

# QUO VADIS

НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ



## ПОХОД СРЕЩУ АГРЕСИЯТА НАД МЕДИЦИ

### Съсловната организация стартира кампания - дългосрочна, позитивна, обединяваща

„Подклаждането на недоверие и на противопоставяне и противоборство в системата на здравеопазването дава краткотраен положителен резултат за политиките, но в дългосрочен план наистина е катастрофално за доверието в системата, за доверието между пациенти

и лекари. Създалото се напрежение би могло да се намали чрез адекватното финансиране на системата, за чието реформиране е нужна повече решителност”, заяви омбудсманът г-жа Мая Манолова, която е патрон на кампанията.

на стр. 8-9



## НАЦИОНАЛЕН СЪВЕТ НА БЛС

На форума бяха обсъдени редица организационни въпроси. Специален акцент бе поставен върху бюджет 2018 и проведените във връзка с него срещи на УС на БЛС с представители на Министерство на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса и на парламентарно представени партии.

на стр. 6

## СПЕШНИ МЕРКИ ПРОТИВ ЕФЕКТА НА ДОМИНОТО

За задълженията на болничните заведения в страната и финансирането им

на стр. 7



24-ти симпозиум на страните-членки на ЗЕВА

на стр. 7

ISSN 2534-8981



Промотивна визия

# Actavis

Специален гост  
Акад. Богдан Петрунов:

КОГАТО СЪМ НАТОВАРЕН С РАБОТА, СЕ ЧУВСТВАМ НАЙ-ДОБРЕ



на стр. 5

## ПСИХО-СОЦИАЛНИ РИСКОВЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

И у нас и в Европа се очертава криза за кадри в здравеопазването. Продължава да нараства средната възраст на всички работещи в сектора, независимо на каква позиция са в служебната йерархия. Това стана ясно от данни, оповестени по време на кръгла маса на тема „Психо-социалните рискове в здравеопазването и взаимодействие с регионални, национални и местни власти в борбата с тях“.

на стр. 7

# MERCK

Кашлица?  
Стогал  
ще я успокои!



Стогал за цялото семейство!  
Хомеопатичен лекарствен продукт

Без лекарско предписание. КХП 18415/26.06.2012

За пълна информация:  
БОАРОН БГ ЕООД, 1408 София, Южен парк бл. 28 вх. А  
тел.: 02/ 963-20-91, факс: 02/ 963-45-00

BOIRON  
www.boiron.bg

# РЪКОВОДСТВОТО НА БЛС СЕ СРЕЩНА С НАРОДНИ ПРЕДСТАВИТЕЛИ ОТ ПАРЛАМЕНТАРНО ПРЕДСТАВЕНИ ГРУПИ

## „Не предявяваме капризи, а споделяме нужди“, заяви д-р Венцислав Грозев пред депутати от ГЕРБ



На 20 септември т.г. ръководството на БЛС се срещна с депутати от парламентарната група на ГЕРБ. Председателят на съсловната организация д-р Венцислав Грозев представи предложенията на Съюза, първото от които се отнася до промяна в Закона за

бюджета за 2018-а година. „Прогнозите ни се базират на компетентното ниво, с което БЛС разполага във финансово и организационно отношение. Предложението ни е балансирано“, изтъкна д-р Грозев.

В центъра на разговора бе поставена необходимостта да се снижи до максимална степен финансовият дефицит в здравеопазването. Бе подчертано, че ежегодно НЗОК отчита недостиг от близо 350-400 млн. лв. и е крайно време да се премахне т.нар. надлимитна дейност, която тежко затруднява болниците. Представителите на Лекарския съюз заявиха, че не е за подценяване и ситуацията в извънболничната помощ, където за пореден път са малко направленията за медико-диагностични дейности, има и дефицит при доставката на медицински изделия.

Огромна проблем е неяснотата относно количеството на финансови средства, необходими за здравеопазване, категорично подчертаха специалистите от БЛС. Те се спряха на липсващото остойностяване на лекарския труд, което е много наболял въпрос, изискващ спешно решение.

Прогнозите на съсловната организация са, че около 3 милиарда и 780 милиона лева или 3 милиарда и 850 милиона биха могли да се инвестират в системата на здравеопазване през Закона за бюджета на Здравната каса. Основание за това дават следните факти: около 6 милиона и 200 хиляди души са осигурени в Репу-

блика България; увеличена е минимална работна заплата; нивото на безработицата е снижено с около 2,4%, по данни на правителството.

Бе коментирано също заплащането по клиничните пътеки, както и случаите на лобизъм от страна на национални консултанти. Бе поставен акцент върху необходимостта от адекватни, работещи стандарти и премахване на изискванията, обслужващи определени интереси.

Вниманието на депутатите бе насочено и към регулацията на разходите за лекарствени продукти. „Не е нормално в края на ноември да приемаме бюджет, а през февруари (следващата година, б.а.) да говорим за нови лекарствени молекули, всяка от които се равнява на десетки милиони – заяви д-р Грозев. - Може би трябва да помислим за прогенерични политики и електронна борса на лекарствата. Не претендираме, че нашите идеи са панацея, но от всеобща полза е те да се обсъдят и да доближим позициите си.“

Депутатите от ГЕРБ изразиха загриженост и обещаха, че ще обсъдят предложенията на БЛС. Единодушно бе мнението, че здравеопазването изисква обединяване на усилията за извършване на позитивни промени в полза на лекарското съсловие и на българските граждани.

## „Тревожи ни случващото се в болничната помощ и в здравноосигурителната ни система“, категорични са представителите на ДПС

На 4 октомври 2017 г., в Народното събрание ръководството на БЛС се срещна с депутати от ДПС. За пореден път бе обсъдена необходимостта да бъдат защитени предложенията на БЛС за промени в Закона за бюджета на НЗОК и в Закона за здравното осигуряване. Председателят на съсловната организация д-р Венцислав Грозев изтъкна, че от десет години няма увеличение на болничното финансиране, въпреки повишената минимална работна заплата, всеобщото поскъпване на медикаменти

и консумативи, както и амортизациите в лечебните заведения. И още - за първи път БЛС постави становище по бюджета във връзка само с медико-диагностични дейности, с типични медицински дейности и медицински изделия. Според председателя повишаването на бюджета през 2018 година с около 300 млн. лв. (в сравнение с 2017 г.) може да гарантира по-малко сътресения в системата.

Д-р Грозев се спря и на проблемите на МБАЛ „Христо Ботев“ във Враца. Той заяви, че не е редно в продължение

на три месеца работещите там 600 души да получават само процент от заплатата си и независимо от това да са по 24 часа в болницата и да изпълняват професионалния си дълг. Според председателя на БЛС дори само този факт е поредно доказателство за морала и етиката на българските лекари и професионалисти по здравни грижи. Присъстващите се обединиха около виждането, че при изпълнение на приходната част на държавния бюджет с повече от два милиарда лева, недопустимо е да фалира МБАЛ

„Христо Ботев“ - най-голямото лечебно заведение във Врачанския регион. Абсурдно е да се лишат от медицинска помощ жителите на цели области.

Разговорът бе съсредоточен върху остойностяването на медицинските дейности, което всички участници в срещата определиха като тежък проблем, изискващ незабавно решение. Единодушно бе подчертана необходимостта да се върне авторитета на лекаря, чийто висококвалифициран труд трябва да е уважаван и пла-

тен според квалификацията на медика. Това се отнася, както за лекарите, така и за професионалистите по здравни грижи и за останалите служители, заети в сектора, подчертаха представителите на БЛС.

Д-р Юлиан Йорданов се спря на проблема за продължаващото медицинско обучение на лекарите, като обяви, че за централно и източноевропейските лекарски организации това обучение е приоритетно. Според него, за да се утвърди същото виждане у нас, трябва да се вземе

политическо решение за промяна в Закона за съсловните организации.

Депутатите от ДПС изразиха тревогата си за случващото се в болничната помощ и в здравноосигурителната ни система. Те декларираха, че са категорично против болничните лимити и ще продължат да искат премахване монопола на НЗОК, въвеждане на допълнителен стълб на здравно осигуряване и създаване на конкуренция. Освен това ще настояват за рационално използване на парите, които плаща Здравната каса.

## „БСП за България“ подкрепя БЛС в аргументите, които Съюзът е изложил в своя меморандум за проектобюджет 2018

На 10 и 11 октомври 2017 г., в Народното събрание ръководството на БЛС се срещна с депутати от „БСП за България“ и коалиция „Обединени патриоти“. На срещите бе коментиран бюджетът за здравеопазване за догодина и състоянието на здравната система в България.

Един от обсъжданите проблеми бе частичното изплащане на здравни осигуровки от държавата за служителите, включени в деветте категории лица, представляващи ангажимент на държавата. „Ако държавата започне да плаща редовно здравните осигуровки на служители в администрацията, системата значително ще се подобри“, единодушно бяха присъстващите на срещата.

Като мярка за прозрачност при управление на средствата в здравната система, от БЛС предложиха създаването на отделна сметка за постъпване на здравните вноски на населението. „По този начин ще гарантираме ползването на парите за здравни осигуровки по предназначение, ще постигнем прозрачност и рационалност при финансирането на Здравната каса“, категорични бяха представителите на съсловната организация

Коментиран бе въпросът за неизплатената „надлимитна“ дейност към лечебните заведения. От тази дейност около 65 % е



за оказване на спешна медицинска помощ. „Като лекари, ние не можем да върнем спешен пациент с оправданието, че сме надвишили лимити. Наш дълг е да приемем и лекуваме всеки един нуждаещ се“, изтъкна д-р Грозев. Той се спря и на проблемите на МБАЛ „Христо Ботев“ във Враца. За пореден път бе разгледан и въпросът за продължаващото медицинско обучение на лекарите, като всички присъстващи на срещата се съгласиха, че е

необходима промяна в Закона за съсловните организации.

Участниците в срещата се обединиха около становището, че у нас е необходимо да се въведе допълнителен стълб на здравно осигуряване. Нужна е промяна в модела на здравеопазване, категорични бяха депутатите. Бе заявено, че БСП напълно ще подкрепи БЛС в аргументите, които Съюзът е изложил в своя меморандум за проектобюджет 2018. „Това, което ни тревожи, е че до момента не са проведени практически разговори по меморандума на Лекарския съюз за остойностяване на труда на медицинските специалисти, за преразглеждане на клиничните пътеки и техните стойности, което би довело до реално структуриране на бюджета, заяви народният представител проф. Георги Михайлов. Той посочи, че с голямо внимание депутатите от неговата парламентарна група ще следят преговорите между управляващите и БЛС.

По-късно пред журналисти председателят на съсловната организация д-р Венцислав Грозев поясни: „Почти всички парламентарни групи изказват подкрепа за вижданията на БЛС, разбира се, с известни нюанси“. Председателят отбеляза, че исканията на Лекарския съюз са разумни.

# ЕЛЕКТРОННА ВЕРИФИКАЦИЯ НА ЛЕКАРСТВАТА - КАКВО ДА ОЧАКВАМЕ



След 9 февруари 2019 г. лекарствените продукти по лекарско предписание в страните от Европейския съюз и Европейското икономическо пространство ще се отпускат на пациенти само след задължителна електронна верификация. Всяка опаковка ще носи уникален идентификационен белег (двумерен матричен баркод) и ще бъде защитена срещу подправяне. Колко е опасна инвазията на фалшивите продукти за лечение, как в България изпълняваме общоевропейските изисквания за решаване на проблема, какви ще са последиците от въвеждането на електронната верификация на лекарствата у нас - тези и други въпроси бяха обсъдени по време на редовното заседание на Комисията по здравеопазването на 14 септември 2017 година.

Дневният ред на заседанието се състоеше от една точка, която председателят на комисията д-р Даниела Дариткова обяви: „Представяне на Сдружение „Българската организация за верификация на лекарствата“ (БОВЛ) и напредъка на България в прилагането на Директива 2011/62/ЕС на Европейския парламент и на Съвета от 8 юни 2011 г. за изменение на Директива 2001/83/ЕО за утвърждаване на кодекс на Общността относно лекарствени продукти за хуманна употреба по отношение на предотвратяването на навлизането на фалшифицирани лекарствени продукти в законната верига на доставка.“

Г-жа Илиана Паунова, изпълнителен секретар на БОВЛ, представи презентация по темата. (Припомняме, че сдружението е учредено през март 2016 г. Целта на организацията е изграждане, експлоатиране и поддържане в Република България на ефективна система за верификация на лекарствата. Учредители са: Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители в България, Българската генерична фармацевтична асоциация, Българската асоциация за развитие на паралелна търговия с лекарства, Българската асоциация на търговците на едро с лекарства и Българският фармацевтичен съюз.)

## Г-ЖА ИЛИАНА ПАУНОВА ЦИТИРА ОЦЕНКИ НА СВЕТОВНАТА ЗДРАВНА ОРГАНИЗАЦИЯ ОТНОСНО РАЗПРОСТРАНЕНИЕТО НА ФАЛШИВИ ЛЕКАРСТВА

Според СЗО те заемат 1% от продажбите в развитите държави и от 10 до 30% в развиващите се страни. Лъжливите медикаменти обхващат 50% от нелегалните продажби по интернет. Доклад от 01.10. 2016 г. на Офиса за интелектуална собственост на ЕС (EUIPO) отчита, че 4,4% от фиктивните ле-

карства са продадени в ЕС. За радост в България е установено само един случай на фалшив медикамент в аптека. Подбудите за измамата са на първо място финансови, защото печалбите са 500 пъти повече от инвестициите. В момента санкциите за това нарушение са много по-ниски, отколкото например за наркотици, а съставът на въпросните продукти е с непредвидим ефект. Той може да вреди на потребителите пряко или косвено. Освен това съществува паралелен износ на медикаменти и той генерира загуби на големите фармацевтични компании в размер на 5 милиона годишно. Срещу фалшификатите и паралелния износ се въвежда система за проследяване пътя на всеки лекарствен продукт чрез

## УНИКАЛЕН ДВУИЗМЕРЕН КОД

Знакът ще бъде вписан в европейска база данни още при опаковането на медикамента. Чрез системата контролните органи ще проследяват хода на отделното лекарство. Неговият код ще се деактивира при продажбата на продукта. Предвижда се по този механизъм да бъдат реализирани годишно 10 милиарда опаковки в рамките на ЕС. От държавите-членки към момента единствено в Германия системата функционира напълно, частично работи в Италия. До неотдавна България е била на второто място по въвеждане на електронната верификация на лекарствата сред държавите на ЕС. „В момента обаче преднина имат скандинавските страни, а ние попадаме в челната петица“, съобщи г-жа Паунова.

## ДИСКУСИЯТА

на заседанието на КЗ започна с риторичен въпрос на проф. Георги Михайлов – може ли контролът върху продажбата на лекарства и хранителни добавки да бъде пренесен в интернет, а отговорът бе категоричен – „Не!“. Това потвърди и директорът на Изпълнителната агенция по лекарства доц. Асена Стоименова, която се спира на необходимостта от промени в Закона за лекарствата и в Наказателния кодекс. Според нея

трябва да се разширят правомощията на агенцията. Нуждата от законови промени в спешен порядък подчерта и зам.-здравният министър Лидия Нейчева. Тя даде пример с продажба на хранителна добавка, съдържаща активно вещество в по-голямо количество от регистрирания лекарствен продукт. В хода на обсъжданията стана ясно, че интернет продажбата на лекарства е незаконна у нас, с изключение на това, което се предлага в сайтовете на реални аптеки, носещи лого. В страната ни липсва и ежедневен контрол по отношение на фалшивите медикаменти. И още един проблем - въвеждането на електронната верификация на лекарствата ще принуди собствениците на аптеки да направят

## СЕРИОЗНИ ИНВЕСТИЦИИ

Бе заявено, че 587 аптеки в България не разполагат с аптекен софтуер и само 58 аптеки ползват софтуера за лекарства на свободна продажба. Николай Костов, представящ Асоциацията на собствениците на аптеки, изрази тревогата си, че очаква затруднения и при закупуване на четци и още по-сериозни проблеми при заплащане труда по сканирането на лекарствените опаковки. Несъмнено, ако страната ни не стане част от системата за верификация, ще бъде подложена на наказателна процедура. За това предупреди председателят на Българския фармацевтичен съюз проф. Илко Гетов. Към края на дискусиата всъщност се стигна до най-същественния въпрос – как електронната верификация на лекарствата ще се отрази върху крайния потребител. Ще бъде ли затруднен среднестатистическият българин, засегнат от заболяване?

## ЗАМ.-ПРЕДСЕДАТЕЛЯТ НА БЛС Д-Р ГАЛИНКА ПАВЛОВА

## ПОПИТА ДАЛИ Е ОЦЕНЕНО ФИНАНСОВОТО

## ВЪЗДЕЙСТВИЕ НА СИСТЕМАТА ВЪРХУ ПАЦИЕНТИТЕ

Тя се спира на факта, че значителните инвестиции на всяко ниво по веригата производител-търговци, очаквано ще се отрази на крайната цена на медикаментите и попита с колко процента ще се повиши цената на медикаментите за пациентите, респективно с колко ще се повиши разхода на НЗОК за лекарства. В отговор г-жа Паунова заяви, че не се очаква ръст в цените на медикаментите. С легализиране на цялата верига по снабдяването с медикаменти производителите ще намалят своите загуби, но промяната няма да се отрази на крайния потребител поради механизма на ценообразуване на лекарствата, който се прилага в България. Проф. Гетов бе категоричен: „Има законодателни неща, на които трябва да се обърне специално внимание, за да заработи системата“.

# Иновации и добри практики в здравния сектор

Под това мото премина Четвъртата годишна конференция на в. Капитал, в която участваха 300 специалисти от България и чужбина. Представители на изпълнителната и законодателната власт, на съсловните и пациентските организации, медици от различни специалности обсъдиха предизвикателствата в сектора.

Форумът бе открит от здравния министър проф. Николай Петров. „В българското здравеопазване се случват иновации, въпреки условията, в които се работи“, заяви в приветствието си д-р Венцислав Грозев, председател на БЛС. Той подчерта, че лекарите винаги са на своя пост, с „ръка на пулса“, независимо от проблемите на системата. Д-р Грозев бе медиатор на следобедния панел на конференцията.

Сред лекторите бяха зам.- министърът на здравеопазването Лидия Нейчева, директорът на Изпълнителната агенция по лекарствата доц. Асена Стоименова, д-р Морис Смит от Научноизследователския център към Филип Морис в Швейцария, адв. Мария Шаркова, Стивън Поузи, мениджър на Papworth Hospital и други. Всички участници бяха категорични, че иновациите в здравеопазването са в полза на пациента и помагат както за овладяване на заболяванията, така и за подобряване качеството на живот на болните. По време на форума бяха засегнати и

## актуални въпроси, свързани с последните събития в сектора

Пред журналисти д-р Галинка Павлова, зам.-председател на Лекарския съюз обясни, защо БЛС настоява в бюджета на здравната каса за следващата година да се предвидят допълнително 400 млн. лв. „Крайно време е да се опитаме да постигнем условия, при

които да не работим в лимити, в ограничения, в рамки. Това, според нас, е пагубно за системата, пагубно е и за пациентите. Когато има регулативни стандарти в извънболничната помощ, пациентът не може да си реши проблема своевременно още при първата среща с общопрактикуващия лекар или със специалиста. Затова, няма да се уморя да го повтарям, той влиза в болница, от което расте броят на хоспитализациите. И забележете, когато пестим по този начин едни пари в извънболничната помощ, примерно 100 лв., в болницата се отчита клинична пътека за 400 лв. Но разликата тук съвсем не е 300 лв. Сумата е много по-голяма, защото пациентът излиза, но ползва отпуск по болест, след това го продължава, след това се явява на ТЕЛК. Всичко това струва много повече на обществото и е редно да помислим сериозно какво губим, когато вървим по този път“, заяви тя.

Във връзка с отменената от Върховния административен съд Наредба 2, д-р Павлова каза, че предстои значителна по обем работа, заедно със НЗОК. Тази работа включва преразглеждане на алгоритмите и продължителността на клиничните пътеки, както и пакетът дейности, които се осъществяват от общопрактикуващите лекари и специалистите в извънболничната помощ.

На въпрос какво ще стане, ако не бъдат отпуснати исканите допълнителни пари, зам.-председателят на БЛС отговори: „Проф. Плочев на среща в Лекарския съюз каза, че цифрата, която сме дали, е обективна и възможна и той ще застане зад нея. Нашите експерти са направили изчисления, вземайки предвид, че се повишава минималната работна заплата, осигурителните прагове, събираемостта на здравните



вноски. Въпросът е как ще бъдат разпределени?“ Д-р Павлова бе категорична, че Лекарския съюз ще настоява за разпределението да не бъде спускано административно от финансовото министерство. Също – да не се изразходват финансови средства предимно за лекарства и разпределението да бъде договорено между БЛС и НЗОК.

## Лимитите висят като Дамоклев меч

над всички здравни дейности, подчерта собственикът на „Булфарма“ и УМБАЛ „Софиямед“ д-р Михаил Тиков. Той беше категоричен, че по същество лимитите представляват ограничаване на достъпа на пациента до здравеопазване. Д-р Тиков припомни, че от 2006 г. насам стойността на клиничните пътеки не е увеличавана. „Проблемът с финансирането стои остро и ако в съвсем кратък срок това не се промени, ще има вълна от фалити и то не само в държавния сектор, а в общинския и частния сектор“, предупреди той.

## 51% от заведените съдебни искиове срещу лекари и лечебни заведения са неоснователни

Това съобщи експертът по медицинско право Мария Шаркова като цитира проучване, проведено въз основа на 600 съдебни решения, постановени по 238 дела, водени през последните 10 години. Това изследване развенчава мита, че всяко нежелано събитие, станало в лечебно заведение, е в резултат от лекарска грешка, както и че няма издадени присъди. Данните сочат, че ежегодно се завеждат между 35 и 40 дела, свързани с медицински пропуски, като в последните години се наблюдава ръст в броя им; 35 процента от заведените дела се дължат на проблеми в комуникацията. Адвокат Шаркова препоръчва въвеждане на системи за управление на конфликти в лечебните заведения. Според нея у нас трябва да функционира и система за докладване на нежелани събития в сферата на медицината.

# ОНКОГИНЕКОЛОГИЧНА ПРОФИЛАКТИКА

**Д-р Стоян Борисов, специалист по акушерство и гинекология, главен секретар на УС на БЛС**



**Онкогинекологичната профилактика по принцип трябва да се извършва веднъж годишно. Нейната цел е откриване на ранни преканцерози и предотвратяване развитието на рак на маточната шийка. Важно е да се има предвид, че *Carcinoma colli uteri* е единственият карцином, преминаващ през стадии на предракови състояния (дисплазии).**

Практиката показва, че пациентки с болки ниско в корема или с активен генитален флуор първо търсят помощ от общопрактикуващ лекар. Също – от уролог, ако водещото оплакване е често уриниране. Колегите, независимо от специалността им, трябва да са наясно, че до **преканцерози водят всички сексуално-трансмисивни заболявания (СТЗ)**. Въпреки, че най-чести виновници за СТЗ са *Herpes genitalis* и *Human Papillomavirus (HPV)*, не правят изключение баналните инфекции, причинени от аеробни микроорганизми, също и болестни състояния, възбудени от анаероби. Най-рискови са болестите, провокирани от вируси: *Human Papillomavirus*; *Herpes genitalis*; *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, водещ до СПИН. Агресивни са и тежките бактериални зарази – гонорея и сифилис, както и инфекции, причинени от различни серотипове на *Chlamydia trachomatis* и заболявания, възбудени от микоплазми и уреоплазми. Колегите трябва да са запознати с

## КЛИНИЧНАТА КАРТИНА НА СТЗ

и най-вече с инкубационния период. При заразяване с HPV той достига до 6-7 месеца. Трябва да се има предвид, че баналните уретрити и вагинити обикновено се развиват при постоянни и чести контакти

с със заразен партньор. Ето пример – жена, инфектирана с Ешерихия коли, при интензивни сексуални контакти може да предаде колибацилите на своя полов партньор и той да придобие банален уретрит. Много често срещана е вагинозата, която е резултат от съжителство на три или четири анаеробни бактерии. Тя често се съчетава с други бактериални и вирусни инфекции. Тези състояния се лекуват трудно и обикновено хронифицират. При наличие на повече от два причинителя говорим за **суперинфекция**. Тя често се съпътства от гъбична инфекция, в резултат на потиснат имунитет.

На първо място сред причинителите на рака на маточната шийка категорично се нарежда

## ЧОВЕШКИЯТ ПАПИЛОМЕН ВИРУС (HPV)

Откритите негови щамове в момента са около 200. Една четвърт от тях – 50 на брой, поразяват влагалището. От тях 12 са високорискови. Рисковите и високо рисковите щамове са 32. Категорично е доказано, че 80% от жените, които водят или някога са водили полов живот, до 50-годишната си възраст, се заразяват с HPV. При значителна част от тях, настъпва елиминиране на вируса. Това се забелязва след 30-годишна възраст. Голям процент от заразените жени не развиват заболяване, нямат симптоми и никакво изменение в структурата на клетките. Елиминиране на HPV може да

се наблюдава и при пациентки с изразена клинична картина – дисплазия от първа степен, но много рядко. Независимо от това всяка жена, която е над 20-годишни и всяка по-млада от тази възраст, но раждала жена, трябва да бъде посъветвана да отива на онкопрофилактичен преглед веднъж в годината.

## КАКВО СЕ РАЗБИРА ПОД ОНКОПРОФИЛАКТИЧЕН ПРЕГЛЕД

Първо се прави класически гинекологичен преглед – вагинално туширане и колпоскопски преглед – с колпоскоп. С тези два подхода се изяснява дали е възпалено влагалището, има ли генитален флуор, зачервена ли е маточната шийка, дали е разкъсана от раждания, има ли миома на матката, възпаление на тръбите или киста на яйчниците, има ли колпоскопски атипизъм. Следват микробиологично изследване на вагиналния секрет и цитонамазка. Една от най-големите причини за хронифициране на гениталните инфекции е **неточната диагноза, която води до неправилно лечение**.

Да се има предвид, че микробиологичното изследване на вагинален секрет може да улови не повече от 50% от микроорганизмите, които причиняват СТЗ. При това в отделните лаборатории се работи по различни методи с различни хранителни среди и уреди. Т.нар. класическа лаборатория трудно диагностицира микоплазма, уреоплазма и не е в състояние да диагностицира при вирусните инфекции. Нужни са разширени културални изследвания или ДНК-изследвания.

## ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Например – при съмнение за киста, миома или тубоовариален абсцес задължително се изисква вагинална ехография. Имунологични изследвания се налагат, ако се допуска наличие на *Chlamydia trachomatis* – Ig G, M, A, както и генитален херпес. Ползват се специални тестове при съмнения за инфекция с *Treponema pallidum*, HIV, HBV. Трудните диагностични случаи (при незадоволителен или негативен резултат от лабораторията и персистиращи оплаквания) са показни за културални изследвания върху специални хранителни среди. Тъй като едно изследване може да се направи по няколко метода, не се изключват повторенията, ако има съмнение в лабора-

торните резултати. Не бива да се забравя и фактът, че може да има фалшиво-положителни и фалшиво-отрицателни резултати.

## ДНК – ИЗСЛЕДВАНИЯТА СА НАЙ-НОВИТЕ И НАЙ-МОДЕРНИТЕ

ДНК – изследване на вагинален секрет се прави при съмнение за наличие на трихомонас, хламидия, уреоплазма, микоплазма, Нейсерия гонорее, HPV. Сместът на HPV-теста е – ако един пациент е носител на папилома вирус от високорисков щам, следва да му се прави онкогинекологичен преглед веднъж на 6 месеца. Същото изискване се отнася за тежки, хронични и неподдаващи се на лечение заболявания при вирусни инфекции и суперинфекции (когато се съчетават няколко СТЗ). Във всички тези случаи е разумно да се изясни **имунният статус и при необходимост да се провежда съвременно лечение чрез имуномодулатори и имуностимулатори под наблюдението на имунолог**.



## БИОПСИЯ

се пави след колпоскопски преглед, ако лекарят установи атипична находка, отговаряща на определени критерии. Резултатите при цервикална интраепителиална неоплазия (CIN) се групират така:

- **CIN I** (дисплазия I степен) — най-малко рисковият вариант. Представлява лека дисплазия. Ограничават се до базалната 1/3 от епитела. Тази степен обикновено съответства на инфекция с HPV и може да бъде „изчистена“ от **имунен отговор**, въпреки че това понякога отнема три и повече години;
- **CIN 2** (дисплазия II степен) — умерена дисплазия, ограничена до половината от епитела;
- **CIN 3** (дисплазия III степен и или карцином in

situ) — тежка дисплазия, която обхваща повече от 2/3 от епитела или карцином in situ - цялата му дебелина, без да преминава базалната мембрана.

Ако въпреки всичко съществува неяснота, непълнота и недостатъчност на изследванията, задължително се прави изследване и на половия партньор. Много колеги, които не са гинеколози, забравят, че освен рак на маточната шийка, има и карцином на влагалището, както и на вулвата. Тези злокачествени заболявания също се причиняват от HPV, но се срещат по-рядко.

## УВРЕЖДЕНИЯ

### Вулва

1. Вулвити, фоликулити, бартолинити;
2. Преинканцерози и рак на вулвата;

### Влагалище

1. Вагинити, колпити. Фактори за появата им: кандидози, банални инфекции, бактериална вагиноза, трихомониаза, вирусни инфекции;
2. Преканцерози – рак;

## Маточна шийка

1. Цервицити. Техни възбудители са: човешки папиломен вирус, херпес гениталис, хламидии, уреоплазма, микоплазма, гонорея. (При тях задължително трябва да се изследва и уретрален секрет.);

2. Преканцерози и рак на маточната шийка;

### Матка

1. Ендометрити и миометрити. Настъпват по възходящ път от маточната шийка, по-рядко до влагалището. Причинителите са същите;

2. Преканцерози и рак на ендометриума;

### Маточни тръби

1. Салпингити. Причиняват се от инфекция, която навлиза по възходящ път;

2. Рак на тръбите. Много рядко той се развива самостоятелно;

## Яйчници

1. Оофорити;
2. Рак на яйчниците. Диагностицира се трудно в начален стадий. Задължително се правят туморни маркери – Ca -125, HE-4;

## Аднекси

Аднексити, тубоовариален абсцес – едновременно засягане на тръби и яйчници от възпалителен процес;

Тазово-възпалителна болест (ТВБ)

Резултат е от пелвеоперитонити, причинени най-често от хламидии, микоплазми, гонорея, поради неизлекувани и хронифицирани аднексити.

## УСЛОЖНЕНИЯТА

обикновено настъпват при лечение, което е ненавременно и неправилно или при състояние, неповлияващо се от приложените медикаментозни средства. Също – при неспазване на терапевтичните схеми и на лекарските съвети, при нарушаване на изискването за изолиране на половия партньор за определен период от време, докато трае лечението.

## ЛЕЧЕНИЕТО

трябва да се провежда от специалисти-гинеколози. Към острите заболявания се подхожда с мега-доза от подходящите медикаменти за кратък период от време, а към хроничните – с по-ниски дози, за по-дълъг период. По принцип лечението е консервативно. Предписват се: антибиотици, метронидазолови препарати, хинолонови препарати, вагинални противовъзпалителни глобули, вагинални пробиотици, витамини, имуностимулатори. В редки случаи се стига и до оперативно лечение (тубоовариални абсцеси). Оперативният подход при преканцерози и канцерози включва: диатермокоагулация на маточната шийка, LETZ, електрокоагулация, хирургично конизиация, тотална хистеректомия; радикална хистеректомия; последващо лечение – лъчетерапия, химиотерапия.

## ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯТА ПРИ СТЗ

изисква огромни финансови средства. В момента се диспансеризират само пациентите със сифилис и гонорея. За да сме сигурни, че е настъпило окончателно излекуване е необходимо проследяване на всеки отделен пациент в рамките на една година. Това се отнася за всички СТЗ. В рамките на едногодишен период се правят 3-4 изследвания. Успех се счита, ако са отрицателни всички изследвания и са позитивни данните от субективното състояние на пациента, който трябва да се чувства добре и да няма никакви оплаквания.

**Акад. Богдан Петрунов:**

# КОГАТО СЪМ НАТОВАРЕН С РАБОТА, СЕ ЧУВСТВАМ НАЙ-ДОБРЕ

- Акад. Петрунов, неотдавна Вие бяхте удостоен от Пациентски организации „Заедно с теб“ с тяхната годишна награда за цялостен принос в развитието на медицина. За това да започнем нашия разговор с основните постижения на родната алергология...

- Научните завоевания на българската алергология, по нищо не отстъпват на постиженията в Европа и в света. Голямо предимство е, че у нас още преди повече от 50 години се създаде лабораторията по алергия, която започна производството на препарати за диагностика и лечение. Както се знае, в алергологията първо трябва да се направи специфична диагностика, т.е. да се установи алергена, причиняващ болестта и после да се проведе специфична имунотерапия. Това лечение не е симптоматично, а етиологично. При проявена алергия може да използваме лекарства от най-висока класа - кортикостероидни и антихистаминови препарати, моноклонални антитела, които представляват най-модерното противоалергично лечение. То е насочено срещу IgE - антителата в човешкия организъм, които са материалният субстрат на алергичната реакция. Съвременното биологично лечение с моноклонални антитела води до отлични резултати, но е специфично и се прилага при ограничен кръг пациенти.

- През последните години у нас драстично намаляват специалностите в някои медицински области. Отнася ли се това и за Вашата специалност?

- В момента около 100 лицензирани алерголози работят в страната ни и те реално задоволяват изискванията на българския пациент. Интересът на младите лекари към тази специалност е изявен, най-вероятно поради това, че броят на алергично болните у нас и по света непрекъснато нараства. В България не по-малко от 20-25 % от хората са алергични. Очаква се след 7-8 години техният дял да стане 50% от популацията ни.

- Имаме ли достатъчно детски алерголози?

- Немалка част от нашите колеги - алерголози са педиатри или интернисти или специалисти по УГН.



*Акад. Богдан Петрунов е един от водещите специалисти в областта на имунологията и алергологията в България, с широка международна известност. През 1963 година е създавал първата в страната ни лаборатория по алергия към Националния център по заразни и паразитни болести. В този център работи вече 53 години, от които 18 е бил директор. Автор е на над 200 научни труда. Дългогодишен преподавател е по имунология и алергология в Медицинския университет в София. Като гост-професор е изнасял лекции в Русия, САЩ, Чехия, Канада, Китай, Австралия, Тайван, Индия, Куба и др. Той е единственият българин - член на Руската академия на медицинските науки. Почетен член е на Международната асоциация по имунорехабилитация. Председател е на Българското дружество по алергология. Акад. Петрунов е един от първите носители на отличието на БЛС - „Лекар на годината“ - 2006. През същата година е получил и най-високото отличие на БАН - Почетния знак „Марин Дринов“, а през 2007 г. е бил удостоен с приз на името на проф. Константин Чилов за висок професионализъм и за съществен принос в развитието на българската медицина.*

Детските алерголози не са по-малко от 25 души. Вероятно не са разпределени равномерно в нашата страна. Но всеки пациент в България може да получи конкретна помощ.

- Как стои въпросът за специализацията във Вашата област?

- Имаме достатъчно специалисти, не само по държавна поръчка. Убеден съм, че младите коле-

ги са удовлетворени от това, което научават при нас. Тук изследваме механизмите на имунотерапията. Прилагаме диагностични методи, чрез които *in vitro* определяме материалния субстрат на алергичната реакция. Изследваме също замърсяването на въздуха с биологични дразнители като полени, плесенни спори, животински екскременти и други мощ-

ни алергизиращи фактори. През последните години изучаваме и влиянието на някои наркотични вещества върху имунната система. Данните сочат, че при хората с наркотична зависимост рискът от алергизирани е по-голям.

- Това отнася ли се за останалите зависимости - алкохолна, никотинова?

- Разбира се, особено за заклетите пушачи. Съвети-

те от типа „Не на цигарите“, не са празни приказки. Категорично е доказано, че никотинът води до образуване на IgE - антитела и мощно засилва алергичните реакции. Като противодействие ние от години разработваме вещества, стимулиращи имунната система. Това е едно направление в работа на нашия институт. Ние създадохме препарати, които доказаха своето значение. Те са признати у нас и в чужбина.

- Наблюдават ли се странични ефекти при прилагане на алерген-специфичната имунопрофилактика?

- Тя се провежда единствено след определяне на конкретния алерген, към който е свръхчувствител даден пациент. Възможно е засилване на определени симптоми (например, болни с алергичен ринит да получат по-обилна хрема), но това е нещо, което веднага се коригира от алерголога, следящ лечението и реално няма риск от някакъв по-сериозен негативен ефект върху организма на човека. Алерген-специфичната имунопрофилактика обаче е противопоказана при бременните жени, хората с автоимунни заболявания и някои възрастови групи. Например, при пациенти над 70 години не може да очакваме много добър резултат, поради факта, че имунната им система вече не е толкова гъвкава и не реагира така качествено на стимулите, които ние прилагаме върху нея. По принцип на деца под 3 години също не се прилага имунотерапия, тъй като в тази възраст подобен подход е технически трудно изпълним.

- Какво може да се случи, ако се проведе специфична терапия, но с грешен антиген?

- Тогава няма никакъв ефект от лечението, но съществува теоретичен риск да се получи допълнителна изкуствена алергизация на болния към алергена, който му инжектират. Това е възможно, но на практика не се случва, тъй като според медицинските стандарти цялата тази дейност се осъществява само от лекар - алерголог в чийто компетентност са кожно-алергичните проби и съответната имунотерапия. Всеки друг лекар, незави-

симо колко добър специалист е, не може да установи алергена по симптоми или при прегледа, който ще направи.

- Докато разговаряме забелязах, че сте поставили на стената икона на Свети Георги и много от Вашите дипломи...

- Свети Георги ми е любимият. Чувствам го най-български. А дипломите ми дават увереност, напомнят ми, че има смисъл в постигнатото от мен като лекар. Още когато бях абитуриент напълно осъзнах, че само в мечтите си човек може да упражнява едновременно няколко професии. Аз например, исках да съм голям цигулар и известен специалист в областта на медицината. Но реалността налага един избор, едно поприще, защото животът е кратък. Разбрах също, че с труд може да се постигнат техниката и рутината на добрия цигулар, но не и върховете на музикалното изкуство.

- В едно предишно интервю Вие споделихте, че сте завършили Музикалното училище като извънреден ученик, паралелно с редовната гимназия. И по този повод казахте, че цигулката Ви е научила да цените красотата, точността и дисциплината...

- Наистина музикалното образование откри пред мен невероятната красотата на класическата музика, особено в концертите за цигулка и пиано, които обичам. То е предпоставка да съм влюбен в джаза. И досега нюрлиънският джаз, пиесите в стил диксиленд, ме зареждат с позитивни емоции, с много оптимизъм.

- Не мога да не Ви попитам за Вашите любими изпълнители...

- С удоволствие слушам Глен Милър, Бени Гудман, Арти Шоу. Много харесвам характерния глас на Сачмо. За мен Луис Армстронг е ненадминат импровизатор, велик певец, способен да вдъхновява публиката си.

- Не казахте нищо за точността и дисциплината...

- Те са ми полезни в дейността на алерголог. Дано не звуча самохвално, но за мен професията е удоволствие. Когато съм натоварен с работа, се чувствам най-добре.

*Интервю на д-р Ваня Шипочлиева*

# НАЦИОНАЛЕН СЪВЕТ НА БЛС

На 30 септември, т.г. в Хисар се проведе заседание на Националния съвет на Българския лекарски съюз. Заседанието бе открито и ръководено от председателя на БЛС д-р Венцислав Грозев.

На форума бяха съобщени: мотивите за решението на състоялия се на 29 септември т.г. Управителен съвет на БЛС за несвикване на организационен събор във връзка с промени в устава; предложенията на УС на съсловната организация за изменение в законодателството; сведения за проведени и предстоящи срещи с представители на Министерство на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса и на парламентарно представените партии във връзка с бюджет 2018 година.

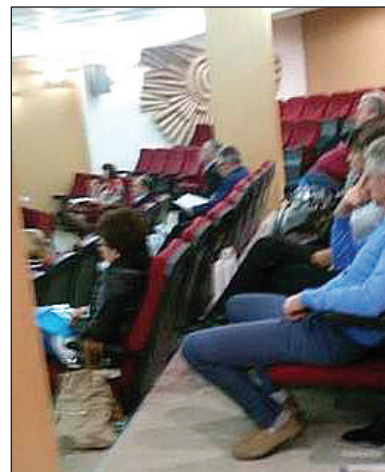
Мотивите за несвикване на организационен събор д-р Грозев обясни така: „Предстои районните колегии да проведат отчетно-изборни събрания. Предстои през май да се проведе редовният отчетно-изборен събор. Огромната част от членовете на Управителния съвет счетоха като неправилно да се обсъждат днес промени в Устава и да се свика извънреден организационен събор”. Решението на УС бе взето почти с пълно болшинство (с един глас против и без въздържали се) ден преди Националния съвет. Други причини за несвикването са очакването за наситен с много събития и задачи период, предстоящи преговори по Националния рамков договор 2018 година, преговори по предложенията за законодателни промени.

Председателят на БЛС представи работата по законодателната програма. Той подчерта, че основният и огромен въпрос, който стои пред съсловната организация, е предстоящото приемане на Закона за бюджета на Националната здравноосигурителна каса. Предложенията, свързани с бюджет 2018 от страна на Управителния съвет на Българския лекарски съюз, на неговия експертен и юридически отдел, са: 3 472 000 000 лева до възможност за достигане на 3 855 400 000 лева. „Може би за първи път, доколкото аз си спомням, бюджетът на НЗОК като предложение от тяхна

## Мотивите



страна е напълно съпоставим с нашия, дори с около 2 милиона лева повече”, подчерта д-р Грозев. Той се спря на предложения за промяна в Закона за здравното осигуряване във



връзка с подпомагане на възрастни хора. Становището на БЛС в тази насока е позитивно. Друго положително виждане се отнася за предложение на група народни представители относно осигуряване охраната на лечебни заведения за болнична помощ. Във връзка с времетраенето на продължаващото медицинско обучение, обсъдена бе промяна в Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина.

Отново бе поставено искането сумата по здравноосигурителните вноски да бъде в отделна сметка и Българският лекарски съюз и цялото общество да знаят каква е събираемостта на вноските. Председателят на УС на Столичната лекарска колегия проф. Милан Миланов заяви: „Независимо, че трябва да сме наясно каква е натрупаната сума, за съжаление тя или не се знае, или не се дава информация”. Наложил се виждането, че прогнозният праг за надсъбираемост е около 100 – 110 милиона лева. Това количество пари се предвижда, като се има предвид, че осигурителните граждани в Република България за 2017 година са приблизително 6 200 000 души. И още - около 2,4 на сто е повишена трайната трудова заетост. Следователно между 100 – 150 хиляди души са влезли в системата на трудови взаимоотношения с работодателите си и на тази база би трябвало да се удържат здравни осигуровки. По същия проблем д-р Грозев сподели: „Никой не иска да каже колко здравеопазването събира от здравноосигурителни вноски. Ако не ни достигат, дайте да помислим какво ще правим – ще добавяме ли през процент брутен вътрешен продукт, ще добавяме ли през процент здравна осигуровка, през втори стълб или ще се намали обемът на основния пакет медицинска помощ”. Според председателя това са съществени въпроси, които чакат решение.



Началото на кампанията „Не на насилието над медиците“ бе представено в отделен доклад от зам.-председателя д-р Галинка Павлова. Тя отдели специално внимание на анализ от анкета по проблема, обхванала 1400 медици и 1337 пациенти. Оказва се, че най-много са посегателствата над медици в „Спешна помощ“ и в

спешните приемни кабинети.

След тях се нареждат случаите на упражнено насилие над общопрактикуващите лекари и на трето място – над персонала в болниците. Според д-р Павлова „там, където няма изградена връзка между лекар и пациент, т.е. няма го контактът, такава е ситуацията в спешните ка-

## Началото на кампанията „Не на насилието над медиците“

бинети, и в „Спешна помощ“ – най-голяма е вероятността да се премине прага на търпимост и да се отиде към посегателство”. На обществото е необходимо да покажем какво е да си лекар, колко трудно е да се извърви този път и да останеш лекар, въпреки проблемите, сподели д-р Павлова и посочи необходимостта от повишаване комуникационните умения на медиците.

Вълнения предизвика идеята за създаване на онлайн мониторинг в система към Българския лекарски съюз за проследяване и анализиране на случаите на нападения над медици с цел предприемане на корекционни мерки. Те се отнасят за пациенти и техни

близки, които системно проявяват агресия. Когато такъв човек отиде на преглед при лекаря – срещу ЕГН-то му трябва да светва предупредителен сигнал. „Не откриваме ние топлата вода - каза д-р Павлова. - Прочетохме всички практики на всички доклади от ЗЕВА. Оказа се, че такава нещо съществува в Англия, Кипър, САЩ. По-лоши ли са техните пациенти или лекари? Но когато знам, че е дошъл такъв човек, най-малкото ще извикам сестрата да бъде в кабинета, ще помоля охраната да е в близост. Казват - не може до всеки лекар да има полиция. Но при такъв пациент ще има. Подобна мярка е резултатна, тя работи.”

В медиите този списък бе наречен черен. Д-р Павлова попита какво значение има цвета. „Черен списък“ е внушение, което журналистите правят. Ако поискат, биха могли да нарекат списъка червен. Нали, червеното е сигнал за внимание. Оперативното ръководство на БЛС предлага въпросната мярка, за да минимизира риска за медиците.

По време на НС бе показан кратък клип срещу насилието над медици. Присъстващите изразиха одобрение към подобни начинания, включително и към идеята за разгласа на специално написана песен. Многократно бе повторен девизът на кампанията: „Да спасяваш е призвание, не

заслужава наказание”. „Търсихме този слоган, защото той е по-общ – поясни д-р Павлова. - Целим кампанията срещу насилието над медици да стане общонационална. Искаме да привлечем и другите сектори. Искаме да тръгнем от град на град. Вече водим разговори с общини, които да ни подкрепят с поставяне на билборд, с автобуси, които да бъдат брандирани. Начинанията ни ще продължат цяла година”.

На срещата в Хисар председателят на Акредитационния съвет д-р Юлиан Йорданов запозна присъстващите с най-важното от състоялия се симпозиум на 15 - 16 септември в Любляна, Словения.

## 24-ТИ СИМПОЗИУМ НА СТРАНИТЕ-ЧЛЕНКИ НА ЗЕВА

Той бе посветен на продължаващото медицинско обучение. Д-р Юлиан Йорданов съобщи, че председателят на Македонската лекарска организация - д-р Калина Старделова и заместник-председателят д-р Илбер Бесими, са изразили своята подкрепа в усилията да се разширява ролята и работата на професионалните медицински асоциации. Д-р Йорданов се спря на основните теми на симпозиума, които всъщност засягат изключително значими проблеми за съсловието: ликвидация на насилието над медици, осигуряване на безопасна работа и законодателство, което гарантира ефективна защита при сблъсък с агресия от страна на пациент; повишаване знанията на лекарите и тяхната компетентност при практикуване на диагностични и

терапевтични процедури; специализация и продължаващо медицинско образование.

Коментиран бе въпросът за миграцията на

младите специалисти. „Около 70% от лекарите, които практикуват в момента, са над 50 години”, предупреди д-р Юлиан Йорданов,



поставяйки акцент върху необходимостта от мерки, които да направят по-привлекателни условията за работа на медиците в страната ни. Всеобщо бе виждането, че позитивната промяна във възможностите за специализация и професионално развитие, както и подобреното финансиране на здравния сектор биха задържали българските медици в родината.

Още в началото на срещата акцент бе поставен на информация, изнесена от архитект Иванка Еюп за предстоящото изграждане на модерен и комфортен Дом на лекаря, а на финала адвокат Цветозар Младенов в кратко съобщение представи промяната в застрахователния режим на лечебни заведения.

## СПЕШНИ МЕРКИ СРЕЩУ ЕФЕКТА НА ДОМИНОТО



Виджанията на съсловната организация за задълженията на болничните заведения в страната и финансирането им представи пред Канал 3 TV председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев:

- Проблемът с болниците е от години, но до такава степен е назрял, че започва ефектът на доминото. Първата плочка падна с болницата в Ловеч. Следваща е Враца. Виждате какво става с болниците във Видин, Стара Загора, Девин. Основната причина за проблемите е в недофинансирането на системата. Също в демографската криза. Сигурно има и други причини. Аз не изключвам, че някъде болничното управление може да е не чак толкова удачно, но това е по-малката злина.

От последните 10 години единственият финансов източник, фактически, в тези лечебни заведения е Национална здравноосигурителна каса. Не е повишена една стотинка в цените на клиничните пътеки. Не може да растат изискванията спрямо минималната заплата, не може да растат осигурителните вноски, не може да растат цени на консултативни, цени на лекарствени средства, цени на електроенергия, парно, вода и т.н., всичко това да расте, а фактически приходите да остават на едно ниво. Релативно те толкова намаляват, че болниците започват да трупат задължения.

В бюджета за 2018 година има предвидено увеличение на клиничните пътеки, като е предложена сума от 115-120 млн. лева. Друго решение, е обмислянето на държавен фонд за спасяване на болниците от натрупване на дългове - едно предложение, което прави чест на министъра на здравеопазването и неговия екип. Трябва да има такъв механизъм, трябва да има такъв буфер от финансови средства.

## БЛС ПОДКРЕПИ МБАЛ „ХРИСТО БОТЕВ“ - ВРАЦА

Българският лекарски съюз категорично застана зад исканията на екипа на МБАЛ „Христо Ботев“ - АД относно необходимостта от незабавни мерки и вземане на институционални решения, за да може лечебното заведение да функционира и да изплаща задълженията си, без да генерира нови финансови проблеми. Председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев изрази своето становище по казуса в писмо до г-н Калин Каменов - кмет на община Враца; г-н Румен Антов - председател на Общински съвет - Враца; д-р Георги Комитски, председател на Постоянна комисия по здравеопазване и социални дейности към Общински съвет - Враца и до ръководството на МБАЛ „Христо Ботев“. Ето най-важното.

Българският лекарски съюз изразява солидарност с исканията на лекарите и целия персонал на МБАЛ „Христо Ботев“. Не е редно, заради допускане за некоректно управление от страна на предишно ръководство да се спира работата на болницата. Съсловната организация призовава отговорните институции да

направят проверки в лечебното заведение и ако установят нарушения, да наложат съответните санкции.

Не е редно в продължение на повече от три месеца персоналят да работи, без заплащане според трудовите му правоотношения. Недостатъчното финансиране на здравната система, налаганите лимити и неизплащането на т.нар. надлимитна дейност, както и липсата на методика за остойностяване на медицинския труд, ще доведат до колапс на цялата здравна система. Фалитите на лечебни заведения и невъзможността да се отговори на нуждата на пациентите са първите симптоми на този колапс.

БЛС категорично апелира за разбиране от страна на отговорните институции и вярва, че ще бъде преустановена порочната практика да се търси вина за неблагополучията в мениджмънта на болниците, в недобросъвестната дейност на медиците или дори в незнанието относно правата на пациентите. Повече от ясно е, че основната причина за проблемите на здравната ни система е нейното хронично недофинансиране.

# МЕЖДУНАРОДНА КОНФЕРЕНЦИЯ, ОРГАНИЗИРАНА ОТ ФОЗ

С тържествено откриване на 9 и 10 октомври в Sofia Tech Park се състоя Международна конференция на тема „От европейска към национална здравна политика“, организирана от Факултета по обществено здраве в контекста на юбилейните чествания на 100-годишнината на медицинското образование в България и на МУ-София.

В приветственото си слово деканът на ФОЗ проф. д-р Цекомир Воденичаров отбеляза, че „развитието на здравеопазването трябва да вдъхнови цялата политика и дейност на ЕС. Нещо повече - развитието на здравеопазването трябва да се превърне в основна цел за по-нататъшното укрепване на ЕС. Общественото здраве трябва да е резултат от взаимодействието на всички политики“.

Форумът бе поздравен още от: г-жа Йорданка Фандъкова, кмет на София; д-р Нигяр Джафер, зам.-председател на НС; чл. кор. проф. д-р Николай Петров, министър на здравеопазването; проф. д-р Виктор Златков,

ректор на МУ-София. Приветствия отправиха и други изтъкнати представители на академичните среди, здравни политики и мениджъри.

При тържествена церемония с почетния знак на ФОЗ, МУ-София бяха удостоени: министърът на здравеопазването - чл.-кор. проф. д-р Николай Петров; председателят на БЛС - д-р Венцислав Грозев; президентът на ASPHER (Асоциация на училищата по обществено здраве в Европейския регион) - проф. Катаржина Счабановска; генералният директор на БЧК-проф. Красимир Гигов и на проф. д-р Даниел Братанов, декан на ФОЗГ, Русенски университет „Ангел Кънчев“.

В разгорещена дискусия взеха активно участие представители на УС на БЛС и на Асоциацията на специалистите по здравни грижи, дългогодишни мениджъри на лечебни заведения, здравни политики и експерти по обществено здраве. Те дебатираха актуални проблеми като здравните неравенства, ниската здравна грамотност, задълбочаване на взаимо-

връзката между политиката и експертния потенциал, необходимостта от въвеждане на глобални европейски здравни индикатори, които всяка държава-членка на ЕС да отчита ежегодно.

Пленарни доклади изнесоха проф. Катаржина Счабановска и д-р Усман Кан, който е директор на Европейската асоциация по здравен мениджмънт (EHMA). Президент на ASPHER аналитично представи предизвикателствата пред професионализацията на експертите по обществено здраве и формирането на лидерски качества и умения у тях, отбеляза, че „трябва да се прави разлика между понятията „обществено

здраве“ и „здравен мениджмънт“. Здравният мениджмънт в по-голяма степен се доближава до икономиката и до политиката като цяло, а днес всички ние, които работим в тази област и се стремим да предоставим на политиките онези препоръки, които биха били най-адекватни за устойчивото развитие на здравеопазвателните системи“.

Проведоха се също паралелни научни сесии в няколко направления: здравна политика, здравна превенция, социална медицина и здравни грижи. В обсъжданията се включиха над 200 професионалисти по обществено здраве от страната и чужбина.



## ПСИХО-СОЦИАЛНИ РИСКОВЕ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

И у нас и в Европа се очертава криза за кадри в здравеопазването. Продължава да нараства средната възраст на всички работещи в сектора, независимо на каква позиция са в служебната йерархия. Това стана ясно от данни, оповестени по време на кръгла маса на тема „Психо-социалните рискове в здравеопазването и взаимодействие с регионални, национални и местни власти в борбата с тях“.

“В България над 50% от лекарите са на възраст над 55 години, като при общопрактикуващите медици“ този процент достига 60, заяви зам.-председателят на Българския лекарски съюз д-р Галинка Павлова. По думите й у нас има и 95-годишни лекари, които продължават да практикуват професията си. Тя отбеляза още, че много често на родните медици се



налага да работят на няколко места - понякога преди или след нощно дежурство. Лекарите са принудени да се трудят продължително, тъй като здравната ни система е недофинансирана.

От Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи също представиха данни за средната възраст на кадрите от тази сфера на сектора. Според тях средната възраст на медицинските

сестри и акушерките е 53 години, а на фелдшерите 55 години, като също отбелязаха, че много често те работят на няколко места.

Представители на френските синдикати посочиха, че кадровият проблем в сферата на здравеопазването е валиден и за Франция. Въпреки че там по закон работната седмица е 35 часа, поради липсата на достатъчно кадри в болниците, се случва лекари и сестри да работят по 12 часа. Колегите им от Германия засегнаха обстойно въпроса за стреса на работното място и като цяло натоварването на медиците и проявите на професионалното изгаряне.

Участниците във форума бяха единодушни, че е нужно да се помисли за по-гъвкави механизми за трудовата заетост в здравния сектор, за да се намали натоварването на медиците.

## ПРИЗНАНИЕ

Годишните награди NATIONAL MEDICAL AWARDS 2017 - Медицински Оскари, са заслужено признание за хуманизма и отговорността на лекари, болници, клиники и екипи с доказани, значими постижения. Отличени са:

- За цялостен принос в развитието на медицината - акад. Богдан Петрунов;
- В категорията „Професионално признание 2017“ - чл.кор. проф. Григор Горчев, медицински управител на УМБАЛ „Света Марина“ - Плевен и почетен ректор на Медицински университет - Плевен;
- С наградата за „Клинично сътрудничество и работа в екип 2017“ бе удостоен чл.кор. проф. Николай Петров;
- Доктор на годината 2017 - Д-р Радосвет Горнев, Болница Лозенец;
- Болница на годината 2017 - УМБАЛ „Дева Мария“, Бургас;
- Болничен мениджмънт 2017 - Очна клиника „Вижън“;
- Лидер в международното сътрудничество 2017 - Д-р Ивайло Христов, Медика Албена;
- Инвестиции в медицината 2017 - МБАЛ „Сърце и Мозък“, Плевен;
- Иновации в медицината 2017 - Д-р Станимир Сираков, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“;
- Иновации в медицината и спорта 2017 - DNASportFit;
- Световно признание в медицинската наука 2017 - проф. д-р Екатерина Титянова;
- Д-р Славомир Кондов - Лидер в оперативното лечение на заболяванията на нервната система 2017;
- Обществено значими инициативи 2017 - Д-р Галинка Павлова, зам.председател на БЛС;
- Социална отговорност и човешки ресурси 2017 - Actavis.



# ПОХОД СРЕЩУ АГРЕСИЯТА НАД МЕДИЦИ

## УС на БЛС: Стартираме кампании - дългосрочна, позитивна, обединяваща

БЛС постави началото на национална информационна кампания срещу насилието над медици с дискусия по темата. На 25 септември т.г. Лекарският съюз организира кръгла маса под надслов: „Да спасяваш е призвание, не заслужава наказание! Пребори гнева“. Патрон на кампанията е омбудсманът на Република България г-жа Мая Манолова. Партньори на БЛС в похода срещу агресията са Министерство на здравеопазването, БЧК, БАПЗГ и пациентски организации „Заедно с теб“.

В кръглата маса взеха участие: омбудсманът - г-жа Мая Манолова; зам.министърът на здравеопазването г-жа Лидия Нейчева; акад. Христо Григоров, председател на БЧК; проф. Красимир Пигов, генерален директор на БЧК. Присъстваха народните представители: проф. Георги Михайлов, г-н Борислав Борисов, д-р Александър Александров. В дискусията се включиха също д-р Скендер Сила, ръководител на Българския офис на Световната здравна организация и д-р Зденка

Травник, председател на Словенската лекарска камара и бивш омбудсман по здравеопазване на Словения. Участваха още членове на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи, на синдикатите (КНСБ и Подкрепа) и на пациентските организации. В битката срещу насилието съпричастност с писмо изрази председателят на Синдиката на българските учители г-жа Янка Такева. Медиците бяха представени от: проф. Добриана Сиджимова от Медицински университет в София, проф. Милан Миланов, председател на Софийската лекарска колегия; д-р Георги Кръстев, председател на РК на БЛС-Пловдив; членове на РК на БЛС. Присъстваха управители на болници: УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“; П САГБАЛ Шейново; МБАЛ Национална кардиологична болница; УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“; членове на УС на БЛС; представители на Центъра за спешна медицинска помощ; журналисти.



Ето решението на УС на БЛС – нужна е Национална информационна кампания срещу насилието над медицински лица, която да е дългосрочна, позитивна, обединяваща усилията на институции, организации и меди, за прилагане на мерки срещу проявата на агресия над медици и влияеще върху нагласите на обществото. За целта са набелязани следните

**МЕРКИ:**

- **Ангажиране на широката общественост с посланията и активностите на кампанията;**
- **Развиване способността за справяне и овладяване на гнева сред широк кръг от хора;**
- **Представяне на добри практики в медицината, с цел възбуждане доверие лекар-пациент;**
- **Информирание на широк кръг от обществото за значимата роля на лекаря в социума и формиране на положителни обществени нагласи към медицинската професия;**
- **Системно, стриктно прилагане на бързото производство при доказана агресия срещу медицински лица, по време на изпълнение на служебните им задължения;**
- **Създаване на единна система към МВР за приемане сигнали на агресия над медици;**
- **Повишаване информираността за правата и задълженията на пациентите чрез:**
  - **Съвместни инициативи на БЛС и пациентски организации – обучения, семинари, информационни събития и други;**
  - **Материали, съдържащи информация за правата и задълженията на пациента.**
- **Повишаване комуникационните умения на медиците чрез:**



• **Въвеждане на задължителен хорариум в Медицинските учебни заведения за обучение на тема „Умения за комуникация лекар - пациент“;**

• **Обучение за антикризисно поведение на работещите на рискови места в ЛЗ (развиване умения за предотвратяване или намаляване на агресивно поведение; изучаване техники на комуникация и дескалация).**

■ **Създаване на он-лайн мониторингова система към БЛС за проследяване и анализиране случаите на агресия в здравната система;**

■ **Изграждане на обратна връзка с ЛЗ и изпращане данни за склонните към насилие пациенти („етикетиране на пациенти-насилници“), с цел повишено внимание при извършване на медицинската услуга;**

■ **Обсъждане на предложение за нормативни промени, регламентиращи възможността за отказ на правото на домашни посещения при пациенти-насилници.**

### Ще работим в сътрудничество с екипите на спешна помощ - обеща г-н Стефан Балабанов, зам.-министър на вътрешните работи

Той е убеден, че са нужни сериозни практически действия за пресичане на агресията. „Ние няма да се справим толкова бързо с нея – предупреди г-н Балабанов. - Всички знаем защо я има – недобро образование, лошо семейно възпитание. Но в момента сме достигнали едно наистина нетърпимо равнище на агресия спрямо хора, които дават живот, които се грижат за всички нас. Това е най-голямото престъпление, което се върши в България спрямо медиците! Затова съм съгласен, че правоохранителната система трябва да заработи още по-добре. Нашите служби по места ще бъдат инструктирани за по-тясно сътрудничество с екипите за спешна помощ и за по-бърза реакция на сигналите за насилие.“

### Г-н Николай Любенов, представител на прокуратурата, увери присъстващите, че разследванията при проявено насилие над медици ще се провеждат приоритетно

Той се спря на факта, че агресията намира все по-голямо място в нашето ежедневие в различни аспекти - както на улицата, така и срещу лекари и учители. „Причините са много и различни – каза г-н Любенов. - Искам да ви уверя, че прокуратурата полага всички усилия да бъдат наказани ефективно и без протакване всички извършители на каквото и да е насилие в обществото. Напомням, че главният прокурор издаде заповед до всички районни прокуратури за незабавна реакция в случаите на нападение над медицински специалисти. Разследванията ще се провеждат приоритетно по реда на бързото производство.“

### Водец на кръглата маса бе зам.-председателят на БЛС д-р Галинка Павлова



Тя подчерта, че тази среща не е изолирано явление. Кампанията срещу насилието над медици ще се състои от различни активности през цялата година. Това са активности против агресията, при които ще се обединят усилията на институциите и ще се провеждат дългосрочни инициативи. Целта е да се даде гласност на положителните примери в здравната система и да се променят обществените нагласи към работещите в нея. „Няма как да настъпи промяна, ако не се трудим заедно за възвръщане на авторитета и уважението, които медиците заслужават“, заяви д-р Павлова.

### Председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев изтъкна, че напоследък случаите на насилие наистина са извън контрол

Тези случаи придобиват измерения, които са категорично неприемливи за цивилизована и правова държава. „Сегашното насилие от една страна е безсилие от друга. Не само, че не е здравословно за нацията ни, но е и пагубно“, подчерта д-р Грозев. Той цитира случаи на посегателства над медици и заведения наказателни производства, като поясни, че тези данни БЛС е поискал от МЗ, за да направи анализ на ситуацията, в която се намира обществото ни.

И така, проявите на насилие в Спешна помощ са 47 за 2015 г., 28 за 2016 г., 25 за първите шест месеца на 2017-та. Най-често жертва на агресия са медиците от Спешна помощ. Само за две и половина години над екипите на Спешна помощ са извършени 100 нападения. Ефективните присъди обаче са незначителен брой. Според данни на прокуратурата относно заведения досъдебни производства по повод насилие над медици за времето от 2013 до 2017 г. наложените санкции са предимно условна присъда, пробация и глоба. Осъдени с ефективна присъда са двама души за 2013 година, един за 2014 г., за 2016 – ни то един. „Мерките в Наказателния кодекс са достатъчни, но за да елиминираме проблема, е нужна активна работа сред обществото за промяна на отношението към медиците“, категоричен бе д-р Грозев.

### Равносметката е отчайваща, заяви г-жа Мая Манолова

По данни на омбудсмана през последните пет години от приемането на промяната в НК за криминализиране на агресията срещу медици са регистрирани над 400 случая на агресия над хора, които се трудят в здравната система, като само трима от насилиниците са наказани с ефективна присъда. Ето какво още сподели г-жа Манолова: „За мен проблемът не е нов. През 2013 г. бях автор и внесох заедно с други депутати предложения за промени в Наказателния кодекс, с които да бъдат криминализирани посегателствата върху лекари и медицински лица по време на тяхната работа. Тези предложения да бъдат приравнени с посегателствата срещу полиция, срещу съдии, прокурори, магистрати. Тогава отчетохме приемането на въпросния законопроект, между другото - с пълно единодушие, като огромни усилия, защото по този начин смегахме, че даваме знак към обществото, че лекарите, медицинските лица имат зад гърба си институциите, че всички, които 24 часа в денонощието, 7 дни в седмицата се посвещават на здравето и проблемите на хората, ще имат необходимата закрила, а всички, които посаят върху тях, ще получат справедливо наказание.“

Хората са свидетели на огромни неправди, оставащи на практика без последствия и без наказание. За са свидетели на престъпления, за които няма възмездие и оттам у тях остава усещането, че при лошо работеща правоохранителна система е по-лесно да търсят саморазправа и сами да се справят с проблемите. Хроничното недофинансиране в сферата на здравеопазването е друга причина за нарастващата агресия над медици у нас. Според данни на пациентски организации хората вече доплащат от джоба си над 50 %, или близо половината от лечението. Това, според мен, е причина и за напрежението между пациенти и лекари. Мога да си представя как се чувства един лекар, който трябва да обясни на болния човек, че за да му бъде осигурено най-доброто лечение, най-добрите импланти, консултативни или нещо друго, което е важно, е необходимо да си доплаща. В същото време, това е на фона на мизерното заплащане, особено за някои специалисти, особено за средния медицински персонал, срещу което има 24-часови ангажменти, труд на няколко смени, поради недостига на кадрите.

### Зам.-министърът на здравеопазването г-жа Лидия Нейчева оцени инициативата на Българския лекарски съюз като навременна и необходима

Според нея най-трудно се изразява загубеното доверие между лекар и пациент. У нас, то може да се възстанови с помощта на широката общественост. „Това не става с инициатирането на спорадични събирания и инцидентни кампании – категорична бе г-жа Нейчева. - За целта са необходими, както консолидирани усилия от страна на участниците в здравната система, така и разбиране от обществеността за професионалната отговорност и натовареността на медиците.“

В момента у нас не е достатъчна гласността за това колко често има благойните хора и колко често трудят на лекарите е оценен. Статистиката на регистрираните в Министерство на здравеопазването нападения над екипи на ИСМП показва, че на всеки три дни се отчита проявена агресия срещу медицински лице. Ето защо инициативата на Българския лекарски съюз ще бъде надградена с партньорството между

здравното министерство, други държавни институции, пациентските организации и лечебните заведения.“

Г-жа Нейчева обеща пълна подкрепа на здравното министерство за широката кампания на БЛС - чрез обучение, срещи с рискови групи и др. Като добър пример за справяне с проблема тя посочи дейността на психолози от ВМА, които преподават умения за подобряване на комуникацията с пациенти.

### Обобщени данни от анкета, проведена сред лекари и пациенти



Анкетата е реализирана в рамките на два месеца с помощта на Българската асоциация на специалистите по здравни грижи, на пациентската организация „Заедно с теб“, на CredoWeb, Medical News, лечебните заведения и РЛК. Анкетирани са 2 782 души. От тях 1 409 са лекари и 1 373 – пациенти. Данните сочат, че 48% от анкетиранияте, т.е. всеки втори е бил обект на посегателство. Агресията е предимно вербална – засегнати са 81%, а една

показва, че над 48% от домакинствата доплащат, за да получат по-добро здравеопазване. „Доплащането много често е следствие наличието на лимити в болничната помощ, коментира д-р Павлова. - А лимитите ограничават достъпа и са причина за увеличаване на хоспитализациите.“

Недоволството на пациентите е насочено преди всичко към системата, в която, според анкетиранияте липсва добра организация и има значителна формалност и бюрокрация. Само 9% от анкетиранияте са неудовлетворени от отношението на лекарите.

Според анкетата най-съществена причина за агресията е ниската култура, бездуховността и липсата на ценности в обществото. Също - употреба на упойващи вещества, несъвършенства в системата.

Растящото недоволство от системата драстично руши доверието между медици и пациенти – това е един от изводите на анкетата. Важен извод е необходимостта от строги наказания, ефективни присъди, засилена охрана, работа с обществото.

### Между 8% и 30% от медиците в света са жертва на насилие, подчерта д-р Скендер Сила, ръководител на офиса на СЗО в България



Според него в световен мащаб най-честите жертви на агресия са медицинските сестри и медицинските екипи на Спешна помощ. Крайно време е хората да осмислят отношението си към медиците, които от своя страна също трябва да коригират комуникацията си. Целта е лекарят и пациентът да водят любезен диалог, проявявайки един към друг разбиране и доверие.

### Проф. Милан Миланов: „Обвиняват ни за всички смъртни грехове“

На това акцентира по време на форума председателят на Софийската лекарска колегия. Според него лекарските пропуски са системни, т.е. те са резултат от грешки на сегашната здравна система. Държавата е длъжна да вдигне нивото си на отношение към лекарите, защото от парламентарната трибуна са сричали доверието в нас само за 15 минути“, каза проф. Миланов.

### Проф. Георги Михайлов, член на Комисия по здравеопазването при 44-то Народно събрание: „Нужен е филтър за пациентите, проявили агресия“

Според проф. Михайлов поемината от случаите на нападения са дело не на самите пациенти, а на техни близки. Затова трябва да се помисли за по-строг режим на посещения на роднини в болниците и спешните кабинети. Много важно е да не проникват пациентите в забранявани за тях зони на лечебното заведение. Проф. Михайлов бе категоричен, че причини за честите насилия над медици са чувството за

### Д-р Зденка Травник изрази увереност, че опитът на България ще бъде водещ за останалите европейски страни

Опирайки се на своята практика като бивш омбудсман по здравеопазване в Словения, д-р Травник подчерта, че проблемът с насилието го има навсякъде. Тя сподели: „В Словения през последните 2 г. двама лекари - уролог и зъболекар, бяха убити от пациенти. Още преди 10 г. бе направено първото изследване за агресията срещу медици, но досега не сме взели нужните мерки. Имахме национална кампания

срещу насилието в семейството, но не и срещу агресията към лекарите. В момента подготвяме национална кампания, която ще бъде срещу насилието върху медиците.“

Д-р Травник представи с няколко думи Декларацията на лекарските организации от страните в централна и Източна Европа, приета съвсем наскоро в Любляна. Тя отбелязва притеснението си от недостига на медицински кадри в страната ѝ, който

също поражда напрежението, тъй като медицинските лица са принудени да полагат повече труд, а възнаграденията им не са се променили. „Премурата и нарасналите професионални задължения генерират напрежение и между самите медици“, посочи още д-р Травник. От изказването ѝ стана ясно, че Словенската лекарска организация е започнала да предоставя консултации на жертви на насилие.

безнаказаност и ниското образование. Факт е, че повечето от побойниците са с ниска степен или въобще без образование, изтъкна проф. Михайлов.

### Г-жа Пенка Георгиева, председател на Пациентски организации „Заедно с теб“, настоя за повече реални присъди за насилиниците

Г-жа Георгиева сподели: „Обществото ни наистина се нуждае от обучение, особено за това как да комуникират пациентите и лекарите. Аз отдавна съм стигнала до извода, че няма лекар, който да иска да му умре лекуваният от него пациент. Добре е обаче повече хора да знаят какво тревожи медиците. Истината е, че благодарните пациенти са много, но за съжаление неуредичите в системата са тези, които натрупват напрежение и недоволства в обществото.“

Ние, от Пациентски организации „Заедно с теб“, не бихме приели да се отказват домашни посещения на агресивните пациенти, но сме съгласни, че трябва да има строги наказания – от МВР и прокуратурата, да има реални присъди и за тях да се осведомява обществото ни. А иначе мисля, че пациентите ги боли, страх ги е да не изгубят близките си и оттам идва агресията.“



В КРАЯ НА СРЕЩАТА председателят на БЛС – д-р Венцислав Грозев обобщи: „Диагнозата е поставена. Терапевтичните мерки не доведоха до желания резултат, нужна е хирургична намеса“. И още: „Всички има своя учител и своя лекар. Спасявайки учителя и лекаря си, спасяваме се и бе си“. От името на УС на БЛС зам.-председателят д-р Галинка Павлова съобщи предложение - 7 юли да бъде обявен за Национален ден срещу насилието над медици. Ежегодното припомняне на проблема със сигурност ще насочи общественото внимание към него.



# МОЖЕ ДА БЪДЕ ИЗБЕГНАТА 80% ОТ СЛЕПОТАТА!

Невероятно бързото навлизане на новите технологии и микрохирургията доведе до изключителни успехи в диагностиката и лечението на редица очни заболявания. Стана възможно с помощта на съвременни импланти постигане на пълна рехабилитация на зрението при най-честата очна хирургия – катаракта, както и възстановяване на зрението при най-тежката очна патология чрез лазерна, витреална хирургия и роговична трансплантация. Приложението на последните новости в биологията, генетиката, биохимията, фармакологията, оптика и хирургическата техника в ежедневието ни дава възможност драматично да променим живота на човека.



## Акад. Петя Василева: Каквото вземе глаукомата, назад не връща



Слепотата представлява лична трагедия и най-тежката инвалидност, с много социални и психологически аспекти: нарушения в трудовата реализация, ежедневния бит, емоционалния живот...

Понастоящем по данни на Световната здравна организация (СЗО) в света има 45 милиона слепи и 135 милиона с намалено зрение. Всяка секунда в света ослепява по 1 възрастен, а всяка минута - по 1 дете. Установено е, че 80% от слепотата може да бъде избегната: при 20% от случаите слепотата е лечима, а при 80% - предотвратима.

Основните причини за слепота в света се различават в зависимост от географското разположение и икономическото развитие на даден регион. Общо в света най-честите причини за слепота са катарактата (перде) и роговичната слепота. В развитите страни се различават съществено: за Европа водещи са сенилната дегенерация на макулата, диабетната ретинопатия, вътреочното възпаление, глаукомата и катарактата.

За слепота се приема такова увреждане, при което намалението на зрението на по-добро око е по-ниско от броене на пръсти от 2 метра (5% зрение). Това е границата, при която човек може да се предвижда самостоятелно. Зрение от 30% (възможността да се чете нормален текст) и по-малко се определя като намалено зрение.

От изключително значение за предотвратяване от слепота е позаването на очната заболяемост и застрашаващите зрението състояния. В периода 1993-1995 г. у нас бе проведено първото популяционно, рандомизирано епидемиологично проучване върху „Разпространението и причините за намалено зрение и слепота“ съвместно с Университета „Johns Hopkins“ върху население от 2,5 милиона. То служи като база данни на СЗО за очната помощ на Балканите и в Източна Европа. През изминалия период у нас отчитаме значително намаление на слепотата от катаракта, като водещи са: глаукомата, диабетната ретинопатия и вътреочното възпаление.

### Детско зрение

Осигуряването на добро зрение в детска възраст е от решаващо значение за нормалното физиологично, социално и професионално развитие на човека. Значието на детската слепота се определя и от това, че води до много по-дълъг период без зрение (показател - години в слепота). Приема се, че в света има около 1,5 милиона слепи деца, което предста-

вява около 1 дете на 1000, като годишно новоослепени са около 500 хиляди. При наше проучване установихме, че на водещо място е слепотата, настъпила поради ретинопатия на недоносеното (40%). На второ място са наследствените и вродени заболявания (включително катаракта и глаукома - 38%), травми (10%) и други. Според световни изисквания е необходимо да се извършват задължителни очни прегледи на всички деца до около третия месец след раждането (за откриване на наследствени и вродени аномалии и тумори), на 3 годишна възраст (за диагностициране и профилактика на „мързеливо“ око), при тръгване на училище и ежегодно по време на обучението. Поради липса на законова регламентация у нас тези прегледи не се извършват. При скринингови изследвания на деца в детски градини и в училищна възраст установихме, че при 1 от 20 деца има сериозен очен проблем, застрашаващ от зрително увреждане и слепота. Обезпокоително наблюдение е, че при над 80% от проучените деца, нашият преглед беше първият очен преглед в живота им.

### Глаукома

Глаукомата е сред основните причини за нелечима слепота. Без лечение тя неизбежно прогресира, което може да бъде спряно при почти всички засегнати лица с навременна диагноза и подходящо лечение. Възможностите за диагноза и лечение нараснаха значително през последните години. Заболяването обаче се диагностицира късно поради това, че при откритоъгълна глаукома (ОЪГ) липсва болка, а и централното зрение се запазва дори при напреднал процес. Проучванията сочат, че над 50% от болните с глаукома не са диагностицирани, а около 1/3 от пациентите са в напреднал стадий на заболяването при откриване му. При липса на контрол на вътреочното налягане (ВОН) при медикаментозното лечение се стига до терапия с лазерни и хирургически методи, включително с приложение на импланти.

Късното диагностициране на глаукомата е сред основните проблеми на общественото здравеопазване. Масови скринингови прегледи не са икономически оправдани. Необходимо е изследване само на рискови групи: при настъпване на пресбиопия и наличие на

фамилна анамнеза за заболяване. Най-добрият скрининг за глаукома е насоченото търсене на признаци на заболяването при преглед по повод нужда от пресбиопични очила. Този рутинен за всеки офталмолог преглед (включващ изследване на ВОН и зрително поле) осигурява достъп до най-застрашения от глаукома контингент (възраст над 45 - 50 години). Не трябва да се допуска грешка да се идентифицира всяко намалено зрение с начало на „перде“.

Глаукомният пристъп при закритоъгълна глаукома (ЗЪГ) изисква медицинска спешност. Поради застаряване на населението нараства дялът на глаукомите, свързани с наличие на тесен, закриващ се и закрит камерен ъгъл. Закритоъгълната глаукома е 10 пъти по-честа причина за ослепяване в сравнение с откритоъгълна. Глаукомата е заболяване за цял живот с трудно лечение. За предотвратяване от очно увреждане и слепота от основно значение е ранната диагноза и осигуряване на подходящо лечение. Известен е изразът „Каквото вземе глаукомата, назад не връща“.

### Дегенерация на макулата

Сред основните причини за намаление на зрението в развитите страни при лица над 50 години е дегенерацията на макулата, свързана с възрастта (МДСВ). От нея са засегнати над 5 милиона души в света. Поради застаряването и подобренията в диагностиката този брой статистически нараства. Първите признаци са смущение в централното зрение - лека деформация на образите със затруднения при четене и гледане на телевизия. Постепенно се загубва възможността за различаване на букви, дребни обекти, лица и т.н., което води до загуба на работоспособност. Рисковите фактори са възраст над 50 години, генетични фактори, тютюнопушене, повишено излагане на УВ-лъчения, съдови увреждания, смущения в липидната обмяна.

Съществуват две форми на МДСВ - атрофична и ексудативна. Срецу атрофичната форма засега не разполагаме с ефективно лечение. При ексудативната (влажна) форма, се развива неоваскуларна мембрана в макулата с оток и кръвоизливи. През последните години с доказване ролята за заболяването на Ендотелиалния растежен фактор (VEGF) и успешното прилагане на анти-VEGF медикаменти се постига запазване на зрението. Натрупаният от нас опит от 2006г. досега върху болни с МДСВ показва много добри резултати: запазване на зрението при над 75% от болните и подобряване в различна степен - при над 50% от болните. Основно значение за успеха на лечението е ранната диагноза, тъй като при

МДСВ с абсолютна сила важи твърдението „загубата на време, е загуба на зрение“: Периодът от появата на първите признаци до пълната загуба на централно зрение е само 4-6 месеца!

За диагностициране на МДСВ и уточняване индикациите за лечение са задължителни диагностичните методи флуоресцеинова ангиография (ФА) и оптична кохерентна томография (ОСТ). С прилането на ОСТ се получава структурна картина на ретината с нейните отделни слоеве и патологичните промени в тях. Напоследък навлиза ангио-ОСТ за послойно онагледяване на съдовите мрежи в ретината - метод с голямо бъдеще. Анти-VEGF лечението се прилага и при други очни заболявания с неоваскуларизация - венозните тромбози, диабетен оток на макулата, патологична миопия и др.

### Диабет и око

Едва ли има друго системно заболяване, за което може да се каже че се развива със скоростта на световна епидемия. От изключително значение е болният диабетик да бъде информиран за опасностите от увреждането на зрението му и за необходимостта от редовно изследване на ретината. Намалението на зрението е много късен симптом, когато възможностите за лечение са силно ограничени. Доказано е, че предпазването от очните усложнения на диабета и слепотата е над 10 пъти по-ефективно икономически в сравнение с прилагането на скъпо и без гаранция за успех лечение при напреднал стадий на увреждане в ретината с кръвоизливи, отоци и тракционно отлепване.

### Вътреочно възпаление

Все по-честа причина за увреждане на зрението и за слепота е вътреочното възпаление. Водеща роля при него имат системните инфекции, включително херпетичната, както и автоимунните заболявания. Учените са причина за слепота в средната трудова възраст, наравно с диабетната ретинопатия.

### Трансплантация на роговица

Трансплантацията на органи и тъкани е сред най-високите постижения на съвременната медицинска наука. Заместване на помътнялата роговица с прозрачна донорна тъкан е единствен успешен метод за лечение на роговичната слепота. Кератопластиката е първата тъканна трансплантация в медицината и най-честата операция с присаждане на чужда тъкан. Успешно развитие на роговичната трансплантация в България бе постигнато след създаване на Очна банка в София през 1995г., като броят на трансплантациите годишно нарастна от 20-50 до над 300 през 2000 г. Увеличаването на броя донори ще даде възможност за възстановяване на зрението на млади пациенти с двустранни дистрофии и кератоконус, както и при роговични мътнини с различен произход.

### Превантивна офталмология - традиции и предизвикателства

За предотвратяване на застрашаващи зрението заболявания е необходима ранна диагноза и навременно лечение: скрининги, добро познаване на очната патология и качествена очна помощ. У нас се прилагат всички съвременни методи за диагностика и хирургични интервенции в офталмологията. За съжаление все още чисто клиничната ориентация в медицината и липсата на превантивни стратегии у нас водят до трагични последици за зрението и за настъпване на слепота, която би могла да се предотврати! За предотвратяване от увреждане на зрението са необходими редовни прегледи при офталмолог: във възрастта 45-60 г. - на 2 години, над 60 г. - един път годишно, а при заболяване (системно или очно) - според указанията на лекуващия офталмолог.

Окото има ключова роля в диагностиката и лечението на редица системни заболявания, като дава уникална възможност за тяхното ранно диагностициране и предотвратяване на застрашаващи живота усложнения. Създаването и възпитанието на бъдещите офталмолози и осигуряването на непрекъсната квалификация е наша основна мисия: дълг към учителите ни и задължение пред бъдещето на нацията.

# При инфаркт на миокарда „Златният стандарт“ за реканализация е до 45 минути

- Доц. Петров, българинът умира най-често от сърдечно-съдови страдания. Забелязва ли се през последните години някакво редуциране на заболяемостта?

- Да, има такива данни. Дължи се на доста неща. Една от съществените стратегии бе да се намали броят на пушачите и смятам, че тя има добър ефект. Приетите постановления и съответно Законът за забрана на тютюнопушенето на обществени места, доведоха до намаляване на процента на пушещи българи, което има ефект най-вече върху тежките форми на атеросклероза. Това е едното. Другото, блязни ме мисълта, че нашата активна политика на Дружеството на кардиолозите в България към предпазване на населението с профилактични мерки - оптимизиране на храненето, навременно обхващане на хипертониците и диабетиците, навременно обхващане на хиперлипидемията също води до намаляване на заболяемостта.

- Идва зима, а отдавна се знае, че студът е враг на сърцето. Какъв е златният стандарт за лечение на инфаркт от началото на сърдечно-съдовия проблем до постъпване на пациента в лечебно заведение?

- Най-пожелателно е до 90-ата минута от началото на болката пациентът да стигне до звено, което се занимава с модерно лечение на инфаркт, а именно инвазивно лечение, при което незабавно се отпушва виновната артерия. „Златният стандарт“ включва до 45 минути след докосване вратата на клиниката, на пациента вече да е направена реканализация. Тогава най-често трайната увреда на сърцето е почти никаква. И обратно, когато тази реканализация се случва след 6-ия час или пък след 12-ия, тогава ползата от интервенцията е значително по-малка.

- Подмладява ли се инфарктът?

- Имаше известно подмладяване преди години. Аз съм лекувал пациент на 15 години и друг на 90 години. Така че диапазонът е огромен и никой не е застрахован. Въпреки това ние, когато се каже, че са докарвали пациент на 25 г. със симптоми на инфаркт, обикновено мислим, че колегите нещо са объркали. Но за съжаление има случаи, когато диагностиката е точно поставена. Преди месец и половина имахме пациентка на 28 години.

- Какви са новостите в лечението на сърдечно-съдовите заболявания и използват ли се в България?

- Има много нови неща в нашата област и слава Богу, защото модерната диагностика води до навременно и адекватно лечение, а това пък намалява съществено смъртността. Не случайно България е един от шам-

## Доц. Иво Петров: Колегите са наясно с авангардните методики, но нямат възможност да ги прилагат

пионите по намаляване на смъртността от остър миокарден инфаркт, благодарение на стриктното прилагане на европейските клинични ръководства за лечение на инфарктите посредством интервенционните методики. Това е отбелязано в няколко европейски публикации.

Сърдечно-съдовите заболявания имат изключително точна диагностика на лабораторно и на образно ниво, като огромна част от прилаганите изследвания са абсолютно неинвазивни. Такива са финните лабораторни методи, проследяващи много ранни маркери за увреда (тропонин, миоглобин и др.). Също точни, с изключително висока резолюция са изследванията, които сочат увредата на почти микроскопично ниво (ядрено-магнитен резонанс, сцинтиграфия). Така че има възможност за изключително точна диагностика на сърдечно-съдовите заболявания.

Преди три седмици завърши Европейският конгрес по кардиология и там бяха представени много новости в нашата област, включително и в медикаментозната терапия. Един от големите пробиви е медикамент за сърдечна недостатъчност. Повече от 10 години не бяхме имали препарат, който да направи такъв пробив с намаляване на смъртността и броя на хоспитализациите, както в случая с неприлизиновия инхибитор.

В интервенционалната терапия също има сериозен напредък във връзка с клапната патология. Това е имплантиране на клапи с катетър и пластика на митралната клапа. При тези лечения не се налага отваряне на гръдния кош.

- Какво стана със стентовете, Здравната каса плаща само най-евтините. Промени ли се това?

- Най-големият проблем сега са т. нар. стентграфтове (ендопротези) за лечение на аортни заболявания, които все още са извън обсега на реимбурсната система на касата. Ендопротезирането на аортата, въпреки че вече от 5 години е „златен стандарт“ в лечението на аортните заболявания, в България все още не се покрива. Налага се пациентите, с такава индикация да си доплащат. Става въпрос за немалка сума. При това пациентите за едногодишен период не са хиляди, а най-много - стотина. Понякога са мъже в работоспособна възраст. При тях, ако не се приложат навреме те-



*Доц. Иво Петров е специалност по вътрешни болести, кардиология, инвазивна кардиология и здравен мениджмънт. Преминал е обучение по стрес ЕхоКГ във Висбаден, Германия, по инвазивна кардиология и радиология в Института по кардиология и сърдечно-съдова хирургия към Фондация „Фавалоро“, Буенос Айрес, Аржентина. Близо 14 години е работил в УНСБАЛ „Св. Екатерина“, преминавайки през позициите на доброволен сътрудник, асистент, старши и главен асистент в клиниката по кардиология. През 2010 г. придобива академичната длъжност „доцент“. В момента доц. Иво Петров е медицински директор и началник на Клиника по кардиология и ангиология към на „Аджибадем Сити Клиник Сърдечно-съдов Център“.*

зи модерни методи ики, прогноза е много мрачна. Това за мен е безотговорно, да не кажа престъпно.

- Правите ли някакви стъпки за да се реимбурсира от НЗОК модерното лечение?

- Многократни и многостранни. Водил съм разговори на всички нива, както в здравеопазватната система, така и в парламентарната комисия и се надявам най-накрая от тази година да има някакво малко придвижване в правилната посока. Веднъж даже казах на властите, че това вероятно ще се коригира, когато роднина на починал пациент осъди държавата на няколко милиона и се разбере, че българските пациенти са лишени от „златния стандарт“ в областта на лечението на аортните заболявания. Тогава може би ще се сетят властите, че трябва да направят нещо. Всъщност, точно така се е случило в Бразилия. Близките на починал пациент, чието лечение не е било покрито от здравната система, са осъдили държавата за около 10 млн. долара. След това е

започнала каскада от съдебни процеси и тогава се сетили, че задължително на всеки пациент трябва да бъде разяснявано, че ендоваскуларната методика е един от основните методи на лечение и болните имат право на този „златен стандарт“.

- Имате ли достатъчно подготвени лекари, които познават иновативните методи?

- Мисля, че до голяма степен лекарите са подготвени. Вече толкова много конференции, конгреси и учебно-базирани обучения има, че колегите ги знаят и практикуват. Медиците, които се занимават със сърдечно-съдови заболявания в България, са много будни, огромната част от тях знаят английски, така че могат да се запознаят с всяка модерна англоезична литература. Няма какво да се лъжем, новостите излизат на английски език. Смятам, че колегите са наясно с авангардните методики, но тези най-съвременни терапии не получават реимбурсация от НЗОК и на практика няма възможност да се прилагат.

- Колко приблизително

струва един най-модерен стент?

- За торакалната аорта е около 12-13 000 лв., а за коремната аорта, където най-често се налага да се слагат и разклонения към артериите на краката, са нужни около 17 000 лв.

- Какъв е ефектът от реналната аблация при хипертоници?

- На Европейския конгрес бяха изнесени официално резултати от проучване, които показаха, че при пациенти с хипертония определено има ефект от прилагането на ренална аблация. Този метод вече е в клиничните ръководства при хора, които имат резистентна хипертония, т. е. приемат повече от три медикамента от различни групи, включително диуретик и въпреки това поддържат високи стойности на кръвно налягане - над 160 на 90.

- Коя е най-добрата превенция за сърдечно-съдовите заболявания?

- Това е комплекс от мерки. Задължително трябва да има достатъчно движение, защото така се изразходва холестеролът, използва се за енергиен материал. Трябва да има добър контрол над кръвното налягане и стойностите на липидите в кръвта. Специално LDL-холестеролът трябва да е в ниски стойности. И разбира се, хипертоникът не бива да се пуши. Това е изключително важно. Няма система, на която цигарите да не вредят, започвайки от белия дроб, минавайки през сърцето и съдовете, и стигайки до половата функция. Както добре е известно, начинът на хранене трябва да е близък до средиземноморската диета.

- Имаше идея да се поставят дефибрилатори на обществени места. Каква е реализацията й?

-Аз, като българин, се сра-

мувам, че това все още не се е случило у нас, защото го има в цял свят. Излезе едно много голямо проучване при повече от 10 000 души, които бяха наблюдавани в определен период от време. Доказа се, че с разполагането на обществени места на автоматични кардиовертер дефибрилатори, които даже не искат експерт да бъде наличен, за да се спаси човешки живот, се постига превенция за намаляване на внезапната сърдечна смърт. Такива апарати видях и на летището в Хавана, и къде ли не, а в България все още липсват. Може би ще останем единствената европейска страна, в която няма кардиовертер дефибрилатори.

- Оптимист ли сте, че ще успеем да намалим умираемостта от сърдечно-съдови заболявания?

- Надявам се. Това е мисия както на Европейския съюз на кардиолозите, така и на нашето Дружество на кардиолозите в България. Смятам, че полагаме всички възможни усилия в тази посока. Ако имаме съдействието и подкрепата от страна на институциите, надявам се това да го постигнем.

- Какви реформи са необходими в здравеопазването, за да са по-доволни и лекарите, и пациентите?

- Аз не бих поставял акцент върху лекарите. По-скоро бих го поставил върху пациентите, т. е. трябва да имаме оптимизиране на здравната система, така че тя да достигне до нуждаещите се. Трябва да има повече контрол както на входа, така и на изхода, и трябва да има по-правилно разпределение на средствата за здравеопазване. Необходимо е да се даде възможност на допълнителни методи и източници на финансиране, защото е повече от ясно, че в малка България, с нейния относително нисък бюджет, отделяните средства за здравеопазване са недостатъчни. А след като са и неправилно разпределени, нещата стават още по-нерационални. Така че има какво да се направи със сигурност. Смятам, че здравната система трябва да бъде оптимизирана по вида на хибридна здравеопазватна система, каквито са например Японската, Френската, Холандската. При тях има основен социален стълб, който покрива основната част от населението и основните здравни нужди като финансиране, и задължително допълнително здравно осигуряване. То може да подпомогне прилагането на здравни услуги в техния стандартен вариант, а също и навременното въвеждане на новите авангардни методики, които след като придобият гражданственост като „златен стандарт“, трябва да могат да се ползват от болните. Мисля, че в здравеопазването проблемите са наболели, промените са належащи и е крайно време политиците, освен да говорят по време на предизборна кампания, като вземат властта да го направят наистина. Защото това касае здравето на нацията, а това е най-голямото богатство на една държава.



**Необходими документи за издаване на сертификати за работа в чужбина**

1. Копие от лична карта.
2. Копие на диплома за завършено висше образование.
3. Копие на диплома за специалност.
4. Удостоверение от Районната лекарска колегия на БЛС за членство и добра практика.

**За контакти:**  
02/954 94 37 и 0899 90 66 47 - **Ирен Борисова** и 0899 90 66 55 **Яна Тасева**

**XII КОНГРЕС НА БЪЛГАРСКОТО ДРУЖЕСТВО ПО ОФТАЛМОЛОГИЯ**

х-л Рамада, София

19-22 октомври 2017 г.

**Организатори:** Българското дружество по офталмология  
**Контакти:** НЮ ИВЕНТ ООД; eyes@newevent.bg; +359 2 494 94 84; +359 2 494 94 89; +359 2 482 69 80; http://newevent.bg



**VII НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО СПЕШНА ПЕДИАТРИЯ**

хотел Аугуста, Хисаря

20-22 октомври 2017 г.

**Организатори:** Катедра по педиатрия и Медицинска генетика, МУ-Пловдив  
**Контакти:** 0899/190 200

**XIV НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ & VI НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС НА АКУШЕРКИТЕ**

Гранд хотел Пловдив, гр. Пловдив

26-29 октомври 2017 г.

**Организатор:** Българско научно дружество по акушерство и гинекология  
**Контакти:** СБАЛАГ "Майчин дом", София 1431, ул. Здраве № 2; e-mail: bsobgyn@abv.bg



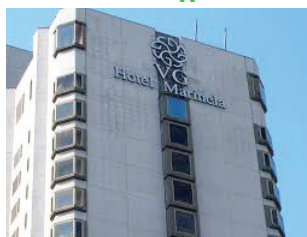
**Проф. Стоимен Иванов** - тел. 02 952-04-06 - организация, фирми;  
**Проф. Милко Сираков** - тел. 02 91-72-444 - програма, резюмета;

**XCVI СОФИЙСКИ ДЕРМАТОЛОГИЧНИ ДНИ "ПРОФ. АСЕН ДУРМИШЕВ"**

х-л Маринела, София.

2-5 ноември 2017

**Организатор:** Българското Дерматологично Дружество  
**Контакти:** д-р Петьо Брезоев - email: treasurer.bdd@gmail.com; buldermsociety@gmail.com; телефон: +359 899 19 64 05



**Полина Илиева** - e-mail: polina@brandea-bulgaria.com; телефон: +359 899 19 64 05

**VIII НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНА КАРДИОЛОГИЯ**

Гранд хотел Пловдив, Пловдив

9-12 ноември 2017 г.

**Организатори:** Българското дружество по интервенционална кардиология  
**Контакти:** info@bulsic.org http://www.bulsic.org

**НАЦИОНАЛНА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОБЩА МЕДИЦИНА 2017**

**Организатори:** Национално сдружение на общо-практикуващите лекари в България (НСОПЛБ)

Гранд хотел Пловдив, гр. Пловдив

18-19 ноември 2017 г.

**Контакти:** НСОПЛБ

**Татяна Симеонова** - офис мениджър; тел.: 0886 61 45 89; тел. 02/ 868 28 94, nsoplbg@gmail.com

**Абонирайте се!**



**Вестникът на българските лекари!**

**Единственото национално издание на БЛС**

**КАТАЛОЖЕН № 401**  
Във всеки пощенски клон

1 година - 21,60 лв.  
6 месеца - 10,80 лв.  
3 месеца - 5,40 лв.

Може да се обадите и на тел.: 0899 90 66 22 - Румяна Тасева

**РЕКЛАМНИ ТАРИФИ**

**за вестник „QUO VADIS“**

Национално издание на Българския лекарски съюз

Вестник "Quo Vadis" излиза от 2000 г. в пълноцветен печат, формат А3, периодичност - веднъж в месеца. Разпространява се чрез абонамент и ръчна продажба.

Абонати на изданието преди всичко са членовете на БЛС. Част от абонамента се извършва директно от Регионалните лекарски колегии, а останалата от "Български пощи" и частни фирми.

Вестникът третира актуалните проблеми на медицинското съсловие, отразява събития, свързани с болничната и извънболничната помощ, включва анализи и интервюта. В "Quo Vadis" публикува медицински статии, посветени на определени заболявания, представят се нови терапевтични продукти.

ПЪРВА СТРАНИЦА		
Цвят	Под главата	Долна част
Черно-бяла	2,00лв./кв. см	1,70лв./кв. см
Плюс един цвят	2,50лв./кв. см	1,90лв./кв. см
Четири цвята	3,00лв./кв. см	2,20лв./кв. см

Цвят	Вътрешна страница
Черно-бяла	1,20лв./кв. см
Плюс един цвят	1,60лв./кв. см
Четири цвята	2,00лв./кв. см

Цвят	Последна страница
Черно-бяла	1,50лв./кв. см
Плюс един цвят	1,80лв./кв. см
Четири цвята	2,40лв./кв. см

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

PR материали - 1.80 лв./кв. см, с възможност за включване на цветно каре до 15% от общия обем на материала.

Отстъпки:

За сума : 1500 - 3000 лв. - 7%                      3000 - 4500 лв. - 10%  
4500 - 6000 лв. - 13%                              6000 - 10 000 лв. - 20%

Изработване на рекламно каре: 0.30лв./кв. см.

**ЗА САЙТА НА БЛС**

**I. Информация за сайта:**  
www.blsbg.com е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

Той съдържа информация за:  
- БЛС (създаване и история, СДО, асоциирани членове, УС, НС)

- Нормативни актове

- Закони
- Подзаконовни нормативни актове
- Медицински стандарти
- ПДМП
- НРД
- Актове на ЕС и БЛС

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

**II. Рекламен период:**

Рекламните кампании в сайта могат да се осъществяват за период не по-малък от 5 - 7 дни.

Стандартните периоди на реклама, които предлагаме са за: 7 дни, 15 дни, 1 месец, 2 до 6 месеца.

**III. Рекламни тарифи:**

**1. Реклами в сайта:**

Цени за 1 ден:

банери	Размери:	без	
		с	препращане
JPEG	195 x 105 px	15 лв.	20 лв.
банер (статичен)	200 x 133 px	18 лв.	25 лв.
	200 x 266 px	26 лв.	29 лв.
FLASH банер	200 x 133px	25 лв.	30 лв.
	200 x 266 px	37 лв.	40 лв.

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

1 месец	- 10%	4 месеца	- 22%
2 месеца	- 15%	5 месеца	- 25%
3 месеца	- 20%	6 месеца	- 30%

**2. Текстови обяви / Платени публикации:**

	7 дни	15 дни	месец	2 - 6 месеца
до 450 знака	15 лв.	10% отстъпка	15% отстъпка	20% - 30%
от 450 до 1000 знака	22 лв. отстъпка			
над 1000 знака	34 лв.			
с включен текстов линк                      плюс 5 лв.				

**3. Нестандартни рекламни форми:**

За изработване на нестандартни рекламни форми цените са по договаряне в зависимост от сложността. Всяка нестандартна рекламна форма се публикува на сайта след проверка от техническо лице.

**IV. Плащане:**

1. Договорните суми за реклама се заплащат не по-късно от 1 (един) работен ден преди старта на рекламната.

2. При неспазване на сроковете БЛС си запазва правото да отложи рекламната кампания.

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

**V. Забележки:**

- ✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.
- ✓ Цените не включват ДДС.
- ✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договаряне
- ✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

# Къде ще е новата фармацевтична столица на ЕС ?



Според проф. Татяна Бенишева, председател на Българска асоциация за лекарствена информация (БАЛИ), критериите за избор на новия домакин на Европейската агенция по лекарствата ЕМА са много общи и оставят всяка държава, която се кандидатира за седалище на Агенцията, да прави каквото иска. Финансовите изисквания не са сред показателите, а техническите изисквания на ЕМА за сградата, която е много сложна и с много специфики, които трябва да бъдат съобразени, също не са били публикувани предварително, за да улеснят кандидатите. „Нещата са завоалирани, за да може активността на всяка държава

да бъде видна и накрая ще има едно политическо решение къде ще бъде новата фармацевтична столица”, убеждена е проф. Бенишева. Нейният екип, който включва още проф. Добриана Сиджимова и доц. Петя Трендафилова от Факултета по обществено здраве към МУ-София, е анализирал всички документи, които са налични в публичното пространство, по кандидататурите за ново седалище на ЕМА.

„Целта ни беше да направим допълнителни индикатори, за да видим дали нещо липсва в документацията, която ЕК е събрала по отношение на кандидататурите на отделните страни-членки. Критериите, по които бяха оценявани отделните кандидати, бяха изключително общи – дали има достъп до агенцията, дали има адекватна логистика, дали има достатъчно международни училища, дали всички социални и медицински условия ще бъдат налични и дали има бизнес-възможности в страната. Това са критерии, които нямат специфичности и са изключително общи. Това дава възможност на всяка една страна-членка да представи своята визия“, категорична е проф. Бенишева.

По думите ѝ там, където се премести Агенцията, ще бъде новата фармацевтична столица на ЕС. „Агенцията е ключова, защото реално тя оценява всички нови лекарства и гарантира качество, ефективност и безопасност на лекарствата на целия Европейски съюз. Тя участва в лабораторната мрежа за лекарства и в нея са включени 50

национални агенции и Европейската комисия. На базата на оценката на ЕМА, ЕК издава едно единно разрешение в ЕС, което означава, че всички ще имат достъп до новите лекарства по едно и също време“, припомня тя. Според проф. Бенишева битката не е за 300-те млн. евро, които Агенцията получава годишно от ЕС. „Реално Агенцията има индиректно влияние върху 250 млрд. евро капитал, тъй като толкова реално е капиталът в ЕС по отношение на лекарствата. Всички консултантски фирми и голяма част от производството ще бъде пренесено в новата страна, която приюти ЕМА. Или както се казва – ще повлече цели икономически сектори и неминуемо това ще се отрази на жизненото равнище на тази страна. В момента ЕМА заема около 20 000 кв. м. площ в сградата, в която се намират, с помещения, в които заседават седемте комитета и около 36 работни групи. В агенцията има разположена и много сложна апаратура, в която се съхраняват електронните досиета на всички лекарства, защитени от патент.

Европейската комисия публикува своята оценка на 19-те предложения, получени от държавите, желаещи да осигурят седалище на ЕМА, на 30 септември. „Комисията спазва решението на държавите-членки критериите да бъдат непретеглени и по тази причина тя не предоставя класиране или предварителен подбор от никакво естество“, се казва в съобщението на ЕК. Окончателното решение къде да бъде преместена Агенцията ще бъде взето през ноември.

## Усъвършенстват системата за съобщаване на нежелани лекарствени реакции

Европейската агенция по лекарствата ще пусне подобрена версия на информационна система на стария континент за съобщаване на нежелани реакции от лекарства. В нея ще са обхванати медикаментите, които са на пазара или са в процес на клинични

изпитвания в Европейското икономическо пространство.

Новата система ще стартира на 22 ноември. В нея ще има подобрени функции за докладване и анализ на предполагаеми нежелани реакции. За тази цел агенцията

ще трябва да трансферира над 11 милиона записа, които вече са докладвани. Поради тази причина системата няма да работи напълно адекватно от 8 до 21 ноември, но това няма да засегне директното докладване на нежеланите реакции от страна на па-

циенти и лекари.

През миналата година в системата са получени 1 238 178 сигнала за нежелание реакции, като едва 47 238 са подадени директно от пациентите. Останалите отново са постъпили от лекари и компании.

## Тютюнопушенето продължава да е сред мощните убийци на планетата

Тютюнопушенето е свързано годишно с над 7 милиона смъртни случая, а близо една пета от починалите са жертва на лошото хранене, сочи изследване, цитирано от Ройтерс. „Като цяло хората днес живеят по-дълго“, изтъква д-р Кристофър Мъри, директор на Института за оценка на здравето към университета във Вашингтон и водещ на проучването. Данните сочат, че най-дълголетни са японците със средна продължителност на живота 83,9 години. Смъртността на децата под 5-годишна възраст

раст за пръв път е паднала в глобален мащаб под 5 милиона, срещу 16,4 милиона през 1970 г.

От регистрираните 54,7 милиона смъртни случаи през 2016 г., 72 на сто са причинени от хронични незаразни болести, като сърдечносъдови заболявания, атеросклероза, диабет. Лошото хранене, бедно на плодове, зеленчуци и рибни продукти, както и прекалената употреба на сол, са довели до над 10 милиона смъртни случая през изтеклата година, които представляват 18,8 процента от глобалната годишна смъртност.

## Испания – първенец по трансплантации

Испания се превърна в световен лидер при трансплантациите с 4818 осъществени присаждания на органи през миналата година, съобщава електронното издание „Локал“. В Испания е имало 43,4 донора на 1 милион души от населението през 2016 г. Това е значително повече от 19,6 донора средно за ЕС и 26,6 донора средно за САЩ според данните на Министерството на здравеопазването.

Испания е модел, от който много други държави трябва да вземат пример, написа специализираното американско издание „Джърнъл ъф трансплантейшън“. Донори в Испания могат да бъдат и лица, навършили 65 години, въпреки че в доста държави има възрастово ограничение за това. Около 10% от донорите на органи дори са хора на възраст над 80 години, става ясно от представените данни.

Общо 86 000 души са имали нужда от трансплантация в държавите от ЕС, Норвегия и Турция през 2014 г. Според статистиката, 16 души умират всеки ден, докато чакат за присаждане на орган. В Испания броят на чакащите нов орган е намалял до 5477 души през 2016 г. от 5673-ма.

Според регистрите на Агенцията по трансплантации у нас най-много болни се нуждаят от присаждане на бъбрек - 1023-ма. За трансплантация на черен дроб чакат 47 души, а за сърце - 36. Нуждаещите се от бял дроб и панкреас са съответно 12 и 11 пациенти, но такива трансплантации у нас все още не се извършват.

## Експерти обмислят разширяване на имунизационния обхват у нас



Държавите от ЕС имат почти вековна традиция в дейностите по национални имунизационни програми и благодарение на масовото им прилагане някои болести са вече изкоренени в целия свят (включително едрата шарка), докато за други се очаква скоро да бъдат елиминирани (полиомиелит, морбили).

В България през последните 5 години, от 2012 до 2016 г., постигнатият среден имуниза-

ционен обхват с основни имунизации при децата до 2-годишна възраст е следният: срещу туберкулоза - 96,6%; срещу вирусен хепатит тип Б - 93,7%; срещу дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит - 92,1 %; срещу пневмококови инвазивни инфекции - 91,9%; срещу морбили, паротит, рубеола -93,1%. Според родните експерти нужно е да се увеличи имунизационният обхват, тъй като в страната ни все

още има рискове от локални и регионални епидемии.

По време на кръгла маса в Народното събрание, посветена на съвременните предизвикателства в профилактиката на ваксинопредотвратимите заболявания, главният държавен здравен инспектор д-р Ангел Кунчев е заявил, че от 2019 г. има възможност да се отмени още един прием на ваксината срещу туберкулоза. Такава е и препоръката на Световната здравна организация. В девет европейски държави изобщо не се прави имунизация, а в други приемите са по-малко.

Експертите са обсъдили необходимостта от

въвеждане на имунизация срещу варицела. От тази шарка годишно се разболяват около 30 000 души и в някои случаи заболяването води до сериозни усложнения. По този повод д-р Скендер Сила, представител на СЗО в България е заявил: „Всяка смърт от ваксинопредотвратимо заболяване е неприемлива трагедия“.

В навечерието на грипния сезон експертите на СЗО и българските епидемиолози препоръчват за прилагане иновативните четиривалентни противогрипни ваксини, каквито вече се предлагат и в нашата страна. Оптималното време за ваксиниране е до края на октомври.

## Увеличават се ХИВ-позитивните в Европа

Един на всеки шест нови случая на зараза с ХИВ - вируса, причинител на болестта СПИН, в Европа се диагностицира сред хора над 50-годишна възраст, съобщават Ройтерс и Франс прес, позовавайки се на изследване на Европейския център за профилактика и контрол върху заболяванията.

Авторите му са установили постоянен растеж на новите случаи на зараза с ХИВ сред по-възрастното население в региона през последните години. При хората над 50 години вероятност заразата да е в напреднал стадий е по-голяма, отколкото при по-младите, както и тя да е резултат от хетеросексуален полов контакт. „Изследването ни навежда на мисълта, че епидемията от ХИВ еволюира в нова посока. Това веро-

ятно се дължи на недостатъчната осведоменост на по-възрастните хора за вируса и за начините, по които се предава“, казва ръководителята на екипа Пара Тавоши. Схващането, че по-възрастните хора са изложени на по-нисък риск от зараза с ХИВ, се споделя и от някои здравни служители, в резултат на което съответните мерки за действие са ориентирани предимно към индивидите под 50-годишна възраст, отбелязва специалистката. Тавоши изтъква необходимостта от по-изчерпателни програми за превенция, насочени към по-възрастното население на Европа.

За целите на изследването са анализирани новите случаи на зараза с ХИВ за периода 2004-2015 г. в 28 страни от Европейския съюз плюс

Исландия, Лихтенщайн и Норвегия. Анализът е показал, че за посочения период процентът на новите диагностицирани случаи на зараза с ХИВ сред по-възрастното население се е увеличил в 16 страни - Белгия, България, Чехия, Естония, Германия, Гърция, Унгария, Ирландия, Латвия, Литва, Малта, Норвегия, Полша, Румъния, Словакия и Великобритания. Новите случаи на зараза с ХИВ сред хората над 50 години за посочения период надхвърлят 54 000. Същевременно диагностичният процент сред по-младото население на възраст между 15 и 49 години остава относително непроменен. В тази възрастова група годишно се диагностицират около 11,4 на 100 000 души или над 312 000 нови случая за периода 2004-2015 г.

# УРОЦИТЕ НА ПРОФ. ВИРХОВ

От историята знаем, че проф. Рудолф Лудвиг Карл Вирхов е германски учен и политик от втората половина на 19 век. Бил е лекар, хистолог, патологоанатом, физиолог, антрополог. Занимавал се е с изследвания на тежки и нелечими за неговото време инфекции.

Той е един от основателите на клетъчната теория, която прави революция в научното мислене. Широко известно е становището му, че „клетката възниква само от клетка“, с което се слага край на вековния спор за самозараждането на организмите. По-малко обаче се знае за странностите на професора

Покрай антропологията той се е занимавал с ар-

хеология. Участвал в проучвания заедно с Хайнрих Шлиман при разкопките на Троя. Огромната му любовознателност била причина за неговите пътувания до Египет, Нубия и Пелопонес, както и за разнообразни изследвания, включително и на мумии.

Не е пресилено да се каже, че проф. Вирхов се изявявал активно като социален медик и организатор на здравеопазването. Амбициите му в това направление са поучителни и днес. Неговите проучвания върху инфекциозните болести дали тласък на полезни нововъведения и преустройства в тогавашните болници, станали повод за хигиенизиране на населените места. Бла-



годарение на енергичния професор-политик Берлин през втората половина на 19-ти век бил чист и благоустроен град.

Изследвайки в Силезия пациенти, заразени с тиф, по време на тогавашната епидемия, ученият стигнал до извода, че лекарите са естествените защитници на бедните Това е истина, установена още от Хипократ и запазила значение то си до днес. Вирхов бил убеден, че практическата медицина е тясно свързана със социалните реформи. От тази позиция той отразявал медицински и обществени проблеми в списание «Здравна реформа», което издавал. В текстовете не забравял да включи и деликатни въпроси, по-

гледнати от смехотворен ъгъл. За тази особеност на учения свидетелстват също достигналите до нас анекдоти.

По време на изпит Вирхов се обърнал към свой студент с думите:

- Представете си, че при Вас дойде пациент с остра бъбречна болка. Какво ще направите?

Студентът отговорил бързо:

- Най-напред ще му дам морфин, за да успокоя болката.

- Отлично, в каква доза? - Това бил следващият въпрос.

Студентът се поколебал:

- Половин грам.

- И къде ще скриете трупа?

Заинтересувал се професорът. \*\*\*  
На една от демонстрациите по физиология Вирхов отстранил част от мозъка на

жаба. След манипулацията тялото ѝ конвулсивно потрепвало и студентите се разсмели. Професорът реагирал веднага: „Сега виждате, господа, колко малко мозък е нужен, за да се развесели цялата аудитория!“ \*\*\*

Току-що дипломирал се млад човек поискал да стане асистент на прочутия учен. Когато се срещнали младежът заявил: „Г-н професор! Казаха ми, че сте груб, недосялан пън, но аз съм толкова заинтригуван от Вашите изследвания, че съм готов да бъда само едно стъбълце от велик дънер като Вас.“

Първоначално по лицето на Вирхов преминала сянка на изненада. После проличало, че е поласкан и след кратко мълчане казал: „Думите ти са дръзки, говорят за голяма смелост, а тя е нужна на учения. Приемам те за помощник.“

## РАЗГАДАВАНЕТО НА БИОЛОГИЧНИЯ ЧАСОВНИК ДОНЕСЕ НОБЕЛ НА ТРИМА УЧЕНИ



Три американски изследователи са тазгодишните носители на Нобеловата награда за медицина и физиология. Това са Джефри Хол, Майкъл Росбаш и Майкъл Йънг, които са открили молекулярен механизъм, контролиращ циркадният ритъм, по-известен като биологичен часовник. Отличието ще им бъде връчено на официална церемония в Стокхолмската концертна зала на 10 декември - в деня на кончината на основателя на Нобеловата награда Алфред Нобел.

Американските учени са изследвали молекулярните механизми на биологичния часовник в организмите. Откритията им обясняват как растенията, животните и хората променят биологичния си ритъм така, че да го синхронизират с въртенето на Земята. Според Нобеловия комитет

новите знания в тази област могат да попълнят липсващите елементи от общото познание за функционирането на живите организми. „Животът на Земята е адаптиран спрямо въртенето на нашата планета. В продължение на много години ние знаехме, че живите организми, включително хората, имат вътрешен, биологичен часовник, който им помага да се нагаждат спрямо постоянния ритъм на денонощието“, посочват от Нобеловия комитет.

### КАК РАБОТИ ВЪТРЕШНИЯТ ЧАСОВНИК?

Използвайки плодни мушици, тримата учени са успели да изолират ген, който контролира нормалния биологичен ритъм. Те са установили, че този ген изгражда протеин, който се произвежда в клетката през нощта и намалява количеството си през деня. В последствие те са идентифицирали и друг компонент на протеина, поясняващ механизма, който ръководи биологичния часовник на клетката. Вътрешният ни часовник регулира някои съществено важни функции на тялото и мозъка ни като поведението, нивата на хормони, съня, телесната температура и метаболизма. Също така здравето на чове-



ка се повлиява, когато има несъответствие между околната среда и вътрешния ни биологичен часовник и това може да доведе до повишен риск от редица болести.

През 70-те години на миналия век екип от учени си задава въпроса дали е възможно да се установят гените, които контролират биологичния часовник на плодните мушици. Става ясно, че мутации в неизвестен ген пречат на циркадния ритъм на насекомите. Как обаче този ген, наречен period, влияе на вътрешния ни часовник? Тазгодишните нобелови лауреати са разгадали именно начина, по който часовникът работи. През 1984 г. Джефри Хол и Майкъл Росбаш, работейки съвместно с университета „Брандис“ в Бостън, и Майкъл Йънг от университета „Рокфелер“ в Ню Йорк, успяват да изолират gena period. След това Хол и Росбаш откриват протеина PER, произвеждан от гена, чиито нива

се променят в зависимост от времето.

### НОБЕЛОВАТА НАГРАДА

се състои от златен медал, диплом и парична сума в размер на 9 милиона крони (944 000 евро). Тази година паричната награда е увеличена с 1 000 000 шведски крони (12,5%) до 9 000 000 крони. Въпреки това сумата остава под най-високото си ниво през 2011 г., когато победителите получили 10 000 000 крони. Проблемът е, че няколко поредни години с големи разходи са довели до съкращения в Нобеловата фондация и финансови проблеми. Те обаче вече са преодолени, твърдят от там. Финансовата база за наградите е сума, дарена съгласно завещанието на Алфред Нобел и се управлява от фондацията, основана през 1900 година.

Първата Нобелова награда за физиология или медицина е връчена през 1901 г. на Елим Адолф фон Беринг (Германия) „за работата му върху серумната терапия, специално за прилагането ѝ при дифтерия, с което той отваря нов път за медицинската наука и дава на лекарите победоносно средство против болестта и смъртта“. Сред по-известните учени, получили Нобеловата награда за физиология или медицина, са руският Иван П. Павлов през 1904 г., германският Роберт Кох - 1905 г., британецът Александър Флеминг - 1945 г., американците Джордж Бидъл, Едуард Тейтъм и Джошуа Ледърбърг през 1958 г. и други.

## „ПИСАЛКА“ РАЗПОЗНАВА РАКОВИТЕ КЛЕТКИ

Това става за 10 секунди. Уредът е изработен от учени от Университета в Тексас. Технологията може да даде допълнителна сигурност на хирурзите при операциите на онкоболни. А тестовете с нея, публикувани в сп. „Science Translational Medicine“, показват, че тя е безпогрешна в 96 на сто случаите.

MasSpec Pen разпознава туморните клетки, благодарение на уникалния им метаболизъм, обясняват учените от Тексас. С едно докосване „писалката“ взема проба от тъканта, като ѝ прави светкавичен анализ. Устройството е свързано с мощен маспектрометър, който за секунда може да анализира масата на хиляди химикали.

Апаратът буквално взема „химически отпечатък“, който ориентира хирурзите дали режат здрава или ракова тъкан, обяснява пред „Би Би Си“ химикът от Тексаския университет д-р Ливия Еберлин. Именно това е едно от предизвикателствата при операциите на онкоболни - всички злокачествени клетки да бъдат изчистени, за да не се стигне до рецидив на болестта. При някои тумори - като мозъчните например, рискът от увреждания, ако хирурзите се презастраховат, е голям и тук на помощ може да дойде „писалката“, смятат US-учените. „Инструментът, който разработихме е елегантен и протъ. Освен това, няма

пречка за кратко време да се озове в ръцете на хирурзите“, вярва д-р Еберлин.

Тестовете с „писалката“ в операционните ще започнат през 2018 г. Досега изследователите са проверявали възможностите ѝ само в лаборатория. Анализирали са проби с диаметър 1.5 мм. Но, за да развият прецизността на технологията, сега ще опитват и с по-малки - около 0.6 мм. Голямо предимство на MasSpec Pen е, че е изключително евтин.

Не така стои въпросът с маспектрометърът обаче, който е скъп и доста обемист. „Работим над по-малък вариант, който да е подходящ за операционна и да е по-евтин“, уточнява д-р Ебелин. Колегата ѝ в екипа - хирургът д-р Джеймс Сълибурк, пък е категоричен: „Заслужава си всеки опит. Целта ни е да предложим на пациентите по-прецизна, по-кратка и по-безопасна операция“.

Разработката на екипа от Тексас получава адмирации и във Великобритания. „Вълнуващо изследване като това има потенциала да скъси времето, за което лекарите доказват дали клетките са злокачествени. А по-бързият отговор на този въпрос по време на операция дава по-добри възможности за пациентите“, коментира д-р Айн МакКарти от Центъра за изследване на рака във Великобритания.

## ГЕННА АНОМАЛИЯ ПРЕДОПРЕДЕЛЯ СТРАСТТА КЪМ ЦИГАРИТЕ

Защо някои стават заклети пушачи, които палат буквално цигара от цигара, а други се задоволяват с много по-малко? Учени намериха нов отговор на този въпрос и хвърлиха вината върху гените.

Международен екип под ръководството на изследователи от Оксфордския университет анализирал ДНК на 140 000 пушачи и непушачи и установил, че хора с определени мутации на хромозоми 8 и 19 са много по-податливи на никотиновата зависимост от останалите. Съответно пушат много повече цигари на ден от тези без генната аномалия. И много по-често заболяват от рак на белите дробове.

„Откритието ще повиши възможността да откриваме застрашени хора и да ги убеждаваме с по-силни аргументи да откажат цигарите“, казва Кери Стефансън, ръ-

ководител на едно от трите паралелно проведени изследвания. Резултатите са публикувани в сп. „Nature Genetics“.

### ПАЛИТЕ ЛИ ЦИГАРА, КОГАТО ДЕТЕТО ВИ Е ДО ВАС?

Според ново изследване пасивното пушене може да повиши трайно кръвното на децата. Особено ако майката е пушачка, съобщава сп. „Шпигел“. До този извод стигат експерти от Университетската клиника в Хайделберг, Германия. При това високото кръвно на малчуганите може да се задържи чак докато пораснат. А то е един от рисковите фактори за инфаркт и инсулт.

За целите на изследването са прегледани 4000 деца на възраст 5 до 6 години. При една трета от тях бащите са пушачи, при 20,7% - майките, при 12 на сто - и двамата родители. Децата, които са

принудени да дишат вкъщи дима от цигарите на родителите си, се оказали с 21% по-висок риск да заболяват от високо кръвно налягане. По-страшно е, когато майките пушат - вероятно защото те го правят по-често вкъщи за разлика от бащите, които палат основно когато са на работа, предполагат учените. Така наред с наднорменото тегло и високото кръвно налягане на родителите, пасивното пушене е допълнителен риск за високо кръвно и при децата, пишат експертите в специализираното издание „Circulation“ на Американската асоциация за сърдечни заболявания.

„Не оставяйте децата си да дишат цигарен дим, това може да има дълготрайни вредни последствия“, съветват хайделбергските лекари, ръководени от директора на Центъра за детска и младежка медицина Георг Хофман.



## Конкурс на БЛС

В тази рубрика представяме творби в различни жанрове, но написани от лекари и посветени на една вълнуваща тема – бъдещето на медицината. Крайният срок за участие е 7 април 2018 г.

(Повече подробности може да прочетете на сайта на БЛС.)

# ПОЛЕТ В БЪДЕЩЕТО

Да се предрича бъдещето е рискована и неблагодарна дейност, при все че много учени, включително компютърни специалисти, правят това. Теоретично съществуват възможности за продължаване на човешката еволюция:

1. Еволюцията на човека може да продължи в резултат на позитивни мутации – посредством естествена или изкуствена селекция;

2. Еволюцията може да спре – има животински видове, които не са се променили стотици хиляди или милиони години;

3. Не е изключено да се осъществят технологии, която да продължи еволюцията;

4. Ако се колонизират други планети, човешката еволюция може да придобие друг ход.

За да се предрича условно бъдещето физическо и интелектуално развитие на човека, трябва да приемем, че няма да настъпят никакви съществени промени и катаклизми на планетата и, че човешката цивилизация ще продължи да се развива в положителна насока. Съществуват изчисления, че нашата планета има възможността да поддържа живота за около 3 милиарда години. Има чисто теоретична възможност, човешкият вид да се раздели на нови човешки видове. Възможно е човечеството да бъде застрашено от нови видове и щамове вируси и бактерии, но досегашният опит показва, че медицината се е справила и ще се справи.

Хората на бъдещето вероятно ще бъдат по-слаби физически. Допуска се, че пръстите на ръката ще станат по-тънки. За този процес ще допринесе непрекъснатото използване на iphones, ipads и други touch-screen технологии. Изправеният ход на човека е довел до намаляване дължината на пръстите на ходилата. Някои учени приемат, че малкият пръст на хората в бъдеще ще изчезне, поради по-същественото прехвърляне на тежестта към големия пръст.

От хилядолетия хората са започнали да губят голяма част от тяхното предишно окосмяване. Вероятно този процес е имал редица причини, като използването на дрехи, но вероятно основната причина е била, че мъжете са започнали да харесват по-малко окосмените жени, чито деца са наследявали тази промяна. Съществуват предположения, че могат да се осъществят промени в цвета на кожата, като се формират хроматофори (клетки, произвеждащи пигменти с различен цвят като при редица животински видове). Някои учени



Акад. проф. д-р Владимир Овчаров, д.м.н.:

## Очаквам нови постижения на човешкия род и неговото благополучие

приемат, че в бъдеще, след милиони години, ще настъпят големи промени в областта на лицето – плоско лице, големи кръгли очи и малък нос. Ако това се осъществи е много любопитно, какво ли биха си мислели бъдещите хора за нашите сегашни лица.

Има учени, които допускат, че в резултат на глобализацията е възможно да се заличат расовите различия и хората ще бъдат много по-еднакви, отколкото сега. Допуска се, че при този процес е възможно да изчезнат русите и червените коси, също и сините очи, тъй като техните гени са рецесивни. Не е изключено в този процес тъмнокозите и спотъм-на кожа индивиди да станат физически по-силни и сексуално по-активни.

В бъдеще все повече хора ще носят очила, тъй като генът за късогледство е доминантен, а все по-нарастващото четене и използване на компютърния екран ще допринесат в това направление. Има изследвания, които показват, че вероятността за по-висока интелигентност е четири пъти по-висока при хора с късогледство, отколкото при тези с нормално зрение.

Хората на бъдещето вероятно ще бъдат по-чувствителни на патогени, т. е. ще имат по-слаба имунна система. За това ще допринесат антибиотиците и другите лекарствени средства и като

цяло човечеството ще стане по-зависимо от медицинските технологии. Еволюцията не всякога е прогресивна. Трябва да допуснем, че процесът на удължаване на живота и развитието на новите лекарствени средства и технологии ще допринесат за това. Човечеството ще има за цел да се пребори с все повече увеличаващия се брой на алергичните и сърдечно-съдовите заболявания, с диабета и депресиите, ще възникват нови предизвикателства пред медицината. Човекът еволюционно не е нагоден за живота в големите градове и даже в селата. Човечеството ще трябва да се справи с липсата на достатъчна физическа активност.

Сериозен и от най-изключително значение е и въпросът как ще се развиват интелектът на Хомо сапиенс, менталните и когнитивните качества на човека в бъдещето. Как ще се развиват междуличностните отношения, които и досега са от съществено значение в хода на еволюцията на мозъка? Възможно ли е да настъпи процес на отслабване на човешкото агресивно поведение на хората и какво трябва да се направи за това? В невронауката има правило – „ние сме това, което е нашият мозък“. Вижданията за неговото развитие можем да разделим в три основни групи. При първата се приема, че човешкият мозък е дос-

тигнал сега своето върхово развитие. Идеята на някои хора, че ние използваме само 10% от нашия мозък, е несъстоятелна. Индивидът използва своя интелектуален капацитет при дадените условия – генетични фактори и условията, в които се намира и живее. Би могло да се направи нещо повече в посока за промяна в условията на живот. Правилното интелектуално развитие на детето с помощта на родители и учители от най-ранна възраст е изключително сериозен и съществен процес за достигане на генетично заложен интелектуален потенциал на индивида. Този процес на обучение изисква продължителни усилия и време. Дори и най-добрият генетично структуриран мозък, без адекватно и правилно обучение, няма да постигне съществени успехи. Мозъкът притежава пластичност, т. е. могат да се образуват нови синапси и да се формират нови невронални вериги и мрежи, което би подобрило неговият капацитет. При неактивно използване на капацитета на мозъка, се допуска, че някои невронални вериги и мрежи се увреждат, като синапсите „запустват“.

Втората възможност за бъдещето е песимистична. Представителите на това виждане приемат, че ще настъпи деволюция на мозъка, като причината за това

на първо място е невъзможността да се осъществява естествена селекция при съвременния човек. Икономическото развитие и материалното благоденствие, развитието на културата и другите придобивки на съвременното общество, дават възможност за преживяване и на най-слабите индивиди. Според мен тази теория, и да има нещо вярно, е неприемлива, защото срещу нея могат да се поставят огромно количество противоположни фактори.

Третата теория е, че капацитетът на човешкия мозък, когнитивните му и други възможности ще продължат позитивно да еволюират. Една от възможностите за това е да допуснем нови гени мутации с позитивен ефект. Пример за това са мутациите на гена за микроцефалин преди 37 000 години, довел до „Големия скок в развитието“, който е направил възможно нашите прадеди да достигнат до способността да рисуват, да създават музика, да правят сечива и да ги усъвършенстват, да открият боговете. Този ген сега е наличен при 70% от човешката популация. Мутацията на гена ASPM внушава, че човешкият мозък е все още в еволюция. Възникването на нови варианти на тези гени или създаването на нови може съществено да промени нашата история. Има изследователи, които

работят за идентифицирането на части от човешкия геном, които определят интелигентността на Хомо сапиенс. При положение, че те успеят, новите познания биха могли да доведат до създаването на по-интелигентна човешка популация. Този път е много примамлив, само при положение, че няма да доведе до произведения на Франкенщайн.

Другата възможност за повлияване на бъдещата еволюция е теоретична, но има много такива изследвания, които показват влиянието върху мозъчните функции на лекарства и други вещества. Тук има много широко поле на действие, но и много скрити мини по този нелек път.

Друг много по-възможен сценарий за обозримото бъдеще е нарастващата мощ на компютърните науки. Най-лесният начин в това направление е да се предостави възможност за компютризация и на най-малките населени места на планетата. Специалистите са в състояние в близките 10 години да направят компютър, който да функционира милиарди пъти по-бързо от човешкия мозък. Има данни, че интензивната работа с компютър ускорява обучението посредством създаването на нови невронални вериги. Осъществяването чрез новите технологии на интерфейс мозък-машина ще повиши когнитивните и сензорни възможности на човешкия мозък. Създаването на изкуствен интелект ще даде възможност да повишим неимоверно своите възможности. Връзката мозък-компютър може да доведе човешката интелигентност до по-високи нива.

Мозъкът на съвременния човек има редица качества, които показват, че той може да прогресира в своето развитие и да еволюира в позитивна посока – мозъкът винаги е способен за промяна, обучението дава възможност да се създадат нови креативни невронални вериги и да се надмине генетичната предиспозиция. Една възможност за запазване на интелектуалния потенциал на хората е пример от нашето общество. Учени, музиканти, политици, които продължават да работят след т.нар. пенсионна възраст, показват много малко признаци на ментално остаряване почти до края на живота си.

Очаквам по-нататъшната еволюция на мозъка да доведе до полет на медицината, до нови постижения на човешкия род и до неговото благополучие.

(Източник: сп. „Социална медицина“, със съкр.)

# УТОПИСТИ, КОИТО ПОЗНАВАТ ЖИВОТА

## 61-ви Международен конгрес на лекарите-писатели



Между 13-ти и 17-ти септември тази година в Гранд-хотел Пловдив се проведе 61-вият Международен конгрес на лекарите-писатели с надслов „Медицина и мир“. Той е организиран от UMEM (Union mondiale des écrivains médecins) и Съюза на писателите-лекари в България „Димитър Димов“, със съдействието на Медицински университет-Пловдив, Съюза на българските писатели

и община Пловдив. Кандидатурата на България за домакин на конгреса бе спечелена с един глас пред кандидатурата на Португалия през 2016 г. на 60-тия конгрес, проведен в гр. Бергамон на езерото Коммо – Италия. Тогава по предложение на председателя на Съюза на писателите-лекари в България проф. Златимир Коларов бе гласуван и надслова.

### Участниците в конгреса

размениха помежду си свои публикувани творби, споделиха творчески намерения, вълнения, прозрения и идеи за бъдещи срещи и контакти. Като автори, слушатели и гости на този форум участваха над 70 души от Франция, Италия, Германия, Португалия, Швейцария, Румъния, Полша и България. Свои творби – есеистика, поезия, белетристика и публицистика прочетоха 30 автори на родните си езици, преведени на английски, френски и немски и публикувани в книжка с надслов „Медицина и мир – Пловдив, 2017 г.“. Бяха проектирани документалните филми „Триптих за Димитър Димов“ и „Цената на дълголетие“ със сценарист Златимир Коларов и режисьор Валентина Фиданова-Коларова. Гостите бяха силно впечатлени от богатата интелектуална биография на проф. Димитър Димов – патрон на Съюза на писателите-лекари в България. Бяха силно заинтригувани от съчетанието на медицина и изкуство, от нестандартния начин на показване на проявите на остеоартрозата – най-честата ревматична болест. Поради изтичане на мандата на местата на бившия вече председател на UMEM Харалд Раухфус от Германия и секретар Франсоаз Вери Ба от Швейцария бяха избрани: президент – Роланд Ноел от Франция, вицепрезидент – Мария Жозе Леал от Португалия и секретари – Симоне Бандерали от Италия и Златимир Коларов от България. Бе гласувано конгресът през 2018 г. да се проведе в град до Базел, на границата между Швейцария и Германия.

### Социалната програма

включваше вокални и танцови изпълнения на студенти-медици, увлекли някои от чужденците в своето право хоро на дансинга. Проведе се и „На кафе при Ректора“ с разглеждане на Лекционния център и демонстрации на възможностите на Симулационния център на университета – изключително модерен за света и единствен в страната, където с компютърни програми, макети и манекени студентите

Международният съюз на писателите-лекари UMEM (Union Mondiale Des Ecrivains Medecins) е създаден от френския лекар поет д-р Пол Ноел през 1945 г., а Първият конгрес е проведен в Сан Ремо, Италия през далечната 1956 г. Десет години по-късно проф. Димитър Димов, специалист по ветеринарна медицина, който по това време е председател на Съюза на българските писатели, получава писмо от д-р Ноел, с покана наши медици да се включат в световната организация. Това става чак през 1975 г., когато д-р Лю-

бен Станев участва за първи път в ежегодния конгрес на UMEM, проведен на о. Корфу. По негова инициатива се оформя група на писатели-лекари с участието на Валери Петров, Евстати Бурнаски, Рада Московска и др. В началото на 90-те години се създава „Клуб на писателите-лекари“, председателстван от Любен Станев, който е и вицепрезидент на Международния съюз на писателите-лекари, член на Организацията на обединените нации за образование, наука и култура.



придобиват диагностични и терапевтични практически умения.

Още в началото участниците във форума бяха развълнувани от петнадесетминутен филм-импресия на Валентина Фиданова-Коларова, който оживи спомени от проведената миналата година конгрес в Бергамон-Италия. С много емоции бяха свързани и срещите с богатата история на Стария Пловдив. Гостите разгледаха изложби и емблематични къщи. Насладиха се и на „Най-доброто от Верди“ в Античния театър – юбилеен концерт на маестро Борислав Иванов по повод 65-ата

годишнина на юбилярна оперната сцена. Лекарите-писатели от чужбина бяха силно впечатлени от красивите български оперни гласове, виртуозното оркестрово изпълнение, брилянтното дирижиране и интелигентната публика, изпълнила докрай театъра под звездното небе. Развълнувани бяха от посещенията си в Бачковския манастир и екскурзията до Перперикон.

### Поздравления и благодарности

за перфектната организация на този форум получи проф. Златимир Коларов.

Приветствия към конгреса отправиха Боян Ангелов – председател на Съюза на българските писатели, чл.-кор. проф. Стефан Костянев – ректор на Медицински университет в Пловдив, г-жа Мина Димовска – директор на „Дирекция култура и културно наследство“ на община Пловдив. Ректорът, изкушен от литературата, авторът на няколко книги с афоризми – чл.-кор. проф. Стефан Костянев, се обърна към присъстващите с думите:

„Живот без творчество е пилеене на отреденото ни време. Няма значение, че зад всяко твор-

чество се крие отчаяната надежда за капчица безсмъртие и че шансот за безсмъртие е колкото при скок от самолет, но без парашут. От значение са опитът за летене и самото летене, каквито има при истинското творчество.

Творчеството е мост между душата и реалността, който виси в пространството между тях... На лекаря се доверяйте, а на писателя – повярвайте! Затова когато пред вас стои лекар, който е и писател едновременно да му се доверите и да му повярвате. На добър час!“

Вълнуващо бе словото на проф. Златимир Коларов, носител на 12 награди за белетристични и 8 за кино-творби. Това слово бе всъщност откровение, което завършваше така:

„Един критик преди време каза, че пиша за малкия човек, че той е в основата на голямата част от творчеството ми. С риск да го засегна ще кажа, че не съм съгласен – няма малък и голям човек. Всеки човек е голям. Има онеправдан човек, онеправдани хора. За тях пиша. Те са всеки ден, всеки миг край нас, но забързани в задъханото си ежедневието не ги забелязваме или, като ги забележим, ги отминаваме с пренебрежение и безразличие, граничещи с неприязън, осакатяващ най-ценното в душите ни – любовта към ближния, на която ни учат Христос, Буда, Мохамед, всички човешки богове, а ние опорочаваме уроците им с дребните си човешки страсти за величие, надмощие и власт.

Чувал съм някои автори да казват: Книгите, филмите, разказите, стиховете са моите деца. И с това не съм съгласен! Нищо не е по-велико от децата и мира! Всичко, което правим е за тях – от семето, което се в

полето земеделецът и обувките, които шие обувчарят до изясняването на генетичния код от генетика, строенето на ракети от конструктори и инженери и откриването на галактики и планети от астрономи. А книгите, филмите, разказите, стиховете са нашите творения, в които сме засекретили нашите изстрадания, лични, малки истини с надеждата някой да ги дешифрира и да им повярва.

Като се замисля, констатирам с неудовлетворение и много болка: Човечеството не си е научило урока по история и човечност – примерите са безбройни: Сирия, Ирак, Чечня, Украйна... Светът продължава да се тресе от войни, разруха, атенатати, невинни жертви, бълващи смърт оръжия, планини от кости, реки от кръв. И хиляди убити, хиляди вдовици и сираци без бащи, хиляди майки в черно, виещи като вълчици над пресните гробове. И няма кой да чуе пропитите им с болка гласове, да надникне в помръкналите им очи, останали без сълзи, в изсъхналите им сърца, останали без кръв... Надеждата някой да се замисли върху тази тъжна констатация е поводът за откровението ми сега пред вас.

Въпреки това – мисля си – ние, писателите, сме познаващи живота утописти. Ако не вярваме, че светът може да стане по-добър, няма да можем да творим, което означава да живеем. Това важи още повече за нас, които освен писатели, сме най-вече лекари.

Добре дошли в България, скъпи гости и колеги!“

Казват, че едно домакинство е толкова по-успешно, колкото по-добре са се чувствали гостите и колкото по-силно е желанието им срещата да се повтори. А в края на 61-вия Международен конгрес непознати до момента колеги се разделят като приятели. Всеобщо е възхищението от всичко видяно и чуто у нас. И няма съмнение – конгресът е емоционален старт за ново споделяне на изстрадания мечти, прозрения и истини, за вълнуващо творческо сътрудничество.