуван и најпретпочитан од страна на лекарите, фармацевтите и родителите во преку 108 држави од светот.

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

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



избра за Вас...

Четирикратно дејство

- Секретолитично
- Муколитично
- Бронхоспазмолитично
- Антиинфламаторно



PROSPAN®

Ефикасна терапија на
кашлица и бронхит
за целото семејство



Пред употреба внимателно да се прочита упатството!

За индикациите, ризикот од употребата и несаканите дејства од лекот консултирајте се со Вашиот лекар или фармацевт.

ПРЕСТАНАТЕ ДА ПУШИТЕ!

Подгответе се ментално и физички за најважната Новогодишна резолуција - ќе ги оставите цигарите веднаш и засекогаш! Милиони луѓе се откажуваат од цигари дури и не преминувајќи на електронските цигари (попознати како е-цигис). Многумина набавуваат е- или ник-сок (кои содржат разреден никотин со различна концентрација, но со значително многу помала концентрација на никотин отколку цигарите, со оглед дека никотинот не е третиран со амониум). По ова следат видови и уреди со различни вкусови - некои изгледаат како цигари, но не содржат пестициди, инсектициди, варикина, пластика зајакната со синтетски влакна или амониум. На овој начин се намалува хемиската зависност и луѓето не сакаат да се вратат на поскапата, смртоносна, мирислива навика на пушењето на омиленото канцерогено стапче. Повеќе од 60% од луѓето кои се обидуваат да се откажат од цигари сега применуваат е-цигари. Од нив, 30% (67 од 222 луѓе) не пушат по 6 месеци, додека 70% од луѓето кои применуваат е-цигари по околу 20 пати на ден комплетно престанале да пушат. Споредете го ова со 8% успешното одвинување од цигари по примената на никотин лепенки или гума за цвакање. Но, доколку навистина се грижите за своето здравје, секако најдобро ќе беше никогаш да не пушевте.

<http://www.vox.com/2015/6/26/8832337/e-cigarette-health-fda-smoking-safety> (од 29.11.2015)

БИДЕТЕ ЕМОЦИОНАЛНО ПОВРЗАНИ СО ВАШАТА РАБОТА - ВАШАТА БЛАГОСОСТОЈБА ЌЕ СЕ ПОДОБРИ

Вработените кои се емоционално приврзани и се идентификуваат со својата работа имаат подобра психолошка благосостојба. Напорите кон зголемување на организационата припадност резултираат со посреќни и поздрави вработени. Во неодамнешна студија во Данска е испитувана афективната организациона посветеност кај повеќе од 5.000 здравствени работници, кои биле вработени во 300 работни групи. Луѓето кои работеле во групи со повисока афективна организациона посветеност имале подобра благосостојба, пониска стапка на боледувања и помалку нарушувања на сонот.

J Occup Environ Med. 2015 Nov;57(11):1141-6. doi: 10.1097/JOM.0000000000000547.

НЕ ПЛАШЕТЕ СЕ ОД ЗАБОБОЛКА

Не плашете се од посета на вашиот заболелкар - овој страв лесно може да биде надминат со когнитивна бихавиорална терапија (КБТ) и нема потреба од дополнителна

локална анестезија. Луѓето со дентална фобија најчесто треба да се седираат за да бидат релаксирани за време на лекувањето кај стоматологот. Но, најчесто, овие луѓе ќе избегнуваат да одат на забар и ќе живеат со многу болка, во лошо орално здравје или, пак, нема да одат на забар. Дури и локалната анестезија нема да им помогне многу да го надминат овој страв. Но, психолошкиот третман, како КБТ, може да помогне во ваквите случаи. Испитувана група од 130 луѓе (99 жени и 31 маж) со фобија од дентален третман биле ставени на КБТ. Повеќе од 79% немале потреба да имаат локална анестезија за третманот по 5 сесии, а само 6% од нив морале да продолжат да имаат дентален третман под анестезија. Студијата укажува дека по просечно пет КБТ сесии, повеќето луѓе немаат потреба за локална анестезија за да ја победат денталната фобија.

Br Dent J. 2015 Nov 27;219(10):501-6. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.890.

ЗБОРУВАЈТЕ СЕКОЈДНЕВНО НА СИТЕ ЈАЗИЦИ КОИ ГИ ЗНАЕТЕ

На листа на бенефити кои двојазичноста ја има (на пр. лесна комуникација, читање на странска литература, како и одложување на почетокот за Алцхајмерова деменција), сега е додадена и намалување на стапката за когнитивно оштетување по васкуларен инцидент. Така, една неодамнешна студија укажува дека билингвалните луѓе имаат двојно помал ризик да имаат нарушувања на помнењето по епизода на мозочен удар отколку оние кои говорат само еден јазик. Во оваа студија, 608 истории на болни со мозочен удар (2006-2013) биле ревидирани. Повеќе од половина од болните биле билингвални (говореле два или повеќе јазици). За да се исклучи можност дека билингвалните луѓе имале поздрав животен стандард, низа фактори биле, исто така, иследувани, вклучувајќи пушење, покачен крвен притисок, дијабетес и староста на пациентите.

Околу 40% од билингвалните луѓе имале нормална когнитивна функција по епизода на мозочен удар во споредба со 20% од оние кои говореле само еден јазик. Исто така, по мозочен удар, билингвалните луѓе имале подобра концентрација и внимание, како и организација и искористување на нови информации. Интересно, преваленцата на афазија, алесија и аграфија не се разликувала помеѓу двете групи.

Наодите на оваа студија треба претпазливо да се примат, со оглед дека тие можеби не ќе можат да се генерализираат за сèкупната популација, имајќи предвид дека областа кадешто е направено испитувањето, Хајдерабад (Индија), е мултикултурален град, во којшто се говорат голем број јазици,

како телугу, урду, хинди и англиски. Научниците истакнуваат дека секојдневната примена на повеќе јазици може да придонесе за ваквите резултати, и дека, доколку нема потреба да се комуницира на два или повеќе јазици секојдневно, ваквите бенефити може лесно да се изгубат. Но, покрај говорене/примена на повеќе јазици, интелектуално стимулирачките активности од рана доба може, исто така, да имаат превентивни ефекти за когнитивното функционирање по мозочен удар, истакнуваат научниците.

Stroke. 2015 Nov 19. pii: STROKEA-HA.115.010418.

ПИЈТЕ СОК ОД ЦВЕКЛО

Единечна администрација на неоргански нитрат во храната го редуцира крвниот притисок кај нормотензивни здрави волонтери, преку коконверзија во вазодилаторен азотен оксид. Прашањето е дали ваквите својства, исто така, ќе бидат полезни во регулирањето на крвниот притисок кај пациенти со хипертензија?

Шеесет и осум пациенти (18-85 години) со хипертензија биле рандомизирани во две групи кои примале диетален суплемент во текот на четири недели во форма на диетален нитрат (250 мл. дневно во форма на сок од цвекло) или плацебо (250 мл. дневно сок од цвекло без нитрати). Дневната суплементација со нитрати резултирала со значително намалување на крвниот притисок, средно 7.7/2.4 mm Hg (95% CI 3.6-11.8/0.0-4.9, P<0.001 and P=0.050), без присуство на тахифилаксија, за време на четринеделиниот период на испитувањето. Ендотелијалната функција, исто така, се подобрила за ~20% (P<0.001), а артеријалната крстот била редуцирана за 0.59 m/s (95% CI 0.24-0.93; P<0.01) во групата која земала диетални нитрати, но не и во плацебо групата. Само една чаша сок од цвекло на ден е доволна сигнификантно да се намали крвниот притисок кај луѓе со хипертензија, истакнуваат научниците. Ова е прва студија која укажува дека диеталните нитрати, кои се широко достапни, имаат улога во намалување на крвниот притисок кај лицата со хипертензија.

Hypertension. 2015 Feb;65(2):320-7. doi: 10.1161/HYPERTENSIONA.114.04675.

НЕ ИЗБЕГНУВАЈТЕ ГИ ПРОДУКТИТЕ СО ГЛУТЕН

Новак Ѓоковиќ, Gwyneth Paltrow, Ryan Gosling и Jenny McCarthy се само неколку од многуте познати кои ја имаат прифатено безглутенската диета во секојдневјето, не поради тоа што имаат интолеранција на глутен, туку поради тоа што оваа диета се смета за здрава. До неодамна безглутенска-

та диета беше претежно применувана од страна на болните со целијакија. Само во САД над 1, 6 милиони луѓе ја следат без-глутенската диета без да имаат глутенска intolerанција или целијачна болест. Но, дали оваа диета навистина има бенефит за нашето здравје?

Околу 30% од Американците избегнуваат производи со глутен (во житарки, пиво, сувоменски преработки, некои супи, козметички препарати, како и во кармин и сјај за уста, лепак...) или пак избегнуваат протеини во нивната диета, процент кој е значително поголем од бројот на луѓе кои имаат целијачна болест. Но, се чини дека глутенот е нездрав само доколку имате целијачна болест, а стомачната надуеност која претходно многумина ја поврзуваа со консумирање глутен, всушност се должи на карбохидрати наречени ФОДМАПи (ферментабилни, олиго-ди-моносахариди и полиоли). Исто така, поголем број на неглутен протеини, како на пр. серпини, пуринини, α -амилаза/протеаза инхибитори, глобулини и фаринини (откриени со помош на протеомска анализа), исто така, може да предизвикаат целијачна болест. Барем засега, нема публикувани докази дека ќе ослабете или дека вашето здравје ќе се подобри како резултат на безглутенска диета.

JAAPA. 2015 Aug;28(8). doi: 10.1097/01.JAA.0000469434.67572.a4

ВНИМАТЕЛНО СО АЛКОХОЛОТ

Ризикот за исхемичен мозочен удар се зголемува двојно по еден час по консумирање на само една чашка алкохол, без оглед дали тоа е вино, пиво или жесток пијалак. Количината на алкохол како и честотата пиење алкохол, исто така, имаат влијание врз зголемиениот ризик. Група од 390 (209 мажи и 181 жени) пациенти кои имале исхемичен мозочен удар биле инетрвјуирани за нивниот животен стил три дена по мозочниот удар: 14 од нив консумираше алкохол еден час непосредно пред да добијат мозочен удар. Во споредба со луѓето кои не употребувале алкохол, ризикот за мозочен удар бил 2,3 пати повисок во првиот час, 1,6 пати во вториот час, а 30% понизок по 24 часа.

Но, ова не е сè! Долготрајното консумирање на просечно две алкохолни единици дневно, го зголемува ризикот за мозочен удар за 34% во споредба со група луѓе кои просечно консумираат 0.5 единици алкохол дневно. Под зголемен ризик се особено средовечните луѓе, во своите 50-ти и 60-ти години, кои пијат ексесивно и кои, во просек, имаат мозочен удар пет години порано од другите лица на слична возраст,а кои пијат умерено. Непосредно по пиење алкохол, крвниот притисок се зголемува, а тромбоцитите ста-

нуваат полепливи, што може да доведе до формирање на тромб. Но, исто така, консумирање на мали количини алкохол е поврзано со подобрување на липидниот статус и пофлексибилни крвни садови, што може, пак, да го намалат ризикот за мозочен удар. Ова говори за потребата од дополнителни рандомизирани студии кои ќе ја утврдат со точност улогата на алкохолот во предизвикување мозочен удар.

Stroke. 2010 Sep;41(9):1845-9. doi: 10.1161/STROKEAHA.110.580092
Stroke. 2015 Mar;46(3):627-33. doi: 10.1161/STROKEAHA.114.006724.

ПРЕД ДА ПОСЕГНЕТЕ ПО КОКА КОЛА, РАЗМИСЛИТЕ

Еве што се случува во текот на еден час во нашето тело по консумирање на едно мало шишенце (330мл.) Кока Кола:

По 10 минути: Десет лажички шеќер влегуваат во организмот (167% од дневната препорачана доза). Не повраќаш од преголемата благодот твојата уста заради тоа што фосфорната киселина ти го менува вкусот.

По 20 минути: Шеќерот во крвта нагло се зголемува, доведувајќи до зголемување на инсулинот во крвта. Хепарот се активира и ги претвора сите форми на шеќер во (многу!) маснотија.

По 40 минути: Апсорпцијата на кафеин е комплетизирана. Очните зеници се дилатирани, крвниот притисок е покачен, и како одговор на ова, хепарот испорачува уште повеќе шеќер во крвниот систем. Аденозин рецепторите во мозокот се блокирани и не даваат да заспиеш.

Во 45-тата минута: Производството на допамин е зголемено и твоите мозочни центри за задоволство се стимулирани - исто како при употреба на хероин!

По 60 минути: Фосфорната киселина се врзува за калциумот, цинкот и магнезиумот во долните црева, со што доведува до дополнително зголемување на телесниот метаболизам. Високите дози на шеќер и вештачки засладувачи ја зголемуваат уринарната екскреција на калциум.

Над 60 минути: Диуретичните својства на кафеинот сега се манифестираат. Со ова наедно ќе го елиминираш врзаниот калциум, магнезиум и цинк, кој наместо да оди во твоите коски, сега ќе се исфрли преку урината, заедно со додатни електролити, натриум и вода. Ова е проследено со намалување на шеќерот во крвта и може да предизвика иритабилност или, пак, голема забавеност. Во текот на овој прв час, сета вода внесена со Кока Кола ќе биде измочрена, а со тоа и вредните нутриенти кое телото можело да ги искористи да го рехидрира телото, или да изгради јаки коски и заби. Наздравје!!!

http://www.salon.com/2015/07/30/this_one_terrifying_chart_shows_what_happens_to_your_body_on_coca_cola/ (од 29.11.2015)

НЕ ПРОПУШТАЈТЕ ГО КАФЕТО!

Многумина од нас го започнуваат денот со филцан кафе, да не расони и да ни даде енергија. Консумирањето кафе, исто така, е поврзано со намалување на ризикот на смртност од хепатална цироза, го намалува ризикот за дијабетес тип 2, мултипла склероза, мозочен удар, еректилна дисфункција, жолчни камења, како и тинитус. Кон оваа листа сега може да ги додадете и антикарциногените својства - кафето го намалува ризикот за меланома за 20%!

Од 447.357 луѓе кои немале малигнома на почетокот на истражувањето, 2.904 развиле малигна меланома во тек на 10,5 години следење. Луѓето кои најмногу пиеле кафе ја имале најниската стапка на меланома (≥ 4 филца-ни/ден: HR = 0.80, 95% CI = 0.68 - 0.93, P тренд = .01). Ова се должело ексклузивно на консумирањето на обично кафе (≥ 4 филца-ни/ден: HR = 0.75, 95% CI = 0.64 - 0.89, P тренд = .01), додека при консумирањето на декафе-нирно кафе, ваквата асоцијација не била регистрирана (P тренд = .55).

J Natl Cancer Inst. 2015 Jan 20;107(2). pii: dj421. doi: 10.1093/jnci/dju421.

10. ДРУЖЕТЕ СЕ - НЕ БИДЕТЕ ОСАМЕНИ И СОЦИЈАЛНО ИЗОЛИРАНИ

Дебелина, пушење и аерозагаденоста се ризик - фактори за рана смртност. Едно ново истражување укажува дека социјалните врски, исто така, треба да бидат додадени на оваа ризик - листа. Неодамнешна студија покажува дека самотијата и социјалната изолација се ризични фактори без оглед на старосната возраст. Оваа мета - анализа, базирана на 70 студии публикувани помеѓу 1980-2014 година, со вкупно над 3 милиони партиципанти за кои имало информации за осаменост, социјална изолација, а кои живееле сами, наоѓа дека самотијата и социјалната изолација ја предвиделе предвремената смртност кај луѓе помлади од 65 години, иако постарите партиципанти биле осамени и имале повисок ризик за смртност. Авторите укажуваат дека сериозноста на овие резултати може да се спореди со таа за дебелината ...

Perspect Psychol Sci. 2015 Mar;10(2):227-37. doi: 10.1177/1745691614568352.

СРЕКНА И БЕРИКЕТНА 2016 ГОДИНА!!!

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

Современите предизвици во лекувањето на психозите

Современата медицина препознава низа психијатриски заболувања со симптоми на психози, кај кои во раните фази од развојот на психотичните епизоди и поради отсуството на јасни знаци и симптоми се отежнува процесот на точна дијагноза на психијатриското заболување со наведените симптоми. Токму затоа, неопходна е правилна и правовремена евалуација и дијагностика на пациентот од страна на специјалист психијатар, се со цел да се утврди точната дијагноза на психијатриското заболување, а со тоа и да се пристапи кон соодветниот и правилен терапевтски пристап.

Психијатриските заболувања, кои во својата основа ги имаат психозите, врз основа на изразената симптоматологија, ги вклучуваат: шизофренијата и шизоафективните нарушувања; биполарните нарушувања; депресијата проследена со психотични елементи; органски психози; психози предизвикани од лекови; кратки психотични нарушувања.

Биполарното нарушување, познато и како манично-депресивно нарушување, претставува еден тип на психотична болест која доведува до нагли промени во расположението и енергијата, намалено ниво на активност, како и неможност да се извршуваат секојдневните активности. Последица на горенаведените нарушувања се нарушен социјален и професионален живот.

Шизофренијата, како потешко психијатриско заболување, каде што пациентите, со симптоми подолги од 6 месеци, имаат сериозни нарушувања на нивното секојдневно функционирање. Имајќи ги предвид сериозните импликации на шизофренијата на социјалниот и професионален живот на пациентите и на животот на нивните семејства и поблиско опкружување, неопходна е правовремена дијагностика и соодветна терапија.

Последните десетина години, третманот на психотичните заболувања се повеќе се спроведува со употребата на модерните антипсихотици, во кои спаѓаат aripiprazole, olanzapine, quetiapine, risperidone и сл., кои според нивните фармакотерапевтски ефекти се нарекуваат и како атипични антипсихотици, Gardner et al. (2005). За разлика од конвенционалните, типични антипсихотици, причините за се поголемата употреба на атипичните антипсихотици се посакуваните и супериорни терапевтски ефекти, од една страна, и од друга - подобриот безбедносен профил во споредба со типичните антипсихотици.

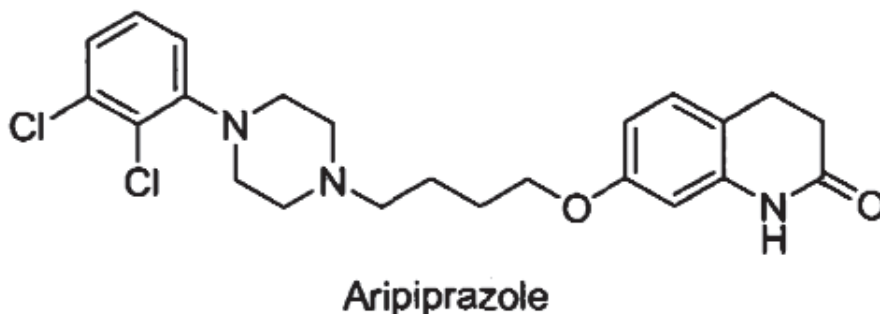
Арипипразол

Од горе наведените антипсихотици, арипипразол, на македонскиот пазар присутен под името Арипризол, како еден од поновите атипични антипсихотици, се истакнува со посебен и посакуван фармакотерапевтски и безбедносен профил кој, пред се, произлегува од неговиот специфичен механизам на дејство. Имено, арипипразол, во согласност со својата хемиска структура, како дериват на хинолинон, има способност да се врзува за допаминските D2 и D3 рецептори, како и за 5HT_{2A} серотонинските рецептори, овозможувајќи му негова примена во третманот

на позитивните и негативните симптоми на шизофренијата, како и маничните епизоди на биполарното нарушување тип I.

Покрај фаворизираниите фармакотерапевтски ефекти, арипипразол се одликува и со посакуван безбедносен профил. Големите број клинички студии ја потврдуваат неговата предност во однос на другите атипични антипсихотици во неколку сегменти од безбедносниот профил кој активната компонента го пројавува кај пациентите. Поволната терапевтска активност е проследена без зголемување на телесната тежина и метаболички синдром, пролонгирањето на QTc интервал, екстрапирамидални несакани ефекти и хиперпролактинија. Арипипразолот, исто така го намалува нагонот и желбата за употреба на кокаин и алкохол кај пациенти со шизофренија, но и при двојна дијагноза на алкохолизам и кокаиноманија. Исто така, докажан е и поволниот ефект врз компулсивните симптоми кај пациенти со опсесивно-компулсивно нарушување, кој често оди во коморбидитет со шизофренија.

Арипризол лекот присутен на македонскиот пазар е достапен во три јачини од 10 мг, 15 мг и 30 мг, во пакување од по 30 таблети.



Во поглед на дозирањето,

Кај шизофренија: препорачаната почетна доза од арипипразолот е 10 до 15 мг на ден, а доза на одржување од 15 мг на ден, што е спроведено еднаш на ден, без оглед на оброците. Максималната дневна доза не треба да надминува 30 мг.

Додека кај манични епизоди: препорачаната почетна доза од арипипразолот е 15 мг еднаш на ден, без оглед на оброците како монотерапија или комбинирана терапија. Некои пациенти може да имаат корист од повисоки дози.

Максималната дневна доза не треба да надминува 30 мг.

Заклучок:

Со лекот Арипризол пациентите и лекарите ќе добијат нов поефикасен и попотентен антипсихотик од новата, трета генерација на антипсихотици (Bezclibnyk-Butler i sur. 2006), со сериозна предност во начинот на апликација (еднаш во 24 часа), со што се обезбедува континуирана, долготрајна и успешна терапија на шизофренијата. Арипризол

е, исто така, моќен и сигурен стабилизатор на расположението во лекувањето и одржување на третманот на биполарното нарушување. Значајната предност на севкупниот терапевтски ефект на лекот Арипризол, во споредба со другите антипсихотици достапни на пазарот, надополнет со неговиот специфичен фармакодинамски и безбедносен профил го ставаат во преден план како лек од избор за третман на негативната симптоматологија (бездолност, социјална и професионална дисфункционалност, апатичност и сл.) кај шизофренијата. На тој начин се обезбедува една нова сфера, нов терапевтски пристап, во лекувањето каде што досега изостанувал лек со клинички сериозно докажани терапевтски ефекти. На овој начин со воведувањето на Арипризол на позитивна листа, на пациентите со негативна симптоматологија, им се овозможува социјално и професионално функционирање, како и можноста тие да го дадат својот придонес во општеството.

Литература:

1. АРИПРИЗОЛ Белупо, Збирен извештај за особините на лекот.
2. Bezclibnyk-Butler KZ, Jeffries JJ & Remington GJ: "Third-Generation"
3. antipsychotics (Neuroleptics). U Bezclibnyk-Butler KZ & Jeffries JJ: "Clinical Handbook of Psychotropic Drugs, 94-96. Hogrefe & Huber Publishers, 2006.
4. Gardner, M. D. et al. (2005). Modern antipsychotic drugs: a critical overview. Canadian Medical Association Journal, 172 (13), pp.1703-1711.
5. Kasteng F. et al, (2011). Metabolic effects and cost-effectiveness of aripiprazole versus olanzapine in schizophrenia and bipolar disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica, 124(3):214-225.
6. Swainston H. T. and Perry C.M., (2004). Aripiprazole A Review of its Use in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder. Drugs, 64(15), 1715-1736.
7. The Different Types of Psychosis. [online] Center for Addiction and Mental Health. Available at: <http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/psychosis/first_episode_psychosis_information_guide/Pages/fep_types.aspx>
8. What Is Schizophrenia? [online] National institute of mental health. Available at: <<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>>

ХАРМОНИЈАТА НОСИ МИР

ARIPRIZOL[®]
A R I P I P R A Z O L

Терапевтски индикации

- Арипипразолот е индициран за лекување на шизофренија кај возрасни и адолесценти на возраст од 15 и повеќе години.
- Арипипразолот е индициран за лекување на умерени до тешки манични епизоди на биполарни нарушувања од типот I, и за спречување на нови манични епизоди кај болни со предоминантно манични епизоди кои добро реагираат на лекувањето со арипипразол.

○ **ARIPRIZOL** (aripiprazol) таблети **30 x 10 mg**

○ **ARIPRIZOL** (aripiprazol) таблети **30 x 15 mg**

○ **ARIPRIZOL** (aripiprazol) таблети **30 x 30 mg**

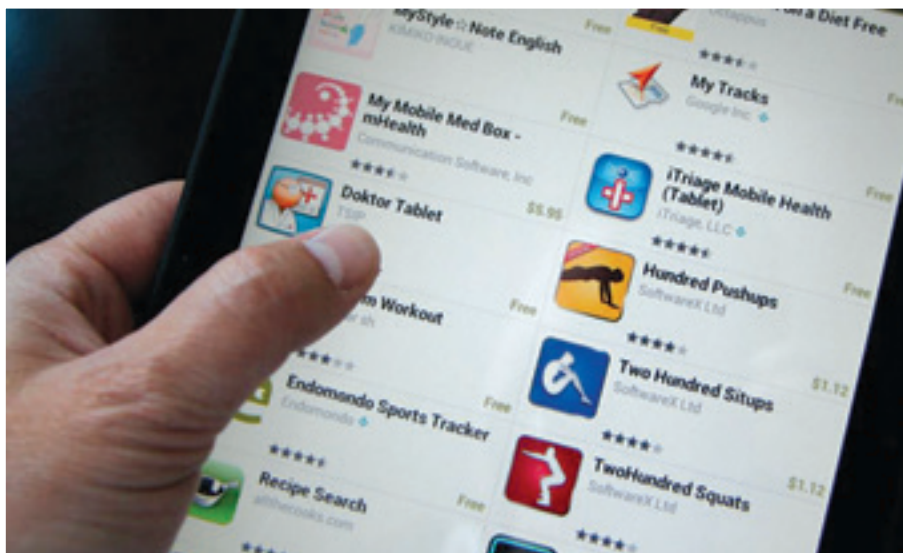
Број и датум на првото одобрение за ставање на лекот во промет 15-8007/13, 01.08.2014.

ЗБИРЕН ИЗВЕШТАЈ ЗА ОСОБИНИТЕ НА ЛЕКОТ ДОСТАПЕН НА БАРАЊЕ



III МУБ 68, Скопје
Тел.: (02) 2403 783

Кога пациентот е на интернет



Бројачот на чекори комуницира со паметниот телефон, мерачот на пулс со часовникот, вагата во бањата е поврзана со здравствен портал на интернет. Мобилните апликации им овозможуваат на луѓето да препознаат симптоми или да дојдат до одредено можно разјаснување на здравствениот проблем, долго време пред да седнат во чекалница на лекарската ординација. Дијабетичари можат да ја следат висината на шеќерот во крвта како да собираат поени за игра на мобилен и потоа сами да ја одредат наредната потребна доза на инсулин. Лекари поставуваат наоди, рецепти или слики од магнетна резонанца во бази на податоци на интернет коишто се широко достапни за медицинари, болници, но и за секој заинтересиран пациент.

Ова се само дел од големиот број можности што ги нуди дигитализираното здравство во 2015 година. Никогаш досега пациентите и нивните најблиски немале подобар, побрз и повреден, а истовремено бесплатен пристап до толку сеопфатни и детални информации. Интернетот во секој џеб, во комбинација со растечки број „сензори“ на се поголем број човечки тела, создава еден дигитален нервен систем, кај кој секој човек истовремено е и мерна величина и истражувач.

На таков начин, од една страна, се создаваат поодговорни пациенти кои кај лекарот влегуваат

многу подобро информирани и кои сопствената терапија можат да ја следат многу повнимателно. Тоа, пак, од друга страна, од стручните медицински лица бара да го прошират видикот врз сопствената практика, за да можат да ги поиматат своите искуства како дел од едно ново, динамично и од податоци управувано здравство.

Особена експанзија бележи пазарот во делот на апликации за мобилни телефони кои работат со персонализиран здравствени податоци, пазар што ЕУ го смета за составен дел на нејзината дигитална агенда. „Мобилните здравствени услуги имаат потенцијал да одиграат клучна улога во процесот на подобрување на човековиот живот. Но, секако мора да се осигури дека применетата техника е сигурна и дека граѓаните можат безбедно да ја користат“, гласи заклучокот од европската иницијатива за мобилно здравство (mHealth-Greenpaper) на ЕУ од април 2014 година.

Експертите проценуваат дека постојат повеќе од 100.000 мобилни апликации во врска со здравјето. Најомилените 20 од овие програми, кои ги покриваат подрачјата спорт, фитнес и здравје, во 2013 година имале околу 231 милион корисници. Се проценува дека со овие апликации и со услугите кои се базирани на нив до 2017 година ќе биде остварен промет од околу 23 милијарди долари годишно. Една студија на консултантската кука PricewaterhouseCoopers и Германската конфедерација на мобилни провајдери GSMA, пред се, укажува на можностите од големи заштеди во здравството благодарение на мобилното здравство. Се проценува дека само во ЕУ зашtedите во сите сегменти, од превентивата, преку третирањето, па се до надзорот, би изнесувале до 99 милијарди евра.

Франк Вестерман е најдобар пример за тоа какви можности нуди феноменот Health 2.0. Овој дијабетичар во 2012 година во Виена ја стартуваше mysugr, апликација во која пациентите ги внесуваат измерените вредности на гликоза и други витални податоци, за да го држат под контрола „дијабетес-

чудовиштето“. „Дијабетесот е хронична болест која од заболените бара исклучително големо внимание до крајот на животот“, објаснува Вестерман, кој има 25 соработници, од кои половината се шеќераши. „Секој од нас дневно мора да донесе и до 50 одлуки, за кои мора да се земе предвид дијабетесот. Апликацијата секако дека не води кон волшебното исчезнување на болеста, но внесените компоненти на игра овозможуваат таа подобро и поефикасно да се менаџира.“ Досега оваа апликација ја имаат преземено повеќе од 300.000 лица, а секојдневно се регистрираат околу 1.000 нови корисници. Најновата тусуг верзија автоматски ја пресметува потребната доза на инсулин. „Вообичаено кај докторот се оди еднаш на три месеци, а терапијата, сепак, се применува 89 дена претходно и по терминот. Ние сакаме да ги придружуваме луѓето во тој период и колку што е можно да ги мотивираме“, вели Вестерман.

Малку поинаков пристап има германската апликација „Што ми е“ („Was hab' ich“). Оваа платформа, основана во Дрезден, има за цел „да го направи медицинскиот латински јазик разбирлив за пациентите“. Барањата што ги добивале од пријателите – да ги преведат стручните изрази на нормален германски јазик, ги поттикнале идните лекари Јоханес Битнер и неговата сопруга Ања, како и ИТ-експертот Анзгар Јониец, да креираат услуга за преведување на наоди од медицински прегледи. Бесплатниот превод на дијагнозите, што пациентите ги испраќаат по факс или по електронска пошта, го вршат студенти на медицина од повисоките семестри коишто „Was hab' ich“ ги регрутира од факултетите низ цела Германија. Кога станува збор за комплексни наоди, студентите можат да се обратат на тим од лекари и двајца психолози. Од 2011 година досега виртуелниот тим е пораснат на околу 1.300 медицинари од 41 факултет и обработува 150 документи неделно. На тој начин е создадена база од над 24.000 преводи, врз основа на која „Was hab' ich“ и вертелсман фондацијата ја имаат развиено платформата „Преведувач на наоди“, на која секој може да внесува стручни поими и истите да ги разјаснува само со еден клик.

Од платформата, покрај пациентите од кои многумина можеби за првпат разбираат од што точно боледуваат, профитираат и идните лекари. Франциска Метке, студент по медицина на Универзитетот во Лајпциг е една од големиот број доброволни соработници, кои се воодушевени од идејата. „За медицинарите и за студентите, „Was hab' ich“ нуди еден вид обука од областа на комуникациите, бидејќи може да се научи како да се пишува на едноставен германски, што е многу

Растечкиот број онлајн услуги и се поголемата употреба на персонализираните софтверски апликации им овозможуваат на пациентите зголемен надзор врз сопственото здравје и стекнување сознанија за подобрување на дијалогот со лекарите

поразлично од пишувањето на високостручниот универзитетски јазик“, вели Метке.

Тесната соработка меѓу експертите и пациентите е дотолку позначајна ако се има предвид дека никогаш не се знае до што ќе доведе самостојното истражување на интернет на комплицираните здравствени проблеми – дали до точни одговори или до сосема погрешни сознанија. Според една неодамнешна студија на Медицинскиот факултет на Харвард, веб-страниците или апликациите, на кои се внесуваат симптомите и потоа се добива дијагноза, даваат точни одговори само во 50 отсто од случаите. Засега онлајн алатките се само прв чекор на патот кон создавање поодговорни пациенти и истите треба да се користат со огромна претпазливост. „Апликациите се подобри од едно обично интернет пребарување, но никако не можат да претставуваат замена за терминот кај лекар, каде што се добива сеопфатен преглед и дијагноза“, се наведува во студијата од Харвард.

Покрај тоа, остануваат отворени уште многу други прашања, како што е, на пример заштитата од пристап на трети неовластени лица до крајно интимните здравствени информации поставени на глобалната мрежа. Веб-апликациите за документирање на здравствена состојба се уште се наоѓаат во сива зона во споредба со податоците за пациентите дадени во болниците и лекарските ординации, кои подлежат на строги правила за приод, користење, обработка и складирање.

„Корисниците не би требало да сметаат дека податоците што ги имаат внесено во некоја апликација се безбедни – па дури ниту оние здравствени податоци кои навистина треба да бидат заштитени“, оценуваат експертите на американската организација Privacy Rights Clearinghouse, која неодамна имаше земено под лупа 43 омилени здравствени апликации. Само помалку од половината од овие бесплатни апликации имаат соодветни упатства за заштита на податоци. Кај повеќето програми поимите што биле пребарувани во врска со некое заболување или податоците во врска со персонализираните тренинзи не се заштитени или, пак, се достапни за рекламни или маркетиншки цели. Поради тоа, секој што ги доверува личните податоци во врска со здравствената состојба на некој онлајн сервис, би требало претходно добро да испита дали понудувачот на услугата соодветно постапува со податоците и дали постојат можности неговиот профил заедно со сите податоци подолку да бидат избришани.

(“Change” – das Magazin der Bertelsmann Stiftung)

Со дополнителната работа повеќеќратна корист и за општеството



Хрватската лекарска комора, поттикната од искажаниот интерес, ја препозна важноста на регулирањето на правото на лекарите на двојна работа (англ. dual practice) за вкупната општествена положба на лекарите. Во август оваа година за таа цел е формирана работна група која работеше на таа проблематика

Законот за здравствена заштита им овозможува на здравствените работници, со дозвола на работодавецот, да можат да склучат работа во здравствената дејност на работодавецот, односно лекарите, како и другите здравствени работници, во својата професија да смеат под одредени услови да работат кај друг работодавач надвор од редовното работно време. Одобрувањето од овој Закон работодавецот го дава во согласност со мерилата и критериумите кои со правилник ги пропишува министерот за здравство.

Факт е дека спомнатиот “правилник на министерот” кој ги определува мерилата потребни да се добие одобрување од работодавецот, во последните дваесетина години е менуван четири пати, односно каква е правната несигурност на хрватските лекари кога станува збор за двојната практика. Тоа јасно говори и за (не)квалитетот на донесените решенија.

Хрватската лекарска комора, поттикната од искажаниот интерес на своето членство, ја препозна важноста на регулирањето на правото на

лекарите на двојна работа (англ. dual practice) за вкупната општествена положба на лекарите. Во август оваа година за таа цел е формирана работна група која работеше на таа проблематика при што беа проучени важечкиот правилник, беше анализиран предложениот нов правилник и се направи и пресек на моделите кои функционираат во европските земји. Врз основа на тоа беше конципиран и концепт кој беше предложен до ИО на ХЛК како официјален став на оваа асоцијација.

При формирањето на службениот став на Комората, работната група ги имаше предвид потребите на граѓаните на Хрватска и интересите на хрватското општество во целост. Ги имаше предвид и начинот на организација на двојната практика во другите европски земји, како и хрватските позитивни прописи.

Недвосмислено е утврдено дека правната несигурност поврзана со (не)можноста на двојната работа значително влијае на одлуката на лекарите да ја напуштаат Хрватска и заминувањето на работа во странство. Анализирајќи го актуелниот Правилник, донесен во мандатот на претходниот министер за здравство, проф. д-р Ратко Остоиќ, како и предложениот Правилник кој го иницира актуелниот министер д-р Синиша Варга, работната група забележа некои заеднички слабости:

1. Двата правилника поаѓаат од **пресумпција на неработење на лекарите**. Според нив, за лекарот да добие одобрување треба да докаже дека извршил определена работа, односно дека не е неработник.
2. Во двата правилника **работата на лекарот се вреднува исклучиво преку прикажаната вредност на фактурираните дадени медицински услуги споредени со бруто - платата на лекарот**.
3. Двата правилника придонесуваат за **правната несигурност на лекарите заинтересирани за двојна практика**.

4. Во 18 анализирани европски држави нема решенија кои се базирани на идентични или слични критериуми со оние кои се основа на хрватскиот правилник (како актуелниот, така и потенцијалниот).

Принципот со кој, според предложениот правилник, се прави обид да се влијае на зголемување на ефикасноста на непосредните извршители (во овој случај лекарите), работната група го оцени како промашен. Имено, како што е карактеристично и за другите сложени системи, ефикасноста на организацијата на работата како и извршувањето на работата на некој лекар е одговорност на раководителот на организационата единица, а не на лекарот-извршител.

За неприкладно е оценето и вреднувањето на докторската работа на начин со кој се споредува вредноста на извршените услуги изразена во кунни според пресметките на националниот осигурител и нивното врзување со бруто - платата на лекарот. Во голем број европски држави можноста за вршење на двојна практика е целосно либерализирана. Ниту во една држава во која тоа не е случај не постои принцип според кој лекарот кој врши двојна практика мора да ја докажува својата работа во здравствената установа на начин со кој неговата работа се вреднува со споредување на вредноста на фактурираните медицински услуги и бруто - платата.

Согласно со ова, ХЛК утврди и официјален став околу прашањата за регулирање на дополнителната работа на здравствените работници, односно двојната практика на лекарите.

Став на Комората за правото на лекарот на дополнителна работа

ХЛК инсистира на максимално поедноставување и либерализација на регулативата која овозможува двојна практика, односно дополнителна работа на лекарите за своја сметка, а од делокругот на работодавецот.

ХЛК цени дека на лекувањето, кое во својата дејност има првенствено настојување за подобрување на здравствената состојба на пациентот, не може ригидно да се применуваат класичните правила на пазарниот натпревар. Ставот на ХЛК дека секој лекар кој е на своето работно место, во согласност со стручните и етичките норми, извршил работа која му ја расподелил непосредно претпоставениот, треба да има право во своето слободно време дополнително да ја работи својата работа и кај друг работодавец.

ДВОЈНА ПРАКТИКА ВО ЕВРОПСКИТЕ ДРЖАВИ

ДРЖАВА	ДОЗВОЛЕНА ДВОЈНА ПРАКТИКА	ПРОПИС
АЛБАНИЈА	Нема ограничувања.	Нема посебни прописи.
БЕЛГИЈА	Нема ограничувања за дополнителната работа на докторите (освен забрана на конкуренцијата).	Нема посебен пропис.
ЧЕШКА	Има можност лекарот вработен во јавниот сектор да работи и приватно – во сопствена приватна практика или во приватна болница.	Нема посебни прописи кои би се однесувале на работа надвор од полното работно време; Закон за работа: сите работници мора да имаат дозвола од примарниот работодавец (не само здравствените).
ДАНСКА	Има можност лекарот вработен во јавниот сектор да работи и приватно. Регулирано со Договор меѓу Danish Medical Association (Комора) и здружението на работодавците. Услови: дополнителната работа мора да е компатибилна со основната работа и не смее да влијае на неа (временски или со квалитетот) .	Не е наведено.
ЕСТОНИЈА	Нема ограничувања за дополнителната работа на лекарите (освен што примарниот работодавец може да ја забрани заради конкуренција со него).	Нема посебен пропис.
ФИНСКА	Постои можност и често се користи.	Нема посебен пропис.
ГРЦИЈА	Постојат три вида договори со лекари. Целосно вработени во јавниот сектор. Целосно вработени во приватниот сектор. Мешовити (воени лекари и професори на медицинските факултети).	Не е наведено.
ИРСКА	За лекарите вработени во јавните/државни болници постојат неколку вида договори кои специфицираат кој вид приватна практика може да се врши. Битно е вработениот лекар да ги одработи договорените часови во јавниот сектор. Напомена, со поголем удел на дополнителната (приватна) работа, паѓа платата во јавниот сектор (која не ја определуваат болниците, туку здравствените власти).	
ЛАТВИЈА	Лекарот може да работи во неколку установи истовремено. Раководителите имаат ограничувања.	Не е наведено
УНГАРИЈА	Постои можност со услов лекарот да ја пријави дополнителната работа кај својот работодавец.	Не е наведено.
МАЛТА	Лекарите вработени во јавниот сектор можат да склучат два вида договори. Еден кој предвидува и приватна практика и еден без таа можност. Нужно е единствено избегнувањето на конфликт на интереси.	Не е наведено.
НОРВЕШКА	Нема регулатива за тоа, но лекарот може да го извести својот работодавец. Ако работодавецот не се согласи, се преговара со него со посредство на Norwegian Medical Association	Нема.
ГЕРМАНИЈА	Постои можност – најчесто за осигурениците на приватните здравствени осигурувања. Нема посебни услови за приватната работа на докторот.	Не е наведено.
ПОЛСКА	Постои можност, нема ограничувања.	Нема посебен пропис.
РОМАНИЈА	Постои можност за дополнителна работа согласно условите од Законот за работа – дневно да се работи најмногу 12 часа.	Закон за работа.
ШВЕДСКА	Постои можност со одредени услови. Делумно регулирано со закон, а делумно со Колективниот договор меѓу организацијата на работодавачите и Swedish Medical Association. Вработен во јавниот здравствен сектор не може да има дополнителна работа ако тоа би ја намалило довербата (сомнеж во неутралноста)	Колективниот договор дефинира кога не може да се има дополнителна работа (кога дополнителната работа негативно би влијаела на работата во јавниот сектор и кога дополнителната работа би се вршела кај работодавец кој е конкуренција со работодавецот од јавниот сектор).
ШВАЈЦАРИЈА	Има можност за дополнителна работа.	Не е наведено.
ОБЕДИНЕТО КРАЛСТВО	Постои можност за дополнителна работа, тоа е едно од правата на слобода и флексибилност кои ги гарантира NHS (Националниот здравствен систем) на своите вработени. Забранет е конфликтот на интереси. Приватните пациенти немаат предност во однос на пациентите на NHS, туку обратно. Просторот, опремата и кадарот на NHS можат да се користат по претходен договор со NHS работодавецот.	Medical act, 1983, Code of Conduct for Private Practice (Кодекс на постапување за вршење приватна практика) – го издава Министерството за здравство.



Ваквиот пристап на двојната практика би имал повеќекратно позитивно влијание на хрватскиот здравствен систем, но и на општеството во целост. Од него корист би имале сите учесници во здравствениот систем: пациентите, лекарите, работодавците и државата

ХЛК е уверена дека ваквиот пристап, со задоволување на претпоставките за добра организација на работата во јавниот здравствен сектор, што е одговорност на организационите единици на установите, го исклучува намалувањето на ефикасноста на лекарот како непосреден извршител на здравствената заштита во јавните здравствени установи.

Потенцијална корист од либералниот пристап на можноста за двојна работа на лекарите

Ваквиот пристап на двојната практика би имал повеќекратно позитивно влијание на хрватскиот здравствен систем, но и на општеството во целост. Од него корист би имале сите учесници во здравствениот систем: пациентите, лекарите, работодавците и државата.

Со него би се:

1. поттикнало тежнењето за што подобро работење во јавните здравствени установи;
2. зголемил обемот и видот на дадената здравствена услуга со што, секако, би се намалиле листите на чекање за одредени дијагностички и терапевтски процедури во јавните здравствени установи;
3. овозможила дополнителна заработка на стручњациите кои во своето слободно време сакаат да работат дополнително и би се намалило незадоволството на лекарите предизвикано од несоодветните примања, што би влијаело и на намалувањето на одливот на лекари од хрватскиот здравствен систем;
4. овозможил дополнителен приход на државниот буџет.

Пред околу еден месец, поточно во септември, заврши јавното советување на Министерството за здравство со заинтересираната јавност за Нацрт-предлог-правилникот за критериумите за давање одобрение на здравствениот работник за склучување работи од делокругот на работодавецот.

Хрватската лекарска комора е единствената лекарска организација која во текот на советувањето ги презентира своите забелешки на Нацрт-предлог-правилникот, односно аргументирано го искажа своето несогласување со одредени делови на предложените одредби и, како официјален став на Комората, предложи измени со кои во крајна инстанција се менува самата суштина на предложениот нацрт-правилник.

(„Лјечничке новине“)

СРБИЈА

Повторно дозволена дополнителна работа за здравствените работници

На здравствените работници повторно им е овозможена дополнителна работа, а во иднина делот од 35 проценти за трудничкото боледување ќе биде префрлено на сметката на работодавецот, предвидено е со измените во законите од областа на здравството што ги усвои Собранието на Србија во средината на декември 2015 година. Со измените на Законот за здравствена заштита се предлага здравствените работници и соработници кои се вработени во здравствена установа, односно имаат приватна практика, кои работат со полно работно време, да

можат да вршат одредени работи од својата струка кај друг работодавец, надвор од работното време, со склучување договор за дополнителна работа во вкупно траење до една третина од полното работно време.

Со измените е одлучено и основачките права над клиничко-болничките центри да се префрлат од град на Републиката. Со новите одредби е предвидено 35 проценти во случај на спреченост за работа поради болест или компликации во врска со одржување на бременоста во иднина да се уплатуваат на сметката на работода-



вецот. Со тоа се очекува да се надмине проблемот со доцнењето во исплатата на тие средства.

ЗА ПРВИТЕ ДОАЈЕНИ НА МЕДИЦИНСКИОТ ФАКУЛТЕТ ВО СКОПЈЕ



Иван АНАСТАСОВ,

Универзитетски предавач,
примариус и основоположник на
македонската радиологија

Радиологијата денес, покрај Х-зраци, користи разни техники со ултразвук, компјутерирана томографија (КТ), нуклеарна медицина и позитронска емисиона томографија (ПЕТ), како и магнетна резонанца за дијагностицирање и/или лекување на болестите.

Д-р Иван Анастасов е роден на 23.7.1908 г. во Кавадарци, во интелектуално граѓанско семејство, како прво од три деца (Иван, Зора и Лилјана), од мајка Елисавета и татко Глигор Анастасови. Основно образование завршил во Кавадарци, а гимназија во Скопје во 1927 г. Медицински студии запишал на Медицинскиот факултет (МФ) во Белград и дипломирал во 1933 г. Работел како лекар во Драчево и во Скопје до 1942 г. Специјализација по радиологија започнал во 1939 г. во Скопје, а завршил во Софија во 1942 г. Бил шеф на Одделението за рендгенологија при Земската (Државна) болница во Скопје од 1942-47 г.

По три месеци познанство со Гинка Пуева, виша мед. сестра од Видин, Бугарија, мобилизирана на служба во Скопје во јануари 1943 г., стапиле во брак во март 1944 г. Во бракот се родиле две деца: Лилјана Урошевиќ, архитект, сега живее во Белград со семејст-

вото, и Снежана Анастасова-Чадиковска, пијанист, пијано педагог и музички публицист, сега живее во Скопје со семејството.

При формирањето на МФ-Скопје, во 1947 г., д-р Иван Анастасов бил именуван за прв директор на Институтот за радиологија. Исто така, бил назначен за универзитетски предавач по предметот радиологија и ја реализирал наставата по овој предмет од 1951-57 г.

Универзитетскиот предавач прим. д-р Иван Анастасов починал во Скопје на 18.12.1979 г., во 71-та година од животот, од леукемичен синдром.

Революционерна дејност

Д-р Иван Анастасов, од најрана возраст, бил експониран на револуционерните идеи за осамостојување на Македонија и вклучен во активностите за заштита на правата на Македонците. Неговиот татко, Глигор Анастасов, бил револуционер од најрана младост и на 20 годишна возраст бил приведен во провалата на Македонската револуционерна организација, во т.н. „Виничка афера“ во 1897 г., и осуден на повеќемесечен затвор. Подоцна студирал право и дипломирал на Правниот факултет во Загреб 1902 г. Како македонски правник бил избран за судија во турски суд во Полигирос на Халкидики, во 1912 г., за да ги брани интересите на народот согласно отоманските закони. Во 1923 г. бил избран за пратеник во Собранието на Кралството Југославија и активно се залагал за почитување на основните права на македонскиот народ. До крајот на 1920-те, во многу тешки услови, бил предводник на легалното политичко

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 ниво на 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 нейроценливо големо значење.

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

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

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

организирање на Македонците и основач на првата политичка структура во Вардарскиот дел на Македонија, со назив „Демократска партија“ во чии активности учествувал и Иван Анастасов. Во 1930 г., Глигор Анастасов бил еден од тројцата македонски интелектуалци – адвокати, кои емигрирале во Швајцарија за да поднесат петиција до Друштвото на народите во Женева за тешката економска и политичка положба на населението, со дискриминација и негирање на националната посебност и правата на македонскиот народ во Вардарскиот дел на Македонија, регулирани со меѓународните договори. Во Скопје се вратил кон крајот на април 1941 г., по доаѓањето на бугарските војски во Македонија, а починал во 1944 г. Д-р Иван Анастасов го наследил „бремето“ на револуционерната дејност на својот татко.

Лекар хуманист, наставник и едукатор

Д-р Иван Анастасов, по дипломирање то на МФ-Белград во 1933 г., се вратил во Скопје и го завршил задолжителниот едногодишен лекарски стаж и воената служба. Како Македонец и син на политички емигрант, поради тешкотии за вработување во државна служба во Скопје, започнал да работи како помошник во приватна аптека шест месеци, па како лекар во Здравствената станица во Драчево до 1936 г. Потоа продолжил со работа како лекар во Скопје уште две години. Во 1938 г. преминал на работа во Уредот за социјано осигурување во Скопје и во Хигиенскиот завод-Скопје до 1942 г. Д-р Иван Анастасов ја започнал својата специјализација по радиологија во 1939 г. во Земската болница во Скопје, а во мај 1941 г. продолжил во Централниот радиолошки институт при МФ-Софија под менторство на познатиот проф. Андреја Сахатчиев. Специјалистичкиот испит го положил во ноември 1942 г. и добил звање лекар специјалист по радиологија, прв во Македонија. Потоа бил именуван за шеф на Одделението за рендгенологија (РДГ) при Земската болница во Скопје. Во 1947 г. ова Одделение е трансформирано во Институт за радиологија, а д-р Иван



Од лево:
асс. Салватор
Леви, унив.
предавач прим.
Иван Анастасов,
проф. Милан
Смоквина
од Загреб и
доц. Димитар
Тевчев 1957 г.

Анастасов е именуван за прв директор на Институтот и за универзитетски предавач по предметот радиологија на МФ-Скопје.

Како лекар специјалист-радиолог извршувал и приватна лекарска практика од 1945-59 г., а во периодот од 1959-63 г. работел како хонорарен лекар во рудниците во Злетово и притоа ја почувал силикозата кај рударите.

Од декември 1949 до јули 1950 г. д-р Иван Анастасов престојувал на усовршување во Загреб кај проф. д-р Милан Смоквина. Остварил пократки престои за учество на курсеви за радиодијагностика и радиотерапија во Ерланген и други градови во СР Германија.

Во 1955 г. д-р Иван Анастасов добил звање „примариус“ од страна на Министерството за здравство, а во 1957 г. бил преизбран за универзитетски предавач по радиологија на МФ-Скопје. Започнатата постапка во 1958 г. за избор во редовен наставник, во наставно звање доцент, не била финализирана од

страна на Рецензентската комисија со предлог за избор.

Универзитетскиот предавач прим. д-р И. Анастасов, како прв директор на Институтот за радиологија и хонорарен наставник на МФ-Скопје, организирал и изведувал настава по предметот радиологија за првите генерации студенти, во периодот од 1951-57 г. Во декември 1955 г. се избрани првите асистенти по предметот радиологија на МФ-Скопје: д-р Димитар Тевчев и д-р Салватор Леви, а во следната 1956 г. и д-р Константин Поповиќ, кој бил првиот лекар специјалист-радиотерапевт и по неговото доаѓање од Белград, каде што завршил специјализација по радиотерапија во 1955 г., Институтот започнал да дава радиотерапевтски услуги во амбулантни услови. Во 1957 г. д-р Д. Тевчев бил избран за доцент и од почетокот на академската 1957-58 година му е доверено водењето на наставата по радиологија. Катедрата за радиологија е формирана во 1958 г. и како прв шеф на Катедрата и директор

на Институтот бил назначен доц. д-р Димитар Тевчев.

Како хонорарен наставник на МФ-Скопје д-р Иван Анастасов учествувал активно во едукативните активности на МЛД со одржување предавања за лекари-те во Скопје, Битола, Куманово и други градови. Организиран повеќе курсеви за едукација на радиолошки техничари.

Остварените студиски престои на д-р Иван Анастасов во Загреб и во повеќе европски реномирани центри за радиологија биле од особено значење за запознавање со најновите достигнувања на медицинската наука и практика во радиодиагностиката и радиотерапијата, а со тоа и за унапредување на неговата наставна дејност и стручна работа во Институтот за радиологија со кој раководел. Покрај самостојно изведување на теоретската настава и надзор над изведувањето на вежбите по радиологија за студентите на МФ-Скопје од страна на рендген-техничари и, подоцна, млади лекари на специјализација по радиологија, го координирал специјалистичкиот стаж за лекарите на специјализација по радиологија и повеќе клинички специјалности.

Прим. д-р Иван Анастасов се одликувал со смиреност и трпеливост, хуманост и љубезност во односот кон болните, персоналот, студентите и помладите колеги. За својата професија велел: „Не е лекар оној кој не може половина од болеста да ја земе со збор...“. Основно мото во неговата професионална работа било – секој пациент што ќе дојде за преглед ќе биде прегледан независно дали е во можност да плати за услугата.

Зборувал француски и германски, а се служел со англиски и руски јазик. Зборувал и турски и албански јазик. Бил кум на над 40 деца, од кои 1/3 биле Роми и Албанци. Бил голем љубител на уметноста и поддржувач на македонската културно-уметничка дејност, особено во повоениот период, со повремени донации и стипендии за млади ликовни и драмски уметници, како и извршување периодични бесплатни радиолошки прегледи за членови на ансамбли на Македонскиот народен театар.

Иницијатор, организатор и општественик

Прим. Иван Анастасов е пионер и основач на Институтот за радиологија при МФ-Скопје и основоположник на македонската радиологија. Институтот за радиологија е основан во 1947 г., со трансформирање на поранешното Одделение за РДГ на Земската болница во Скопје. Тој е првиот директор на Институтот и придонел за неговото успешно иницијално функционирање во првите 10-тина години по формирањето на МФ-Скопје, во скромни услови. На почетокот Институтот бил сместен во четири споредни простории во приземјето на зградата на Клиниката за хирургија и во една барака пред новата зграда на сегашниот Институт за радиотерапија и онкологија. Опремата била скромна – само два застарени апарати за рендгенска дијагностика и еден, исто така, амортизиран и застарен апарат за радиотерапија, кој поредовно се користел по 1955 г. Институтот обединувал две функции: радиодиагностичка и радиотерапевтска, па за таа цел биле формирани два оддела: Оддел за радиодиагностика и Оддел за радиотерапија. Прим. Иван Анастасов воспоставил практика за редовно одржување заеднички стручно-консултативни состаноци на Институтот за радиологија со Клиниката за интерни болести и Клиниката за хируршки болести за разгледување на клиничките случаи кои биле упатени за радиодиагностика на Институтот за радиологија.

Семејството Анастасови
1953 г.: Иван со сопругата
Гинка и ќерките
Лилјана и Снежана

Во 1957 г., Институтот се преселил во нова зграда и бил снабден со нова опрема за поефикасна дијагностика и значително помал ризик за озрачување на пациентите и персоналот, а Одделот за радиотерапија добил свој стационар со 40 кревети за стационарен третман со радиотерапија на болни со малигни неоплазми. Подоцна, од 1979-87 г., овие оддели се трансформирале во два института: Институт за радиологија и Институт за радиотерапија и онкологија, кои се наоѓаат во одделни нови згради со модерна опрема.

Прв раководител на Институтот за радиологија бил д-р Иван Анастасов, кој бил единствен лекар специјалист по радиологија и првиот универзитетски предавач по предметот радиологија од 1950-57. Раководната функција ја извршувал до 1955 г. кога бил разрешен од должноста раководител, а бил именуван за шеф на Одделот за РДГ во Институтот. Притоа, за в.д. управник на Институтот бил назначен доц. д-р Исак Таџер до 1957 г., и потоа доц. д-р Сотир



Ставридис. Во 1958 г. новоизбраниот доцент д-р Димитар Тевчев бил именуван за в.д. раководител на Институтот и со него раководел непрекинато до 1978 г.

Прим. д-р Иван Анастасов бил член на Управниот одбор на Здружението на радиолозите на ФНР Југославија. Покрај тоа, бил член на Управниот одбор на Здружението за заштита на мајки и деца. Исто така, бил активист и држел популарни предавања во Црвениот крст на Македонија, на Народниот универзитет во Скопје и пред членови на Антифашистичкиот фронт на жените (АФЖ) во Македонија. Бил лекар-волонтер на Спортското друштво „Вардар“ од 1948-50 г.

Научно-истражувачка и публицистичка активност

Научната дејност на Институтот за радиологија, во првите 10-тина години од неговото постоење, се одвивала во ограничени и скромни услови.

Прим. д-р Иван Анастасов учествувал на првите два конгреса на радиолозите од ФНР Југославија, одржани во Белград во 1950 г. и во Загреб во 1953 г. Учествовал и на меѓународните радиолошки конгреси во Копенхаген 1953, Грац 1955 и Виена 1957 г. Организиран соработка со други институти во СФР Југославија, а од 1963 г. бил дописен член на Здружението за радиологија на Француското лекарско друштво во Париз.

По преселувањето на Институтот за радиологија во нови простории, во 1957 г., како и со зголемувањето на бројот и стручното ниво на лекарските кадри, биле создадени поповолни можности за проширување на стручната и научната дејност во областа на радиологијата.

Од 1959-63 г. работел како хонорарен лекар во Рудници „Злетово“ каде што ја проучувал силикозата кај рударите.

Автор е на повеќе од 10 стручно-научни трудови објавени во домашни и странски научни списанија. Објавувал и написи во дневниот печат и во популарни списанија („Просветена жена“, „Народно здравје“ и др.).



Унив. предавач прим. Иван Анастасов (во средина, со темни очила) и проф. Милан Смоквина од Загреб (во средина, со темен костум) со стручниот тим и дел од персоналот во Институтот за радиологија, 1957 г.

Признанија и награди

Името и споменот на прим. д-р Иван Анастасов, како прв универзитетски предавач по радиологија, вградени се вечно во основите на историјата на Институтот за радиологија при МФ-Скопје. Добитник е на повеќе пофалби, дипломи и други признанија меѓу кои највисокото сојузно признание - Орден на трудот со златен венец во 1975 г.

Проф. д-р Дончо Донеv

ЛИТЕРАТУРА

1. Габер В. Премрежјата на македонскиот интелектуалец. Матица македонска; Прилеп: Друштво за наука и уметност, 2003: 218.
2. Donev D, Polenakovic M. Contributions of the doctors from Macedonia to the establishment and initial development of the Faculty of Medicine in Skopje, R. Macedonia. Prilozi-Contributions, Sec. Biol. Med. Sci., MASA 2012;33(2): 239-77. Available at: http://www.manu.edu.mk/prilozi/2012_2/20d.pdf
3. Жантева-Наумоска М. Димитриевски М, Георгиевска-Исмаил Љ, Малеска-Ивановска В, Спасовски М, Димитров Г, и др. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-2007 (Документи). Медицински факултет, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ во Скопје. Скопје, 1997: 201.
4. Ѓорески К. Радиологија - историјат на Институтот и Катедрата. Во: Малеска-Ивановска В, Жантева-Наумоска М, уредници. 60 Годишн Медицински факултет, Универзитет „Св. Кирил и Методиј“ - Скопје 1947-2007. Медицински факултет-Скопје 2007:79-83.
5. Лазаревски М, Никодијевиќ Б, Велков К, Чапароски Р, Главаш Е. Развој на институциите во рамките на Медицинскиот факултет во Скопје. Во: Лазаревски М, уредник. Медицинскиот факултет во Скопје 1947-1987. Медицински факултет, Скопје, 1987:183-345.
6. Муратовски Г, Ставридис С, рецензенти. Реферат за избор универзитетски предавач по предметот радиологија (Иван Анастасов) на Медицинскиот факултет во Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 6, окт. 1957: 27-30.
7. Муратовски Г, Андреевски А, Шукаров Љ, рецензенти. Реферат за избор на доцент по предметот радиологија (Иван Анастасов) на Медицинскиот факултет во Скопје. Билтен на Универзитетот во Скопје бр. 13, септ. 1958: 14-16.
8. Петров М. Докторите и фармацевтите во Кавадарци (1878-2008). ЛКМ-Подрачна единица во Кавадарци; 2010: 394.
9. Ристовски Б, Главен и одговорен уредник. Македонска енциклопедија, Дел I. Македонска академија на науките и уметностите, Скопје. Скопје, 2009: 49.

Стручни и научни трудови

Прилог на „Vox Medici“



РЕЦЕНЗИЈА И СТАНДАРДИ ЗА ПУБЛИЦИРАЊЕ

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

Рецензија или евалуација од колеги-експерти е процес на подложување на труд, испражување или идеја на проверка од дружи кои се квалификувани и способни да најправат нејприсрасна рецензија. Одлучајќи дали манускриптиот 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 тврдења, нејприфатливи интерпретации и лични видовувања. На научните публикации што не поминале низ рецензија најчесто се гледа со недоверба од академската, односно научната јавност и професионалците. Трудите кои следат на оригиналност треба да се придржуваат на припадностите на добрата клиничка практика (за стручните трудови) и на научниот метод (секвенца или колекција на процеси кои се сметаат за карактеристични за научно испражување и за слекување ново научно знаење засновано на докази).

Интересно е однесувањето кон процесот на (негативна) рецензија: најголемиот дел се благодарни за укажанието пропуст и на нив гледаат како на можност да го унапредат своето знаење и да ја зголемат веројатноста за објавување на своите трудови, дружи се обесхрабруваат и се плашат дури и да се обидат да испрајат 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 недолжности (најчесто се споменува бавноста), сепак, на него треба да се гледа како на чувар на профилот на едно сисание, унапредувач на квалитетот и учител за стандардите за публикување на стручно-научни трудови.

ПОЧИТУВАНИ СОРАБОТНИЦИ

Ве информираме дека Вашите стручни и научни трудови што ќе конкурираат за објавување во бројот 90 од март 2016 година треба да пристигнат во редакцијата на „Vox Medici“ најдоцна до 10 февруари 2016 година. Дополнителни информации може да добиете секој работен ден на телефоните: (02) 3 239 060 и (02) 3 124 066 локал 106

Награда за најдобар објавен стручен труд во „Vox medici“

Извршниот одбор на ЛКМ донесе одлука со која се воведува Награда за најдобар објавен стручен труд во „Vox medici“. Наградата изнесува 12.000 денари, а оценувањето и изборот на најдобриот труд ќе го прават рецензентите и Уредувачкиот одбор на „Vox medici“. Можност да учествуваат во изборот ќе имаат трудовите кои ќе почнат да се објавуваат во „Vox medici“ од 2015 година.

ИНФОРМАЦИЈА ЗА АВТОРИТЕ

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

ПОДГОТОВКА НА МАНУСКРИПТ

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

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

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

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

шка во форма на грантови, опрема, лекови...

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

Едиторите може да бараат авторите да го оправдаат авторството.

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

Под апстрактот идентификувајте ги и напишете ги клучните зборови: 3-5 збора или кратки фрази кои ќе помогнат во индексирањето на трудот и

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

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

Вовед: Изнесете ја целта на трудот. Сумирајте ја оправданоста за изведување на студијата или опсервацијата. Дајте ги само референците строго поврзани со предметот на истражување или опсервација, не правете обмен 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. Известесте за губење на опсервации (како што се исклучувањата од клиничките истражувања). Специфицирајте ја компјутерската статистичка програма што сте ја користеле.

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

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

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

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

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

ПРИМЕРИ НА КОРЕКТЕН ФОРМАТ НА РЕФЕРЕНЦИ:

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

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

КНИГИ И ДРУГИ МОНОГРАФИИ

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

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

табела треба да биде цитирана во текстот.

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

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

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

КРАТЕНКИ И СИМБОЛИ

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

НАПОМЕНА

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

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

#ДаМуВерувашНаДедо

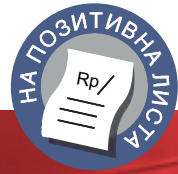



КОЖУВЧАНКА

EPRI®

rosuvastatin

PLIVA  cardio



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

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



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

САМО ЗА ЗДРАВСТВЕНИ РАБОТНИЦИ

 **PLIVA**
Членка на групацијата Teva

ПЛИВА ДООЕЛ Скопје
"Никола Параунов" б.б., Скопје
тел/факс: (02) 3062 702
www.pliva.
www.plivamed.net