

QUOVADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

ДИГИТАЛИЗАЦИЯ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Реалност или пожелание в бъдеще време?

Дигитализацията в здравеопазването е необратим процес. В това ни уверяват лекари и водещи специалисти в областта. След себе си носи безспорни предимства – спестява време на лекувани и лекуващи, намалява субективния фактор и рисковете от злоупотреби. С развитието на технологиите качеството на живота ни се подобрява с всеки изминал ден.

Готова ли е обаче българската здравна система да бъде изцяло дигитализирана? Имаме ли добра основа за това и къде се намира страната ни в този процес? Отговорите на тези и на още много други въпроси четете в „На фокус“.

На стр. 6-7

РОДЕНА ЗА ЛЕКАР

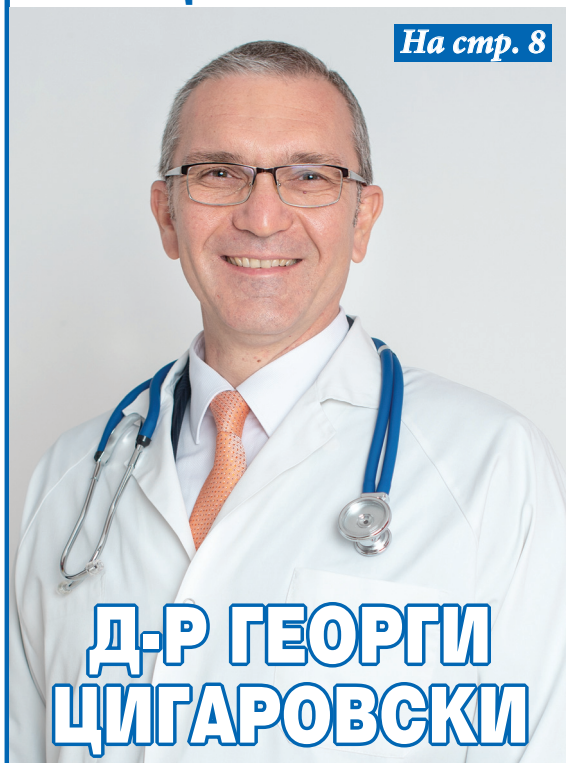
На стр. 4



Д-Р МАРИЯ ДИНКОВА

СПЕЦИАЛЕН ГОСТ

На стр. 8

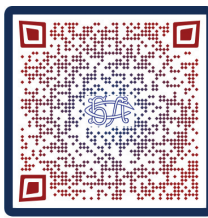


Д-Р ГЕОРГИ ЦИГАРОВСКИ



- По инициатива на БЛС: Среща между МЗ и медици от УМБАЛСМ „Пирогов“
- Позиция на съсловната организация
- 4001 са общо прегледаните в инициативата „Зрението е всичко! Прегледай се!“
- Национален план на МЗ за справяне с пандемията К-19
- Становище от СЛК

На стр. 2-3



СКАНИРАЙ МЕ

ЗА КОНТРОЛ НА ГРИПНИТЕ СЪСТОЯНИЯ

Осцилококцидум!

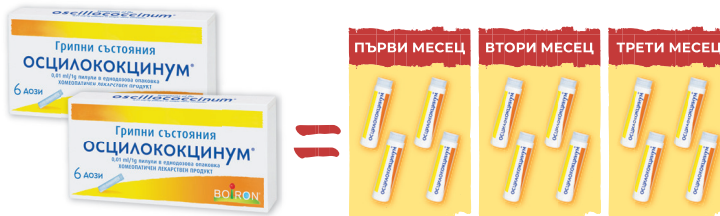
ПРОФИЛАКТИЧНО
1 гоза седмично

ПРИ КОНТАКТ С БОЛНИ
1 гоза на всеки от контактните

ИЗЯВЕНА КЛИНИЧНА КАРТИНА
По 1 гоза сутрин и вечер

ПРИ ПЪРВИТЕ СИМПТОМИ
1 гоза възможно най-рано, повтаря се 2-3 пъти през 6 часа

2 ОПАКОВКИ = 3 МЕСЕЦА ПРОФИЛАКТИКА!



Хомеопатичен лекарствен продукт без лекарско предписане. 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

МЗ ПРЕДСТАВИ ПЛАН ЗА СПРАВЯНЕ С ПАНДЕМИЯТА ОТ SARS-COV-2

Планът описва състоянието на страната от епидемиологична гледна точка, направени са анализ и оценка на рисковете, както и на наличните ресурси на здравната система. Подробно са развити механизмите и начините за подобряване на шансовете за намаляване пораженията от пандемията – и като смъртни случаи, и като щети за икономиката, и като възможности на здравната система да реагира адекватно, обясни министърът на здравеопазването, цитиран от пресцентъра на МЗ.

С документа са определени цветови зони - зелена, оранжева, червена и тъмночервена зона, които се определят в зависимост от 14-дневната заболяемост на 100 хил. души население, процент положителни тестове, заети болнични легла и др. По този начин ще има предвидимост както за гражданите, така и за бизнеса. Целта е въвеждането на противоепидемични мерки да бъде обвързано с това в коя зона попада страната ни.

В плана са залегнали както насоките за работа на спешната медицинска помощ, на болничната и извънболничната помощ, действията за осигуряване на лекарствени продукти, така и предвидените инвестиции в системата.

Министър Кацаров посочи още, че



Националният план за справяне с пандемията ще бъде предоставен на всички институции, за да могат те да съставят свои стратегии за реакция, в случай че страната ни влезе в съответните цветови зони.

В документа са разписани и методични указания за поетапно разкриване на отделения в зависимост от епидемичната обстановка. Ясно е посочено кои болници в 28-те области ще поемат от първо до четвърто ниво на заболяемост, определени са брой болнични легла за интензивно и консервативно лечение на

пациенти с COVID-19.

Планът съдържа и финансов разчет какво би струвало на държавата развитието на най-лошия сценарий – подобен на този от края на 2020 г. „При най-песимистичния вариант разходите ще са от около 500-600 млн. лв. Засега има само един начин да предотвратим следваща вълна и това е ваксинацията“, обясни д-р Кацаров и добави: „В разгара на епидемията ваксини няма да ни трябват. Болни не се ваксинират. Ваксините са ни необходими сега – като превенция.“

БЛС АДМИРИРА ВСИЧКИ УСИЛИЯ ЗА ВКЛЮЧВАНЕ НА ПАЦИЕНТИТЕ В КОНТРОЛА

БЛС адмира всички усилия за включване на пациентите в контрола. За нас е важно да бъдат подкрепени работещите лекари. В този смисъл мобилното приложение е стъпка в правилната посока. Неправомерното разходване на средства не дава възможност при преговорите по НРД да договаряме по-високи цени. Това заяви председателят на БЛС д-р Иван Маджаров по време на представянето на мобилно приложение за известяване от НЗОК на пациентите за извършени дейности.



„Особено важно е регистрацията в мобилното приложение да бъде оптимизирана и да се случва максимално лесно, за да може повече хора да се възползват от нея“, категоричен беше д-р Маджаров.

Според председателя на БЛС от особено значение е да бъде дадена възможност за обратна връзка от страна на пациента дали извършената дейност на негово име е реална или не.

„Разбира се след подобен сигнал за злоупотреба е необходимо да се направи проверка от страна на НЗОК и, ако такава бъде установена, да се премине към неизплащане на дейността.“

Според председателя на БЛС от ключово значение е да бъде предвиден и механизъм за реакция при недоброжелателни сигнали от страна на гражданите, за да бъдат предотвратени евентуални злоупотреби.

Достъпът до мобилното приложение (iOS и Android) ще е възможен чрез влизане в електронното пациентско досие и идентификация с уникален код за достъп (УКД) на НЗОК, персонален идентификационен код (ПИК) на НАП или електронен подпис, след което чрез посочен имейл за връзка ще е възможна и активацията. Приложението ще дава информация за промяна в пациентското досие въз основа на отчетите, постъпващи в касата, тоест лицето ще получава известие, че е настъпило някакво здравно събитие, но за повече подробности ще е нужно да влезе в самото досие. То ще информира и за смяна на личния лекар.

На следващ етап приложението ще дава информация и за изписани електронни рецепти, извършени имунизации и други. Мобилното приложение е безплатно и вече може да бъде изтеглено и използвано от гражданите.

Как да се абонирате за приложението, може да научите на www.blsbg.com.

НИКОЙ НЕ ЧЕРПИ БЪЛГАРСКИТЕ ЛЕКАРИ, ДОКАТО СПАСЯВАТ ЧОВЕШКИ ЖИВОТИ



Столична колегия на БЛС е възмутена от арогантното изказване на управителя на НЗОК проф. Петко Салчев. В интервю за БНР, дадено на 14 юли, проф. Салчев коментира мнение на лекар и попита: „Вие бихте ли се съгласили, от вашите пари да почерпим някоя болница с 1 млн. лева?“

Уважаеми проф. Салчев,

ние, столичните лекарите искаме да Ви кажем, че не желаем да ни черпите, докато спасяваме животи. Вашето изказване звучи подигравателно, на фона на усилията, които всички ние полагаме вече година и половина. Подобно поведение от управител на НЗОК и подхвърлянето на милиони за почерпка е не само унижително, но и неморално.

Опитите за административен тормоз от страна на Касата над лечебни заведения, ангажирани активно с лечението на пациенти с Covid-19, тенденциозните и масови проверки, исканията за възстановяване на средствата в условията на пандемия по формални причини са неприемливи. Припомням

Ви, че Covid-19 е ново заболяване. Абсурдно е да се прави детайлно прецизиране на алгоритми в клинични пътеки, когато медиците са лекували пациенти от заболяване, което до преди това не е съществувало и пред което, все още, след почти две години, има редица неизвестни по отношение на развитието на инфекцията и нейното лечение.

Нещо повече: с настъпването на епидемията, финансирането на лечебните заведения стана въпрос за оцеляване и те получаваха минимум 85% от бюджетите си, независимо от броя на лекуваните пациенти. Многократно бяхме уверявани, че финансирането на системата е гарантирано и можем да работим

спокойно. А сега, Вие твърдите, че 11 229 200 лв са получени от УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“ без колегите там да са работили. Цинично е да заявявате, че колегите от най-голямата спешна болница у нас са стояли със скръстени ръце и са чакали подавания, на фона на над 6000 хоспитализирани с Covid-19 пациенти, за които те са полагали грижи.

Вчерашното Ви поведение преля чашата на търпението ни и СЛК на БЛС настоява за Вашата оставка!

Управителен съвет на СЛК на БЛС

15.07.2021г.

Позицията на СЛК е официално подкрепена от редица РЛК. Повече на www.blsbg.com. – бел. ред.



ВАКСИНИРАНИТЕ СРЕЩУ COVID-19 - БЕЗ МАСКА НА РАБОТНОТО МЯСТО

За работниците/служителите, които са ваксинирани срещу COVID-19, може да се допусне изключение от изискването за носене на маска за лице на работните си места. Това ще става по преценка на работодателите, органите по назначаване и физическите и юридически лица - собственици или управители на обекти с обществено предназначение, търговски и други обекти, предоставящи услуги на гражданите.

Това разпорежда министърът на здравеопазването д-р Стойчо Кацаров със своя заповед, издадена на 6 юли.

Тя влезе в сила от 7 юли.

С пълния текст на Заповед № РД-01-555 /06.07.2021 г. можете да се запознаете на www.blsbg.com и сайта на МЗ.

РЕКТОРИТЕ НА МЕДИЦИНСКИТЕ УНИВЕРСИТЕТИ С ОБЩО СТАНОВИЩЕ ЗА ПРОЕКТА ЗА НАЦИОНАЛНА КАРТА НА ВИСШЕТО ОБРАЗОВАНИЕ

След поредица от заседания академичните ръководства на медицинските университети в Република България, представлявани от своите ректори, се обединиха около общо становище, съдържащо предложения за изменения и допълнения в проекта на Национална карта на висшето образование в Република България, съобщава medicalnews.bg.

В становището под мотивираните си предложения се подписа ректорът на МУ –София акад. проф. Лъчезар Трайков, ректорът на МУ – Варна проф. Валентин Игнатов, ректорът на МУ – Пловдив проф. Мариана Мурджева и ректорът на МУ – Плевен проф. Добромир Димитров. Официалният документ е изпратен до Президента на Р България, до министър-председателя, до министъра на образованието и науката, министъра на здравеопазването, председателя на Българския лекарски съюз и председателя на Българския зъболекарски съюз.

Ректорите са категорични, че намеренията за разкриване на частни медицински висши училища (ВУ) и филиали са в разрез с държавната политика по медицинско осигуряване и гарантиране на качеството на медицинските и здравните грижи на населението.

Съществуващото териториално разпределение на висшите медицински училища покрива нуждите и е съобразено с административното и териториалното деление в страната.



Снимка: medicalnews.bg

Създаването на нови частни структури в системата на висшето образование на места, където съществуват утвърдени държавни такива, е процес, който беше наблюдаван неконтролирано в системата на здравеопазването и показва своята неефективност.

Ректорите на медицинските университети предлагат въвеждането на строго регламентиран съгласувателен режим при намерение за разкриване на нови държавни висши училища по профе-

сионалните направления „Медицина“, „Дентална медицина“, и „Фармация“ и сродни специалности от регулираните професии.

Като допълнение, ректорите и академичните ръководства на медицинските университети в страната апелират да се предприемат законодателни инициативи за налагане на мораториум за откриване на нови университетски болници, както и на мораториум за придобиване на статут на научни организации в съществуващите здравни заведения.

В своите решения и предложения ректорите на медицинските университети са водени от обществения интерес за осигуряване и поддържане на високо качество на висшето медицинско образование и развитие на медицинската наука в страната.

Целта е да се предотвратят негативни тенденции, свързани със снижаване на качеството на обучението и научните изследвания, каквито са допуснати от висши училища в други професионални направления. Обучението по медицина и упражняването на медицинската професия са в строг регулаторен режим, предвид спецификата на медицинските дейности като услуга в полза на обществото, гарантирана от държавата. Тези обстоятелства предопределят необходимостта от прилагането на по-специален режим от страна на компетентните министерства при разкриването на нови висши училища, филиали и факултети.

СПРАВОЧНИКЪТ ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА COVID-19 СЕ ОБМИСЛЯ ДА БЪДЕ НАДГРАДЕН С МОБИЛНО ПРИЛОЖЕНИЕ

Интерактивният справочник за диагностика и лечение на Covid-19, създаден и насочен изцяло към лекари, предстои да бъде надграден и с мобилно приложение /апликация/ на документа. Това стана ясно на срещата в Министерството на здравеопазването, на която присъстваха авторите му д-р Георги Димитров, д-р Трифон Вълков и д-р Димитър Димитров, зам-министър д-р Тома Томов, началникът на кабинета на здравния министър д-р Лидия Стойкова-Чорбанова и д-р Нели Нешева – член на УС на БЛС.

Справочникът включва световния опит, натрупан при борбата с Covid-19, синтезиран, преведен и безвъзмездно предоставен за ползване. Той е базиран на страните с най-ниска смъртност от Covid-19 - Израел, САЩ, Англия и Германия, а алгоритмите в Справочника подпомагат по-лесния и бърз триаж на пациента.

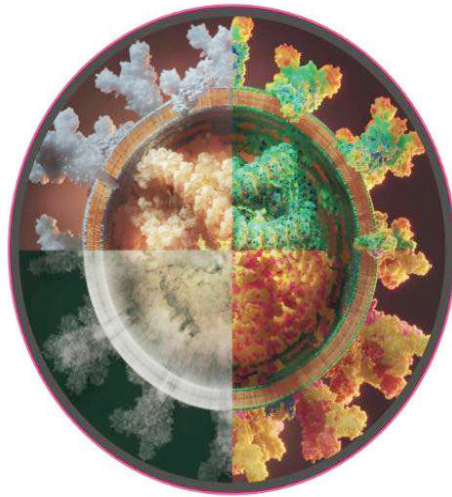
Основният съществуващ интерактивен справочник за лечение на COVID-19, служещ за „ядро“, познат и одобрен преди около два месеца от Българския лекарски съюз, се допълни и частично преработи. Добавена е нова информация и интерактивни фигури, както и хиперлинкове и е достъпен на интернет платформите на МЗ и БЛС. Поради стремежа на експертите от работната група към МЗ, която се координира от авторите на Справочника, втората основна част или така наречената „експертната основа“, ще бъде интегрирана към ядрото максимално бързо. Предвижда се проектът да се менажира динамично, своевременно, устойчиво във времето и той да бъде съобразен с последните научни доказателства в медицинската наука и в частност с проблемите на COVID-19. Обсъжда се възможността за създаване в бъдеще на мобилно приложение /апликация/ на документа.

Справочникът е издаден от БЛС и в печатен вариант, който се разпространява безплатно сред лекарите в цялата страна. И още: Подготвени са брошури с QR - код, при сканирането на който се стига отново до Интерактивния справочник.

СПРАВОЧНИК ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА COVID-19



От лекари на първа линия
за лекари на първа линия



АВТОРИ

Д-Р ГЕОРГИ ДИМИТРОВ
Д-Р ТРИФОН ВЪЛКОВ
Д-Р ДИМИТЪР ДИМИТРОВ

ПО ИНИЦИАТИВА НА БЛС: СРЕЩА МЕЖДУ МЗ И МЕДИЦИ ОТ УМБАЛСМ „ПИРОГОВ“

„И двете страни изказват съжаление за разменените нелицеприятни реплики, които доведоха до това напрежение.“ Това заяви председателят на БЛС д-р Иван Маджаров след съвместната среща, инициирана от съсловната организация между служебния министър на здравеопазването д-р Стойчо Кацаров и медиците от УМБАЛСМ „Пирогов“.

Д-р Маджаров подчерта, че резултатите от проверката на НЗОК, установила големи нарушения и станала повод за увол-

нението на проф. Асен Балтов, се обжалват и че страните са се обединили около факта, че не бива да бъде вменявана вина на лекарите на „Пирогов“ преди произнасянето на компетентните органи.

И още: и трите страни са категорични: „Имаме доверие на всички медици от „Пирогов“, имали сме и продължаваме да имаме!“, каза д-р Маджаров.

„Обединихме се около факта, че е необходима здравна реформа, за да се осигури адекватно и добро лечение на пациентите и за да се сведе до минимум да възможността за такива недоразумения и обвинения към лекарите“, коментира председателят на БЛС.

След срещата д-р Камен Данов от „Пирогов“ подчерта, че общото мнение е било, че не бива да се допуска подобен тон на разговори и добави: „Ние сме удовлетворени от това, че отпаднаха съмненията, които бяха лансирани – за някакви нарочни злоупотреби. Сега колегите ще решат дали прекратяват протеста си“.

Зам.-министърът д-р Александър Златанов определи срещата като „откровен разговор“ и призна: „Може би трябваше една идея по-рано да бъде направена, най-вече за да се успокоят медиците в „Пирогов“. Идеята на срещата беше да няма съмнение, че лекарите трябва да вършат основно своята лекарска работа“, допълни още той.



БЛС СТОИ ЗАД БЪЛГАРСКИТЕ ЛЕКАРИ

ПОЗИЦИЯ НА УС НА БЛС

УС на БЛС подкрепя позицията на Столична лекарска колегия и застава зад колегите си от цялата страна! (вж. стр. 2 – бел. ред.)

Неслучайно съсловната организация излезе с позиция, в която категорично се противопостави на опитите за административен тормоз от страна на НЗОК над лечебни заведения, ангажирани активно с лечението на пациенти с Covid-19.

През изминалата трудна и тежка година БЛС многократно алармира за некоректното, арогантно и бюрократично отношение от страна на НЗОК. Позицията на столичните лекари само потвърждава казаното от УС на БЛС.

БЛС е категоричен: Съсловната организация стои зад интересите на българските лекари и ще отстоява техните права! Няма да се съгласим финансирането на лечебните заведения да бъде спряно, няма да се съгласим да бъдат връщани средства, дадени за оцеляването им! Подобно отношение към лечебните заведения може да доведе до масови протести на медици в цялата страна.

УС на БЛС

4001 СА ОБЩО ПРЕГЛЕДАНИТЕ В РАМКИТЕ НА ИНИЦИАТИВАТА „ЗРЕНИЕТО Е ВСИЧКО! ПРЕГЛЕДАЙ СЕ!“

Приключи Националната скринингова кампания за безплатни очни прегледи на Български лекарски съюз, Българското дружество по офталмология и Байер България „Зрението е всичко! Прегледай се!“.

Кампанията стартира на 10 май в гр. Самоков с амбициозната задача да обхване най-уязвимите групи от населението у нас: децата и хората около и над 50-годишна възраст, да диагностицира най-честите социално – значими очни заболявания, да информира българското общество за важната роля на профилактиката, грижата за очното здраве и навременни очни прегледи.

От тогава до 16 юли специалистите посетиха 42 града в цялата страна, а 4 001 са общо прегледаните от началото на кампанията.

През последната седмица от кампанията, за периода 12-16 юли, бяха прегледани общо 481 души в градовете Ловеч, Троян, Велико Търново, Севлиево и Луковит.

286 от тях са възрастни, като при малка част от тях е открит проблем,

който налага допълнителни изследвания и лечение. Най-възрастният прегледан пациент е на 98 години и е от гр. Велико Търново.

Децата, консултирани от специалистите, през изминалата седмица са 195, а най-малките пациенти са на 2 годинки и са от Ловеч, Троян, Велико Търново и Севлиево.

През цялата кампания децата бяха прегледани с помощта на специална апаратура, закупена със средства, събрани от благотворителната инициатива „Българската Коледа“.



АГРЕСИЯТА НАД МЕДИЦИ ТРЯБВА ДА СПРЕ

Съсловната организация застава зад нападателите си колеги, работещи в Спешна помощ - Перник, както и зад всички медици от Спешния център в града.

На 20.07.2021 г. мъж, употребил алкохол и приел хапчета, при отвеждането му в Центъра за спешна медицинска помощ, започва да буйства. Удря лекар, причинявайки му охлузвания, а след това напада и шофьор на линейка, на когото чупи ръката.

Съсловната организация е категорична, че подобна агресия над медицински лица е недопустима и прекраща всички граници на нормалността.

Български лекарски съюз ще сезира Прокуратурата за случая на база подписаното споразумение за сътрудничество и взаимодействие за

предотвратяване и разследване на престъпления, свързани с дейността на медицинското обслужване.

Припомняме, че на телефон 02 9 07 07 07 могат да бъдат подавани сигнали за агресия над лекари и специалисти по здравни грижи. Те ще бъдат незабавно насочвани към Главния прокурор, съгласно подписаното споразумение между БЛС, МЗ и Прокуратура на Република България.



РАЙОННА КОЛЕГИЯ

НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ - ПЛОВДИВ

Пловдив 4000, ул. „Велико Търново“ № 9, ☎ 032 62 35 08
моб. тел.: 0879 65 88 44
e-mail: rtkblsp@abv.bg

П Р И З И В

Районна Лекарска Колегия – Пловдив,
Медицински Университет - Пловдив
Районна Здравна Инспекция – Пловдив
призовава за масова ваксинация с цел опазване
здравето на нацията.

**ВАКСИНИРАЙ СЕ
СПАСИ ЖИВОТИ!**

БЛС Е ПРОТИВ АДМИНИСТРАТИВНИЯ ТОРМОЗ ОТ СТРАНА НА НЗОК

ПОЗИЦИЯ УС НА БЛС

БЛС се противопоставя на опитите за административен тормоз от страна на НЗОК над лечебни заведения, ангажирани активно с лечението на пациенти с Covid-19 през изминалата тежка и трудна година и половина. В централата на Съсловната организация има постъпили множество сигнали от болници в цялата страна за тенденциозни, масови проверки и искания за възстановяване на средства в условията на пандемия по формални причини: неспазен алгоритъм на лечение, отчетен пациент с антигенен тест, а не с PCR и др.

През периода на пандемия българските лекари бяха изправени пред огромни предизвикателства и положиха огромни усилия, грижейки се за своите пациенти в условията на напрежение и неизвестност, рискувайки собствения си живот. Те бяха многократно уверявани, че може и трябва да работят спокойно, че финансирането им е гарантирано. БЛС припомня, че с настъпването на епидемията финансирането на лечебните заведения стана въпрос за оцеляване и те получаваха минимум 85% от бюджетите си, независимо от броя на лекуваните пациенти. Нещо повече: в нито един нормативен документ не беше разписан механизъм, който по някакъв начин да разглежда възможността за наказателно възстановяване на тези средства.

На този фон, юридически необосновано и неморално е да се притискат лечебни заведения, дали своя дан в борбата с пандемията, да се иска от тях да връщат средства, които са били подигурени за тяхното оцеляване. Ставаме свидетели на опит за възстановяване на суми за период, в който колегите лекуваха и се грижеха предимно за пациенти с Covid-19.

Формалното отношение, което демонстрира НЗОК към лекарите в България, е не само обидно, но и демотиращо.

БЛС пита: Това ли е наградата за неимоверните усилия на българските медици в условията на неизвестност и световна пандемия? Това ли е подготовката за есента, която, за съжаление, едва ли ще бъде по-лека от изминалата?

Нека не забравяме, че през очакваните тежки месеци всички ние отново ще разчитаме на същите тези медици и лечебни заведения, на които разчитахме през изминалата година и половина! А те ще продължат да следват своето призвание и няма да отстъпят от дълга си!

УС на БЛС



РОДЕНА ЗА ЛЕКАР

Д-р Мария Динкова между научните постижения и болничните заведения

Млада, талантива и целеустремена. Така описват д-р Мария Динкова колегите ѝ в УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“. Тя е ново, но качествено попълнение в Клиниката по детска анестезиология и реанимация в лечебното заведение. За нея медицината е била детска мечта и въпреки че първоначално мислела, че ще се занимава с хирургия, се радва, че е намерила мястото, на което наистина принадлежи.

„Невероятно дете! Гордея се, че такива млади хора са част от нашата клиника“, казва за Мария доц. Румяна Андонова, началник на Клиниката по детска анестезиология и реанимация в „Пирогов“.

Д-р Динкова е един от деветимата пълни отличници на Випуск 2020 в Медицинския факултет към МУ-София. На церемонията по полагаането на Хипократова клетва тя представи присъствено своите 477 колеги.

Зад приза „Златен Хипократ“, който д-р Динкова получава, стои много труд, отдаденост, но и любов към знанията. Няколко години подред Мария участва в Международния конгрес по медицински науки – ICMS, като дори успява да спечели награда за свой проект, посветен на стерилитета. Притежава вроден перфекционизъм, но допълнително го развива по време на обучение по програмата „Еразъм +“ в Япония.

Въпреки постиженията си в областта на науката, Мария вярва, че истинското ѝ място е в болницата, при пациентите. Малките пациенти.

Вече близо половин година тя ги дарява с цялата си енергия и грижи. Междувременно в разгара на пандемията успява да помогне на колегите си в COVID отделението в „Пирогов“.

- Д-р Динкова, защо и как решихте да се занимавате с медицина? Това беше детската Ви мечта или идеята се зароди по-късно като осъзнат избор?

- Никога не е имало колебание, че ще бъда лекар. Буквално от 2-годишна се занимавах с операции върху играчките си. Абсолютна детска мечта, идеята за която и до ден-днешен си остава мистерия за мен. С годините желанието и целеустремеността ми просто ста-

ваха по-силни.

- Каква е цената на това да си Златен Хипократ? Какво стои зад пълното отличие по медицина?

- Много инат, упорство, търпение и нерви. Перфекционизмът си остава моят най-голям недостатък. За много хора пълното отличие не означава много. За жалост, организацията на медицинското образование в България има още много път да извърви към истинското обективно оценяване.

- Всяка година участвате активно в ICMS. Какво ви мотивира да се занимавате с наука и какво е тя за вас?

- Това беше „далечният“ период, в който търсех коя посока да поема. ICMS ме срещна с изключително вдъхновяващи хора. Никога няма да забравя съвета на доктор Рос Фишър за това коя е твоята специалност - тази, в която и най-скупното вършиш с ентузиазъм и желание. Но пък се убедих, че в анестезиологията и реанимацията скучно няма. А, относно науката, без нея няма напредък.

- Преди години печелите признание за проект, свързан със стерилитета? В какво се изразява той?

- Това беше годината, в която спечелих ICMS с устна презентация. Проектът беше *Humoral immune response to antigens in immunological isolation*, съвместно с катедрата по биология към Медицинския университет. Беше свързан с причините за инфертилитет при пациенти с различни аутоимунни заболявания, при които специфичните антитела реагират като антиспермални.

- По какви други научни проекти сте работили?

- Доста различни, голяма част от тях бяха благодарение на проф. Николай Лазаров, съвместно с катедрата по анатомия, както и на д-р Валери Велев - свързани с малария, кампилобактериоза в детска възраст и др.

- Обмисляте ли да продължите да се занимавате с научна



дейност?

- На този етап се концентрирам върху клиничната страна на медицината, но всяко предизвикателство е добре дошло.

- На какво Ви научи престоят Ви в Япония по програмата „Еразъм+“?

- Осъзнах, че съм скрит авантюрист. Научи ме на самостоятелност, даде ми увереност и ми показа какво значи отдаденост и работа в японски стил.

- Вече близо половин година специализирате в Клиниката по детска анестезиология и реанимация на УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“. Какво Ви отведе там?

- Отведе ме първоначалното ми желание да стана хирург, от което относително бързо се отказвах, осъзнавайки, че от другата страна на масата нещата са ми значително по-интересни. Да работя с деца беше мечтата ми от момента, в който започнах да уча медицина. Имах късмета да се срещна с пре-



красни лекари, които ме вдъхновиха и откликнаха на желанието ми да се включа в екипа. Поздрави на целия екип на доц. Андонова и д-р Пседаерски.

- В тази специалност ли мислите да насочите усилията си и за в бъдеще?

- Абсолютно.

- В разгара на пандемията Ви решавате да се включите на първа линия в борбата срещу болестта в Ковид реанимацията. Какво Ви мотивира да предприемете тази стъпка?

- Нямах много време за мислене. В момент на криза, в която колегите ни бяха на предела на силите си, това беше най-правилното решение. Невероятно изпитание, с което смятам, че се справихме. Новосформираната Ковид реанимация ме срещна с невероятни хора, от които взимах пример и научих много. Днес смея да ги наричам приятели.

- На какво Ви научи до тук специализацията у нас? Има ли достатъчно възможности за развитие за младите лекари тук?

- Оставам оптимист. Смятам,

че възможности има за тези, които са мотивирани и отдадени.

- Какви професионални и лични цели си поставяте за в бъдеще? Как се виждате след 10 години - какво още искате да постигнете?

- След 10 години се виждам като специалист анестезиолог реаниматор, лекар, на когото колеги и пациенти винаги могат да разчитат. Да успявам да вдъхновявам навлизщите в тази област по начина, по който и аз бях вдъхновена. Силно се надявам да бъда добра в работата си. Надявам се да съм осъществила специализации и зад граница.

- Каква е д-р Динкова, когато не носи бяла престилка? Какво обичате да правите в свободното си време?

- Извън „Пирогов“ бягам марафони. Занимавам се любителски с планинско бягане, което от просто хоби започна да се превръща в страст. Обичам да споделям време с приятелите си, с любимия ми човек и домашния ни любимец.

Интервю на Милена Енчева



УЧЕНИ ОТ БАН РАЗРАБОТВАТ НОВ ХИМИОТЕРАПЕВТИК

Веществото показва обещаващи резултати при *in vitro* експерименти



Гост по темата е Мария Шрьодер - асистент в Института по молекулярна биология към БАН. Тя получава бакалавърската си степен от университета в Потсдам, Германия, след което се връща в България, за да специализира в сферата на молекулярната биология.

Г-жо Шрьодер, излезе информация, че екип от БАН, част от който сте Вие, разработва нов химиотерапевтик, който се очертава да бъде с доста добри показатели. Разкажете повече за този проект.

По тази тема работим от 5 години. Аз съм посветила и дипломната си работа на нея, защото беше доста интересна. Впоследствие разширихме изследванията. Започнаха банално – както много други подобни изследвания, тестваша нови вещества. Ние поддържаме голяма колекция от ракови клетки – от бял дроб, млечна жлеза, шийка на матката, кожа, език, гърло, дори и простатни клетки. Специализирани сме да правим скрининг на различни вещества, с цел установяване на тяхното противотуморно действие. В този случай те се синтезират от колеги от Института по органична химия към БАН. Тествахме много нови вещества, но едно от тях се отличи с много добри характеристики. За него вече имаме и научни публикации. Новата молекула показва изразен антинеопластичен

ефект спрямо туморните клетки и същевременно ниска токсичност спрямо здрави клетки *in vitro*. Т.е. налице е така търсената и желана селективност, която липсва при повечето химиотерапевтици. Именно силните странични ефекти на конвенционалната химиотерапия, както и появата на мултирезистентни тумори, налагат постоянното търсене на нови химиотерапевтици с по-добри характеристики. И още: поради хетерогенното естество на злокачествените образувания, определени вещества могат да имат ефект при определен вид тумор, в определен стадий от развитието му. Днес се цели персонализирана и целенасочена терапия, затова и при всеки един онкоболелен се налага специфично третиране в отделните стадии на туморогенезата. Нашето вещество премина първоначалния етап на скрининг, оказа се селективно и затова продължихме с изследвания по механизма му на действие – как то предизвиква клетъчна смърт, дали има ефекти върху клетъчния цикъл, клетъчната миграция и т.н. С имунофлуоресцентни техники анализираме динамиката на ключови белтъци в клетката след третирането ѝ с веществото, за да допълним пъзела. Структурните единици на веществото не са безизвестни – то е сложна молекула, състояща се от 3 главни субединици, всяка от които вече е известна в медицината и присъства в състава на различни лекарства. Става въпрос за металоорганично съединение, чиято главна съставка е фероцен. В последните години фероцените са актуална тема във фармацията, заради изразеното им противотуморно действие. Много от техните производни проявяват добра селективност. В момента в различни лаборатории по света се тестват фероценови-производни, като някои от тях са вече във фаза клинични изпитвания. Това, което е специфично при нас, е, че този фероцен е свързан с активната съставка на камфор и със сулфонамид. Както камфорът, така и сулфонамидите, имат различни доказани фармакологични свойства, между тях и противотуморна активност. Идеята е с комбинирането на тези

3 функционални съставки в една молекула да се постигне синергичен ефект, т.е. да се потенцира действието на всяка една от тези активни съставки.

- Молекулата е синтезирана отново в БАН?

Да, тя е синтезирана в Института по органична химия с център по Фитохимия към БАН. Специфична е и няма друга такава. Беше в набор от сходни молекули, различни функционални групи. Някои функционални групи засилват, други намаляват действието на базисното вещество. Продължава работата по оптимизиране на структурата на избраното вещество. Търсят се варианти за химическо реструктуриране, така че да се подобри неговата разтворимост в биологична среда, както и биоактивността му. Фероцените са трудни разтворими във физиологична среда – основен проблем при синтезираните органични вещества. Затова колегите се опитват да намерят по-добре разтворима форма чрез химични модификации. В нашата лаборатория проверяваме биологичната активност на новите варианти, за да видим коя ще даде най-добър резултат, без загуба на търсеня ефект. По темата работят и колеги от Института по полимери към БАН. Те ни предложиха мицелни наностели като система за доставяне на лекарствени вещества. През последните години полимерните наностели станаха изключително актуална тема във фармацевтичната индустрия, тъй като позволяват целенасоченото доставяне на слабо разтворими молекули в организма. Те могат да бъдат специфично модифицирани и да подпомогнат придвижването на лекарствата към самите тумори и дори контролирано освобождаване във времето. Т.е. в момента в 3 института на БАН се работи по темата – Институт по молекулярна биология, Институт по органична химия, Институт по полимери.

- На какъв етап е проектът?

Към момента е на етап *in vitro* изследвания върху различни клетъчни линии. Следващата стъпка са *in vivo* експерименти с експериментални животни. Когато вече тези стъпки са успешно извършени, можем да се надяваме да достигнем до клинични изпитвания.

- На този етап имате ли някаква яснота при какви тумори би било ефективно веществото?

Засега сме го тествали на две ракови линии – от рак на млечна жлеза, при които то е доста активно, и, за щастие, и при по-агресивния и по-резистентен тройно негативен раков модел проявя доста добра цитотоксичност. Тествано е и при недребноклетъчен рак на бял дроб. Там също проявява добър антинеопластичен ефект. И при двата случая контролните линии от неракови клетки бяха по-слабо засегнати. Тествано е успешно и при други ракови линии. Първоначално го планирахме за лечение при рак на гърдата, тъй като съществува подобно вещество, което е във фаза клинични проучвания – фероцифен: производно на фероцен и тамоксифен. Тамоксифенът е лекарство, което се ползва за третиране на рак на гърдата и оттам тръгнаха изследванията, но решихме да ги разширим, защото забелязахме, че веществото има механизъм на действие, който не се ограничава само до един вид рак. И действително то е активно и при рак на белия дроб, и при други видове ракови клетки. Идеята е не да открием новия революционен химиотерапевтик, който да направи всички други излишни, а да допълним съществуващата до момента палитра от терапевтични средства, от която лекарят да избира в зависимост от вида на тумора, стадия на неговото развитие, здравния контекст на пациента и т.н.



След като Вашата работа е приключила успешно и веществото премине във фазата на клиничните тествания, колко време отнема до констатирането му като лекарство?

Пътят на едно вещество от синтеза му до прилагането му като лекарствен препарат може да отнеме 13-15 години. Като се има предвид, че ние вече 5-а година работим по него, допускам, че още 10-ина години на изпитвания са реалистична прогноза, докато премине всички фази на клиничните изпитвания. Хубаво е, че в България се работи по такива вещества, които да допринесат лечението на туморни заболявания да стане по-ефективно и да обогатят набора от лекарства. Ние ще бъдем много щастливи, ако разработката ни се окаже успешна и имаме принос към тази кауза.

- След като Вашата работа е приключила успешно и веществото премине във фазата на клиничните тествания, колко време отнема до констатирането му като лекарство?

Пътят на едно вещество от синтеза му до прилагането му като лекарствен препарат може да отнеме 13-15 години. Като се има предвид, че ние вече 5-а година работим по него, допускам, че още 10-ина години на изпитвания са реалистична прогноза, докато премине всички фази на клиничните изпитвания. Хубаво е, че в България се работи по такива вещества, които да допринесат лечението на туморни заболявания да стане по-ефективно и да обогатят набора от лекарства. Ние ще бъдем много щастливи, ако разработката ни се окаже успешна и имаме принос към тази кауза.

- А Вие сте завършили висшето си образование в Германия и се върнахте в България?

Да, точно така.

- А защо решихте да се върнете?

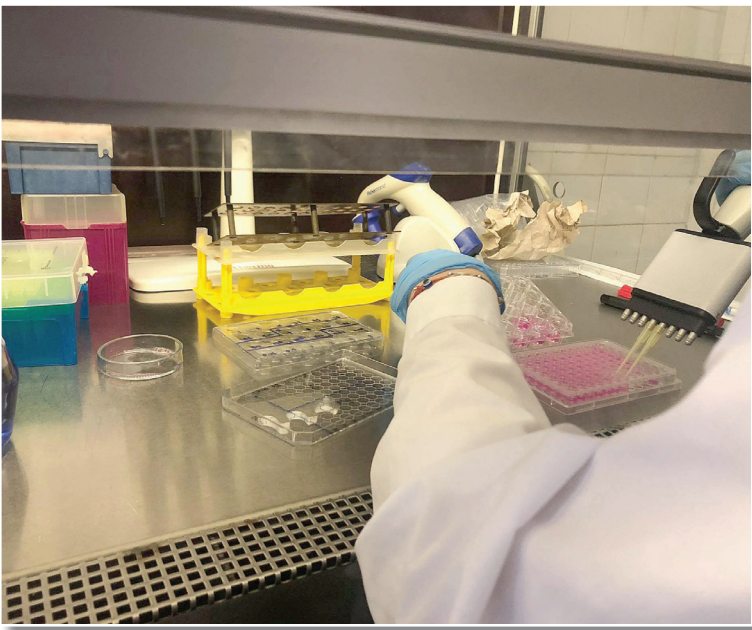
Там има доста добри възможности. Когато дойдох за първи път на доброволен практикум в

БАН, даже още не бях напълно завършила в Германия. В академията срещнах изключително умни, интелигентни хора, с много идеи. Те обаче ми споделиха, че няма приемственост, липсват млади хора, последователи и лабораториите тлеят... Нужни са квалифицирани кадри, които да реализират проекти и да обосновават финансирането на научната дейност в България. И, бих казала, че тук, в България имам по-лесен и бърз достъп до интересни проекти, отговорни задачи и добри научни ръководители. В Германия рядко професорите ще отделят достатъчно време и внимание на младите учени. Тук йерархията е по-олекотена, научно общество е по-малко, което прави обменът на идеи и информация доста по-интензивен и лесен.

- Работите ли по други проекти, свързани с лечението на рак?

В лабораторията сме се фокусирали върху тестването на противотуморни медикаменти. Работим и в рамките на Националната научна програма „БиоАктивМед“ (вж. в-к „Quo vadis“, бр.3/2019 г. – бел. ред.), в която участват 9 института на БАН и 5 университета. Тя се финансира от МОН и нейната цел е да открие потенциална на природни биологично активни вещества от България с ниска токсичност. Там са включени различни екстракти от билки, от градински охлюв, от рапани, от гъби, които се намират в България. Тестват се различни свойства на екстрактите. Напр. в Института по микробиология се тества антибактериално, антипаразитно, антивирусно действие. В други лаборатории се тества действието им при невродегенеративни заболявания. При нас пък се изследват противотуморните свойства. Има интересни „кандидати“, но пътят тук е още по-дълъг, тъй като природните екстракти представляват микс от много съставки и е сложно да се изясни кой компонент е отговорен за съответния ефект. След това трябва да се намери подход за извличането му като чисто вещество, което е по-времеемко спрямо работата с вещество с ясна молекулярна структура, което можем да предоставим.

Интервю на Георги Радев



Дигитализация в здравеопазването

Реалност или пожелание в бъдеще време?

Ми́ра ГА́НОВА, DHI Cluster:

ДИГИТАЛИЗАЦИОННИЯТ ПРОЦЕС ТРЯБВА ДА БЪДЕ ЗАПОЧНАТ И РАЗВИВАН ОТ ДЪРЖАВАТА

- В условията на пандемия дигитализацията изигра ключова роля в редица сектори у нас. Къде обаче стои страната ни, когато става дума за дигитализация в здравеопазването?

- За момента страната ни е позиционирана като не особено прогресивна в дигитализационния процес в здравеопазването, но в европейски мащаб не сме единствената държава, която има забавяне в това развитие.

Covid-19 пандемията показва на света, че не може да има устойчива икономика без ефективно здравеопазване. Това форсира процеса на дигитализация в много държави, защото единственият начин да имаш проследимост на процесите, предвидима среда и данни, върху които да взимаш информирани и ефективни решения, е интегрирането на дигитални технологии във всички области на сектора – оперативните, административните, медицинските и бизнес процесите.

- Съпоставяйки България с други европейски страни по показателя дигитализация в здравеопазването, се наблюдават известни несъответствия - какво не ни достига?

- Като цяло на европейския хоризонт има силно дигитализирани здравни системи на отделни държави. Такъв пример е Швейцария. В други страни обаче, дигитализацията в здравеопазването също е забавена, например Германия. Като цяло и в двата случая има предимство. В първия си иноватор и достигаш пръв до технологията, но и пръв се срещаш с предизвикателствата. Това позволява на тези, които са се забавили, да се учат от опита на другите и да подобряват бързо процеса, в случай че имат желанието това да се случи. Това, което трябва да се случи в нашата държава, е да се обединим около решението, че дигитализационният процес трябва да бъде започнат и насърчаван от държавата. Необходимо е надпартийен консенсус и смели и обмислени решения от страна на държавата. В България имаме шанса да започнем отначало и да се възползваме от опита на вече развитите здравни системи по света. В организацията ни разполагаме и с експертите, които имат необходимите знания, за да помогнат това да се случи.

- По какъв начин иновативните решения в сектора могат да допринесат за по-доброто му управление и развитие?

- Ползите от дигитализацията за всеки един публичен сектор са много. Процесът на дигитална трансформация представлява инте-



Ми́ра Га́нова е изпълнителен директор на **Български клъстер за дигитални решения и иновации в здравеопазването (Digital Health and Innovation Cluster)**. Има докторска степен в областта на организацията, управлението и бизнес комуникациите, магистратура по „Връзки с обществеността“ и „Здравен мениджмънт“ от МУ - София. Вече може да се похвали с над 12 години трудов стаж в различни сфери на комуникациите и управленските дейности, в маркетинг и реклама, енергетика, политика и здравеопазване.

на здравна екосистема:

• **Достъп до пълна медицинска информация като възможност за взимане на квалифицирани и качествени медицински решения** - интегрираните и структурирани медицински данни ще дадат достъп до пълна медицинска информация на всеки един медицински специалист за взимане на квалифицирани и качествени медицински решения и достъп до иновативни приложения за проследяване и наблюдение състоянието на пациента. По този начин ще се оптимизира времето на лекувания както за преглед и мониториране, така и за избор на подходяща терапия, проследяване ефекта от лечение, а това значително ще повиши качеството на здравните услуги.

• **Дистанционни здравни услуги** - предоставяне на различни дистанционни здравни грижи е изключително важно в текущите условия на работа и живот. Когато лекарите разполагат с достъп до едина и структурирана информация за пациента, той може да бъде лекуван и проследяван дистанционно от различни специалисти, които да споделят обща информация и да създават интердисциплинарни модели на лечение. Това е безценен модел за намаляване на здравното неравенство в труднодостъпните и малки населени места.

• **Анализи и научна дейност** - статистиката, която лекарите могат да правят върху своите пациенти, решенията които им позволяват да анализират и съпоставят определени здравни тенденции, ще даде възможност както за прецизна и ефективна персонализирана грижа, така и за развитие на научна дейност в сферата на медицината, наука, основана на доказателствата.

• **Интеграция на лечебни заведения** - не на последно място, интеграция на болници, клиници и лекарски практики към здравната екосистема и увеличаване нивото на колаборация между тях, ще доведе до по-високо качество на медицинската дейност и по-добро и ефективно лечение на пациентите. От оперативна гледна точка, медицинските специалисти ще бъдат облекчени от администра-

тивна работа, заради свеждането до минимум на хартиените носители, заради технологичните инструменти в помощ на ежедневната им работа и възможността бързо и лесно да се ориентират в информацията за пациента, което ще спести значително количество време, което те да отделят на пациента и развиване на медицинска грижа.

- **Личните ми впечатления са, че винаги, когато се представи дадено иновативно решение в общественото пространство, дебатът като че ли се насочва към слабите му страни и евентуалните рискове. Според Вас нужна ли е промяна в нагласите на българина, когато става дума за дигитализация?**

- Въпреки съпротивата от страна на политиката за промени в здравеопазването на национално ниво, дигитализационният процес е доказал своята ефективност по целия свят, което трябва да ни кара да бъдем критични спрямо статуквото и да търсим промяната, която ще доведе до ползи като: Създаване на **методологичен фундамент** за устойчивото развитие на здравеопазването и неговите фокусни теми, независимо от промените в политическата среда, чрез създаването на Национална здравна архитектура; **прозрачност** - ще бъдат подобрени прозрачността в управлението на финансовите разходи, както и дейностите по организация, контрол, планиране и прогнозиране в системата на здравеопазването; **интеграция** - ще се повиши националното ниво на интегрираност между вертикалните в обществената политика; **статистика** - ще позволи точното и прозрачно събиране на статистическа информация; **колаборация** - ще даде възможност за трансграничен обмен на здравна информация на гражданите на ЕС, на базата на регламентирани електронни информационен обмен; **осведоменост** - ще се популяризира кампанията за информиране и повишаване на осведомеността относно здравословния начин на живот, което ще доведе до увеличаване на качеството на живота в България и др.

- **В какво се изразява изграждането на дигитална здравна еко-**

система и какви основи трябва да бъдат поставени за тази цел?

- Интеграцията на екосистемата се извършва по дигитален път. За успешното изпълнение на дигиталната трансформация на здравната система е нужно да се създаде централизирана дигитална платформа. Тя е фундаментът на здравните системи от ново поколение, където медицинските данни и тяхната интеграция са основен приоритет. Важно е да отбележим, че създаването на дигитална здравна екосистема не е решение на парче, това е единен подход, който изисква държавна воля и кооперация с всички заинтересовани страни в сектор здравеопазване.

В развитите държави, които вече са създали подобен тип интегрирана здравна екосистема, се наблюдава повишаване качеството на здравните услуги, прецизна персонализирана грижа, повишаване на производителността, повишаване резултатите от провеждане на дадено лечение, по-добър достъп до здравни грижи и не на последно място - икономически растеж..

- **Като структура, която централизира усилията си в развитието на дигиталното здравеопазване, какви цели си поставя Българският клъстер за дигитални решения и иновации?**

- Целта на организацията, от създаването ѝ до днешен, е била една и съща, а именно развитие на устойчиво и ефективно здравеопазване, основано на данни и технологии. Това неминемно минава през създаване на предприемаческа екосистема, която да насърча развитието на иновации в сектора, подкрепя за българските компании, които разработват дигитални здравни решения и възможността тази стойност, която вече я има в България, да бъде използвана за нуждите на нашето здравеопазване, а не в полза на други икономии по света. За успешното реализиране на такъв тип ново здравеопазване, основополагаща роля играе държавата и волята на политическите лидери на този процес. Именно затова, в последната година работим активно за създаване на **Сектора стратегия за дигитализация на българското здравеопазване**. Визията за бъдещето на здравната система, което чертаем заедно с технологичен архитект от Швейцария, описва създаването на една дигитално интегрирана **Здравна екосистема** съществила устойчиво върху своя методологичен фундамент - **Националната здравна архитектура**.

- **Интервю на Милена Енчева**

Д-р Радослав МАНГАЛДЖИЕВ:

Дигитализацията в здравеопазването трябва да върви паралелно с развитието на киберсигурността в сектора

- Д-р Мангалджиев, до колко развита е дигитализацията в здравеопазването у нас?

- Дигитализацията в здравеопазването не означава само да дигитализираш документи, каквото правим в момента ние в България. У нас няма истинско дигитално здравеопазване, такова каквото има в Западноевропейските държави. Там говорим за истинско и пълноценно електронно медицинско досие. В България в момента се правят опити за частична електронизация на медицински документи и процеси, което няма нищо общо с класическата дигитализация. Далеч сме от т.нар електронно здравеопазване.

- **На какво го отдавате? Защо това толкова дълго време дигитализацията в здравеопазването не беше припозната като приоритет?**

- Има една максима, че аналогови хора не могат да гледат дигитално здравеопазване. За съжаление голяма част от управляващите нашата държава и нашата здравна система са наистина аналогови хора. Те мислят като аналогови хора, те не искат или не разбират смисъла и ползата от дигитализацията на целия този процес. Създаването на дигиталното здравеопазване нещата ще станат много ясни, прозрачни, много предвидими, може би тези хора не искат точно това да се случи. Когато се електронизират процеси в един отрасъл, каквото е здравеопазването - ти въвеждаш правила. Става категорично ясно къде и колко се харчи, за какво се харчи и какъв е крайният резултат т.е. качеството на свършената работа..

- **Какви са недостатъците, свързани с дигиталното изостанване?**

- Когато нямаш достатъчно информация, ти не можеш да направиш анализ, а когато не можеш да направиш един качествен анализ, ти не можеш да вървиш напред. Не можеш да предвидиш нито колко лекарство са ти нужни, нито можеш да предвидиш какви пари ще са ти нужни, за да финансираш медицинските дейности. Всичкото това се извършва с помощта на прости бакалски сметки.

- **И все пак у нас вече разполагаме с електронно здравно досие...**

- Не знам дали сте влизали в т. нар. електронно медицинско досие. То е един справочник - кой е личният ти лекар, кога си бил при него, кой е личният ти стоматолог, кога си бил при него. Имаш ли ваксинации и най-вече сертификат за такава среща COVID-19, електронна рецепта, ако имаш изписана такава и пуснато електронно медицинско направление. Истинското електронно здравно досие трябва да включва цялата здравна информация за пациента - минали и настоящи заболявания, прием в лечебни заведения, изписвани медикаменти, кръвна група, алергии, ваксинации, прегледи, образни и кръвни изследвания. Удачно би било цялата тази информация, която в момента ние

Д-р Радослав Мангалджиев е началник на Отделение по медицинска онкология към СБАЛОЗ – София. Завършва медицинското си образование в МУ – София като има придобита специалност по кожни и венерически болести и медицинска онкология. Членува в Българско онкологично дружество (БОД), Европейската асоциация по химиотерапия (ESMO), Българската асоциация по химиотерапия. Работел е на идеята за повече дигитални решения в здравеопазването.



имаме на хартия под формата на епикризи, резултати, дискове, да бъде въведена в дигитален формат, който да върви с пациента, за да може при нужда, в каквото и лечебно заведение да попадне той, лекарите да могат лесно да бъдат разбита. Затова въпросите, свързани с киберсигурността, трябва да вървят паралелно с тези на дигиталната трансформация.

- **От къде трябва да се започне, за да се поставят основите на истинската дигитализация?**

- В общи линии, когато говорим за дигитално здравеопазване, ние трябва да имаме инфраструктурна инвестиция - разработването на софтуер и осигуряване на хардуер, след което трябва да имаме инвестиции в обучение на персонала, който ще работи с новите технологии и, разбира се, цялата тази структура. Трябва да се помисли и за адекватната киберзащита.

Кибератаките у нас засега са сведени най-вече до атакуване на болнични информационни системи от т.нар. „фийшинг имейли“, което може да доведе до кражба данни или заключването им. За „шастие“ обаче при нас, все още не сме на такова ниво на дигитализация. Дори да се стигне до блокиране на дигитални медицински данни, ние все още разполагаме с хартиени носители на разположение. България все още не е на това ниво на дигитализация, при което една кибератака може да блокира работата на една болница, както се случва в развитите държави.

- **Вие като лекар какви трудности сте срещали заради недотам развитата дигитализация?**

- Безкрайното хабене на ценно време, което аз мога да отделя за прегледи на пациентите. В момента се налага минимум 10 минути писане и 2 минути разговор и преглед на пациента, разбира се, ако съм достатъчно осведомен. За съжаление таква са наличните изисквания. Затова ви казвам, че реформа от аналогови субекти не може да бъде направена. Тези хора мислят непрекъснато в посока контрол и то аналогово, защото не искат или наистина не осъзнават ползата от дигитализацията на процесите в здравеопазването.

- **Връщам Ви на това, което споменавате за киберсигурността. На какво ниво е тя, когато говорим за здравеопазването у нас?**

- Дигитализирайки здравеопаз-

ването у нас, ние трябва да помислим за адекватната му защита от кибератаки. Ние вървим една крачка назад в тази област. А информацията, която се генерира в здравната ни система, е много чувствителна и лесно може да бъде разбита. Затова въпросите, свързани с киберсигурността, трябва да вървят паралелно с тези на дигиталната трансформация.

- **Какво е направила страната ни по отношение на развитието на киберсигурността?**

- В България съществува закон за киберсигурността. Имам наредба за минимални мрежови изисквания за сигурност. В държавата имаме една регулаторна рамка, която трябва да се спазва, но почти никой или много малко от болничните заведения знаят за това. Трябва обаче да се инвестира в обучение на персонала, който ще работи с новите технологии и, разбира се, цялата тази структура. Трябва да се помисли и за адекватната киберзащита.

- **Ако плахите ни опити за дигитализация, както Вие казвате, не вървят паралелно с тези за създаване на киберсигурна среда - какви могат да бъдат рисковете?**

- Огромни. Огромни рискове. Ние трябва да гледаме какво се случва на Запад. Първо се крадат чувствителни данни, второ - може да се стигне до поставяне в зависимост на пациенти, чиито данни са изтекли. Тази информация е по-чувствителна от финансовата такава. Още по-опасно е, ако това влияе на работата на лечебните заведения и на ежедневната ни работа, например при заключени данни, които не можем да достигнем. Могат да настъпят фатални последици за пациента, а най-страшното е, когато се променят неговите медицински данни.

- **А инвестира ли се въобще в киберсигурност?**

- Оказа се, че в болницата, в която аз работя, е на доста добро ниво, т.е., когато е излязла тази наредба, касаеща киберсигурността, ИТ специалистите, които поддържат болничната информационна система, са направили т.нар. GAP анализ - предварителен одит на текущото състояние

на инфраструктурата. Един доклад, в който е описано къде има пропуски, къде трябва да се инвестира и какво трябва да се направи. Основното, което следва да се направи, е изграждане на собствена система за управление на сигурността и от друга страна разработване на политики за управление на риска. Какво значи това? Ако сме подложени на кибератака, която да предизвика сътресение в съответното лечебно заведение, ние да имаме готов вариант за действие, т.е да има резервен вариант за справяне със ситуацията, за да не блокира работата на лечебното заведение. Разбира се, трябва да се инвестира и в техника, подготовка и обучение. Това, което съм виждал като заключения от доклада, е, че, за да бъде достигнато средно ниво на сигурност, трябва да се инвестират минимум 100 хиляди лева. Инвестициите, които трябва да се направят в тази посока, са големи. Въпросът е, че те трябва да дойдат от търговското дружество; в случая - болницата. А на фона на огромните разходи, свързани с чисто медицинската ни дейност, този въпрос никак остава на заден план.

- **Защо според Вас дигитализацията е бъдещото, когато говорим за здравеопазване?**

- Това са необратими неща, членството ни в Еврорейски съюз ни задължава да постигнем в кратки срокове прилично ниво на електронизация на медицинските услуги. За съжаление, моите наблюдения са, че ние все още не можем да достигнем нивото на държавата като Дания и то от 1996 г. Полуполетронни рецепти, полуполетронни направления, полуполетронни протоколи. Това губи най-вече време както на пациентите така и на лекарите. Разкарване напред-назад по институции и носенето на хартии остава в миналото. А ако лекарят успее да спести 5 минути благодарение на различни дигитални решения, това спестено време отива за пациента - за преглед и разговор с него. Тогава води до по-добро качество на предлаганата медицинска услуга.

- **Интервю на Милена Енчева**

Д-р Георги Цигаровски:

БИХ ИСКАЛ ВСЯКО ЕДНО ПОСТИЖЕНИЕ НА БЛС И РЛК ДА ДОСТИГА ДО ВСЕКИ ЕДИН ОТ ЧЛЕНОВЕТЕ НИ

Д-р Георги Цигаровски завършва Медицинския университет в Пловдив през 1996 г. Специалност Обща медицина придобива през 2003 г. Хоноруван асистент е към Катедрата по обща медицина в Медицинския университет в Пловдив и вече 21 години работи като общопрактикуващ лекар в града под тепетата. Миналата година той получи престижно отличие от Европейската организация на специалистите по Обща и фамилна медицина WONCA Europe, а през юни тази година той беше избран за председател на РЛК на БЛС - Пловдив на проведеното Отчетно-изборно събрание на съсловната организация.



- Д-р Цигаровски, защо избрахте да се занимавате с медицина?

- Каго дете бях математик. В един момент обаче в мен се появи желание да направя така, че близките на другите деца – бабите, дядовците, майките и бащите им да са живи и здрави и да не умират. В общи линии така избрах медицината. Реших, че там ще мога да бъда по-полезен и бих могъл да дам принос.

- А защо се насочихте към общата медицина?

- Когато започнах работа, все още нямаше общопрактикуващи лекари. Стартирах като участъков терапевт и терапевт на спешен кабинет. Поемах спешните случаи в един от кварталите на Пловдив, където все още се намира и кабинетът ми. Когато се извърши здравната реформа вече имах трудов стаж като лекар. Тогава си дадох сметка, че имам различни интереси в различни области на медицината и не съм готов да се откажа от нито една от тези области. Не исках да потъна само в една тясна област, да се занимавам с няколко заболявания и това да е всичко.

Исках да си разгледам пациента в неговата цялост - да се грижа за него и за семейството му. Да разгледам всеки един проблем от всяка една гледна точка – и биологична, и социална, и чисто медицинска. Тогава се появи общата медицина и си дадох сметка, че чрез нея мога да постигна това, което искам.

- Наскоро бяхте избран от колегите си за председател на Районната лекарска колегия на Българския лекарски съюз в Пловдив? Каква отговорност стои зад този пост?

- За мен това е голяма отговорност. В крайна сметка мисията на Районната лекарска колегия е да предоставяме по-добри условия както за пациентите и тяхното лечение, така и за самите лекари, като същевременно спазваме моралните и етични норми, присъщи за професията. От една страна аз представлявам всичките около 3 800 лекари в Пловдив пред различни институции, което е голяма отговорност, а от друга страна управителният съвет извежда политики във всяка една такава област, касаеща

медиците. Аз лично смятам, че лекарската колегия трябва да има активна позиция по важни за обществото въпроси и, естествено, да отстоява правата на лекарите, защитавайки принципите на професията. На това и ще заложа в своя тригодишен мандат.

- На какви приоритети ще заложите? Има ли неща, които бихте искали да промените като председател на РЛК?

- Първо искам да подчертая, че, за щастие, ние стъпваме върху едни добри традиции, които има в пловдивската лекарска колегия и това, което смятам, е да ги отстояваме. Необходимо е също обаче да се адаптираме към новите условия и да променим правилата, които вече не са актуални и естествено да се развиваме.

Мой приоритет ще бъде отстояване на позициите на РЛК по важни за обществото теми. Ще насоча усилията си и в електронното здравеопазване. Смятам, че много неща, свързани с работата на колегията, могат да минат в електронна среда, което от една страна би подобрило качеството на обслужване, а от друга би спестило на медицините излишно разкарване.

Ще се боря за това повече колеги да припознаят Районната колегия като своята лекарска колегия, чрез подобряване на връзката между всеки един от членовете ни и управителния съвет на национално ниво. Бих искал всяко едно постижение на БЛС и РЛК да достига до всеки един от членовете ни и съответно всяка една идея на нашите членове да бъде разпространена в съсловието, да й бъде даден шанс и съответно, ако тя е добра и ако е одо-

брена от останалите лекари в колегията в страната – да се реализира. За мен това е важно – да има двупосочност и по-голяма активност.

- Какви са основните трудности пред лекарите, когато говорим за град Пловдив? Има ли специфики, които се открояват като предизвикателства в района?

- Ами спецификите са свързани с това, че Пловдив е втори по големина университетски град у нас и като такъв той привлича пациенти и от цяла южна България. Разчетите за лимити на НЗОК не са съобразени с това, което смятам, е да ги отстояваме. Необходимо е също обаче да се адаптираме към новите условия и да променим правилата, които вече не са актуални и естествено да се развиваме.

- Как се отрази пандемията от Covid-19 на здравната система в регионален план? Откриха ли се нови проблеми?

- Проблемите са били известни, някои от тях сега като че ли станаха по-видими. По време на пика на втората вълна – от 15 ноември до 15 декември петима от общо 441 общопрактикуващи лекари на територията на пловдивска област загубиха живота си от COVID-19. За един месец починаха над 1,5

% от общопрактикуващите лекари на Пловдив. Освен това бяхме стигнали до 16-часов работен ден – било то в кабинета, било по телефона, било то и двете. В целия свят никой не беше достатъчно подготвен за това, в България обаче относително бързо започнахме да се организираме.

- Мислите ли, че този сценарий може да се повтори и през есента?

- Разликата сега е, че вече повечето лекари са имунизирани или са преболедували заболяването. От друга страна колегите са по-подготвени като осигуреност и самата държавата е по-подготвена. При първите вълни буквално нямаше от къде да се купят маски, а другите материали бяха на баснословни цени. Сега сме много по-снабдени с материали и консумативи, а науката знае много повече: как протича COVID-19, ясно е какво поведение трябва да спазваме. Така че сме по-добре от една страна, но от друга хората свалиха гарда, започнаха да не спазват противоепидемичните мерки.

Има и все пак някакъв брой имунизирани и преболедували пациенти. За жалост обаче техният брой е недостатъчен и в това отношение е много важно колкото се може повече наши граждани да се имунизират. Ако има покачване на случаите трябва да се затегнат мерките на индивидуално ниво и всеки един гражданин на България да е много стриктен, защото в противен случай ни очакват доста тежки времена. Можем ли да имаме мощна вълна, при която да се разболеят голям брой хора? Възможно.

- Не сме имунизирани от този риск...

- Не сме имунизирани преносно и буквално, защото имунизацията в България изостава.

- Мислите ли, че имунизационният процес у нас изостана, защото в началото личните лекари не бяха снабдени с достатъчно ваксини за сметка на големите болнични заведения?

- Вероятно това също е допринесло, но причините да сме назад с имунизационния процес са много комплексни. Част от тях се коренят в народопсихологията. Има много фактори, които допринесоха... Но да, ако бяха дали възможност на личните лекари да се включат по-активно в имунизационния процес, може би щяхме да имаме по-добри резултати. Тогава обаче просто нямаше ваксини. Освен това България е известна от години със своите антиваксинални настроения – това също изигра роля.

За това и РЛК – Пловдив излезе с позиция по отношение на ваксинирането (вж стр. 3 - бел. ред.). Пловдив подкрепя ваксинирането срещу всички болести, включително Covid-19, защото именно ваксините са спасили множество животи по света през годините. Нашият апел е пациентите да се информират от достоверни източници, да отидат да се ваксинират и също да спасят животи.

- Членувате и в Българското балинтово общество. В какво се изразява неговата мисия?

- Българското балинтово общество е част от Европейското балинтово общество. Името му идва от Майкъл Балинт – английски психотерапевт, син на унгарски общопрактикуващи лекари. Той създава т.нар. балинтови групи за изучаване на процесите, които се случват между лекар и пациент на подсъзнателно ниво по време на преглед. Балинт изучава феномените и психологическите взаимоотношения между лекар и пациент и как те помагат за по-бързото оздравяване на болния. Това единственият доказан метод за профилактика на „бърнаут“ синдрома, не само при лекари и социални работници, но и при всяка една от другите професии, при които има работа с хора. Майкъл Балинт се опитва да ни направи по-знаещи и по-добри, като благодарение на това да стигнем до малка, но значима промяна. А иначе самите балинтови групи се провеждат само от лекари и в тези групи ние анализираме как можем да стигнем до този резултат - да разберем пациента, за да му помогнем истински.

- Остава ли Ви свободно лично време?

- Намаля определено свободното ми време, но се старая да постигна някакъв баланс. От друга страна, това е един шанс да се опитаме да направим малка, но значителна промяна и по този начин животът на всеки от нас да е малко по-добър. От ден на ден, от седмица на седмица да става по-добър. Така че поел съм това предизвикателство.

- А ако все пак Ви остане свободно време как предпочитате да го оползотворявате?

- В момента точно май не остава много свободно време. Иначе преди ходенето по планините ме зареждаше, спортът, срещите с приятели, но напоследък остава много малко или почти никакво свободно време за тези неща.



НОВО РАЗБИРАНЕ ЗА МЕТАСТАЗИТЕ МОЖЕ ДА ДОВЕДЕ ДО ПО-ДОБРО ЛЕЧЕНИЕ НА РАКА

Неотдавнашни проучвания констатираха, че клетките на метастазите могат да останат латентни години преди появата на вторични тумори, което довежда до идеята за нови стратегии за борба с метастазите.

Преди 8 години Адриен Боаре провежда разговор с пациент и това ще определи хода на нейните научни изследвания. Тогава тя разделя времето си между докторското си изследване в лаборатория, изучаваща метастази в онкологичния център Memorial Sloan Kettering, и лечението на пациенти там като част от клиничната работа. Пациентката, подобно на Боаре, е на около 30 години и наскоро е диагностицирана с лептоменингеална метастаза, при което раковите клетки нахлуват в гръбначната течност, причинявайки летален изход в рамките на няколко месеца. „Тя ми зададе измамно простици въпроси – спомня си Боаре – като „Защо това ми се случува? Защо ракът навлезе в гръбначната течност? Как попадна там? . . . И, очевидно, „Какво можем да направим, за да спрем това?“. Боаре няма отговори, а пациентката добавя: „Наистина се надявам някой да разбере това един ден.“

Боаре се отправя към своята изследователска лаборатория, но „и след това продължава да се връщам в мислите си обратно в болницата, защото разбрах, че тази жена всъщност ми каза какво трябва да уча.“ Това се случва през 2013 г. Оттогава Боаре, която сега ръководи собствена лаборатория в Memorial Sloan Kettering, изучава лептоменингеални метастази.

Остават много въпроси без отговор, не само относно лептоменингеалните метастази, но и за метастазите като цяло – т. е. процесът, при който раковите клетки мигрират от мястото, където първоначално са възникнали, и колонизират нови тъкани. Някога разглеждани като късен стадий на рак, метастазите днес са признати за сложен процес, който може да включва много ранно разпространение на ракови клетки от първичните тумори и следователно е малко вероятно превенцията да включва само ранен скрининг и лечение. Но докато изследователите работят по въпроса за разпространението на рака, те разкриват факторите, които го обуславят или блокират, и търсят лечения, които конкретно са насочени към разпространението на ракови клетки или здрави тъкани, където те създават своето ново убежище.

Нещата са спешни: разполагаме с малко възможности за лечение на метастазите, което е причина за близо 10

млн. смъртни случая в световен мащаб всяка година. Боаре казва, че се надява изследователите в крайна сметка да намерят начин да се справят напълно с метастазите и „да извадят мен и моята клиника от този клон на науката...“

Спящи клетки

Научната концептуализация на метастазите дълго време беше доминирана от модел, представен в доклад от 1990 г. от Кимел Берт Фогелщайн и неговия колега Ерик Ферън от онкологичния център „Джон Хопкинс“. Според този модел натрупването на генетични мутации, които активират онкогени и тампонират туморни супресорни гени, първо кара нормалните клетки да образуват доброкачествени тумори, след това превръщат доброкачествените тумори в злокачествени заболявания и накрая дава възможност на метастатичните клетки да напуснат първичния тумор и да се установят другаде в тялото.

Появиха се обаче подозрения, че има още нещо, поне при някои пациенти и видове рак. В началото на 2000-та, например, Кристоф Клайн, изследовател на метастази, сега в Университета в Регенсбург, Германия, бившият ръководител на дисертацията му Герт Ритмюлер от университета „Лудвиг Максимилиан“ в Мюнхен и техни колеги анализират геномите на отделни ракови клетки, взети от костния мозък на пациенти с рак на гърдата, които не са имали метастази, видими посредством образна диагностика. Разпространените се (дисеминирани) ракови клетки могат да бъдат разграничени от нормалните клетки в костния мозък, тъй като носят отличителни белези на епителни клетки, чийто произход е тъканный рак на гърдата. Тези маркери навеждат на мисълта, че клетките не принадлежат на костния мозък и трябва да са мигрирали там от другаде в тялото. Но вместо да носят повече мутации, свързани с рака, отколкото първичните тумори, изследователите установяват, че тези дисеминирани клетки всъщност имат по-малко, казва Клайн. „Бяхме доста разочаровани да установим, че първоначалните ни хипотези не се потвърдиха.“

Първоначално разглеждани като късен стадий на рак, метастазите сега са считани за сложен процес, който може да включва много ранно разпространение на ракови клетки от първични тумори



След като пациентът има откриваеми метастази някъде в тялото обаче картината се променя, като отделни дисеминирани клетки в костния мозък съдържат множество генетични промени, типични за първични и метастатични тумори.

Клайн и Ритмюлер подозират, че раковите, латентни клетки могат да се настанят не само в костния мозък, но и в органи, отдалечени от първичния тумор, където по-късно засягат метастатичен растеж. Идеята е подкрепена от косвени доказателства, които са открити по-рано, включително в документирани случаи, при които пациентите имат метастатично заболяване без откриваем първичен тумор, както и случаи, при които метастатичният рак е прехвърлен от донори на реципиенти чрез привидно здрави органи. В статия от 2001 г. Клайн и Ритмюлер твърдят, че метастатичните клетки са били в състояние да се разпространят в отдалечени места много рано в процеса на образуване на първичния тумор, преди пациентът да стане симптоматичен. Но условията, цитирани в тази статия, са доста редки, така че е изненада, когато проучване от 2003 г. установява ранно разпространение при повечето от изследваните пациенти, казва Клайн. Няколко години по-късно той, Ритмюлер и техни колеги намират допълнителна подкрепа на тази идея, когато откриват ранно разпространение на метастатични клетки в предразположени към рак на гърдата трансгенни мишки и установяват, че при пациенти с рак на гърдата размерът на първичния тумор не корелира с броя на разпространените туморни клетки, открити в костния мозък.

Други лаборатории също са намерили доказателства за явлението ранно разпространение, последвано от латентност. Изследователят на метастази Хулио Агире-Гисо от медицинския

факултет на Икан в планината Синай, казва, че поредица от изследвания на мишки в неговата и други лаборатории показва, че „при пациенти с рак на гърдата и при меланом клетките могат да мигрират много рано, преди ракът да придобие определен размер и да бъде откриваем. Клетките могат да колонизират органи и в крайна сметка да дадат началото на метастази.“

Понастоящем тази идея е добре приета сред изследователите на метастази и идва с отрезвяващи последици: а именно, че ранното улавяне и лечение на първичен тумор в началото на растежа му незадължително води до предотвратяване на метастази. „Не мисля, че можем да предотвратим [ранното] разпространение“, казва Мария Соледад Соса, изследовател на рака в Медицинското училище в Икан. „Това няма да бъде жизнеспособна терапия.“

Всъщност фактът, че най-ефективните днешни терапии за рак, като хирургично отстраняване и лъчение, са насочени до голяма степен към локализираните първични тумори, а не към метастази, може да обясни защо повечето смъртни случаи при рак се приписват на метастатично заболяване, казва Мат Вандер Хайдън, изследовател на рака в Института за интегративно изследване на рака на MIT и медицински онколог от Института за рак на Дана-Фарбер: „Не сме толкова добри в лечението на метастатичен рак.“

Много изследователи сега насочват вниманието си към спящи метастатични клетки с надеждата да разберат по-добре характеристиките на тези клетки и какви фактори определят дали те остават в покой или се събуждат и започват да се делат. В идеалния случай това ще постави основите за нови терапии, които биха могли да убият клетките, преди да започнат да се размножават или да гаранти-

рат, че остават в неактивно състояние.

Предотвратяване на метастази

Ключът към предотвратяването спящите, разпространени ракови клетки да прераснат в метастатични тумори, казват експертите, се крие в сигналите, които клетките получават от заобикалящата ги среда. Въпреки че пълната картина на тези фактори тепърва ще се изяснява и е вероятно не всички метастатични ракови заболявания да включват латентна фаза, изследователите са идентифицирали многобройни сигнали, участващи в предизвикване на латентност или събуждане на клетки.

Например, докато правят пост докторантура в лабораторията на Агире-Гисо, Соса и нейните колеги установяват, че транскрипционният фактор, наречен NR2F1, помага да се предизвика латентност при модели на мишки с рак на главата и шията, гърдите и простатата, наред с други неща, предизвиква арест на клетъчния цикъл, причиняващ епигенетични промени и активиращ пътя на ретиноевата киселина, който участва в развитието. По-нататъшна работа показва, че комбинация от азацитидин и ретиноева киселина, две лекарства против рак, одобрени от Американската администрация по храните и лекарствата (FDA), предизвиква латентност в култивирани ракови клетки. Сега комбинацията се тества в клинично изпитване сред пациенти с рак на простатата в планината Синай, за да се види дали може да забави или предотврати процеса на метастазирание, казва Соса.

Друг начин за лечение на метастази е насочването не към самите дисеминирани ракови клетки, а към нишата, в която те пребивават. „В тази област има много

мисли и усилия за това как основно да накараме микросредата да се бори срещу тумора“, казва Екрем Емрах Ер, който изучава метастази в Университета на Илинойс в Чикаго. Например здравият ендотел дава сигнали, които могат да задържат дисеминираните ракови клетки на гърдата, обяснява Сайръс Гаджар, изследовател на метастази в Центъра за изследване на рака на Фред Хътчинсън в Сиатъл. „И когато тази хомеостаза бъде загубена, чрез нараняване, локално възпаление или по друга причина казва Гаджар, това е един от задействащите фактори, които могат да катализират събуждането на туморните клетки в тези отдалечени органи.“

В проучване от 2019 г. С. Гаджар и колегите му установяват, че чрез разрушаване на два молекулярни сигнала, които позволяват комуникацията между дисеминираните ракови клетки и околните ендотелни клетки в кръвоносните съдове при мишки, „вие сенсibiliзирате [раковите] клетки към химиотерапия и, което е важно, правите това, без да ги събуждате“, обяснява той. „Прекъсвайки тези взаимодействия, можете да изчерпите резервоара на първичното заболяване и. . . това прекъсва пътя на метастазите.“

Голяма част от изследванията на този феномен са проведени при животни, а Луис Чодш, изследовател и лекар от Университета в Пенсилвания, който изучава латентността на рака, предупреждава, че не е доказано категорично, че съществуват спящи дисеминирани ракови клетки. „В клинична ситуация е много, много трудно да се забере до каква степен наистина съществува латентността“, отбелязва той.

МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ ЗА ЛЕКАРИ

Платформата за лекари *Medical News* е водеща в различните методи на електронното продължаващо медицинско обучение (e-ПМО) у нас и е официален партньор на БЛС в e-ПМО.

МЕДИЦИНСКИ НОВИНИ

Връзка между омега-3 масните киселини в мастната тъкан и риска от предсърдно мъждене

Целта на разглежданото проучване е да се анализира връзката между съдържанието на ейкозапентаенова (EPA) и докозахексаенова (DHA) киселина и риска от пристъпно предсърдно мъждене (ПМ).

Кохортното изследване използва данни от кохортата Danish Diet, Cancer and Health, в която в рамките на 16.9 години на проследяване се откриват 5 255 случая на ПМ. Взети са биопсии на мастна тъкан в началото на изследването при всички участници и след това от избрана на случаен принцип кохорта от 3 440 човека, които биват анализирани с газова хроматография.

Резултати:

Получени са данни за 4 741 случая на ПМ (2 920 мъже и



1 821 жени). При разделяне на пет групи с нарастване на концентрацията на EPA в мастната тъкан, пациентите в най-високата петина са с 45% по-нисък риск за ПМ от тези в най-ниската (мъже: HR 0.55 (95% CI 0.41-0.69); жени: HR 0.55 (0.41-0.72)).

По отношение на концентрацията на DHA, не се регистрира ясна асоциация сред мъжете, докато при жените, участниците с най-високата петина в съдържанието на DHA в мастната тъкан са с 30% по-нисък риск от пристъпно ПМ (HR 0.70 (0.54-0.91)) от тези в най-ниската.

В заключение, установява се обратна зависимост между съдържанието на EPA в мастната тъкан и риска от ПМ и при двата пола. По отношение на концентрацията на DHA, се наблюдава също обратна зависимост с честотата на ПМ при жените, но не е открита ясна зависимост сред мъжете.

Фактори, асоциирани със завършването на пълния имунизационен курс срещу HPV сред подрастващите

Повечето онкологични заболявания, свързани с човешкия папиломавирус (HPV), могат да бъдат предотвратени с имунизация. Въпреки това, завършването на целия имунизационен курс сред подрастващите е около 75.8%. За юноши и девойки се препоръчва двукратна имунизация, но все още няма цялостна информация относно факторите, които водят до нейната реализация.

В рамките на проучване, проведено с САЩ, се оценява завършването на пълния имунизационен курс в периода от януари 2018г. до февруари 2019г. сред кохорта от юноши и девойки, започнали ваксинацията през 2017г.

От тях, 64.4% завършват целия имунизационен курс като при 53.8% това става в рамките на препоръчаната времева рамка (т.е. 14 месеца). По-голям е шан-

сът за поставяне на всички дози при участниците, които са започнали имунизацията в по-ранна възраст (AOR=1.94, 95% CI=1.50, 2.50), които живеят близо до звеното, където се извършва ваксинацията (AOR=1.62, 95% CI=1.03, 2.56) или в райони с висок доход на жителите (AOR=1.85, 95% CI=1.31, 2.60). Същевременно той е по-нисък сред младежите от латино-произход (AOR=0.62, 95% CI=0.45, 0.87) и сред чернокожите (AOR=0.66, 95% CI=0.54, 0.81).

Според авторите, факторите повлияващи завършването на целия имунизационен курс за профилактика на HPV, са на индивидуално и популационно ниво и продължават да са валидни въпреки малкия брой дози, съставляващи режима. Необходими са допълнителни проучвания с цел изясняване на расовите и етническите различия с цел изготвяне на стратегии за промоция на ваксинацията срещу инфекцията с вируса.

Дългопротичащ COVID-19 при пациенти с лека симптоматика

Въпреки че дългосрочните последици след умерено- до тежкопротичащ COVID-19 са добре документирани, остатъчната симптоматика при пациентите с лека форма на заболяването не са напълно проучени. Blomberg *et al.* провеждат проспективно изследване на 312 пациенти с COVID-19 от Берген, Норвегия (средна възраст 46г.; 247 на домашно лечение, 65 хоспитализирани). Най-честите придружаващи заболявания са ХОББ (12%), артериална хипертония (11%), сърдечно-съдови заболявания (7%), автоимунни болести (6%) и захарен диабет (4%).

На шестия месец след инфекцията, 61% от участниците все още имат оплаквания, най-често тревожност (37%), проблеми с концентрацията (26%), нарушения във вкуса и в обонянието (25%), затруднения в запаметяването (24%) и задух (21%). Про-

дължителните симптоми са асоциирани с по-голяма тежест на заболяването, по-голям титър на антителата срещу SARS-CoV-2, с женския пол и с придружаваща белодробна болест.

Сред юношите и младежите (на възраст 16-30г.), които не се нуждаят от хоспитализация, 52% съобщават за продължаващи оплаквания на шестия месец, включително смущения във вкуса и в обонянието (28%), тревожност (21%), задух (13%), нарушена концентрация (13%) и паметови дефицити (11%). Рядко се регистрират продължаващи оплаквания при деца на възраст под 15г.

Коментар:

Въпреки че за стимулиране на имунизацията против COVID-19 най-често се използват данните за хоспитализацията и за смъртност, авторите на проучването смятат, че получените резултати биха представлявали допълнителен стимул за младите, здрави членове от популацията, които заболяването протича в по-лека форма.

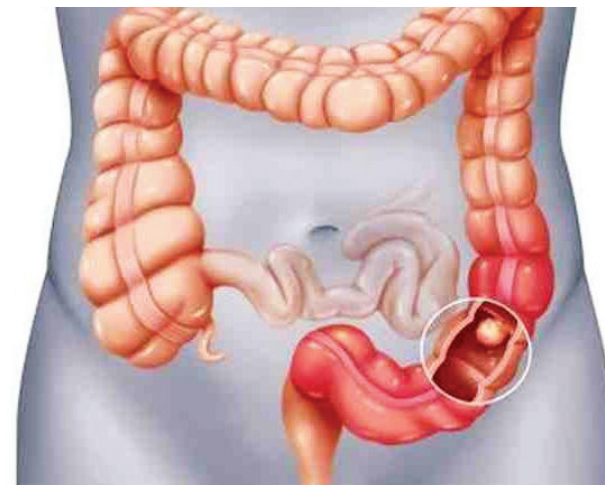
Сред тези пациенти се наблюдават дългосрочни последици със засягане на качеството на живот и продуктивността в училище и на работното място. Ето защо предоставените данни могат да послужат в подкрепа на ваксинационната стратегия сред младите хора.

Редовен прием на фибри преди операция и следоперативен риск от усложнения сред пациентите с колоректален карцином

Следоперативните усложнения са асоциирани с повишена заболеваемост и смъртност сред пациентите с колоректален карцином (КРК). В качеството си на модифицируем рисков фактор, свързан със състоянието на червата, приемът на фибри с храната е от голямо значение с оглед риска от усложнения след хирургия по повод КРК.

С цел оценка на асоциацията между предоперативния прием на влакнини и риска от следоперативни усложнения, Kok *et al.* провеждат кохортно проучване, използвайки данни от изследването COLON, което обхваща възрастни участници с КРК, диагностицирани в 11 болници с Холандия в периода от август 2010г. до декември 2017г. Анализирани са за пациенти в стадий от I до IV, преминали през коремна операция и са анализирани от декември 2019г. до септември 2020г.

Приемът на фибри е оценен с помощта на 204-компонентна анкета относно хранителните



навици, проведена при включване в изследването.

От 1399 участници, включени във финалния анализ, средната възраст е изчислена на 66г., а 896 (64%) са мъже. Следоперативни усложнения от всякакъв вид се регистрират при 397 пациенти (28%), а сред тях хирургичните се срещат при 235 участници (17%). От 1237 пациенти с анастомоза, при 67 (5%) се установява анастомотично изтичане.

По-високият прием на фибри (10 грама дневно) е асоцииран с по-нисък риск от всякакви усложнения (OR 0.75; 95% CI 0.62-0.92) и от хирургични усложнения (OR 0.76; 95% CI 0.60-0.97), докато не се установява връзка с анастомотичното изтичане (OR, 0.97; 95% CI, 0.66-1.43). Приемът на фибри от зеленчуци (1 грам дневно) е обратно асоцииран с общи (OR, 0.90; 95% CI, 0.83-0.99) или хирургични (OR, 0.87; 95% CI, 0.78-0.97) усложнения.

В рамките на разглежданото кохортно проучване става ясно, че редовният прием на влакнини предоперативно е асоцииран с по-нисък риск от следоперативни усложнения сред пациентите с КРК. Получените резултати са в полза на схващането, че предоперативния хранителен режим би могъл да бъде включен като компонент от подготовката за оперативно лечение сред този контингент.

ВИДЕО ОБУЧИТЕЛЕН КУРС

87-годишна жена със странен периорбитален обрив - каква е диагнозата?



Цел на казуса:

Целта на този казус е да тества практическите познания на лекарите чрез снимки и случаи от реалната клинична практика.

Подходяща аудитория:

Казусът е подходящ само за лекари.

Допълнителна информация:

Казусът е част от програмата за онлайн продължаващо медицинско обучение за лекари на Medical News. Продължителността му е до 5 мин. Материалите

и използваната информация в курса са подготвени през 2017 г.

Всеки казус е последван от тест, преминаването на който не дава сертификат за продължаващо медицинско обучение. Ако не преминете успешно теста от първия път, ще имате още 2 опита за полагането му.

УЕБИНАР

Уебинар на тема „Новости в препоръките за предсърдно мъждене от Европейското кардиологично дружество 2020 и мястото на НОАК в тях“. В рамките на този уебинар доц. Томакова, д-р Трайков и проф. Груев представят акцентите от новия документ, като разглеждат подхода ABC.

ОНЛАЙН СПИСАНИЕ



Научно списание „Medical News: Кардиология“ посветено на най-актуалните проучвания в областта на сърдечно-съдовите заболявания от последните 12 месеца.

РЕГИСТРАЦИЯ

Вече над 18 000 лекари са регистрирани на Medical News.

За да имате достъп до e-ПМО на Medical News, официален партньор на БЛС, моля регистрирайте се на <http://medicalnews.bg/registration/> или влезте в профила си – <http://medicalnews.bg/login/>

Регистрацията Ви дава достъп до:

Всички научни статии на Medical News

Списание „Medical News: Новости“

Седмичния ни бюлетин „Медицински новини“

Акредитирани от БЛС онлайн обучителни курсове

Уебинари

Тема на месеца

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

QUO VADIS

Редакционно броят е приключен на 28. 07. 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“

ПРЕЗ 2021 Г. ОТБЕЛЯВАМЕ 166 ГОДИНИ ОТ РОЖДЕНИЕТО НА ТРИМА ВЕЛИКИ БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРИ



СТЕФАН ВАТЕВ (1866 - 1946)

„Големият педиатър, общественик и организатор на здравеопазването у нас д-р Стефан Ватев си изгражда солидна научна и обществена кариера. След специализацията по детски болести в Берлин (1895 - 1897) той се завръща в България, където израства като отличен преподавател, учен и общественик. През 1899 г. се хабилитира като доцент във Висшето училище в София, където преподава съдебна медицина (1899 - 1921). По-късно става професор и титуляр на Катедрата по детски болести при Медицинския факултет (1927 - 1928), директор на Дирекция „Народно здраве“ към МВР (1908 - 1912), председател на Върховния медицински съвет (1918 - 1919). Съосновател на Българския лекарски съюз (1901), д-р Ст. Ватев е един от основателите и първостроителите на Българското книжовно дружество (БКД). В него той изминава пътя от деловодител (1898) и секретар на Клона за природо-медицински науки (1900 - 1901) до председател на Природно-математичния клон на БАН (1923 - 1924 и 1930 - 1931 г.).

Работи в областта на педиатрията, съдебната медицина, антропологията, балнеологията и хигиената. Известни са неговите антропометрични изследвания върху народното тяло на българина, фолклорните му (етномедицински) проучвания и др. Проф. Тощко Петров го определя като „специалист по вътрешни и детски болести, който чрез хигиената ще може да помогне повече на народа“. Същият автор подчертава, че Ст. Ватев отдава подобаващо значение на предпазната медицина пред лечебната и че е един от основоположниците на обществената хигиена у нас. . .

Антропологичната тематика заема водещо място в цялостната научно-публицистична дейност на д-р Стефан Ватев — повече от 28 публикации.



**СТЕФАН ДАНАДЖИЕВ
(1866 - 1943)**

„Към клиницистите с приноси в областта на съдебната, военната и социалната психиатрия се отнася д-р Стефан Данаджиев, специализирал психиатрия и неврология във Виена (1893 - 1894 г.) и работил като завеждащ нервно-психиатричното отделение на Александровската болница (1901 - 1924 г.), дописен (1898 г.) и действителен член (1902 г.) на БКД, секретар (1921 - 1922 г. и 1935 - 1936 г.) и председател (1928 - 1929 г.) на Природо-математичния клон на БАН.

За разлика от някои други меди-

ци от онова време той е съсредоточил научното си творчество главно в областта на психиатрията. Изследването му върху епилепсията дава основание на Международната лига за борба с това заболяване да го включи в своя състав. Признание за неговата дейност е и избирането му за член на Виенското психиатрично и неврологично дружество.

В „Принципите на психическата хигиена“ д-р Ст. Данаджиев обсъжда причините, които увреждат душевното здраве, и предпазните мерки за психическа хигиена. В първия раздел специалистът се тревожи от това, че не се обръща внимание на факторите и обстоятелствата, които могат да влошат психичното здраве.

**БОГОМИЛ БЕРОН
(1866 - 1936)**

„Основателят на българската дерматология и венерология проф. д-р Богомил Берон е специализирал във Виена (1889 - 1890 г.), Виена и Париж (1893 - 1894 г.) и Берлин (1921 г.), хабилитиран е като доцент през 1920 г., работил е като редовен професор и титуляр на Катедрата по кожни и венерични болести (1927 - 1936 г.), избран е за декан на Медицинския факултет (1926 г.). Бил е директор на Университетска клиника по кожни и венерични болести (1922 - 1936 г.) и председател на Български лекарски съюз (1908 - 1919 г.). Действителен член на БКД (1907 г.), секретар (1922 г.) и председател (1932 - 1933 г.) на Природо-математическия клон на БАН.

Д-р Б. Берон не притежава енци-



клопедичността на някои медици от онова време, но ги превъзхожда със специалната си насоченост и дълбочина, с дълбоко професионалното си отношение към проблемите на дерматовенерологията. Работи предимно върху венеричните и кожните болести и по-специално върху туберкулозата на кожата, изследва проказата и някои други тропически болести в България, основава първия венерологичен диспансер у нас.“

Източник: Апостолов, М., Иванова, П., Христоматия по история на медицината, МУ-София, 1995

Сградата на Българското книжовно дружество, днес БАН.



СТИХОВЕТЕ НА НЕВРОХИРУРГА

Лекар с поетична душа и интерес към бойните изкуства. Ако за някои от Вас комбинацията звучи несъвместима, за д-р Славомир Кондов тя е по-скоро хармонична. Обявеният през 2016 за Лекар на годината медик въвежда първата ултразвуково базирана невронавигация в България.

Неврохирургът с над 28-годишен опит в областта се грижи за 4 деца и 2 кучета, като паралелно с това пише стихове и спортува. Време, по думите му, може да бъде намерено за всичко – стига да заложиш на добра организация. В момента д-р Кондов работи на две места – в УМБАЛ Медика Русе и ДКЦ Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда, София.

Медицината като детска мечта

Д-р Кондов е от онези лекари, които са припознали лекарската професия като свое призвание още в ранна детска възраст. „Не беше твърдо решение, но постепенно идеята започна да се заформя през годините и вече, когато бях войник, бях сигурен, че като се уволня ще кандидатствам медицина“, разказва той.

Лекарят завършва Медицински университет София през 1994 г. През 2002 г. придобива специалност Неврохирургия. Има магистратура по Здравен мениджмънт от 2006 г. През 2013 г. придобива образователна и научна степен Доктор с дисертация по неврохирургия под ръководството на проф. Ст. Габровски.

Целият този път обаче съвсем не е толкова лесен и плавен. Първоначално, след завършването, си д-р Кондов започва работа в хирургичното отделение на болницата в русенския град Бяла като коремна хирург. Години по-късно, след спечелен конкурс, той става ординатор в отделението по неврохирургия на УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“. Там той прекарва цели 11 години от професионалния си път, докато не попада в новосъздадената Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда. Д-р Кондов е бил началник и на отделение по неврохирургия в УМБАЛ „Св. Анна“.

Неврохирургията – сложна, но интригуваща

Благодарение на работата си като санитар, д-р Кондов научава много, особено за себе си, давайки редица

МЪЖ НА РЪБА

Аз съм мъж на ръба на скалата
още не зная, ще падна ли
или ще летя. Болката
ме държи на ръба на скалата.

Вятърът пее и плаче,
чувам в него душата.
Знам, аз нося вината,
плаче вятърът, припява душата.

Обръщам поглед назад,
очаквам твоята ръка:
ще легиш ли със мен
или просто ще падна.

Ако падна, на гроба ми
недей да плачеш
Знай само – ти беше моето
мъжко момиче.

Духът ми ще те пази нощем:
вятърът, ще е ръката ми,
която ще погали
твоите коси.

Ако върна се от полета
при теб, ще кацна аз винаги –
ще ти бъда роб покорен,
не искам да те моля.

Не искам да те губя.
Аз мъжът от ръба на скалата.

Или какво е общото между медицината и литературата в живота на доц. д-р Славомир Кондов д.м.



Проф. д-р Николай Габровски, д.м.н. и д-р Славомир Кондов, д.м.

дежурства в някои от най-натоварените отделения. Така се ражда идеята и той да стане хирург. Първоначално дилемата му е била между невро- и коремна хирургия. В крайна сметка интересът към първото надделява.

„Неврохирургията е една от най-младите хирургични дисциплини, макар че операциите на мозък и на гръбначен стълб имат датировка от 5 хил. години пр. н. е. в древен Египет. С появата на съвременните технологии и навлизането им в болничната помощ у нас обаче, предизвикателствата станаха повече. От друга страна, да работиш с нервната система е далеч нелека задача“, признава д-р Кондов.

Литературата като пътеводител

Зад решението на д-р Кондов да стане лекар се крият множество истории. Част от тях са описани в романите на класици като Ерих Мария Ремарк и Ърнест Хемингуей. Именно литературата изиграва ключова роля при избора на професия при лекаря.

Д-р Кондов пише постоянно и за всичко. Основно поезия. Вече има и две издадени стихосбирки – „Колко болка може да има в една пращинка“ и „Камъните в моята душа закараха аз на водопой“.

„Пиша за каквото ми дойде отвътре, не целенасочено за нещо конкретно. Последно написах няколко стихотворения, свързани с Ковид кризата“, споделя лекарят.

Въпреки всичко, самият той избягва да нарича себе си поет.

„Обичам да пиша и това ме забавлява. Подарявам стихосбирките си на приятели и като видя, че и те се забавляват, ми става приятно“, скромно заявява той.

Д-р Кондов пише „като му дойде музата“.

„Случва се по 6-7 месеца нищо да не напиша и после в 1 ден да напиша няколко неща. Случвало ми се е да напиша нещо, което като прочета след време, да не ми хареса и да реша да го преправя“, признава той.

Не може да нарече което и да е от произведенията си любимо, защото те са много различни. Същото може да се каже и за любимите си автори.

„От съвременните български автори харесвам Георги Господинов, особено романа му „Анатомия на тъгата“. Разбира се и класици като Ерих Мария Ремарк, Лев Толстой, Ърнест Хемингуей и Тадеуш Доленга-Мостович. Просто толкова са много, че сигурно ще пропусна някой“, казва той.



Да възпитаеш ценности

Своя опит като лекар и като човек д-р Кондов предава и на студентите по медицина. Два са основните апела, които той отправя към тях. Първото е те да започнат работа още по време на своето обучение.

„Още от първи курс те трябва да са в болницата, до главата на болния. Защото могат да си вземат блестящо изпитите, но медицината се научава до главата на болния“, заявя докторът.

По думите му много лекари, завършвайки медицина, тепърва се чудят каква специалност да изберат. Работата на терен помагала много за този избор. Другото нещо, за което той призовава своите студенти, е да не спират да четат и да се образоват.

„Когато човек прави лицеви опори, той развива мускулите на ръцете си. Когато четеш, той развива въображението си. За да е „силен“ мозъкът, човек трябва да четеш – да го тренираш и, разбира се, да изпитваш удоволствие от това“, заявява Кондов.

Освен стихове, д-р Кондов пише и медицинска литература. Има 2 монографии, като в момента е в колектива, който е избран за издаването на новия учебник по неврохирургия. Лекарят има зад гърба си над 120 публикации с импактфактор както в английски издания, така и в български такива. Д-р Кондов е също в редакционната колегия на журнала по хирургия и обща медицина в



НА ВЕНЕРА

Стихът, на който тебе посвещавам, е не написаният стих за нашата любов. Стихът, който на тебе посвещавам, е тъй красив, че няма букви.

Стихът на нашата любов е тъй красив, че не зная как да го напиша.

Любовта е стих сама по себе си – тя това да не предаваш.

Тя е това да бъдеш там, където ме очакваш,

тя е, когато след грешка си прощаваме.

Стихът на нашата любов се пише всеки ден.

Просто ти бъди до мен. И той ще идва всеки ден.

‘Neurosurgical review’.

И още хобита...

Освен поезията, малкият остатък от свободно време лекарят посвещава на спорт – плуване, фитнес, джогинг и, разбира се – бойни изкуства. Д-р Кондов има дори първи дан по бойно изкуство.

„Преди 10 ноември бойни изкуства, освен бойното джудо и самбото, нямаше и не се практикуваха, но пък ние гледахме филмите с Брус Лий“, разказва той.

След промените, частните клубове по бойни спортове вече са факт. От тогава досега каратето заема важна част от живота на лекаря.

Останалата част свободното си време д-р Кондов споделя със съпругата си, четирите си деца и двете си кучета. А за голямото семейство е нужна голяма вечеря, която лекарят приготвя с голямо удоволствие.

„Баща ми и баба ми готвеха добре. Още като дете в мен се зароди любовитство към вкусната храна и се постарях да запомня някои неща. След това започнах да следя т. нар. шеф-готвачи. Опитвам се да повторя рецептите на ястия, които съм опитал в чужбина“, пояснява д-р Кондов.

В кухнята си лекарят залага на лека храна – салати, риба и морски деликатеси. Отдават му се и традиционни гозби като мусака. Приготвя също няколко вида месо различен начин. Прави и добра паста.



Неврохирургия в бъдеще време

Неврохирургията винаги е била вдъхновение за д-р Кондов.

„Разбира се, имал съм и големи разочарования, особено по отношение на организацията на медицината в България. Въпреки пречките, въпреки НЗОК и клиничните пътеки, които са едно голямо недоразумение, успяваме да се справим“, заявява лекарят.

Като най-трудни моменти от работата си той определя работа с деца с онкологични заболявания, както и контакта с близките им.

В професията на д-р Кондов обаче има и много положителни моменти. Лекарят може да се похвали и с едно особено постижение в специалността си. През 2009 г. д-р Кондов въвежда първата ултразвуково базирана невронавигация в България

„Това стана след една специализация в Норвегия, на която се обучавах. По това време в България имаше една класическа невронавигация в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“. В същия момент на здравни конгреси колегите по неврохирургия не се питаха дали имаш невро-



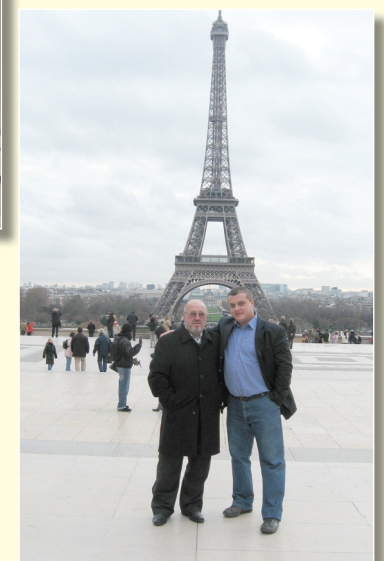
навигация, а питаха какъв вид невронавигация ползваш“, разказва лекарят.

За това през 2007 г. д-р Кондов започнал да убеждава тогавашното ръководство на болница Токуда да закупят такава навигация. Три години по-късно лечебното заведение се сдобива с техниката, а след него още редица болници у нас.

Междувременно лекарят преминава различни специализации в Швейцария, Франция, Норвегия, Германия и Испания. Естествено, през годините назад, заради разочарование от системата, и пред него е стоял въпросът да работи в чужбина. Тогава се намесили неговите близки колеги, които му помогнали да види случващото се от друг ъгъл и в крайна сметка решава да остане в България.

И така вече близо 28 години... За следващите 28 обаче лекарят предпочита да не прави прекалено грандиозни планове.

Пожелава си да спечели от тотото, шегува се той и допълва: „Като цяло планирам да работя колкото мога и да се забавлявам, както мога. Както се пееше в едно парче на Роджър Уотърс – Amused to death.“



СМЪРТТА

Не се страхувам от Смъртта...
Страхувам липсата на тези,
със които се сбогувам.
Страхувам за Любовта!

Не се страхувам от Смъртта!
Страхувам за многото
пропуснати неща.
Страхувам се за тези, дето чакат.

Не се страхувам от смъртта!
Изпитвам страх от Самотата вечна.
Страх ме от студената земя
и от липсата на Слънце.

Не страхувам от Смъртта!
Просто много ще ми липсваш,
Любов Моя, приятели мои
и мои деца.
Смъртта е просто сбогом!