

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

ЗАЕДНО ЗА ПОВЕЧЕ ЗДРАВЕ

Лекари и фармацевти се обявиха за надпартиен консенсус за ускорено развитие в сектора

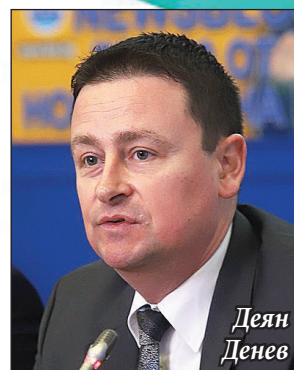
Обещания за реформи, политически мантри и звучащи привлекателно заклинания. Това получават българските граждани дни преди изборите за нов парламент. По данни на Алфа Рисърч, в година, преминала под знака на пандемията от Ковид-19, 82% от българските граждани очакват да чуят позициите на борещите се за гласа им партии на тема здравеопазване. Този път обаче добре познатият лозунг „Да изгоним търговците от храма“ вероятно няма да сработи, тъй като вече се е доказал като клише. Нужни са конкретни и структурирани решения.

Именно за такива настояват от инициати-

вата „Заедно за повече здраве“, която обединява Български лекарски съюз, Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители и Български фармацевтичен съюз. Съсловните организации настояват всички политически сили, които влязат в парламента, да се обединят за надпартиен консенсус за ускорено развитие на здравеопазването.

Сред исканията на „Заедно за повече здраве“ са увеличаване на инвестициите за медицински кадри, нови технологии и електронно здравеопазване, които да гарантират прозрачност при разпределянето на отделните средства. Защото подобряването на сектора трябва да се превърне в дългосрочна цел с ясен времеви хоризонт. Как общите цели могат да послужат за отправна точка при взимане на конкретни решения – четете в „На фокус“.

Там председателят на БЛС д-р Иван Маджаров и изпълнителният директор на ARPharM Деян Денев излагат основната идея и мисия на предложния надпартиен консенсус, който се надяват да бъде припознат от новите 240 депутати в следващото 45-то Народно събрание.



Деян Денев



Д-р Иван Маджаров

на стр. 6-7

ПРОФ. Д-Р КИРИЛ ДРАГАНОВ, Д.М.Н.



С ПЪРВАТА У НАС
РОБОТИЗИРАНА
ОПЕРАЦИЯ НА ТУМОР
НА ПАНКРЕАСА

На стр. 5

МУ-ПЛОВДИВ С НАЦИОНАЛНО ПРОУЧВАНЕ НА БОЛНИЧНАТА КУЛТУРА

На стр. 10-11



ИНТЕРВЮ С РЪКОВОДИТЕЛЯ
ДОЦ. Д-Р РОСИЦА ДИМОВА

- БЛС не приема едностранно издадени указания
- Ще се проучва възможност за закупуване на ваксини, одобрени извън ЕС
- Преференциални цени за издаване на КЕП
- Учредиха Сдружение на младите лекари към СЛК
- За децата на героите в бяло или когато доброто се възнаграждава

На стр. 2 и 3

ЗА КОНТРОЛ НА ГРИПНИТЕ СЪСТОЯНИЯ

Осцилококцидум!

ПРОФИЛАКТИЧНО

1 доза
седмично

ПРИ КОНТАКТ
С БОЛНИ

1 доза на
всеки от
контактните

ИЗЯВЕНА
КЛИНИЧНА
КАРТИНА

По 1 доза
сутрин и вечер

ПРИ ПЪРВИТЕ
СИМПТОМИ

1 доза възможно
най-рано,
повтаря се 2-3
пъти през 6 часа

2 ОПАКОВКИ = 3 МЕСЕЦА ПРОФИЛАКТИКА!



BOIRON®

Хомеопатичен лекарствен продукт без лекарско предписание. КХП 24118/06.11.2013
За пълна информация:
Бул. Шипченски проход 9, ет. 5, офис 11, 1111 София
email: boiron.bulgaria@boiron.bg



ГОРЕЩИ ТЕЛЕФОННИ ЛИНИИ НА БЛС: ЗА COVID - 02 907 07 08 | СИГНАЛИ ЗА АГРЕСИЯ - 02 907 07 07

МИНИСТЪРЪТ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПРОФ. К. АНГЕЛОВ ОТКРИ НОВ КОМПЮТЪРЕН ТОМОГРАФ В УМБАЛ „СВ. МАРИНА“



тивна ангиография, метод, който помага както в спешната медицина, така и при диагностиката на много заболявания. Придобивайки тази нова и уникална за страната техника, ще можем и да обучаваме нашите студенти, специализанти и докторанти. Апаратурата е уникална с това, че е първият скенер с две рентгенови тръби, което дава възможност за много бърза скенерографска диагностика, както и изследване на функцията в реално време. Тази придобивка е както за пациентите, така и за лекарите, защото по този начин те се чувстват уверени, че работят с най-висококачествена апаратура и могат да бъдат в полза на всички пациенти, които прекратят прага на болницата. Новият компютърен томограф с два рентгенови източника е производство на фирма SIEMENS Healthcare GmbH, Германия. Апаратът има отлични образни качества с висока пространствена и контрастна мекоотканна разделителна способност. Разполага с широк отвор за пациента и висока максимална скорост на ротация. Предимства на апаратурата са и възможността да работи с по-ниска доза и потенциал за намаляване на контрастното вещество, редуция на лъчевата доза при запазено качество на образите, изключително бързо сканиране – за 1 сек. сканира гръден кош и корем, възможност за 4D заснемане и за перфузия на цели органи – мозък, сърце, черен дроб, персонализиран скан на всеки пациент в зависимост от възраст, тегло и клинични показатели.

С тържествен водосвет за здраве, отслужен от Негово Високопреосвещенство Варненския и Великопреславски митрополит Йоан, бе открит новият компютърен томограф в УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна, съобщават от пресслужбата на лечебното заведение. Лентата прерязаха министърът на здравеопазването проф. д-р Костадин Ангелов, ректорът на МУ-Варна проф. д-р Валентин Игнатов и изпълнителният директор на УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна проф. д-р Силва Андонова. На събитието присъстваха още проф. д-р Красимир Иванов, председател на Общото събрание на МУ-Варна, и областният управител на Област Варна г-н Стоян Пасев. Министър Ангелов се срещна и с ръководителите на клиники в УМБАЛ „Св.

Марина“ – Варна. По-късно Ректорът проф. д-р Валентин Игнатов посрещна министъра на здравеопазването в МУ-Варна, където той проведе работна среща с академичното ръководство, а след това се срещна и със студенти от различни специалности. По-рано при откриване на изключително модерния компютърен томограф проф. д-р Силва Андонова каза: „С откриването на този скенер ние за пореден път доказваме и продължаваме мисията УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна да бъде високотехнологична болница в полза на пациентите не само от Североизточна, а от цяла България. Новият компютърен томограф предлага уникални възможности от една високотехнологична скенерографска образна диагностика и селек-

МБАЛ „Д-Р АТАНАС ДАФОВСКИ“ - КЪРЖАЛИ ПОЛУЧИ ДАРЕНИЕ - АПАРАТИ ЗА БОРБА С К-19

Министерството на здравеопазването направи дарение на МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД от съвременна медицинска апаратура – три апарата за изкуствена белодробна вентилация и два кислородни концентратора. Дарението е по Договор за предоставяне на безвъзмездна финансова помощ „Борба с Ковид-19“ по Оперативна програма „Региони в растеж 2014-2020“, съфинансиран от Европейския съюз чрез Европейския фонд за регионално развитие.

С това дарение отделението по анестезиология и интензивно лечение придобива допълнителни възможности за лечение на пациенти с Ковид-19 в тежко състояние.

Дарението бе връчено от зам.-министъра на здравеопазването инж. Слави Пачалов. Той разгледа спешното приемно отделение на болницата и бе информиран от изпълнителния директор проф. д-р Тодор Черкезов, д.м. за организацията на работа, наличността на лични предпазни средства за персонала и снабдяването с кислород и лабораторни тестове.



Министерският съвет прие Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021 - 2024 г.

Правителството прие Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021 - 2024 г., съобщава правителствената пресслужба. Основните дейности на Националната програма са насочени към продължаване на широката информационна кампания за значимостта на рак на маточната шийка и възможностите за първична профилактика чрез имунизация, заплатена с публични средства, чрез идентифициране, консултиране и обхващане с имунизацията срещу човешки папилома вирус на момичета между 10 и 13-годишна възраст.

Данните за 2018 г. показват, че заболяемостта от рак на маточната шийка за България е 28.7 на 100 000 жени, при средна за Европа - 13.4 на 100 000 жени.

Пътят за намаляване както на заболяемостта, така и на смъртността от рак на маточната шийка, е профилактиката. Профилактичните ваксини срещу рак на маточната шийка притежават над 90% ефикасност.

По тази причина се предвижда Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка да бъде продължена и в периода 2021 - 2024 г.

МИНИСТЪР АНГЕЛОВ С ОТГОВОР НА ОТВОРЕНОТО ПИСМО НА НСОПБ

В миналия брой в „Quo Vadis“ публикува отворено писмо на НСОПБ до министър Костадин Ангелов, касаещо ваксинапрофилактиката на SARS-CoV-2, в което сдружението поиска в нарочен документ да бъде изложена конкретна информация относно ваксините по 7 пункта.

В отговор на това писмо министърът на здравеопазването огласи своя отговор, адресиран до НСОПБ и БЛС, в което се казва следното:

С цел опазване на личното и на общественото здраве от безпрецедентната по своя характер пандемия от COVID-19 на територията на страната, а и в целия свят се прилагат ваксини срещу новия коронавирус.

Като приоритетна група от населението за ваксиниране са определени и лицата с хронични заболявания, при които рискът от тежко протичане на заболяването, хоспитализация и смърт се определя като много висок.

Съгласно Кратката характеристика на продукта на разрешените за употреба ваксини срещу COVID-19 обаче наличната информация относно показания и противопоказания при различни рискови категории пациенти е недостатъчна и затруднява лекарите, прилагащи ваксини в тяхната правилна преценка за полза/риск. В тази връзка, изготвянето на препоръки за ваксиниране от експертни съвети, професионални дружества и организации в

областта на медицината са особено полезни и ще подпомогнат съществено вземането на решения при масово ваксиниране на лица от рисковите групи от населението.

Във връзка с гореизложеното, приложено Ви изпращам за сведение и ползване от лекарите в страната, изготвени от Експертните съвети към министъра на здравеопазването препоръки за ваксиниране срещу COVID-19. При изменения и допълнения в тях ще бъдете своевременно уведомени.

Напомявам, че актуална информация относно прилаганите в страната ваксини срещу COVID-19 е налична и в модула за ваксини срещу COVID-19 в Единния информационен портал, достъпен на <https://coronavirus.bg/bg/vaccinations>.

Б.Р. Становищата на експертните бордове по специалности относно показания и противопоказания за ваксиниране срещу КОВИД-19 са достъпни на адрес: <https://www.nsoplbg.com/poziciya/stanovishta-na-ekspertni-bordove-po-specialnosti-otnosno-pokazaniya-i-protivopokazaniya-za-vaksinirane-sreshtu-kovid-19-v-otgovor-na-nashe-pismo-otnosno-podgotovkata-i-startiraneto-na-rabota-po-vaksinoprofilaktika-sreshtu-sars-cov-2>.

IN MEMORIAM

ЗАГУБИХМЕ ДОЦ. Д-Р СЛАВЕЙКО БОГДАНОВ

Този свят напусна доц. д-р Славейко Богданов, началник на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен.

Загубихме още един колега, отдаден на професията и пациентите, който с достойнство изпълняваше своя професионален и морален дълг.

Неговата всеотдайност остава завинаги в сърцата на пациенти, колеги, студенти и близки!

Дълбок поклон пред паметта му!



ПОЧИНА ДОЦ. Д-Р ЗЛАТАН ЦОНЧЕВ

На 11 март 2021 г. по време на поредното тежко нощно дежурство внезапно почина началникът на интензивното КОВИД отделение в УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“.

Загубихме работлив лекар с разностранни интереси, висока компетентност; колега, на когото можеш да се опреш в труден момент, пишат колегите му от болницата.

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството, колегите и близките на починалия колега!

Светлина по пътя към вечността!

ОТИДЕ СИ Д-Р ЕВГЕНИЯ НИКИФОРОВА ПЕТКОВА

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството, колегите и близките на д-р Евгения Петкова, дълги години специалист по акушерство и гинекология в 9. ДКЦ гр. София.

С болка и присърбие посрещнахме новината за смъртта на нашата колежка. На 78-годишна възраст д-р Петкова загуби битката с Covid-19, но въпреки напредналата си възраст, се грижеше с внимание за своите пациенти.

Поклон пред всеотдайно изпълнения професионален и морален дълг!

Светла ѝ памет!

НАПУСНА НИ ПРОФ. Д-Р ДИМИТЪР ЦВЕТКОВ

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството и близките на проф. д-р Димитър Цветков, дългогодишен ръководител на Катедрата по хигиена, екология и професионални болести на МФ на МУ-София.

Проф. Цветков е бивш зам.-декан и зам.-ректор на ВМИ, член на Академичния съвет и член на висшия съвет на МОН, директор на Националния център по хигиена.

Проф. д-р Димитър Цветков разработва методика за изследване на рисковата роля на физическите стресори върху условията на труд и здравното състояние на строителните елементи, в областта на комуналната хигиена, храненето, производствената токсикология, хигиена на децата и подрастващите, ергономията.

Поклон пред паметта му!

Парламентът възложи на МС да проучи възможностите за покупка на ваксини срещу К-19 разрешени за употреба в държави извън ЕС

Парламентът възложи на Министерския съвет да проведе консултации с Европейската комисия с цел проучване на възможностите за покупка на ваксини срещу COVID-19, които са получили разрешение за употреба в държави извън Европейския съюз или Европейското икономическо пространство.

С 96 гласа „за“, без „против“ и „въздържали“ се депутатите приеха решението, предложено от парламентарната комисия по здравеопазването.



COVID-19 ПОГУБИ Д-Р ВАЛЯ ВАНКОВА СИМЕОНОВА

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството, колегите и близките на д-р Валя Симеонова, невролог в МБАЛ „Христо Ботев“ гр. Враца.

На 63-годишна възраст д-р Симеонова изгуби битката с Covid-19, но с достойнство изпълняваше своя професионален и морален дълг. Загубихме още един колега, отдаден на професията и пациентите.

Поклон пред всеотдайно изпълнения професионален и морален дълг.

Мир на праха ѝ!

„ЗА ДЕЦАТА НА ГЕРОИТЕ В БЯЛО“ ИЛИ КОГАТО ДОБРОТО СЕ ВЪЗНАГРАЖДАВА

25 февруари 2021 г.

Благородният жест на петокласниците от столичното 23. СУ „Фредерик Жолио Кюри“, които подкрепиха кампанията „За децата на героите в бяло“, за което в-к „Quo vadis“ писа в миналия брой, беше възнаграден. Макар, че не са очаквали нищо в замяна, малките ученици с големи сърца получиха таблетки от БЛС. Д-р Нели Нешева благодари на петокласниците (на снимката), които събраха и дариха средства за свои връстници, загубили родител медик в битката с Covid-19.

„Вие дадохте пример на всички нас - възрастните, какво е да си съпричастен. Други ученици от страната също последваха Вашия пример. Трогнати сме от този Ваш жест. Бъдете добри хора, каквито сте“, каза д-р Нешева и сърдечно благодари на децата, техните родители и учители.

Директорът на 23. училище Нина Чанева пожела на всички лекари да са здрави, за да се прибират при техните семейства и да могат да се грижат за всички.

От БЛС смятаме, че доброто се възнагражда. Малките на ръст деца, но с големи сърца, показваха, че са изключително зрели и с усилията на всички дарители в кампанията ще бъдат подкрепени 15 деца на починали от Covid-

19 медици. До момента събраните средства надхвърлят 23 хил. лв.

Ако искате и Вие да помогнете на семействата и близките на починалите от COVID-19 медици, може да го направите чрез дарение на:

Титуляр: Български лекарски съюз

Банка: УниКредит Булбанк АД

IBAN: BG55UNCN70001523991300

BIC: UNCRBGSF

Основание: МЕДИЦИ COVID-19

Децата на Героите в бяло имат нужда от Вашата подкрепа!

Само заедно можем да се справим!



ДА БЪДЕМ ЗДРАВИ И ЗАЕДНО – КАМПАНИЯ В ПОДКРЕПА НА ИМУНИЗАЦИЯТА СРЕЩУ COVID-19

Представителството на Европейската комисия в България започва онлайн информационна кампания „За да бъдем здрави и заедно“ в подкрепа на имунизацията срещу COVID-19 у нас.

Популярни и уважавани медицински специалисти записаха видео послания, които ще се излъчват на страниците на Представителството на Европейската комисия във Фейсбук и Твитър в следващите седмици. Български лекарски съюз също ще публикува видео посланията на Фейсбук страницата си.

Лекарите споделят емоционални разкази за своите лични преживявания през изминалата година на пандемия и посочват множество логични аргументи в полза на безопасните и ефективни ваксини, одобрени в Европейския съюз.

Първото видео е с доц. Радосвет Горнев - началник на Клиниката по обща хирургия към болница „Лозенец“ и лекар на годината за 2017 год.

„Целта ни е да покажем на хората, че много от преживяванията, които ни липсват през последната година, могат отново да бъдат част от живота ни“, каза Цветан Кюланов, и.д. ръководител на Пред-

ставителството на Европейската комисия в България. „Ваксинирането е средството, което ще ни помогне да се върнем към тях възможно най-бързо. От видеата ясно се вижда колко много са коствали периодите на изолация на всеки един от нас и колко важни са общите действия за борба с пандемията“ и припомни думите на комисаря по здравеопазване Стела Кириакиду: „Сигурността и доверието във ваксините са от ключово значение за ваксинирането. Приоритетът на Комисията винаги е бил безопасността и ефикасността на всяка ваксина срещу COVID-19, разрешена за употреба в ЕС.“

Обща цел в Европа е ваксинирането на поне 70% от възрастното население на всяка държава членка, за което е необходимо повишаване на доверието на гражданите.

ЗА ДА БЪДЕМ ЗДРАВИ И ЗАЕДНО!



ИЗДАВАНЕ И ПОДНОВЯВАНЕ НА КВАЛИФИЦИРАНИ УДОСТОВЕРЕНИЯ ЗА КВАЛИФИЦИРАН ЕЛЕКТРОНЕН ПОДПИС

Уважаеми колеги,

БЛС и Информационно обслужване АД подписаха договор, който дава възможност за преференциални цени за издаване и подновяване на квалифицирани удостоверения за квалифициран електронен подпис.

Всеки лекар може да се възползва от възможността, като за целта е необходимо да се обърне към офисите на Информационно обслужване.

За да се издаде квалифицирано удостоверение е необходима задължителна идентификация на лицето, че е регистриран действащ член на Български лекарски съюз или на дадена Районна колегия към него.

Цените за съответната услуга са представени в таблицата:

	Вид на услугата/стоката	Единична цена по ценова листа на "ИО" АД, в лв. без ДДС	Отстъпка % от цената по ценова листа	Единична цена, в лв. без ДДС	Единична цена, в лв. с вкл. ДДС
1	Издаване и управление на квалифицирано удостоверение за квалифициран електронен подпис (КУКЕП) с период на валидност 1 година:				
	КУКЕП StampIT DocPro – издава се на ФЛ представляващо дадено ЮЛ	40.00 лв.	92.50%	3.00 лв.	3.60 лв.
2	Издаване и управление на квалифицирано удостоверение за квалифициран електронен подпис (КУКЕП) с период на валидност 3 години:				
	КУКЕП StampIT Doc – издава се на ФЛ	10.00 лв.	20.00%	8.00 лв.	9.60 лв.
	КУКЕП StampIT DocPro – издава се на ФЛ представляващо дадено ЮЛ	105.00 лв.	92.38%	8.00 лв.	9.60 лв.
3	Продажба на електронни карти и четци, както следва:				
	Смарт карта	7.50 лв.	20.00%	6.00 лв.	7.20 лв.
	Четец за смарт карти *	10.00 лв.	10.00%	9.00 лв.	10.80 лв.
4	Подновяване на квалифицирано удостоверение за квалифициран електронен подпис (КУКЕП) с период на валидност 1 година:				
	КУКЕП StampIT Doc	10.00 лв.	80.00%	2.00 лв.	2.40 лв.
	КУКЕП StampIT DocPro	40.00 лв.	95.00%	2.00 лв.	2.40 лв.

* Гаранционният срок на карточетящото устройство е 1 / една / година.

МЛАДИ ЛЕКАРИ ОТ СТОЛИЧНАТА РЛК УЧРЕДИХА СВОЕ СДРУЖЕНИЕ

Лекари до 35 годишна възраст учредиха Сдружение на младите лекари към Столична лекарска колегия на Български лекарски съюз (СМЛ-СЛК), съобщават от СЛК. Целта на новото сдружение е чрез включване на младите лекари в ръководните органи на Софийската колегия на БЛС да се положат основите на нов поглед и възможност за използване и развиване на потенциала, който всеки млад колега има.

„Новото сдружение отстоява правата на младите лекари на територията на Столична лекарска колегия. То обединява активни, амбициозни млади лекари от лечебни заведения в София. Сред едни от първите значими въпроси, с които ще се заемем, са следипломното обучение и възможността да се зачислим за специализация, финансирането на младите лекари и възможностите за продължаващо медицинско обучение в чужбина“, посочи д-р Калоян Чилингиров, който отговаря за връзките с медиите на СМЛ-СЛК.

„Обединявайки се под една чиста идея за по-добро бъдеще, ние правим огромна крачка напред в това да осигурим европейски условия на труд и обучение за младите лекари. В гр. София има над 2600 млади

лекари под 35 години от общо 10 280 лекари регистрирани към СЛК, което безспорно ни прави значими за системата на здравеопазване. Ние убедихме съсловната организация Столична лекарска колегия да създадем това дружество като от позицията на пряко засегнати от проблемите ни, предлагаме решения и работим активно за тяхното осъществяване. Това е една сбъдната мечта и се радвам, че досега винаги сме намирали подкрепата на нашите ментори.“ – споделя д-р Дилян Ганев, председател на СМЛ-СЛК.

Учредителите споделят, че ще се борят да отстояват правата, интересите и заслуженото достойно място в обществото на своите колеги. Държавата има социалната функция да осигури навременно и адекватно здравеопазване като

инвестицията в здравеопазването се умножава многократно в годините напред.

Придобиването на квалификация обаче е необходимо да става своевременно и достъпно за всички, нещо, което Сдружението е решено да продължи чрез сега действащия Фонд за млади лекари на СЛК.

Пандемичната 2020 г. показа, че младите лекари бяха на първа линия, винаги готови да се справят с трудностите. Масовите на българското здравеопазване привличат голямата част от младите лекари. Те са на авангарда по време на пандемия, но и във времената, когато трябва да водят своето съсловие. Да се развива един млад лекар е необходимо да има равен старт в системата, да надгражда себе си ежедневно и да има сигурност при развитието си. По този начин, инвестирайки в бъдещето ни, постигаме световното ниво, което целим, се казва в обръщение на учредителите.

Младите лекари до 35 години могат да се включат дейността на Сдружението чрез имейл на mladi.lekari.sofia@gmail.com или на Facebook страница – Сдружение на Младите Лекари- Столична Лекарска Колегия на БЛС.



БЛС НЕ ПРИЕМА ЕДНОСТРАННО ИЗДАДЕНИ УКАЗАНИЯ

ДО ПРОФ. Д-Р ПЕТКО САЛЧЕВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

Относно:
Ваш изх. №17-01-53/19.03.2021 г.

УВАЖАЕМИ ПРОФ. САЛЧЕВ,



Във връзка с Ваше писмо изх. № 17-01-53/19.03.2021 г. и предвид факта, че представените ни с него „Указания за попълване и съхранение на „История на заболяването“, „История на бременността и раждането“ и „История на новороденото“ вече са публикувани на сайта на НЗОК, бихме искали да Ви напомним, че съгласно разпоредбите на чл. 3 от НРД за медицински дейности за 2020-2022 г. управителят на НЗОК и председателят на БЛС издават съвместно всички указания, инструкции и други актове към ИМП по тълкуването и прилагането на НРД.

Уведомяваме Ви, че не приемаме Указанията за попълване на ИЗ, издадени от Вас в този им вид и като се надяваме се, че ще вземете под внимание разпоредбите на чл. 3 от НРД, разчитаме, че те ще бъдат свалени от сайта на НЗОК и няма да бъдат прилагани.

Оказва се, че предложените в НРД формати на „История на заболяването“, „История на бременността и раждането“ и „История на новороденото“ имат сериозни недостатъци и несъвършенства, включително и това, че към този момент не представляват утвърден от МЗ образец (бл. МЗ-100, 103 и 104).

Смятаме, че прилагането на § 43 от Договор № РД-НС-01-4-7 от 30 декември 2020 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности за 2020 – 2022 г., трябва да бъде отложено, докато работна група не изготви и Министерство на здравеопазването не утвърди нова бланка/бланки – История на заболяването, удобни за електронна обработка.

С УВАЖЕНИЕ,
Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС

КРИТИЧЕН И МИСЛЕЩ

За популярните митове и подценяваните факти - говори микробиологът Йордан Стефанов

В 21 век достъпът до информация никога не е бил толкова улеснен и същевременно толкова комплексен. Да различиш фактите от откровените художествени измислици понякога може да се окаже трудна задача. Особено когато вторите са подкрепени от знайни и незнайни експерти. Затова ролята на критичното мислене не трябва да бъде подценявана.

С популяризирането на този подход при подбора на информация преди години се заема микробиологът Йордан Стефанов. Роденият във Велико Търново млад учен е завършил своето образование в Пловдив. В университета пламва любовта му към микробиологията.

„Винаги ми е била интересна особено молекулярната част: да създаваш нови продукти. В случая аз дълго се занимавах с ензими, което ми е по-тясната специалност и дори в момента се занимавам с това – изолиране на протеини. Ваксината, която разработвам, е точно протеинова”, споделя той.

Младият учен притежава докторантура по микробиология, като през последните години професионално се занимава с контрол на качеството на хранителни добавки и суровини, а към момента с R&D на нови ваксини.

Научната му квалификация и работата му като биотехнолог го прави непримирим към популярните и често разпространявани митове, които не граничат с нищо близко до истината. Така се ражда идеята за създаването на фейсбук страница.

„Наука и критично мислене“

Всичко започва преди точно 10 години, докато Йордан е все още студент. Фейсбук е особено предпочитан източник на информация, а бъдещият учен, за разлика от сега, има доста свободно време.

„Тогава в интернет пространството и социалните мрежи циркулираха по-повърхностни публикации, шегички и подобни. Аз обаче бях решил да направя нещо по-различно, по-информативно за хората”, разказва той.

Проектът си той нарича „Наука и критично мислене“. Чрез него той развенчава популярни митове, циркулиращи в медиите и в общественото пространство. Опитва се да разясни истината, използвайки научен подход. Понякога е критичен, иронизиращ или направо циничен. Умножаващият се брой последователи обаче е доказателство за това, че Стефанов е на прав път с инициативата си.

Оспорвайте авторитети

„Учени са доказали, че...” се оказва една от разпространяваните фрази, станала основа за редица вицове. Лошото е, че за малко хора това, че нещо е доказано от учени, независимо какви и от къде, го прави неоспорим факт.

„По мои наблюдения в началото хората бяха объркани от това, което четат, тъй като тогава все още нямаше изградена култура за проверена информация. Те приемаха думите на дадени авторитети за чиста истина”, разяснява Стефанов.

А за авторитети, по думите на микробиолога, често се считат учени със съмнителна експертиза или представители на неправителствени организации, които сигнализират за нередности или разкрития, които невинаги отговарят на реалността.

„С течение на времето хората се научиха, че трябва да се проверява информацията, която им се предоставя и да се съмняват във всичко”, категоричен е Стефанов.

Възпитание на разум

Мисията на младия учен е да възпита у хората нуждата да търсят истината в океана



от информация.

„Може би най-важното е да се мисли критично и хората да се съмняват в абсолютно всичко, да не приемат нищо за чиста монета, да не се впечатляват от титлите пред името на хората или от позициите им в йерархичната структура”, пояснява той като категорично заявява, че всеки допуска грешки, дори и в собствената си област на компетентност.

„Винаги трябва да се съмняваме и да проверяваме. Дори и в това, което аз пиша, всеки трябва да се съмнява, да го проверява”, допълва Стефанов.

Все пак се оказва, че хората са започнали да мислят по-критично според наблюденията на създателя на „Наука и критично мислене“. По думите му те вече поставят под съмнение много мнения и твърдения.

„На мен лично ми е най-интересен обаче фактът, че хората загърбват тази критична мисъл, когато стане дума за теми, които са силно емоционални за тях или към които те са силно привързани. Дори с ваксините например: когато някой твърдо е убеден, че нещо е вредно, нищо не може да промени мнението му, че това не е така - нито доказани твърдения, нито факти и тогава критичното мислене изчезва”, пояснява микробиологът.

Според него хората, които са готови да променят мнението си, са много малко, но пък за него е изключително приятно, когато някой е готов да го направи, независимо от вижданията, които е споделял.

Инфодемията –

страничният ефект на Covid-19

Докато всички се надяват скоро пандемията да отиде в миналото, готовите ваксини срещу Covid-19, вместо да внесат повече спокойствие, се превърнаха в поредния повод за ожесточени дискусии „за“ и „против“. За Йордан Стефанов това е нормално.

„Тази тематика в България е много непозната, дори самите технологии за производството на ваксини никъде в България не се изучават и много малко хора имат някаква представа. Хората като цяло имат склонност да отричат всичко, което не разбират и може би големият проблем по-скоро е, че не се комуникира адекватно с тях. Не им се обяснява защо толкова бързо имаме някакъв успех с разработването на ваксините, защо толкова бързо те се появиха на пазара”, разяснява той.

По думите му информацията, която достига до хората, е много противоречива и те се объркват, защото в интернет пространството има различни статии от сериозни до жълти, които разпространяват не особено достоверни твърдения.

„Тази прословута ситуация с буса за крен-вириши доведе до още по-голямо недоверие. Част от хората дори приемат ефективността на ваксините, но не вярват в адекватното поведение на властите - как се справят те в тази ситуация”, казва Стефанов.

По думите му и властите не са успели да овладеят т.нар. „инфодемия“.

„В началото на всеки брифинг властите вдъхваха надежди с някакви нови медикаменти като т.нар. хидроксихлорохин. Без да действат особено критично, те обявяваха, че това е уникален медикамент, макар че по-късно стана ясно, че е доста неефективен, дори опасен”, обяснява микробиологът.

Според него част от обществото вярва, че представителите на официалните и медицински власти са по-скоро имунизирани от грешки. От началото на пандемията Йордан Стефанов забелязва и друга интересна тенденция.

„Част от хората умеят да правят разлика между публикации в медиите с различно качество, но не могат да направят разлика между качествени и некачествени научни публикации. Много популярни в началото на пандемията бяха едни прочувания в т. нар. хранилища за научни статии (като medrxiv). Директории, в които се публикуват все още нерецензирани статии, които са достъпни за всички. В едни от тях се твърдеше, че вирусът, който върлува днес, е смесица от грипен вирус и този на ХИВ. Това беше доста популярна теза и само фактът, че беше публикувана в такава научна директория, за някои това я превръщаше в достоверна”, дава пример той.

По-късно, разбира се, става ясно, че тази статия не е одобрена от рецензентите и е обявена за неиздържана. В последната година това се случва неведнъж, което според Йордан е доказателство за това, че хората има какво да научат за информацията, която четат.

Книгата „Митове и истини за храненето“

Така се казва книгата, която Йордан Стефанов създава. Логично продължение на фейсбук страницата, която предизвиква

небивал интерес.

„Тя е издадена през 2018 г. и е насочена към хранителната сфера, не толкова самото хранене, колкото към някои технологични аспекти, свързани с процеса на създаване на някои храни. В книгата се обръща специално внимание на модерните диети, които са представяни като по-здравословни и по-качествени, което по-скоро не може да се твърди за тях”, разяснява нейният автор.

Според Йордан това са капани на ума, в които често попадаме като потребители. Например триковете, които използват заведения и фирми, за да ни манипулират да консумираме повече от тяхната храна.

„Нашият пазар и западният свят са пренаситени от стоки, а нашите нужди са незадоволени и всъщност няма какво друго да движи икономиката и търсенето на нови продукти, освен разнообразието – една категория продукти да се раздели на нови и нови на база различни твърдения. Дадени стоки например могат да бъдат безглутенови или био - това е така нар. свръхспециализация на продукти. Тази свръхспециализация на продуктите води до покачване в цената. Проблемът обаче е, че всяка една такава претенция остава по-скоро недоказана и още по-големият проблем е, че често претенциите, които се отправят, засягат директно сферата на здравеопазване. Една храна няма право да има такава заявка, тя не може да има претенциите, че лекува нещо, че предпазва от дадено заболяване. Може да има претенциите, че задоволява глад или набавянето на витамини, нищо повече”, разяснява микробиологът.

Той разбива митовите свързани с храните, за които се твърди, че са направени без капка химия, но всъщност са произведени на база доста тежък синтез, както и за „био“ продуктите, в които често няма нищо „био“.

Топ 3 мита за храненето

Като експерт, занимаващ се тясно със заблудите свързани с храненето, Стефанов подреди за нас най-широко разпространените такива.

ПРОБИОТИЦИТЕ - все повече храни имат претенциите да са пробиотични, докато това абсолютно е забранено, дори невъзможно, като понякога се стига до доста абсурдни примери – вафли с пробиотици.

ХРАНА БЕЗ ХИМИЯ - всъщност доста хора използват различни препарати, за да подобрят качеството или да го поддържат по-дълго.

ОПАСНИ ДИЕТИ - хората се опитват да популяризират най-различни начини на хранене, които понякога са доста крайни, без да осъзнават, че всяка крайност е вредна. Не трябва да се стига до там да се изключват цели групи храни заради неоправдани твърдения, да не се ядат никакви въглехидрати и т.н. Просто трябва да се води по-активен начин на живот.

Бъдещи творчески проекти

Това, на което Йордан Стефанов планира да отдели повече време и внимание в бъдеще, е социалният му живот, който през последните години е пренебрегвал заради работата и... науката.

„Имам предложение за нова книга - научнопопулярна, което се движи доста бавно, но все пак се движи и това ми е втората цел, която смятам да осъществя в близките 1-2 години”, споделя той.

А за финал ето и рецептата на Йордан Стефанов за „извайване“ на критично мислене: бъдете любопитни, търсете повече информация, която или да потвърди, или да отхвърли мнението Ви... и най-вече следвайте най-важния принцип: проверявайте информацията от повече от един източник.

Първа за страната ни роботизирана операция на невроендокринен тумор на панкреаса извърши екипът на проф. д-р Кирил Драганов, д.м.н.

Проф. д-р Кирил Драганов, д.м.н. завършва медицина в МУ-Плевен през 1991 г. Първоначално започва работа в Районната болница в Павликени в Бърза и Неотложна медицинска помощ, а след това в Хирургично отделение.

През 1994 проф. Драганов постъпва в Клиниката по обща и чернодробно-панкреатична хирургия (Първа хирургия) в УМБАЛ «Александровска» като старши асистент и главен асистент.

През 2002 г. придобива образователна и научна степен «Доктор» по проблемите на хирургичното лечение на пациенти с чернодробна цироза. С основаването на болница «Токуда» през 2006 г. проф. Драганов става част от екипа ѝ, а понастоящем е

началник на Клиника по Чернодробно-жлъчна, панкреатична и обща хирургия там.

През 2015 год. защитава дисертационен труд по проблемите и лечението на неколоректални чернодробни метастази.

През същата година придобива академичното звание «професор». Има две специалности - «Хирургия» и «Онкология».

Екип, ръководен от проф. Драганов, направи първата у нас роботизирана операция за отстраняване на невроендокринен тумор от панкреаса. Повече за конкретния случай и за възможностите на роботизираната хирургия четете в интервюто, което той даде специално за в. «Quo vadis».



- Проф. Драганов, Вие бяхте начело на екипа, направил първата в страната роботизирана операция за отстраняване на тумор на панкреаса. Бихте ли ни разказали повече за диагнозата на пациента, операцията и решението да бъде робот-асистирана?

- Ще започна с едно кратко предисловие. За съжаление, дефиниции от рода на „уникално“, „за пръв път в страната“ и т.н. малко са девалвирали в медицината у нас. Казвам го напълно отговорно. Да, това беше първата роботизирана подобна операция в България, но в интерес на истината подобни миниинвазивни, лапароскопски операции са извършвани многократно в нашата и редица други болници, така че за уникалност не е уместно да претендираме.

Още нещо да добавя, за да е ясно къде сме. Идеята за роботизирана хирургия се заражда през 1967 г. Тогава възниква идея за използването на роботи и компютри за осъществяването най-вече на хирургични намеси и на второ място на някои диагностични процедури. Минават около 30 години и в 1998 г. Министерство на отбраната на САЩ, заедно с две фирми, успяват да създадат първия робот. Малко по-късно едната от тези фирми - „Интуитив“ създава робота Da Vinci и реално първите в света съобщения за роботизирани резекции на панкреаса са от 2003 г. Направени са в САЩ и Италия, т.е. ние се движим 17-18 години след тези първи постижения. От тази гл. т. не можем да претендираме за уникалност.

В нашия случай се касаеше за пациент с невроендокринен тумор на панкреаса, кистичен вариант, с доста неспецифични коремни оплаквания, най-вече тъпа болка, дискомфорт и тежест, по повод на които той беше минал през доста диагностични манипулации – основно е проследяван с ехография и КАТ. Установява се, че този тумор най-вероятно е доброкачествен и че във времето ще се стигне до оперативно лечение, но в случая няма нещо, което да налага спешна операция.

Пациентът е проследяван в продължение на 1,5 години и е констатирано, че туморът има сравнително бавна еволюция. Основното ни съображение и предпоставка да тръгнем към такава операция беше извършеното от колегите ни от отделе-

нието по интервенционална гастроентерология. Те проведоха две високоспециализирани изследвания – ендоскопска ехография и заедно с нея направиха и пункционна биопсия на туморното образувание, с което категорично се доказа произходът му – невроендокринен тумор. Това на практика беше и в основата на решението ни да тръгнем към тази операция. Подобни операции, конвенционално, с лапаротомия и отваряне на коремната кухина, сме извършвали многократно. Тази беше първата, миниинвазивна, робот-асистирана операция.

- Т.е. алтернативно би се предприела отворена операция?

- Най-вероятно при този пациент щяхме да предприемем отворена операция.

- В конкретния случай какви предимства има използването на робот?

- Самата роботизирана хирургия и робот-асистираната хирургия имат доста предимства, като две от тях са: много по-добра визуализация и наличие на 3D образ, което само по себе си е предпоставка хирургът да има по-ясна представа кое и какво може да бъде отстранено, къде и какви рискове има от увреждане, най-вече на големи кръвоносни съдове в тази област, и второто предимство са „ръцете“ на робота, които, командвани от хирурга, могат да извършват активни движения в 3 измерения, т.е. самата ръка може да се върти на 360° - нещо, което лапароскопските инструменти не притежават като качество.

- Споменахте, че сте правили множество операции от такъв тип, само че лапароскопски и отворени. Сега, след като имате база за сравнение с робот-асистиран вариант, смятате ли, че той ще бъде предпочитаният в бъдеще или съществуват допълнителни фактори, оказващи влияние върху решението за това.

- Доста са факторите, които трябва да се вземат предвид, когато се обмисля едно такова решение. На първо място стои сигурността на пациента. В медицината съществува правилото *Primum non nocere* – преди всичко да не се вреди, т.е. да сме максимално сигурни. Изключително важно е това, което споменах – да сме напълно наясно с естеството на болестния процес – дали се касае за злока-

чествен тумор (т.е. рак или карцином), или доброкачествено образувание, или пък за гранично злокачествено. Невроендокринните тумори спадат именно в тази, последна категория. Т.е. при определени условия, след определен период от време, те могат да развият и характеристики на злокачествен тумор. В случая, повод за нашето интервю, ситуацията не беше такава – т.е. все още не беше налице злокачествен процес. На трето място важен е опитът на екипа, който осъществява операцията. Не на последно място стои и въпросът за финансовото обезпечаване.

- Покрива ли НЗОК подобен тип операции, робот-асистирани?

- Все още не. Предстои подписването и включването в НРД на роботизирана и робот-асистирана хирургия в 3 нови специалности. В момента е включена само онкогинекологията. Предстои включването и на коремна и гръдна хирургия, и урология. Приветствам тази стъпка и на НЗОК, и на МЗ. Приемам я с надежда и с известни резерви, тъй като за цялата страна за тези 3 специалности е предвиден лимит от 300 операции годишно.

- Което е малко?

- Времето ще покаже. Подозирам, че ще се окаже малко и ще изпаднам в неловката ситуация да трябва да обяснявам на пациентите, които са показани за подобен тип хирургия, и са се оказали при нас напр. през последното 3-месечие на годината, че е изчерпан лимитът и тези, които са оперирани през първото полугодие, не са заплащали или са доплащали нещо минимално, а тези, които са дошли в края на годината, ще се налага да доплащат за всички консумативи, необходими за подобен тип хирургия, а те не са малко. Общо взето сумата за тях варира между 5-7 хил. лв. Голяма част от инструментите, които се монтират на „ръцете“ на робота, са за еднократна или ограничен брой употреби.

- Това е първата подобна операция у нас и е нещо ново за самия екип. Какви бяха Вашите усещания от решението до самия край на операцията?

- Супермен и супергерой са в Холивудските продукции. Да, имаше известни, макар и малки, колебания. Самият пациент беше предупреден за това, което планираме и получихме информираното му съгласие. Беше предупреден също така, че може да се наложи преминаване от робот-асистирана към отворена операция.

Но в общи линии хроничният стрес в хирургията е част от работата ни. Такива ситуации могат да възникнат и при отворена, и при лапароскопска, камо ли при робот-асистирана хирургия, но пак казвам, информацията предоперативно, с която разполагахме, предвещава, че ще може роботизирано да започнем и да завършим операцията и в този смисъл не мога да кажа, че стресът е бил особено голям. Стресът е не само за хирурга, който стои зад конзолата. Стресът е и за анестезиологичния екип, за асистента, за операционната сестра, която подготвя всичко и „облича“ робота със стерилните накрайници. Но екипът се справи!

- Има ли значение по отношение на прогноза за пациента вида на операцията?

- По отношение на далечна прогноза – категорично не. Прогнозата е добра и би била добра и при отворена, и при лапароскопска интервенция.

Що се касае до близката прогноза – да, при мининвазивните, било лапароскопски, било робот-асистирани операции, възстановяването на пациента става сравнително по-бързо спрямо отворената хирургия.

- Проф. Драганов, Вие от кога работите с робота Da Vinci?

- От декември 2018 г. В края на ноември същата година се сертифицирах в Белгия. Фирмата, която произвежда робота и притежава лиценза за него, не разрешава хирурзи, които не са сертифицирани, да работят с него и да използват системата. Работата ни е малко на приливи и отливи, тъй като през 2019 г. пациентите заплащаха абсолютно всички консумативи, т.е. не всеки можеше да си позволи финансово такава операция. През 2020 г. пандемията спря на два пъти плановите операции, реорганизацията на болничните заведения, откриването на Ковид отделенията и т.н. също нарушиха обичайния ритъм на работа. Колегите от цялата болница, включително тези от хирургията, дават дежурства в Ковид отделението, така че работата на плановата хирургия пострада в една или друга степен.

- Da Vinci има много приложения разбирам?

- Да – гръдна и коремна хирургия, урология и гинекология. Това са основните специалности, въпреки че първоначалната идея на създаването на робота е била да се използва в сърдечносъдовата хирургия, но в момента тя стои на втори план или казано по друг начин – въпрос на бъдеще е дали ще се използва там или не.

- А как се стига до решението в конкретния случай операцията да е робот-асистирана и има ли случаи, когато тя не би могла да бъде решение?

- Да, има случаи, когато не би могла да бъде използвана. Неприложима или много трудно приложима при нас в коремната хирургия е в спешните състояния напр. Там категорично за предпочитане са отворените, конвенционалните операции или в някои случаи лапароскопската хирургия, но не и роботизираната. Има случаи, в които пациентът е въобще противопоказан за миниинвазивна хирургия, тъй като при нея, било робот-асистирана, било лапароскопска, се създава т.нар. пневмоперитонеум – вкарване на газ под определено налягане в коремната кухина, така че да има място за камерата и за инструментите. Има случаи на пациенти, при които подобно повишаване на вътрекоремното налягане е противопоказано.

Роботът не е панацея и има своите ограничения. Важно е екипът да е правил съответната робот-асистирана операция и по конвенционален и лапароскопски начин, за да е в състояние да премине от робот-асистирана към отворена интервенция, а към днешна дата важно е и пациентът да може да си го позволи чисто финансово.

- Как се чувства пациентът, повод за нашето интервю?

- Той беше на контролни прегледи. Няма никакви субективни оплаквания, физикално пациентът е добре, лабораторните му изследвания са добри. Като цяло ранният следоперативен период премина гладко. Като далечна прогноза, тя е благоприятна – не очакваме рецидиви или усложнения.



ВЪЗМОЖНОСТ ПРЕД ПАЦИЕНТИТЕ СЪС СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

За ролята на сърдечната ресинхронизираща терапия в битката със заболяването – разказва д-р Красимир Джинсов

Да лекуваш болни сърца – този професионален път избира пловдивският медик д-р Красимир Джинсов. През 2012 г. той завършва Медицински Университет – Пловдив с Хипократов медал. Веднага след това започва работа в отделението по Инвазивна Кардиология на УМБАЛ „Свети Георги“ – Пловдив, а 5 години по-късно придобива специалност „Кардиология“.

За д-р Джинсов можем категорично да твърдим, че болестите на сърцето са му на сърце. Той не спира да се развива в тази област, надграждайки своята експертиза. Преминува индивидуално обучение по кардиостимулация и електрофизиология в Национална Кардиологична болница в София, а след изпит придобива правоспособност и по Инвазивна електрофизиология.

След преминато индивидуално обучение по кардиостимулация за експертно ниво в УМБАЛ „Света Екатерина“ – София, д-р Джинсов решава да приложи наученото в родния си град. Връща се в Пловдив, за да възроди сърдечната ресинхронизираща терапия – лечение, което от дълго време не се е прилагало в града под тепетата, заради липса на специалисти.

Как терапията може да удължи живота на пациентите със сърдечна недостатъчност – четете в интервюто, което той даде специално за изданието „Quo VADIS“.



С какво Ви привлече инвазивната кардиология? Как се насочихте именно към тази специалност?

Още от студент харесвам кардиологията, тъй като за мен тя е много подредена и логична специалност. След това имам възможност да започна работа в отделението по Инвазивна Кардиология на УМБАЛ „Свети Георги“, благодарение на директора на болницата – проф. д-р К. Джамбазов и тогавашния ръководител на отделението – д-р Г. Тонев. Те ми дадоха шанс като Златен Хипократ да работя и специализирам там. Намирам кардиологията за много иновативна, динамична и бързо развиваща се сфера от медицината, в която винаги има какво да научиш. А аз обичам предизвикателствата.

Колко е сериозен проблемът със сърдечната недостатъчност у нас? Къде е позиционирана страната ни по отношение на това заболяване спрямо останалите държави в Европа?

По статистически данни има около 140 хил. пациенти със сърдечна недостатъчност в страната, като бройката им се увеличава непрекъснато, тъй като в България контролът на рисковите фактори е много труден. Пациентите са много недисциплинирани. Пиенето на алкохол и пушенето на цигари са широко разпространени. Освен това много от тях не приемат медикаментите си редовно, имат незадоволителен контрол на артериалното налягане, на холестерола. Всички тези рискови фактори допринасят за развиването на сърдечни заболявания и респективно – сърдечна недостатъчност.

Възможно ли е този проблем – сърдечната недостатъчност, да е наличен, но да няма силно осезаеми проявления и това да стане причина ние да го пренебрегваме? И в този ред на мисли превантивните мерки могат ли да ни спасят от развитие на заболяването?

Абсолютно. Всички тези

рискови фактори, които Ви изброих, влияят върху функцията на сърцето. То обаче компенсира до някакъв момент. Ако пациентът потърси помощ навреме и се вслуша в съветите на лекарите, може да отдалечи в бъдещето развитието на сърдечната недостатъчност.

Отрази ли се негативно COVID-19 на пациентите с такива заболявания от гледна точка на превенцията?

COVID-19 доведе до намаляване на превенцията, тъй като пациентите са много изплашени и се страхуват да посетят лекар и да търсят помощ. Пациентите със сърдечна недостатъчност обикновено имат и други придружаващи заболявания и с право се страхуват от вируса – съответно не искат да постъпват в болница, освен ако не е крайно наложително. Спирането на плановата оперативна дейност също се отрази негативно. Обслужвахме само пациенти със спешни случаи, които са отлагали хоспитализацията колкото се може повече във времето и са стояли вкъщи, без да търсят лекарска помощ. В резултат на това те идват в много увредено състояние и напреднал стадий на заболяването, когато вече са настъпили необратими промени.

Разкажете повече за сърдечната ресинхронизираща терапия (CRT), която от скоро се прилага и в Пловдив?

През 2002 г. доц. Све-

тослав Йовев въвежда тази терапия в страната и от тогава дейността постепенно се разраства. През последните години имаме ускорено развитие, защото НЗОК започна да заплаща изцяло необходимите устройства.

Какво представлява всъщност CRT?

При пациентите със сърдечна недостатъчност сърцето се променя, било то поради причината, която е предизвикала сърдечната недостатъчност, било то и заради самата сърдечна недостатъчност. Получава се един порочен кръг, в който сърдечната недостатъчност влошава допълнително функцията на сърцето, което води до още сърдечна недостатъчност. Обикновено влошената функция на сърцето се изразява в ремоделиране – структурно променяне на сърцето. То започва да се разширява и съкращава дисинхронно – губи се синхронът в съкращението между различните му кухини. Тази електрическа дисинхронност се лекува именно със системата за ресинхронизираща терапия. При нея се поставят електроди в три от сърдечните кухини, които подпомагат връщането на синхронността на съкращенията му. По този начин сърцето започва да работи по-добре, обръщат се процесите на ремоделиране и се подобрява състоянието на пациентите – те имат повече енергия за ежедневните си нужди и

по-малко прояви на сърдечна недостатъчност. Освен това CRT удължава продължителността на техния живот.

Как се имплантират въпросните кардиостимулатори?

След подготовка на пациента и под местна упойка, се прави малък разрез под ключицата. През този разрез, по венозен път, чрез рентгенов контрол се имплантират електроди в сърцето, след това те се свързват с кардиостимулатора, а той се поставя под кожата. Пациентите се възстановят бързо след процедурата.

С какво тези кардиостимулатори са по-добри от добре познатите пейсмейкърите?

Пейсмейкърите се предлагат на пациентите от дълго време, затова са и по-познати. Разликата между двете устройства е голяма, от гледна точка на това как работят. Единствената цел на пейсмейкърите е да поддържат пулса на пациента над определено ниво. Т.е. те се поставят, когато пациентът има ниска сърдечна честота, за да може тя да се нормализира. Те могат да накарат спрялото сърце да забие отново и да спасят живот. Недостатъкът на пейсмейкърите е, че те стимулират само дясната камера на сърцето, а лявата се активира по съседство. Така предизвикват дисинхрония като тази, за която говорихме при сърдечната недостатъчност. Това може допълнително да влоши функцията на сърцето при пациенти, които вече имат сърдечна недостатъчност. По-рядко биха могли да доведат до сърдечна недостатъчност при пациенти, които преди това не са имали такава. Този недостатък липсва при CRT.

А какво се случва със сърцето при имплантиране на новия вид кардиостимулатори – CRT?

Те се имплантират при пациенти със сърдечна недостатъчност, като благодарение на тях се постига нужната синхронност в съкращенията на сърцето. Те са една стъпка

напред спрямо пейсмейкърите. Ако пейсмейкърите са двукухинни устройства, то системите за рехронизираща терапия са трикухинни – т.е. има един допълнителен електрод в лявата камера. CRT е един вид усъвършенстван пейсмейкър, който не влошава функцията на сърцето, дори я подпомага.

С колко е възможно да бъде удължен животът на пациент със сърдечна недостатъчност, ако му бъде приложена тази терапия?

Обикновено CRT терапията се сравнява с оптималната медикаментозна терапия. Всички пациенти получават оптимална медикаментозна терапия, дори и тези, които имат имплантирано устройство. Може да разделим пациентите на 2 групи – такива, които са получили оптимална медикаментозна терапия в комбинация с пейсмейкър или кардиовертер дефибрилатор (ICD) и друга група пациенти, които са получили оптимална медикаментозна терапия и CRT устройство. При пациентите с имплантирано CRT устройство има намаляване на смъртността по всички причини с около 34% спрямо останалите. Според проучванията с това лечение животът на пациентите се удължава с 2-3 години спрямо медикаментозното лечение.

Доколко въпросната терапия е разпространена у нас?

Все още не е достатъчно разпространена. Мисля, че липсва информацията за въпросната терапия. На много пациенти не им се предлага, а други я смятат за нещо страшно. За щастие, лечението започна да обхваща все повече пациенти, особено след като устройствата станали безплатни за тях. Трябва да се говори по темата, за да можем да напомним и на лекарите, и на пациентите за тази възможност, че има нещо допълнително, освен лекарствата.

Какви са били досега алтернативите пред такива пациенти?

Медикаментозно лечение. Тази терапия обаче е над медикаментозното лечение, тя не го изключва и може да доведе до допълнителни ползи.

Каква е възрастовата група на пациентите, които могат да получат такава терапия? И има ли ограничения за хора, за които тя не е препоръчителна?

Има конкретни показатели, които определят дали пациентът е подходящ за имплантиране на CRT. Такива са фракция на изтласкване под 35% и ширина на QRS комплекса над 130 msec, което показва наличието на електрическа дисинхрония. Ако QRS комплексът на пациента е тесен, под 130 msec, той няма електрическа дисинхрония и няма нужда да му бъде поставяно такова устройство. Възрастови ограничения няма.

На колко време се налага смяна на тези устройства?

Препоръчително е пациентите да идват за контролен

преглед на кардиостимулатора един-два пъти в годината, за да проверяваме състоянието на устройство и електродите. Животът на устройството се изразява с живота на батерията. Когато батерията се изтощи, устройството трябва да се замени – като, ако електродите на устройството работят добре, те няма нужда да се сменят и се поставя само нов пулс-генератор. При най-новите стимулатори, които имплантираме, животът на батерията е около 10 години. Той зависи от натоварването, което понася системата – каква сила е необходимата на импулсите, за да предизвикат съкращение, каква е сърдечната честота и други.

Колко време е възстановяването?

Ако пациентът дойде днес, ще го подготвим за процедурата, на следващия ден ще я извършим и в другия ден ще го изпишем да си ходи. В деня след процедурата пациентът ще може да се обслужва сам и да се върне към ежедневните си дейности, с тази уговорка, че не трябва да натоварва много ръката от страна на имплантираното устройство, за да не се отвори оперативната рана. Трябва да минат поне 10 дни.

Това ли е бъдещето в инвазивната кардиология? Как чрез новите технологии може допълнително да се удължи животът на пациентите?

Според мен бъдещето върви към тези стимулатори, като те стават все по-усъвършенствани. Те могат да следят много показатели от функционалния статус на пациента и, освен че му доставят терапия, могат също и да наблюдават състоянието му. Някои устройства могат да следят за количеството на водата в гръдния кош. Това е важно, защото покачането му може да влоши състоянието на пациента, ако не се коригира навреме. Възможността за телемониторинг на тези устройства също е много полезна. Тя ни позволява да проследяваме пациентите и техните устройства от разстояние и да реагираме своевременно при възникнал проблем. Това ще ни помогне да предотвратим влошаване на състоянието на пациента и да избегнем една нежелана хоспитализация. Мисля, че тази технология ще помогне много за подобряването на качеството на живот на пациентите със сърдечна недостатъчност, като същевременно ще намали здравните разходи.

Какъв е вашият съвет към тези пациенти?

Ако имате проблем, не отлагайте консултацията с кардиолог, вслушайте се в съветите на специалистите и не спирайте да четете и да се информирате. Медицината напредва с всеки изминал ден и има какво да Ви предложи, за да удължи живота Ви и да подобри качеството му.

Милена ЕНЧЕВА



ЛЕЧЕНИЕ ПРОТИВ СТАРЕЕНЕ

Въпреки че в днешни дни развитите държави могат да се похвалят с увеличена продължителност на живота, това увеличение е придружено от свързани с остаряването заболявания, рак или диабет тип II. Великобритания излезе с парламентарен доклад, който застъпва идеята за по-сериозни инвестиции в нови лечения, които да забавят процесите на стареене, като основната идея е всъщност по този начин хората да се радват на още 5 години качествен живот без болести.

Тази стратегия цели да съкрати общата продължителност на заболяванията, свързани с остаряването към края на живота или да бъде удължена общата продължителност на живота, като обаче периодът на боледуване се запази в сегашните параметри.

До момента е известно, че стареенето се дължи на 9 биологични механизма, наричани „отличителни белези на стареенето“. За да предотвратим стареенето в нашите тъкани, клетки и молекули, трябва да можем да забавим или да предотвратим появата на тези белези на стареене. В момента се изследват многобройни лечения, но на този етап два подхода показват най-обещаващи данни за забавяне на развитието на свързаните с възрастта заболявания.

Лекарства с ново предназначение

Група изследователи проучват дали вече съществуват лекарства, които биха могли да се справят със стареенето. Този метод има предимства заради това, че милиарди средства вече са изразходвани за тестване на безопасността и ефикасността на тези медикаменти и те вече са в рутинна клинична употреба при хора. В резултат се оказва, че две субстанции са обещаващи кандидати.

Първият е рапамицин,



първоначално разработен като имunosупресив. Когато се приема в ниски дози обаче е установено, че удължава продължителността на живота на мишките с около 15%. Това е придружено от забавяне на множество промени, свързани с възрастта, като втвърдяване на сухожилията и дегенерация на черния дроб и сърцето. При други животински модели е доказано, че забавя развитието на болестта на Алцхаймер и Хънтингтън. При по-възрастните хора драстично подобрява имунната функция и отговорите на ваксинация.

Рапамицин забавя стареенето чрез инхибиране на протеина mTOR, който регулира процеса на производство на протеин в клетките. Инхибирането му позволява на клетките да рециклират увредените протеини, вместо натрупването им. Обикновено mTOR позволява на тези увредени протеинови клетки да се натрупват, защото изисква по-малко енергия за клетките, за да продължат да изграждат повече нови про-

теини, вместо да рециклират старите. Но това натрупване на протеини в клетките може да означава, че клетките не функционират толкова добре, колкото би трябвало. Инхибирането на mTOR може да позволи на клетките да продължат да функционират правилно.

Второто обещаващо лекарство е метформин. Първоначално лицензиран за лечение на диабет тип II, изследователите забелязват след десетилетия употреба, че пациентите, които го приемат, имат по-ниски нива на смъртност и заболявания от тези, които не са го правили - независимо от диабета им.

Данните от редица проучвания, проведени върху клетки, животни и хора, показват, че метформин действа чрез потискане на възпалението, причинено от застаряващи клетки. Клетката старее в резултат на стрес, което е свързано с увреждане на нейната ДНК. След това тези клетки престават да се делят като защита срещу ракови заболявания - но непрекъснатото възпаление, което

причиняват, предизвиква хронично и разрушително ремоделиране на тъканите, което наподобява белези. Тъй като тези клетки се натрупват в тъканите на тялото, те причиняват или обострят заболявания и проблеми на стареенето като сърдечносъдови заболявания, рак, когнитивни нарушения - дори бръчки.

Метформин също подобрява рециклирането на протеини и подобрява митохондриалната функция. Това е от основно значение за способността на клетката да генерира енергия и да има нормален метаболизъм. Ето защо лекарството се определя като ключов кандидат в клиничните изпитвания.

Сенолитици и сеномодификатори

Друга категория лекарства, които се проучват в момента, са сенолитици и сеномодификатори. Те имат за цел да убият или модифицират поведението на застаряващите клетки. Това би предотвратило натрупването на тези

Учени изследват 2 медикамента с обещаващи резултати

клетки в тялото и може да забави свързания с възрастта физически спад.

Установено е, че тези лекарства, включително съединения като дазатиниб, навитоклак, кверцетин (намира се в много плодове и зеленчуци) и физетин (открит в ягоди), убиват застаряващите клетки.

Сенолитичните лекарства вече показаха обещание за лечение на диабетно бъбречно заболяване и идиопатична белодробна фиброза, и двете свързани с възрастта заболявания, отчасти причинени от стареещи клетки. Има също доказателства, че ресвератролът (съединение, намиращо се в гроздето) обръща стареенето на клетките.

Много човешки клетки започват да стареят, когато загубят теломерите си - защитните „капачки“ на краищата на хромозомите. Досега две съединения показват обещаващи резултати за активиране на ензима за възстановяване на теломери теломераза, предотвратявайки теломерното скъсяване. Това в крайна сметка би попречило на първо място на стареещите клетки да се образуват. Доказано е също, че едно такова съединение удължава продължителността на периода на здраве при женски мишки и сега влиза в клинични изпитвания, за да се види дали е ефективно за обръщане на процесите на стареене на имунната система при хората.

Предизвикателства

Въпреки тези достижения, все още има много въпроси, на които изследователите не могат да отговорят. Например все още не е напълно ясно дали промените в епигенома (които регулират активността на даден ген) причиняват стареене или са причинени от него. Ако тези промени са причина за стареенето, тогава в момента имаме скромни възможности да ги променяме - въпреки че непрекъснатите изследвания на този процес при животни могат да ни дадат насоки за това как работи процесът при хората.

Самата еволюция също може да бъде бариера пред разработването на терапии. Досега е доказано, че много терапии са ефективни само при животни с много различна еволюционна история спрямо хората. По-лошото е, че повечето от идентифицираните съединения само удължават продължителността на живота при единия пол, но не и при другия. Това може да се дължи на различния еволюционен натиск, действащ върху мъжкия и женския геном. Ако е така, тогава по-доброто разбиране на този натиск може да ни даде идеи за разработването на по-ефективни лечения. Но няма да знаем със сигурност, докато проучванията не влязат във фаза клинични изпитвания.

Тази статия е преведена от The Conversation под лиценз Creative Commons с писменото съгласие на автора проф. Richard Faracher.

ОПИСАХА ПРОИЗХОДА НА ПСОРИАЗИСА И ЕКЗЕМАТА

Автори от Кингс колидж и от университета в Нюкасъл откриха, че при кожата на пациенти с екзема и псориазис има общи молекулни механизми, развиващи се в клетките. Новото откритие има потенциала да доведе до създаването на специфично лечение за двете заболявания, съобщава medicalnews.bg.

Проучването, публикувано в сп. Science, предоставя нов поглед над възпалителния процес, което би спомогнало и за намирането на ефективна терапия за други инфламаторни болести като ревматоиден артрит и възпалителни чревни заболявания. То е част от проекта за създаване на Клетъчен атлас на човешкото тяло, чиято цел е изследването на всеки клетъчен вид в организма.

Кожата има бариерна функция, която защитава тялото от бактерии и вируси. Възпалителните кожни заболявания като atopичния дерматит и псориазис са хронични състояния, при които има свръхреактивност на имунната система и развитие на сърбеж и обриви. Тези заболявания имат значителен ефект върху качество-

то на живот, техният произход е неизвестен, а създаденото до момента лечение помага със симптомите, но не води до трайно оздравяване.

За да разберат как се образува и диференцира кожата с нейните клетъчни слоеве, авторите сравняват взети проби от пациенти с псориазис и екзема с биопсии от здрави хора. Използвайки технологии за изследване на клетъчно равнище от последно поколение, учените анализират над половин милион кожни клетки и особеностите на генетичния материал във всяка една от тях. Това им позволява да видят не само как ще изглежда всяка клетка, но и как тя комуникира със съседните на нея структури.

Авторите откриват, че при засегнатите от псориазис кожни клетки има много сходни механизми с тези на развиващите се клетки.

Проф. Музлифа Ханифа от университета в Нюкасъл обяснява следното:

“Клетъчният атлас ни показва специфичните молекулни сигнали, които се изпращат от здравите

клетки, за да „повикат“ компонентите на имунната система и да образуват защитния слой на кожата. Изненадващото, което открихме, е, че кожните клетки при екзема и псориазис изпращат повече такива сигнали, което води до свръхактивация на имунната система и до поява на симптоми. Откритието, че при тези кожни клетки има повторна поява на клетъчни механизми, типични за периода на съзряване, представлява огромен скок в изучаването на възпалителните кожни заболявания.”

Въпреки че проучването е насочено към сферата на кожните болести, то има потенциал да помогне за по-пълното разбиране и на други възпалителни заболявания, поради общите белези между тях. Изследването разкрива особеностите в развитието на здравата кожна тъкан и открива кои клетъчни типове са типични за зрелите хора. Това би имало приложение при регенеративната медицина и особено при лекуване на пациенти с изгаряния.

От десетилетия се изучават клетъчните култури, развити в лабо-

ратория, но все още остава неясно кои техни свойства могат да се наблюдават и при живия организъм. С разкриването на клетъчните механизми при материал, взет непосредствено преди изследване, разработката на Клетъчния атлас на човешкото тяло играе ролята на шаблон, по който учените могат да създадат здрава кожна тъкан в

лабораторни условия.

Източник:

Reynolds I G, Vegh P, Fletcher J et al. Developmental cell programs are co-opted in inflammatory skin disease Science 22 Jan 2021: Vol. 371, Issue 6527, eaba6500 DOI: 10.1126/science.aba6500

СНИМКА: medicalnews.bg



По страницата работи Г. РАДЕВ

ЕКИП ОТ МУ – ПЛОВДИВ С ПЪРВОТО У НАС НАЦИОНАЛНО ПРОУЧВАНЕ НА БОЛНИЧНАТА КУЛТУРА НА БЕЗОПАСНОСТ

- Д-р Димова, как се появи идеята да се направи това проучване? Какво Ви накара да го приемете?

- Искам да Ви благодаря за поканата за това интервю и възможността да представя нашия изследователски проект и неговите резултати.

Идеята за проучването възникна още преди 7-8 години, но успяхме да я реализираме няколко години по-късно с подкрепата и финансовата помощ на МУ – Пловдив и с участието на мултидисциплинарен екип от експерти в различни научни области.

Априори се приема, че медицинската помощ е безопасна, защото в противен случай в лечебните заведения (ЛЗ) броят на излекуваните или с подобро здраве пациентите ще е незначителен, а честотата на смъртните случаи ще бъде много висок. Без съмнение може да се



СЕРТИФИКАТИ ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА)

НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:

1. ЛИЧНА КАРТА
2. ДИПЛОМА ЗА ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ
3. ДИПЛОМА ЗА СПЕЦИАЛНОСТ
4. УДОСТОВЕРЕНИЕ ОТ РЛК НА БЛС ЗА ЧЛЕНСТВО И ДОБРА ПРАКТИКА

За контакти:
Ирен Борисова
02/954 94-60;
0899 90 66 47

Яна Кръстева
0899 906 655

През 2019 г. екип от МУ – Пловдив стартира мащабно национално проучване, чиято цел е измерване на болничната култура на безопасност в България. Проучването е web-базирано и обхваща болници от различни региони от страната. Ръководител на проекта е доц. д-р Росица Димова, д.м., а водещ изследовател е гл. ас. Румяна Стоянова, д.и. - и двете от Катедра по здравен мениджмънт и икономика на здравеопазването, Факултет по обществено здраве (ФОЗ), МУ – Пловдив. Членовете на проектния екип са гл. ас. д-р Миглена Търновска, д.м., Катедра по управление на здравните грижи, секция по медицинска етика и право, ФОЗ, МУ – Пловдив; проф. д-р Росен Димов, д.м., Катедра по специална хирургия, МУ – Пловдив, УМБАЛ „Каспела“; инж. Татяна Боева, д.м.и., отдел „Учебна и научна документация“, МУ – Пловдив; проф. д-р Илиан Дойков, д.м., Катедра по УНГ на МУ – Пловдив и Клиника по УНГ, УМБАЛ „Каспела“.

За първото по рода си проучване у нас и резултатите от него, както и за това какво стои зад тях, разговаряме с ръководителя на проекта доц. д-р Росица Димова, д.м. (на снимката).

твърди, че безопасните здравни грижи са една от най-важните детерминанти на качеството на медицинската помощ (КМП). Но днес остава актуален въпросът: Съществува ли култура на безопасност (КБ) в лечебните заведения?

Всичко това ни даде основание за проучим една по-малко изследвана страна на медицинската помощ, а именно КБ в болничните лечебни заведения в нашата страна. Поради предизвикания голям интерес сред професионалната общност към е-платформа за регистриране и оценка нивото на болничната култура за осигуряване безопасност на пациента в лечебните заведения, *тя остава да се поддържа активна и всеки, който се интересува може да посети сайта www.rsp.bg.*

Ще се върна назад във времето. Безопасността и грешките в медицинската практика са вълнували хората по света още от античността, а доказателства за това са запазените артефакти до наши дни от Хамурапи, Хипократ, Авицена и др. Хипократовият призив „Primum pop посере“, който е един от етичните принципи на съвременната медицина, днес е актуален повече от всякога. По-късно, през Средновековието и Ренесанса значителен брой световно признати авторитети на научната мисъл и учени от различни медицински области в хирургия, акушерство и гинекология, сестринските грижи и фармацията като Парацелз, Джоузеф Листер, Игнац Земелвайс, Флоранс Найтингейл и др. са дали своя принос за осигуряване на безопасни здравни грижи.

Темата за безопасността и грешките в медицинската практика трябва да се разглежда като една сложна и многоаспектна материя. Днес въпросите, свързани с пациентската безопасност, са изключи-

телно важни не само от медицински, но и от социално-етичен, правен, организационен и икономически аспект. В тази връзка решенията следва да се търсят от специалистите от различни научни области на човешкото познание.

- Разкажете малко повече за екипа.

В реализирането на проекта взеха участие утвърдени университетски специалисти с богат опит в различни медицински области, икономика, инженерни науки и здравен мениджмънт. Сред тях се отличава проф. д-р Илиан Дойков, управител и собственик на болница „Каспела“, която е в топ 10 на най-успешните частни болници в страната според проведено национално проучване през 2015 г. Татяна Боева е магистър инженер със специалност по Авиационна техника и по Медицинска информатика и здравен мениджмънт и „доктор“ по медицинска информатика. Със своите професионални качества останалите членове от екипа проф. д-р Росен Димов, гл. ас. Румяна Стоянова, доктор по икономика и гл. ас. д-р Миглена Търновска, доктор по медицина, допринесоха за постигане на целите на проекта.

- Каква беше целта, която си поставихте в началото на проучването?

- Целта на проекта беше да се създаде web-базирана платформа за регистриране и оценка нивото на болнична култура за осигуряване безопасността на пациента в лечебните заведения и провеждане на представително проучване за страната. Идеята беше резултатите от нашата страна да ги съпоставим с такива от други проучвания.

- Какво следва да разбираме под КБ?

- Като елемент на организационната култура, културата на безопасност в ЛЗ представлява съвкупност

от възприетите индивидуални и групови ценности, убеждения, норми, компетенции и модели на поведение, насочени към осигуряване на безопасни здравни грижи. В зависимост от нивото на КБ, честотата на регистрираните инциденти е различна. Съгласно айсберг модела, регистрираните инциденти, които са над повърхността на водата са „видими“ прояви на увреждане на пациента (с ранно или с късно проявление). Те представляват една малка, незначителна част, в сравнение с истинската им честота. Останалите т.нар. „невидими“ инциденти остават скрити за здравните специалисти и обществото. Тук бих искала да се позова на една известна поговорка: “To err is human, to forgive divine” от латински “Ergāre hūmānum est, ignoscere divinum” - *Човешко е да се греши, божествено е да се прощава.* В опитите си да разберем по-добре философската същност на живота, днес бихме могли да перифразираме познатата сентенция и да я отнесем към медицинската наука и практика в един малко по-различен смисъл: “Лекарят не е Господ!”. Защото истината е, че докато хората практикуват медицина, грешки винаги ще се случват и те ще бъдат част от нашата ежедневна работа. Но как можем да намалим честотата на грешките и тежестта от техните последствия за пациента? И защо се случват грешки? Отговорите на тези и на много други въпроси не са еднозначни, но ще се опитаме да дадем отговори на някои от тях. Още през 1709 г. в поемата *An Essay on Criticism* британският поет Alexander Pope се опитва да даде отговор на екзистенциалния въпрос: „Безгрешен ли е човек?“. За съжаление, практиката е показала, че не са редки случаите, когато, въпреки че медицинският специалист е действал съобразно процедурите и нормативната уредба и е

приложил най-новите утвърдени в медицинската наука и практика знания, методи, правила и стандарти, се случват нежелани събития или грешки. Това до голяма степен се дължи на особеностите на медицинската помощ, които тя притежава като специфичен вид услуга, за разлика от останалите видове услуги. Според съвременните концепции качеството на медицинската помощ е относителна категория, която има неопределеност на входа и несигурност на изхода. Тази аксиомата се приема за вярна, тъй като пациентите трудно могат да бъдат стандартизирани, а добрият медицински изход или резултат невинаги зависи от добрата структура или процес на медицинската помощ.

- С какви ключови понятия работите в това проучване?

- Благодаря ви за въпроса. В научната българска и чужда литература съдържанието на понятията като: небрежност, медицинска грешка, пропуск, нежелано събитие, неблагоприятен изход, нежелан инцидент и др. често се смесва или припокрива, и обратно – в различни наименования се влага един и същи смисъл (WHO, IOM, NHS, AHRQ, JCAHO, Australian Commission for Safety and Quality in Health Care (ACSQHC), National Patient Safety Agency (NPSA). Наличието от известна степен на езикови, културни, организационни, икономически, технологични, управленски и др. различия обясняват феномена. Следствие на това не само в България, но и в международен аспект, няма универсално приети дефиниции на понятията, свързани с културата на безопасност и безопасни здравни грижи. Това неминуемо довежда до тяхното нееднозначно интерпретиране, неточна статистика, неверни резултати или изводи, което предизвиква объркване сред здравните потребители, читатели и обществото като цяло. В концептуалния модел ние разграничаваме двете понятия «нежелано събитие» и «медицинска грешка». Всяко усложнение или неволно увреждане на пациента, което е резултат от медицинската помощ, най-общо го назоваваме като «инцидент», но причините за неговото възникване са различни. Нежеланите събития могат да настъпят, въпреки че са спазени медицинските стандарти, алгоритми, протоколи и правила за добра медицинска практика, заложили в професионалните задължения, поради несъвършенства на медицинската наука, индивидуални особености на пациентите или външни фактори. Докато «медицинска грешка» го тълкуваме като неправилно действие и/или бездействие (про-

пуск), поради неспазване на установените професионални задължения, стандарти, алгоритми, протоколи или правила за добра медицинска практика или се дължи на недостатък на здравната система. Важно е да се отбележи, че когато липсват доказателства за «медицинска грешка», правилно е да се използва терминът «нежелано събитие».

- Какъв инструментариум е използван?

- В световната практика съществуват десетки валидирани въпросници за оценка на безопасността на медицинската помощ. Ние се позовахме на един от най-широко използваните в света стандартизирани инструментариуми за измерване на болничната безопасност, който е създаден от Агенцията по безопасност и качество на медицинската помощ (AHRQ) в САЩ през 2004 г. и подобрен през 2008 г. Въпросникът за оценка на болничната култура за безопасност на пациента (HSOPSC) съдържа **42 въпроса разпределени в 12** подска-

ли или дименси, които измерват различни аспекти на културата на безопасност като открита комуникация между персонала; обратна връзка при съобщаване на нежелани събития или грешки; честота на съобщените нежелани събития или грешки; предаване на информация за пациента между различни звена и работни смени; подкрепа на болничното ръководство за осигуряването на безопасност на пациентите; ненаказателен подход при съобщаване на грешки и нежелани събития; цялостно разбиране от персонала за важността относно безопасността на пациента; осигуреност с персонал; очаквания и действия на ръководителя по отношение на безопасността; екипна работа между различните звена в болницата; екипна работа в болничното отделение; обучение на персонала с цел непрекъснато усъвършенстване. Инструментарият е преведен в повече от 30 държави, а в САЩ ежегодно се използва в над 300 болници като част от програмата за безопасност на пациента.

Българската версия на въпросника (B-HSOPSC) беше тествана за надеждност, лингвистична и културна валидност според утвърдени международни изисквания и алгоритъм и е достъпна на разработената платформа www.rsp.bg.

Към социалните и демографски фактори беше включена информация за длъжността, трудовия стаж (общ и в частност към лечебното заведение), работното място (отделение/клиника), област, в която се намира ЛЗ, собственост и обучителен статус на болницата. От една страна, поради страх на респондентите от наказания или преследване, и от друга, с цел стимулиране на тяхното участие и запазване на анонимност, бяха изключени въпроси, касаещи тяхната идентификация като пол, възраст, вид/име на болница, леглова база и др. характеристики. В допълнение към оригиналната версия, преведеният на български език въпросник позволя-



ва отчитане и регистрация на нежелани събития и грешки. На следващия етап от проекта въпросникът беше апробиран сред болнични служители на лечебни заведения за болнична помощ (ЛЗБП) от цялата страна.

- Какви методи използвахте?

- С помощта на специално разработена web-базирана платформа за регистриране и измерване на нивото на болнична култура за безопасност в България беше проведено онлайн проучване сред болнични персонал. Системата беше проектирана така, че веднага след попълване на анкетната карта, резултатите да се визуализират автоматично чрез графики на е-платформа. За тестване на хипотезите и анализ на получените резултати приложихме адекватни методи за статистически анализ.

- Колко са участниците в изследването и как са разпределени демографски?

- На този етап в проучването взеха участие общо 560 болнични здравни специалисти от 16 области в страната. Най-силно представени са област Пловдив, София, Пазарджик, Хасково и Кърджали. Относителният дял на медицинските сестри, акушерките, рентгеновите лаборанти и др., които бяха обединени под общото наименование «други здравни специалисти», беше 61.3% (343), а този на лекарите – 38.7% (216). Поради обяснените причини за отсъствие на някои демографски фактори, това естествено ни ограничи в анализите и сравнителните проучвания с други страни.

- Освен оригиналните въпроси от HSOPSC, Вашият екип добавя и два допълнителни. Какво наложихте и какви бяха предварителните хипотези на проучването?

- В българската версия на въпросника добавихме още два въпроса. Чрез отворения въпрос дадохме възможност на всеки респондент да опише клиничен случай от практиката с нежелано събитие или грешка, а чрез затворения въпрос получихме информация за техните нагласи и готовност да

съобщават инциденти, ако съществува подобна национална система за анонимно докладване и без негативни последиствия. Изследването гарантираше анонимност на анкетирания лица. Това вероятно мотивира част от медицинските специалисти да докладват медицински грешки или нежелани събития от своята практика, което е безспорен успех за настоящото проучване. Част от докладваните случаи са описани в web-страница.

В началото на проучването формулирахме няколко хипотези:

Хипотеза # 1 - надеждността на web-базирания въпросник съответства на надеждността на въпросника на хартиен носител.

Хипотеза # 2 - съществуват значими различия между значими различия между нивата на болничната КБ, измерени в България и в други страни,

използващи същия инструментариум.

Хипотеза # 3 - не съществуват различия в КБ между частни и публични болници в България и

Хипотеза # 4 - няма съществени различия в оценките между лекари и други здравни специалисти по отношение на болничната КБ.

- До какви резултати стигна Вашият екип?

- Нивото на КБ беше оценено по пет степенна скала. Най-висок относителен дял от участниците (44%) оценяват степента на безопасност на пациента като “много добра”, 28% – като “отлична”, 19% – като “добра”, а 9% – “задоволителна” или “слаба”.

Притеснителен е фактът, че през последните 12 месеца 73% (406) от респондентите не са докладвали нито едно нежелано събитие или грешка, а само 15% са съобщили веднъж или два пъти. В страни с развита здравна система процентът на съобщаване на грешки е значително по-висок от този в България. Този факт може да се обясни с наличието на страх от обвинение на всяка цена.

Друга особеност е, че не се установиха съществени разлики между мнението на лекарите и специалистите по здравни грижи относно болничната КБ.

При сравняване нивото на болничната КБ между публични и частни ЛЗ се открояват няколко съществени различия. Персоналът от частните болници дава по-високи позитивни оценки и са повече удовлетворени от работата в екип, от отношението на прекия ръководител и неговото поведение, във връзка с осигуряване на безопасни условия на труд и безопасни здравни грижи.

От друга страна персоналът, работещ в публичните болници, оценява по-високо някои аспекти на КБ, като организацията на работното място и разпределение на време. Болничният персонал изпитва по-голяма сигурност за своята работа и по-голямо доверие към мерките за безопасност, които се предприемат в лечебното заведе-

ние.

Установихме, че аспектите на КБ, които се нуждаят от подобрене в публичните болници са: работа в екип и открита комуникация с прякия ръководител, докато в частните болници са организацията на работното време.

- Имате ли данни за подобни проучвания в други Европейски страни и как се съотнася страната ни по отношение на резултатите?

- Установихме значими междукulturни различия, свързани с нивото на КБ на пациента между български и хърватски болнични персонал (общо 14 различия).

Оказа се, че в българските болници персоналът има по-голяма възможност на работното място да обсъжда начини за превенция на повторно възникване на грешки; да получава обратна информация, когато са взети превантивни мерки след съобщаване на грешки и да обсъжда въпроси, свързани с безопасните здравни грижи със служителите, които имат по-висока ръководна длъжност или на по-високо йерархично ниво.

От друга страна проучването в страната ни потвърди по-ниска оценка на панела „Екипната работа вътре в болничното звено“ спрямо хърватското изследване.

Общото между българските и хърватските болници, което се установи в мненията и оценките на персонала, е ниската кадрова осигуреност, високата честота на извършена работа и работа под напрежение или стрес, което излага на риск безопасността на пациента. Също така и в двете държави преобладава персоналният подход при съобщаване на грешки или т.нар. наличие на култура на обвинение. Интересен е фактът, че нивото на КБ, измекато “добра”, а 9% – “задоволителна” или “слаба”.

Притеснителен е фактът, че през последните 12 месеца 73% (406) от респондентите не са докладвали нито едно нежелано събитие или грешка, а само 15% са съобщили веднъж или два пъти. В страни с развита здравна система процентът на съобщаване на грешки е значително по-висок от този в България. Този факт може да се обясни с наличието на страх от обвинение на всяка цена.

Друга особеност е, че не се установиха съществени разлики между мнението на лекарите и специалистите по здравни грижи относно болничната КБ.

При сравняване нивото на болничната КБ между публични и частни ЛЗ се открояват няколко съществени различия. Персоналът от частните болници дава по-високи позитивни оценки и са повече удовлетворени от работата в екип, от отношението на прекия ръководител и неговото поведение, във връзка с осигуряване на безопасни условия на труд и безопасни здравни грижи.

От друга страна персоналът, работещ в публичните болници, оценява по-високо някои аспекти на КБ, като организацията на работното място и разпределение на време. Болничният персонал изпитва по-голяма сигурност за своята работа и по-голямо доверие към мерките за безопасност, които се предприемат в лечебното заведе-

ние.

Установихме, че аспектите на КБ, които се нуждаят от подобрене в публичните болници са: работа в екип и открита комуникация с прякия ръководител, докато в частните болници са организацията на работното време.

- Имате ли данни за подобни проучвания в други Европейски страни и как се съотнася страната ни по отношение на резултатите?

- Установихме значими междукulturни различия, свързани с нивото на КБ на пациента между български и хърватски болнични персонал (общо 14 различия).

Оказа се, че в българските болници персоналът има по-голяма възможност на работното място да обсъжда начини за превенция на повторно възникване на грешки; да получава обратна информация, когато са взети превантивни мерки след съобщаване на грешки и да обсъжда въпроси, свързани с безопасните здравни грижи със служителите, които имат по-висока ръководна длъжност или на по-високо йерархично ниво.

От друга страна проучването в страната ни потвърди по-ниска оценка на панела „Екипната работа вътре в болничното звено“ спрямо хърватското изследване.

Общото между българските и хърватските болници, което се установи в мненията и оценките на персонала, е ниската кадрова осигуреност, високата честота на извършена работа и работа под напрежение или стрес, което излага на риск безопасността на пациента. Също така и в двете държави преобладава персоналният подход при съобщаване на грешки или т.нар. наличие на култура на обвинение. Интересен е фактът, че нивото на КБ, измекато “добра”, а 9% – “задоволителна” или “слаба”.

Притеснителен е фактът, че през последните 12 месеца 73% (406) от респондентите не са докладвали нито едно нежелано събитие или грешка, а само 15% са съобщили веднъж или два пъти. В страни с развита здравна система процентът на съобщаване на грешки е значително по-висок от този в България. Този факт може да се обясни с наличието на страх от обвинение на всяка цена.

Друга особеност е, че не се установиха съществени разлики между мнението на лекарите и специалистите по здравни грижи относно болничната КБ.

При сравняване нивото на болничната КБ между публични и частни ЛЗ се открояват няколко съществени различия. Персоналът от частните болници дава по-високи позитивни оценки и са повече удовлетворени от работата в екип, от отношението на прекия ръководител и неговото поведение, във връзка с осигуряване на безопасни условия на труд и безопасни здравни грижи.

От друга страна персоналът, работещ в публичните болници, оценява по-високо някои аспекти на КБ, като организацията на работното място и разпределение на време. Болничният персонал изпитва по-голяма сигурност за своята работа и по-голямо доверие към мерките за безопасност, които се предприемат в лечебното заведе-

ние.

Установихме, че аспектите на КБ, които се нуждаят от подобрене в публичните болници са: работа в екип и открита комуникация с прякия ръководител, докато в частните болници са организацията на работното време.

- Имате ли данни за подобни проучвания в други Европейски страни и как се съотнася страната ни по отношение на резултатите?

- Установихме значими междукulturни различия, свързани с нивото на КБ на пациента между български и хърватски болнични персонал (общо 14 различия).

Оказа се, че в българските болници персоналът има по-голяма възможност на работното място да обсъжда начини за превенция на повторно възникване на грешки; да получава обратна информация, когато са взети превантивни мерки след съобщаване на грешки и да обсъжда въпроси, свързани с безопасните здравни грижи със служителите, които имат по-висока ръководна длъжност или на по-високо йерархично ниво.

От друга страна проучването в страната ни потвърди по-ниска оценка на панела „Екипната работа вътре в болничното звено“ спрямо хърватското изследване.

Общото между българските и хърватските болници, което се установи в мненията и оценките на персонала, е ниската кадрова осигуреност, високата честота на извършена работа и работа под напрежение или стрес, което излага на риск безопасността на пациента. Също така и в двете държави преобладава персоналният подход при съобщаване на грешки или т.нар. наличие на култура на обвинение. Интересен е фактът, че нивото на КБ, измекато “добра”, а 9% – “задоволителна” или “слаба”.

Притеснителен е фактът, че през последните 12 месеца 73% (406) от респондентите не са докладвали нито едно нежелано събитие или грешка, а само 15% са съобщили веднъж или два пъти. В страни с развита здравна система процентът на съобщаване на грешки е значително по-висок от този в България. Този факт може да се обясни с наличието на страх от обвинение на всяка цена.

Друга особеност е, че не се установиха съществени разлики между мнението на лекарите и специалистите по здравни грижи относно болничната КБ.

При сравняване нивото на болничната КБ между публични и частни ЛЗ се открояват няколко съществени различия. Персоналът от частните болници дава по-високи позитивни оценки и са повече удовлетворени от работата в екип, от отношението на прекия ръководител и неговото поведение, във връзка с осигуряване на безопасни условия на труд и безопасни здравни грижи.

От друга страна персоналът, работещ в публичните болници, оценява по-високо някои аспекти на КБ, като организацията на работното място и разпределение на време. Болничният персонал изпитва по-голяма сигурност за своята работа и по-голямо доверие към мерките за безопасност, които се предприемат в лечебното заведе-

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ: Направете запитване на 0899906644 и quovadis@blsbg.com

QUO VADIS
РЕДАКЦИОННО БРОЯТ Е ПРИКЛЮЧЕН НА 24. 03. 2021 Г.

Адрес на редакцията:
София, бул. „Акад. Иван Евст. Гешов“ 15,
НЦОЗА Български Лекарски Съюз
Тел.: 359 8 999 0 66 44

Главен редактор: Георги Радев
Репортер: Милена Енчева
Email: quovadis@blsbg.com
Предпечат: Ан-Ди
Експонация и печат: ИПК „Родина 2”

Редакцията на в. „Quo vadis“ не носи отговорност за достоверността на публикуваните на страниците на вестника обяви.

Д-р Николай Нанчев Тенев е специалист по Ендокринология и болести на обмяната и Вътрешни болести. Роден е в Казанлък и вече 34 г. работи в Долината на маслодайната роза. Казанлък - град на художници, а също люлка на българското самолетостроене с Втората Държавна авиационна фабрика „Капрони“, създадена през 1927 г. Той завършва медицина през 1986 г. в Пловдив. Защи́тава две специалности: Вътрешни болести и Ендокринология и болести на обмяната. Работи като специалист ендокринолог в ДКЦ „Поликлиника Казанлък“. Лечебното заведение обслужва със СИМП 5 общини: Казанлък, Мъглиж, Николаево, Павел баня и Гурково. Женен, с две деца, а вече и горд дядо на двама внуци.

- Какво Ви насочи към медицината? Това ли беше Вашата голяма мечта?

- Като ученик медицината не беше голямата ми мечта. Обичах физиката и техниката. Имах обаче щастието да получа солидна подготовка по биология и химия в местната хуманитарна гимназия. За информация на по-младите колеги, не сме ходили на допълнителни кандидатстудентски курсове. Основната ни подготовка тогава беше толкова добра, че просто това не беше нужно. Например всеки час по Биология при учителя ни Христо Нонов започваше с тест изпит за минал урок, чрез електронна система за тестване, подобна на тази при гласуване, с пулт пред всеки ученик и електронно табло отпред на дъската. И така всеки час имаме оценка, видима от всички и абсолютно обективна. Именно гимназията ни даде много лекари и зъболекари на страната.

- А защо се ориентирахте към ендокринологията? С какво Ви привлече тази специалност?

- Винаги съм желаел да работя като терапевт, но моите преподаватели в Пловдив от Клиниката по Ендокринология - проф. Кръстьо Павлов, доц. Симеон Симеонов и д-р Иван Нончев някак си ме въведоха постепенно и ме запалиха по ендокринологията, която обикнах почти колкото хобито, за което ще говорим.

- Точно за него вече исках да Ви попитам. Как се роди страстта Ви към авиацията и съответно авиомоделизма?

- За всички е странно, че човек с хуманитарно образование има толкова техническо хоби. Факт е, че зодия Близнаци сме любопитни и творчески настроени. Навремето авиацията беше страст на всеки малчуган. Може би знание имаше, че живеехме близо до фабрика „Капрони“ /завод Хидравлика/. В двора й беше останал като музеен експонат самолет, произвеждан там през 30-те години на миналия век, а и от местното летище „Овощник“ непрекъснато летяха леки спортни машини и скачаха парашутисти (беше национална парашутна база). Със сигурност роля е изиграл и полетът със самолет Ан-2 на 8-9 годишна възраст. Усещането, адреналинът остават за цял живот.

- От кога се занимавате с това Ваше, ако смея да твърдя, трудно, но особено интересно хоби?

- Хобито те завладява неусетно. Началото с кръжок по авиомоделизъм още в първи клас. После покрай големите батковци в клуба към Младежкия дом. Навлизаш от дете в една сложна материя, която за мнозина стана и професия на по-късен етап. В един колектив от ентузиастични постепенно изграждаш умения, знания и характер. Участвах в състезания, доказвах себе си. Всичко това обаче, без да пречи на училището, а напротив. Рационално организирах времето си и се развивах. Бях поощряван и от родителите си - учители по професия.

ПОЛЕТ КЪМ ЩАСТИЕТО

Историята на най-добрия лекар сред пилотите и най-добрия пилот след лекарите



- Колко умалени самолети сте изработили и с кои от тях се гордеете най-много?

- Вероятно съм изработил десетки летящи машини. В момента имам около 10 радиоуправляеми модела. Харесвам моторните акробатични самолети и тяхното управление, както и копия на самолети от Първата и Втората световни войни: „Фокер Айндекер“, „Спитфайър“, „Хидроплан Каталина“. Най-много се гордея с копието си на „Арадо 196 Акула“ с мащаб 1:5. Единственият останал екземпляр в света се намира в Музея на авиацията в Крумово, копията на акробата „Робин“, „Злин 526“, „Екстра 300“, „Сбач“ и мн. др. - всичките летящи. Имам недовършени копия на „Девоитен Д520“ и „Сикорски“ - „Духът на Африка“.

- Какъв най-често е мащабът на вашите произведения? С какъв материал работите?

- Мащабът най-често е 1:3, 1:4, 1:5. Като размери това е от два - три метра в разперено състояние. Сериозни машини с бензинови мотори 30, 40, дори 50 куб. см., а напоследък и мощни безщеткови електромотори. Колкото е по-голям е моделът, повече прилича на истински и лети също като истински самолет.

- Кой от авиомоделите представляваше най-голямо предизвикателство за Вас?

- Това е последният модел, който все още стои недовършен вече 4-5 г. Копие на самолета от Втората световна война „Девоитен Д520“. Имали сме близо 100 такива на въоръжение в периода 1940-

грамотност. Към това добавете историческа гордост и удовлетворение от направеното и се получава смес, която те възпламенява отвътре и те кара да не чувстваш умората от работата. Художниците, скулпторите, творците знаят за какво говоря. Който не го е изпитал, няма да го разбере.

- Опишете процеса на изработка? Колко време отнема той за всеки един самолет?

- Материалът за изработване най-често е специално леко дърво - балза (расте в Амазония). В последните години използвам композитни материали - смоли, карбон, както и стъклоплат, доста прецизна електроника, рулеви машинки и др. Всичко започва с идеен проект, чертеж, изчисления. Изработката на такъв модел отнема 1-2 години. Завършва с камуфлаж и естествено радостта от полета. В хода на работата се докосваш до историята на модела. Научаваш непознати факти и живота на хора, изгълнен с героизъм - източник на национална гордост. България е била една от първите 7 държави в света със собствено самолетостроене.

- Опишете чувството, след като самолета, над който сте се трудили толкова много време, най-сетне полети.

- Първо усещаш адреналина. Въпреки че не рискуваш живота си като истински пилот е предизвикателство да вдигнеш машина във въздуха, за която си отделил 1 или 2 години труд. След като се приземи (най-трудното действие) идва и усещане за малка гордост от постигнатото. Всяко хоби е източник на радост и положителни емоции. Това е профилактика на духа и тялото. Хобито винаги изгражда позитивно мислене. Това увлечение е източник на енергия и позитивна настройка на ума.

- Колко са хората у нас посветили се на това хоби? Как се обединяват?

- Братя „по хоби“. Пъстра смесица от все колоритни личности от цялата страна. Все интересни и знаещи хора. Почти всички успели в професиите си. За съжаление все по-стари. Хора с внуци, но запазили нещо детско в себе си. За мен казват, че съм най-добрият лекар от пилотите и най-добрият пилот сред лекарите. Доколкото знам, Българска Федерация по Авиомоделизъм има около 3000 членове.

- С колко отличия от състезания можете да се похвалите?

- До епидемичната криза ежегодно се организираха по 5-6 състезания, турнири или простобирки. Така опознах българската природа в аспект изоставе-



ни летища. Въпреки това все така красива. Много отличия, купи и медали, но те не са ми били самоцел.

- Как съчетавате това трудоемко хоби с достатъчно трудоемката Ви професия?

- Ако човек живее само заради работата си, то трябва сериозно да се замисли. Когато мозъкът е зает само с работните дела, мисленето се притъпява, идеите се изчерпват. Трудът спира да носи желаните резултати. Следва прегаряне. За да сте ефективни, трябва да заделите място за още нещо - такова, което ви развлича, зарежда, радва. Когато сме свободни, а не вкарани в „алгоритъм или клинична пътека“. След ежедневие със скръб и нещастия, нашата психика има нужда от почивка. Хобито е план „Б“ на личността и отдушник на натрупания стрес. Мозъкът обича не еднотипните изпитания, а винаги нещо ново и различно. Това любопитството, с което изучаваме нещо ново, се отплаща стократно.

- По какво си приличат медицината и летенето?

- Това е премереният риск и необходимата подготовка да го посрещнеш. Ако не си подготвен, рискуваш живота.

- Кога най-често се отдавате на авиомоделиране?

- Когато нещо ти доставя удоволствие, винаги намираш време. Тук няма работно време. Имам идея и цел - намираш средства и време някак си естествено. Остава да я има и чистата радост от творчеството.

- С какви проекти сте се захванали в момента?

- Довършване на радиоуправляемо копие на самолет „Девоитен Д520“ в мащаб 1:4.

- Кой е самолетът, който винаги сте искали да моделирате, но все още не сте?

- Това са самолетите произведени в българско „Капрони“, Казанлък - „КБ11-Фазан“ и „Чучулига“.

- Имате ли други интересни хобита, с които можете да ни изненадате?

- Обичам природата. Живея в подножието на Балкана. Често се разхождаме с моята съпруга, също лекар, в гората на Централен Балкан.

- Как си се представяте в следващите 5 години? Какво искате да постигнете в професионален и личен план?

- Професионалното израстване в малък град си има таван. Защи́таваш една или две специалности. По-важно от това е да получиш признанието на своите пациенти. Със сигурност плавно оттегляне от професията и повече време за хобито, внуците и семейството. Идват млади и подготвени колеги. Трябва да им отстъпим поле за изява. Въпреки това се старая да участвам във всички форми на продължаващото медицинско обучение.

В заключение, да имаш любимо занимание и хоби е не просто запълване на свободното време, а възможност за пълноценна релаксация. Възможност да „презаредим батериите“, докато правим нещо приятно и основно да намалим стреса, защото колкото и добри професионалисти да сме в работата, със сигурност всеки има и скрити творчески заложби. Още нещо, което прави добре и най-вече с удоволствие.

