

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ



ГОРЕЩО ВРЕМЕ В ЗДРАВНИЯ СЕКТОР

Напрегнати месеци се очертават в сектор „Здравеопазване“. Очаква се нов модел на регистриране, функциониране, управление и финансиране на медицинската помощ. На този фон стартира здравен дебат под надслов „Про-

зрачност и здравеопазване“. Целта на форума е да даде повече прозрачност в здравната система и да помогне за вземането на правилни решения от страна на пациентите, медицинските специалисти и институциите. **на стр. 2**

МОДЕЛЪТ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ - КАК ДА СЕ ПРОМЕНИ **на стр. 8-9**

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ: ТРЯБВА ДА СЕ ГАРАНТИРА БАЛАНС В СИСТЕМАТА

Основното, което трябва да се има предвид в предложенията за промени е, че каквито и да са те, ще бъдат изпълнявани от колегите от Българския лекарски съюз. Лекарите ще ги следват, работейки за здравето на своите пациенти, но трябва да се мисли и в двете посоки – ако се опитаме да направим нещо, да бъде добро, както за обществото, така и за медиците. **на стр. 9**

CREDO WEB класира най-активно дигитално обучаващи се лекари

В реализиране на електронното продължаващо медицинско обучение CredoWeb е официалният партньор на БЛС. Целта на това начинание е поддържане, разширяване и актуализация на знанията, придобити по време на следването и специализацията. Обучителните материали са кредитирани от БЛС и при успешно преминаване лекарят получава сертификат. **на стр. 3**

Болничният мениджмънт в новите проекции на общественото здраве **на стр. 11**



НЕ на насилието над медици!

на стр. 2

**Специален
гост**

на стр. 5

Д-р Николай Брънзалов



АРНИГЕЛ

ЖИВОТ БЕЗ БОЛКА И СИННИ!

Без консерванти!
Без парабени!

При контузии, натъртвания, мускулна умора

Хомеопатичен лекарствен продукт. Без лекарско предписание.
КХП 32762/14.03.2016. Не се прилага под 1 годишна възраст!

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

BOIRON®
www.boiron.bg

ГОРЕЦО ВРЕМЕ В ЗДРАВНИЯ СЕКТОР

Напрегнати месеци се очертават в сектор „Здравеопазване“. Очаква се нов модел на регистриране, функциониране, управление и финансиране на медицинската помощ. На този фон стартира здравен дебат под надслов „Прозрачност и здравеопазване“. Дискусията бе организирана от социологическата агенция „Галъп интернешънъл“ и интернет-медията „Clinica.bg“, а повод за инициативата бе първият „Индекс на болниците“, който е подкрепен експертно и от БЛС. Целта на

форума е да даде повече прозрачност в здравната система и да помогне за вземането на правилни решения от страна на пациентите, медицинските специалисти и институциите. „Трябва да направим така, че никой в системата да не чувства, че нещо е за негова сметка“, заяви по време на дебата председателят на УС на БЛС д-р Иван Маджаров. Ето неговото виждане по съществените въпроси - защо здравеопазването ни боледува и какво е най-доброто лекарство за него.



Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ:

НЕОБХОДИМИ СА ПРОЗРАЧНОСТ И ЯСНИ ПРАВИЛА

„Населението на България има добър достъп до здравни грижи, но правилата, които са създадени, са лоши, категоричен бе д-р Иван Маджаров. На пациентите непрекъснато се обяснява, че здравеопазването е безплатно, а когато отидат в кабинета на лекаря или в болница, се налага да плащат. Затова, нерегламентираното доплащане е лошо.“ Д-р Маджаров даде пример с лекарствата, на които касата реимбурсира определен процент и в аптеката хората са наясно колко трябва да дадат от джоба си. „Здравната система, която можем да си позволим, зависи от държавата, в която живеем и от икономиката - заяви пред-

седателят. - Напълно безплатното здравеопазване, на всички ни е ясно, че не може да се случи. И ако се правят такива опити, то вероятно ще бъде за сметка на нещо друго - на качеството или на някой от участниците в системата.“ Според него не бива да се чувства ошетен от системата един от участниците в нея. Отнася се както за пациенти, така и за изпълнители на медицинска помощ, производители и търговци на лекарства. „Не бива да се отказваме от принципите на това, което започна преди близо 20 години - убеден е д-р Маджаров. - Здравноосигурителният модел е добър, проблемът е в правилата, които го наложи-

ха. Проблем беше, че нямаше точни начини за контрол и това доведе до изкривявания. Проблем беше липсата на остойностяване. Това доведе до насочване на средствата в болничните структури.“ Той препоръчва да се отделят повече средства за извънболничната помощ, за да се използва ресурсът по-ефективно. И да се увеличи контролът - както от организациите на пациентите, така и от тях самите, когато ползват съответната медицинска помощ. „Когато те знаят колко струва дадена услуга, няма да позволят да бъдат „отчетени“ по скъпа клинична пътека“, подчерта д-р Маджаров.

Според всички участници във форума, сред които бяха зам.-министърът на здравеопазването д-р Бойко Пенков, новият директор на НЗОК д-р Дечо Дечев, представители на съловни и пациентски организации, директори на болници и др., липсата на прозрачност в здравеопазването е тежък дефект, който трябва да бъде премахнат.

Омбудсманът на България Мая Манолова заяви, че

е пряко ангажирана към темата за здравеопазването и следи внимателно спазването на правата на гражданите. Тя изрази мнение, че трябва да отпадна лимитите за болниците, като съответно се засили контролът. „Необходима е премислена и ясна държавна политика за общинските болници, защото голяма част от тях са пред фалит“, предупреди г-жа Манолова.

„Никой не може да каже колко е броят на здравноосигурените граждани, нито на тези, които са се застраховали“, каза проф. Петко Салчев от Националния център за обществено здраве и анализи, който е и основен консултант при създаването на първия „Индекс на болниците“. Той обясни, че когато се увеличава брутният вътрешен продукт (БВП) на една страна, се забелязва и покачване на продължителността на живота. При падане на БВП пък се наблюдавал рязък спад по този показател.

„Индексът на болниците“ е изготвен от Clinica.bg като „Галъп“ се включи за изследване на нагласите и настро-

енията на хората“ - поясни социологът Първан Симеонов. Проучването на агенцията е установило, че трудът на лекарите в България се ценят, но към системата на здравеопазване има подчертано недоверие.

Индекс на болниците

Целта на този проект е да даде повече прозрачност в здравната система, като едновременно служи за ориентир в полза на лекарите и обществото, увеличавайки възможностите за извършване на по-добър информиран избор за лечение при пациентите и насочвайки вниманието на специалистите и институциите върху някои тенденции в системата. Промяната на тези тенденции би могла да доведе до постигане на по-добри резултати при осъществяването на медицинската дейност.

Сегашният „Индекс на болниците“ предоставя обективни данни за дейността на лечебните заведения по НЗОК в някои социално зна-

чим специалности - онкология, инвазивна кардиология и неврология. Представя и данни за субективните усещания на пациентите от болничното лечение

И така, очертават се следните изводи: увеличен е броят на лечебните заведения в посочените направления; липсва комплексност на предоставяните медицински услуги; неравномерно е покритието на 28-те области в страната с предоставяне на медицински услуги; има сериозни различия в обема на извършените медицински дейности от отделните лечебни заведения; сериозни са различията в себестойността на медикаментозната онкотерапия в отделните лечебни заведения; нисък е процентът на предоставяне на иновативно лечение в областта на исхемичните инсулти; проблем е достъпността на медицинските услуги заради наличието на доплащане; съществува доверие в лекарите и труда им, но то е съпроводено с недоверие в здравната система и ценообразуването в нея.

НЕ НА НАСИЛИЕТО НАД МЕДИЦИ!



В писмо до д-р Иван Иванов, управител на МБАЛ „Св. Иван Рилски“ - Горна Оряховица и до г-жа Милка Василева, председател на БАПЗГ, Българският лекарски съюз изрази своята подкрепа и съпричастност към сестра Нела Радева от Филиала за спешна медицинска помощ в Горна Оряховица.

По време на нощно дежурство сестра Радева е била подложена на обиди и агресивно поведение от страна на близки на пациентка. За съжаление това е поредното грозно посегателство над медик, докато изпълнява служебните си задължения.

„БЛС е категоричен в твърдението си, че са необходими поредица от адекватни мерки за превенция на насилието и мобилизация на цялото общество в борбата с агресията срещу медицински персонал“, се казва в писмото. Осъждайки всеки акт на насилие над медици, БЛС заявява, че няма да остане равнодушен към недопустимите действия на агресорите и ще се увери, че към тях „закононият инструментариум ще бъде приложен бързо и ефективно“.

Д-Р ДЕЧО ДЕЧЕВ:

Ще има промяна в изписването на скъпоструващите медикаменти

Предстои промяна в начина на изписване на протоколите за скъпоструващите лекарства, което ще облекчи процедурата, заяви избраният неотдавна нов управител на НЗОК - д-р Дечо Дечев, по време на дебата, посветен на прозрачността в здравеопазването. Д-р Дечев поясни, че при алтернатива в лечението, по принцип изписваният лекарството, се спира на най-скъпото, тъй като има атрактивни условия. „Когато има избор между няколко варианта на лечение, еднакво ефективни, с еднакви показания и противопоказания, ще трябва да се избира най-евтиният начин на лечение. Това ще позволи на фармакомпаниите да пренасочат ресурса си към осигуряване на най-ниска цена, а не към други дейности“, обяви управителят на Здравната каса. „Публично известно е, че фармацевтични-

те компании влияят по начин, по който, когато имаш право на избор между повече от една алтернатива, избираш тази, която ти носи по-висок профит“, допълни още той. По думите му промяната ще доведе до връщане на лекарствени продукти на пазара, които са били изтеглени, поради това, че са евтини.

Има прекалено много проблеми в системата, свързани с лекарствата и медицинските изделия, за лечението в чужбина и в контрола. За медицинските изделия проблемът идва от това, че не е гарантирано качеството на прилаганите, поясни д-р Дечев, а за тези, които имат гарантирано качество, цената им трябва да бъде съпоставима с цената им в ЕС. „Големият проблем в контрола е, че Касата се занимава с дейности, за които няма компетент-

ност. - заяви управителят на НЗОК. - Няма медицинско лице в Касата, което да е по-компетентно от лекаря, извършил медицинската дейност, която тя трябва да контролира. Това се случва поради неясноти в т.нар. алгоритми на клиничните пътеки и не се знае какво се проверява. Няма как един експерт в Касата да е с повече познания, опит и практика, отколкото този, който извършва дейността. Няма как да стане. Проблемът е, че медицинската документация се проверява постфактум, а трябва да се проверява на момента, докато пациентът е още в болницата“.

Според д-р Дечев това може да се преодолее, когато се въведе ефективна електронна система, а чрез сформирани на единен орган за лечение в чужбина решенията ще се взимат по-бързо.

ВАЛСАРТАНОВИ ТРЕВОГИ



Както се знае, валсартанът е ангиотензин-II-рецептор антагонист, използван за лечение на: артериална хипертония, скорошен миокарден инфаркт и сърдечна недостатъчност. Той се предлага на фармацевтичния пазар самостоятелно или в комбинация с други активни вещества.

В късния следобед на 3 юли, т.е. между EMA (European Medicines Agency) и всички национални регулаторни органи е проведена телеконференция, на която е съобщено за възможни следи от N-нитрозодиметиламин (NDMA) в медикаментите, съдържащи активна субстанция валсартан, произведена в заводите на Zhejiang Huahai Pharmaceuticals, Китай. Наличието на този примес се обяснява с промени в производствения процес от Zhejiang Huahai Pharmaceuticals през 2012 година. В края на телеконференцията отделните агенции са уведомени, че ще се издаде rapid alert (бързо предупреждение) от

испанските им колеги.

Сигналът постъпва в родната Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ) и тя издава заповеди за блокиране на валсартана. Засегнати са 14 притежатели на разрешение за употреба на въпросните лекарства. По закон те са задължени в срок от 24 часа да организират спирането на медикаментите. Уведомени са МЗ и НЗОК, както и всички РЗОК, имащи правомощията да осъществят контрол. Първоначално блокираните у нас лекарствени продукти са 62.

Липсата на информационна електронна здравна система и забавилата се организация в действията около спирането на набедените медикаменти генерират тревога в медийното пространство и стават причина да се коментират различни проблеми. Ето отговорите на въпроси, представляващи интерес за медиците.

Какво е NDMA, който се свързва с валсартан?

N-нитрозодиметиламинът (NDMA) е отпаден продукт. Получава се като страничен на редица химични синтези – включително и на валсартан. Агентът е силно токсичен към черния дроб и други органи, и документиран човешки канцероген. Наличието му в производствената партида е инцидент и не означава, че във всеки един лекарствен продукт, съдържащ валсартан, присъства и този химичен агент.

Вярно ли е, че NDMA се използва при съхранение на някои храни?

Диметилнитрозоаминът не е консервант и не се прилага в хранително-вкусовата промишленост.

Колко са алтернативите на валсартана?

Валсартанът може да бъде заменен с медикаменти от същата група, притежаващи много близки характеристики, съдържащи като активна съставка кандесартан, телмисартан, олмесартан, ирбесартан

и лозартан. Общо алтернативите са над 100.

Къде може да се намери информация за незасегнатите лекарствени продукти?

Актуализираният списък на незасегнатите продукти, които са 27 от позитивния лекарствен списък, е публикуван на сайта на ИАЛ. Всеки лекар може да разчита и на още 138 продукта.

Защо ИАЛ отблокира веднъж блокирани партиди?

Изпълнителната агенция по лекарствата е отблокирала, (към 26 юли т.г.) няколко партиди медикаменти, съдържащи валсартан. Така 4 лекарствени продукта се връщат обратно в аптеките. Медикаментите са на две фармацевтични компании, които са успели да докажат, че

в освободените партиди е използван валсартан от друг производител на субстанции, а не от Китай, т.е. нямат примеси на канцероген. Двете компании са представили пред агенцията партидни досиета с проследимост на произхода на вложеното количество активно вещество в състава на партидите, сертификати за анализ на активното вещество валсартан, вложено във всяка от посочените партиди, както и сертификати от входящ контрол на активното вещество. Отблокираните партиди лекарства съответстват изцяло на изискванията за качество, не представляват потенциална опасност за живота и здравето на населението и могат да останат на пазара, посочват от ИАЛ.

CREDO WEB КЛАСИРА НАЙ-АКТИВНО ДИГИТАЛНО ОБУЧАВАЩИ СЕ ЛЕКАРИ

В реализиране на електронно продължаващо медицинско обучение (Е-ПМО), от 2015 година CredoWeb е официалният партньор на БЛС. Целта на това начинание е поддържане, разширяване и актуализация на знанията, придобити по време на следването и специализацията.

Обучителните материали са кредитирани от БЛС

и при успешно преминаване лекарят получава сертификата. За три години в Е-ПМО са издадени над 550 сертификата за онлайн обучения на повече от 150 лекари.

Д-р Николай Тошев - акушер-гинеколог от Карлово, е първият в класацията за най-активно дигитално образоващ се лекар. От началото на

2018 г. той е преминал успешно 39 онлайн обучения в платформата и е получил сертификата за всяко едно от тях. Той получава специален бадж „Отличник в онлайн обучения“, който е закачен на професионалния му профил в платформата. Там за д-р Тошев е предвидено и специално онлайн позициониране, а съдържанието, създадено от него, ще бъде безплатно промотирано. На всеки три месеца CredoWeb ще връчва нови отличия за най-активно дигитално обучаващи се лекари. Цитираме почесените в платформата **предимства на този модерен подход:**

• **Спестяват се време и разходи.** Конгресите, курсовете и семинарите са ефективни форми на продъл-

Първият награден е д-р Николай Тошев

жаващо обучение за лекарите, но те са фиксирани във времето и налагат отсъствие от работа и сериозен финансов разход. В повечето случаи са свързани с пътуване и изискват строго планиране на работното и личното време. Електронното обучение в CredoWeb е онлайн и се провежда в удобно за лекаря време и място, без пътуване, без планиране, без отсъствие от работа и напълно безплатно.

• **Удобно е.** Онлайн можете да се обучавате навсякъде и по всяко време - 7 дни в седмицата, 24 часа в денонощието. Дигиталното продължаващо обучение не е обвързано с конкретно място, ден и час. Сами избирате, кога да започне и колко да продължи вашият образователен курс. Необходими са ви компютър или мобилно устройство, интернет и желание за усъвършенстване.

• **Дискретно е.** Много хора изпитват притеснения да показват знанията си пред аудитория. Затова често дават по-ниски резултати при изпит на живо в сравнение с онлайн проверка на знанията. Електронното

обучение елиминира това допълнително напрежение. Така получавате шанс да тествате наученото и да повторите цялото обучение като наблюдение на сгъшените въпроси.

• **Дава достъп до теми от всички специалности.** Съвременната медицина все по-често изисква мултидисциплинарен подход в лечението на редица заболявания. Това налага лекарят да обогатява знанията си по специалности, различни от неговата. CredoWeb предлага възможност за обучение във всички специалности, според личните интереси и предпочитания на медика.

• **Получавате сертификата веднага.** Всеки обучителен материал, който носи кредити на лекаря, завършва с тест за проверка на знанията. При успешно преминаване теста системата генерира сертификата, издаден от Българския лекарски съюз. Документът притежава специален идентификационен номер, подпис и печат на председателя на Управителния съвет на БЛС. Сертификат може да се распечата, както и да се съхрани в електронен вариант.

• **Бърза и лесна справка.** Отмина ерата на тежките учебници, които присъстваха във всеки лекарски кабинет. В модерния свят медикът, както и всеки друг специалист, получава информацията онлайн. Електронното обучение е удобен и лесен вариант за опресняване на знанията по дадена тема или просто за справка. То спестява уморителното търсене в каталози и прелистване на томовете по библиотечните рафтове.



РЕДЪТ ЗА БИОЛОГИЧНИТЕ ЛЕКАРСТВА СЕ ОБЛЕКЧАВА

Редът за отпускане на безплатните биологични лекарства за хората, засегнати от ревматологични заболявания, е улеснен, съобщават от Националната здравноосигурителна каса. Промяната е постигната след многократни срещи на ръководството на Касата с пациентските организации и специалистите по тези заболявания. Занапред няма да се изисква пациентите да бъдат хоспитализирани на всеки шест месеца или година според степента на заболяването, за да бъдат из-

следвани и да се установи дали има ефект от лечението и какво трябва да се промени в терапията, ако състоянието им не се е подобрило. Изследванията ще се извършват лабораторно. В решението за терапията на един или друг болен вече няма да имат окончателно становище само специалистите от Постоянния експертен съвет, които разглеждат случаите по медицинска документация. Ще се взема предвид и мнението на лекуващите лекари, а те, както е известно, най-добре по-

знават състоянията на своите пациенти. В Постоянния съвет ще участват поне двама експерти, които ще се запознават не само с документите, но и реално ще преглеждат болния. Облекчение има и за пациентите на биологични лекарства, живеещи извън София. Спестяват им се пътуванията до столицата за периодичните консултации. Прегледите ще се провеждат по график в медицински центрове, намиращи се в тяхното населено място или в най-близкия град.

БЪЛГАРИЯ Е 21-ЯТ ЧЛЕН НА BVMRI-ERIC

Страната ни се присъедини към Научно-изследователската инфраструктура за био-банките и биомолекулярните ресурси – Консорциум за Европейска научноизследователска инфраструктура (BVMRI-ERIC). Това стана на Събранието на членовете, което се проведе в Болоня. Страната ни е 21-ят член на BVMRI-ERIC. Тя ще се представлява от МУ-София, който е най-голямото научно звено в областта на медицинската наука и биомедицинските изследвания у нас. Той е координиращата институция на Националния университетски комплекс за научно-изследователска инфраструктура за биомедицински и приложни изследвания.

ПРОЕКТОЗАКОНЪТ ЗА ЛИЧНИТЕ ДАННИ НЕ НАКЪРНЯВА ЛЕКАРСКАТА ТАЙНА

Правителството донякъде смекчи проектозакон си за защита на личните данни, който беше критикуван от десетки организации, от юристи, лекари, представители на бизнеса и граждани. Проектът е публикуван на страницата на Народното събрание. Законът трябва да внесе яснота как ще се прилага на българска почва Общоевропейският регламент за защита на личните данни (GDPR). Вносителите са се опитали да създадат

впечатление, че изцяло са се съобразили с критиките на Съюза на издателите, Асоциацията на професионалните фотографи, както и с част от препоръките на Асоциацията на европейските журналисти. Лекари и адвокати няма да бъдат принудявани да разкриват професионалните си тайни пред служители от Комисията за защита на личните данни. При неспазване на правилата са предвидени глоби.

ТРОПИЧЕСКИ ЗАРАЗИ ПЛЪЗВАТ НА СЕВЕР

„С видимите промени в климата се променят и микроорганизмите, както и техните преносители. Познатите в миналото тропически болести се придвижват на север. Отнася се и за треската „Западен Нил“, от която отделни случаи имаше в Унгария, Сърбия и Румъния. Това неотдавна заяви пред журналисти главният държавен здравен инспектор д-р Ангел Кунчев. Той подчерта, че заболяването протича сравнително леко и скрито и ако не се търси



целенасочено, може да не бъде диагностицирано. Друга екзотична бо-

зи зараза се откриват в Италия и Франция. Инфекцията се пренася от папатачи и първоначално прилича на летен грип. Любопитно е, че в Италия Чикунгуния е попаднала от азиатска страна при внос на стари гуми, предназначени за преработка. В гумите се е задржала вода и папатачите намерили благоприятни условия за развитие.

Това, което експертите следят сега особено внимателно е маларията. През 20-те и 30-те годи-

ни на миналия тя е засягала населението в някои области на страната ни. Сега се откриват до 15 случая на година, които са внесени от друга страна. До юли т.г. вътрешна малария няма, заяви д-р Кунчев, но болестта е регистрирана в Турция и Гърция. У нас се прави проучване за състава на комарите и срещу вредните насекоми се предприемат многократни химически обработки на рисковите области.

УЖ ГРИП, А ТО ЛАЙМСКА БОЛЕСТ

Симптомите на двете заболявания първоначално са много сходни и ако лаймската болест се обърка с летен грип, лечението на инфекцията фатално се забавя, предупреждават вирусолози. Според данни на Националния център по заразни и паразитни болести през тази година, до месец юли в страната ни са били заразени с лаймска болест 247 души. За същия период през изминалата година са регистрирани 145 случая.

Инкубационният период при лаймска болест е от 3 до 30 дни, но най-често от 7 до 14. Нетипичните ѝ симптоми са: общо неразположение с повишаване на температурата, втрисания и болки в ставите. Това е характерно и за летните зарази, причинявани от ентеровируси. За лаймска болест обаче сигнализира червеникаво петно с радиални кръгове, което е оставил заразеният кърлеж. Ако членестоногоото не е инфектирано, то остава само еднородно розово-червено петно. По правило радиалните кръгове са с диаметър до 20 см. Ако обаче са били разчесани могат да нараснат до 60 см. В периметъра им

кожата силно сърби, пациентът се оплаква от парене и тъпа болка. Поразеният участък може да се появи в областта на корема или кръста, краката, под мишниците, на шията или по слабините. Кърлежите предпочитат тези места, тъй като кожата там е по мека и те лесно се впиват.

При 5-8% от пострадалите се появяват временни поражения върху главния мозък. Те се изразяват в главоболие, гадене и повръщане на всеки 2-3 часа. Освен това болният става раздразнителен към светлината, чувства напрежение във врата. Понякога тези прояви са придружени с лека форма на жълтеница. При липса на лечение инфекцията може да поразни нервната система, да причини периферни невропатии. От своя страна, те водят до скованост на краката и ръцете, както и до трайни радикулити и менингити. Не е изключена появата на атрофичен дерматит и артрити.

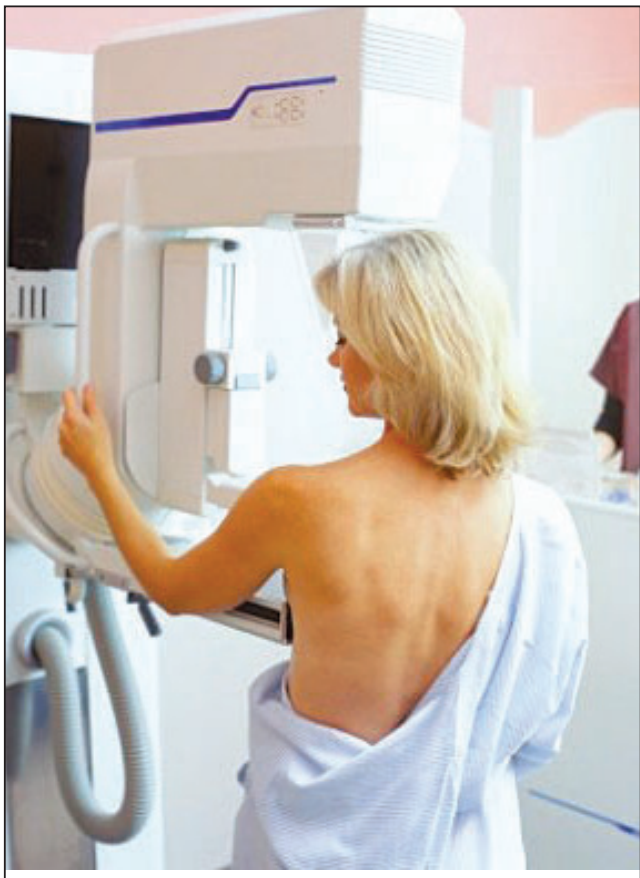
Лабораторните изследвания

Чрез тях се доказват специфични антитела



- IgM и IgG. Взема се венозна или капилярна кръв. От нея се отделя серум. Препоръчително е материалът да бъде взет сутрин, на гладно. При съмнение за невроборелиоза може да се изследва цереброспинална течност за наличие на специфични IgG антитела към *Borrelia burgdorferi*.

МАМОГРАФИЯ СИГНАЛИЗИРА ЗА СТЕСНЕНИ КОРОНАРНИ СЪДОВЕ



Международен изследователски екип е доказал съществуването на връзка между атеросклерозата и промените в млечната жлеза, които се виждат при мамография. За това информира списание „JACC Cardiovascular Imaging“. Според две публикации в списанието, съществува висока статистическа зависимост между повишеното натрупване на калций в кръвоносните съдове на млечната жлеза и повишеното количество на калций в коронарните артерии. И в двата случая натрупването на калций е причина за стесняване на артериите и загуба на тяхната еластичност.

Налага се изводът, че при разчитане на всяка мамография трябва да се отделя специално внимание на евентуални

калцификати, съветват изследователите. Според тях въпросните калциеви натрупвания могат да се приемат като маркер за стартирала безсимптомна исхемична болест на сърцето. Както е известно, при нея сърцето не се снабдява достатъчно с кръв поради стеснение на коронарните артерии, което е причина за тежки здравословни проблеми. След мамография те могат да бъдат предвидени и предотвратени. Важно е обаче изследването да се прави от опитен рентгенолог, който умее да разграничава образуванията с калций в тъканта на гърдата, от калцификатите в кръвоносните съдове.

Жените на възраст от 50 до 75 години се подлагат на контролна мамография на всеки две години и това изследване може да се използва не само за профилактика на рака на гърдата, но и за открива-

не на стартирало, подмолно атеросклеротично сърдечно-съдово заболяване, както и на риск от сърдечно-съдов инцидент, категорични са учените. Те са оценили риска от калцификати в кръвоносните съдове на млечната жлеза с помощта на 12-точкова скала. Оценките по нея са според броя на засегнатите кръвоносни съдове на гърдата, дължината на увредения съд, плътността на калциевите отлагания в лумена на артериите и други показатели. Така болестни промени са били установени при 42,5% от изследваните жени след разчитане на мамографиите от рентгенолог, като честотата на увредените артерии в гърдите е била толкова по-висока, колкото по-напреднала е възрастта на жената и колкото по-сериозно пациентката е засегната от бъбречно заболяване или хипертония.

- Д-р Брънзалов, при-знавам – надникнах във Вашата Фейсбук страницата и установих, че обича-те Родопите, историята, легендите, традициите на този край. Разбрах също, че харесвате песните на Валя Балканска, носещи усещане за безкрайност, величие, красота...

- Валя Балканска е харизматична личност, певица, която Господ е дарил с изключителен талант. Познавам я лично – скромен човек, с невероятно обаяние. Голяма българка! Гла-сът ѝ се носи из Космоса и това не е случайно. Нейното излъчване проповядва патриотизъм. Дай Боже да имаме повече такива хора в България. А за Родопите – наистина са магнетична планина, която те пленява със своето море от зелени хълмове, с ромона на потоците си, с топлия звън на „разцонкани чанове“, както казват местните поети. Аз не съм живял постоянно в този край. Пловдивчанин съм, но фамилията Брънзалови е с над 300-годишно родословно дърво, чийто корени са в родопското село Хвойна. Там моите дядо и прапрадядо са били учители.

- Това ли е причина от 17 до 19-ти август тази година Вашата дъщеря Кристияна Брънзалова и фондация „Даскал Брънзалов“ да организират фестивал, чрез който ще набират средства за опазване на архитектурното наследство в областта Рупчос? Гордеете ли се с тази инициатива?

- Моята дъщеря завърши семестриално архитектура в Милано. Всеки момент ще финализира висшето си образование. Дипломната ѝ работа е свързана с нейното желание в Хвойна да даде нов живот на местната училищна сграда, като я приспособи към съвременното ни. В София питахме за подобни обекти, които са изгубили значението си и сега буквално се рушат. До тях не получихме достъп, може би поради опасения, че нещо ще се купува. А детето ми искаше само да си защити дипломния проект. Така откри училището. То пък се оказа дело на прочутия пловдивски архитект Боян Чинков, което за Кристияна е изключителен стимул.

Обаче за реставрацията са нужни средства и дъщеря ми създаде фондация „Даскал Брънзалов“. Това е име, което са носили моите дядовци от няколко поколения. И така миналата година се състоя голям фестивал с участие на самодейци от Милано и от България. Сега събирането на средства продължава. Предстои възвущаващ родопски театър – с песни и традиционни ритуали като откраждане на булка, сватба и др. В инициативата ще се включат, както гости от Италия, така и местни самодейци. Сигурно ще ме попитате – каква е моята подкрепа? Тя е само духовна. Горд съм и се радвам, че съм възпитал детето си с родолюбие и че ще се постарее да бъде възстановена сградата на училището, строено през по-миналия век.

Д-Р НИКОЛАЙ БРЪНЗАЛОВ:

НА ТОЗИ СВЯТ НЯМА НИЩО ПО-ХУБАВО ОТ ЗДРАВОТО ДЕТЕ

Днес за съжаление селата ни обезлюдяват и училищата се затварят поради липса на деца.

- А във Вашата листа на столичен общопрактикуващ лекар каква част заемат децата?

- В моята практика са представени достатъчно добре всички възрастови групи. И понеже ме питате за най-малките ще кажа, че на този свят няма нищо по-хубаво от здравото дете, което се храни с апетит, смее се, играе, лудува. В повечето случаи малчуганите у нас не са поразени от тежко страдание. Те просто растат и имат необходимостта да си изграждат имунитет. По тази причина боледуват малко по-често. Засягат ги обикновено разни вирусни инфекции.

- Какво според Вас е равнището на детското здравеопазване в България?

- Нивото ни е сравнително добро. Консултациите с педиатър е извън регулативния стандарт. Въпреки това подрастващите и младите хора в страната ни намаляват, а всяка практика на общопрактикуващ лекар, в която има повече деца, е лишена от допълнителни средства. Не че сме против децата и тинейджърите да бъдат освободени от потребителска такса, но това не бива да става за сметка на медицинския труд, а на институцията, която ги е освободила от плащане. Време е социалното министерство да поеме функциите си, а не да ги прехвърля на общопрактикуващите лекари. Нека не забравяме, че потребителската такса е предназначена за финансиране на лекарските практики от една страна и за регулиране на прегледите от друга.

Едва ли има в света по-достъпна професия от тази на специалиста по обща медицина, който работи в България. У нас да се срещнеш с лекаря в същия ден, когато е възникнал здравословния ти проблем, е нещо съвсем нормално. В други държави, във Великобритания например, се чака в продължение на седмици. Ние все още имаме най-добрата достъпност в света.

- Жалко е, че обществото ни не оценява тази достъпност и случаите на агресия над медици продължават...

- Не може с враждебност и насилие да се търси помощ, но в България нямаме нужното законодателство, което да наказва всеки агресор. След като хора хвърлят камъни по полицаи, защо да не бъдат и лекари? Трябва отговорните за проблема държав-



Д-р Николай Брънзалов е специалист по вътрешни болести и семеен лекар с огромен опит. В своите практики в ДКЦ 17 и МЦ Уромед, той се грижи за около 2 500 души – деца, хора в активна възраст и пенсионери. Близо 8 години е бил корабен лекар.

Роден е на 7 февруари 1965 г. в Пловдив. Тръгнал е по-рано на училище. През 1982 година става републикански шампион по баскетбол – юноши, старша възраст. Преди да достигне пълнолетие е бил вече студент по медицина. Завършил е Медицинския университет в Пловдив. На 23-годиши е започнал своята лекарска практика, отбивайки военната си служба.

Освен като интернист, се изявява и като специалист по ехографска диагностика на коремните органи. Участвал е в множество научни конгреси у нас и чужбина.

Член е на Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България. От началото на юни т.г. е поел и нелеката длъжност на зам.-председател на УС на БЛС.

ни органи най-после да си изяснят как въпросът е решен в Европейския съюз, как се санкционира граждан, когато нападне лекар на работното му място. Не всеки колега може да се защити, особено ако се окаже сам срещу пияна група. Колко случая трябва да станат, за да се вземат най-строги мерки? Някой лекар ли трябва преждевременно да напусне земния си път, че да се сетят отговорните институции за проблема?

- Не едно проучване през последните години сочи, че насилието над медиците, лошото заплащане на труда им и трудностите в кариерното развитие, са най-честите причини младите лекари да напускат родината и да търсят реализация в други страни...

- За жалост е така. Например, общопрактикуващите лекари сами обзавеждат кабинета си. Те

същевременно плащат и наеми, консумативи, осигуровки на сътрудниците си. Сигурно звучи познато, но за да няма банкрутирали медици, трябва спешно да се вземат мерки. Демографският срив в съсловието ни е страхотен. Според последни данни при общопрактикуващите лекари средната възраст е 59 години. Близо 25% от тях са в пенсионна възраст и продължават да практикуват. Аз например, с моите невинни 53 години, се числя към младите. Разбира се, този проблем е свързан с много фактори.

В момента законът не прави разлика между специализацията в големите болници и специализацията в дребните търговски дружества. А да се задели заплатата за специалист е трудно, дори в голяма практика като моята. В личен план съм обещал да помогна поне на един такъв колега, но желаещите да

работят обща медицина са малко, а страната има нужда от над 300 нови ОПЛ, по данни на Министерство на здравеопазването.

- Как тези колеги ще придобият специалност по обща медицина и ще започнат да я практикуват?

- Трябва да се намеси държавата и да подпомогне на общопрактикуващите лекари, особено на работещите в отдалечени райони. Там населението не е струпано на едно място, както е в големите градове. Искам да подчертая, че здравната карта се прави преди всичко, за да покаже къде районът е останал без нужните кадри, а не само да сочи броя на болничните легла. В Швейцария например, когато един медик си открие кабинет в Алпите получава по-голямо заплащане от този, който практикува в Женева.

- Вие сте член на НСО-ПЛБ. Найсно сте с въпро-

са за остойностяване на лекарския труд. Какво е нужно, за да се реализират направените от съсловната организация предложения в тази насока?

- Никъде по света медицинският труд не е безплатен и в Европейския съюз всяка дейност, включително и лекарската помощ си има цена. И тази цена може да се надгражда. Ако сега се направят изчисления, ще видим каква огромна лекарска ангария (в много специалности, особено при ОПЛ), съществува в България. Срещу нея БЛС трябва да се изправи възможно най-категорично, най-твърдо. Доскоро ние, общопрактикуващите лекари, не бяхме представени в УС на Съюза. В нашето Национално сдружение се роди идеята да се включим в ръководството на БЛС, за да постигнем по-голяма чувателност относно проблемите ни. Аз

съм изключително благодарен на сегашния председател д-р Иван Маджаров, който проявява разбиране в това отношение, както и готовност за конструктивни решения. И те не са еднолични.

- Имате ли притеснения, свързани с т.нар. достъп на пациенти в извънработен график?

- За повечето общопрактикуващи лекари това е проблем. На практика се оказва, че по всяко време на денонощието можеш да бъдеш търсен. Такъв човек няма, който да издържи на 24-часово разположение. Не сме работи или свъхчовеци. За това създадохме работна група, която предложи варианти за осигуряване на достъп на пациенти в извънработния график. Срецахме се със зам.-министър д-р Бойко Пенков. Имаме уверение от негова страна, че наесен ще се реши този проблем. Ние сме готови с подходяща програма. Процесът върви мудро, но ние не забравяме!

- Вашата устойчивост срещу бурите в житейското море е наистина респектираща. Допускам, че един от факторите, които са я изградили е работата Ви като корабен лекар. Нали, тя изисква голямо мъжество?

- Вярно е. Сред необятната водна шир лекарят е сам и трябва да се справя с всякаква патология. Работи 7 дни в седмицата и по 24 часа е на разположение. Само при форсмажорни обстоятелства би могъл да потърси помощ. Възникват и тежки метеорологични условия. Море е, няма завет. Чести са травматизмът, морската болест. С гордост мога да заявя, че не съм допуснал починал човек на борда. Съжалявам, че тогава не си водих записки, защото се сблъсках с всякакви трагични и комични неща. Повече бяха добрите емоции. И сега почти няма седмица, в която по някакъв начин да не сънувам, че съм на кораба. Когато през отпуските се връщам в България, не можех да спя от тишината в дома ми. Не можех, поради липсата на люлеещото от вълните, шума на климатика, на двигателите, вибрациите. Но това е тема на друг разговор.

- И накрая – каква е Вашата надежда за бъдещето?

- Вярвам все пак, че нещата ще се променят към добро. Нали, от първите си стъпки в медицината, съм прегърнал латинската мъдрост: „Dum spiro, spero”.

Интервю на д-р Ваня Шипочлиева, д.м.

ОПТИМАЛНИ ДИАГНОСТИЧНИ И ЛЕЧЕБНИ ПОДХОДИ ПРИ УРОЛИТИАЗА



Полк. проф. Илия Салтиров, д.м.н. е началник на Клиника по ендоурология на ВМА и на Катедра "Урология и нефрология". Зам.-председател е на борда SEGUR (South Eastern European Group for Urolithiasis Research). Научните му интереси са в областта на уролитиазата, ендоурологията, екстракорпоралната литотрипсия и онкоурологията. Активен член е на Европейската асоциация по урология (EAU), Световната асоциация по урология (SIU), Българското урологично дружество. За читателите на в. „Quo vadis“ проф. Салтиров представя новостите в лечението на уролитиазата.

Уролитиазата е заболяване с висока рецидивност и нарастваща честота в световен мащаб. Според различни източници индивидуалният риск от образуване на бъбречни камъни е между 5-10%, а рискът от рецидиви след първични конкременти - около 50% в рамките на първите 5 години и 70-80% в рамките на десетилетие. Боледуват два пъти по-често мъжете в сравнение с жените. Поради преобладаването на засягане на пациенти в млада възраст, високата честота и рецидивност на уролитиазата, заболяването е свързано със значителни икономически разходи, често хоспитализации и нарушаване качеството на живот и психосоциалното благополучие на пациента. Уролитиазата може да предизвика сериозно увреждане на бъбреците чрез обструкция, инфекция, паринхимно засягане от генетично обусловени нарушения в обмяната, като нефрокалциноза, първична хипероксалурия и други нарушения, предразполагащи към образуването на конкременти в бъбрека. Честите хирургични интервенции при пациенти с рецидивна уролитиаза също водят до риск от усложнения, както и до нарушаване на бъбречната функция. По тези причини навременната диагноза и правилното лечение са от изключително важно значение за пациента и запазване на бъбречната функция. Днешната медицина ни дава изключително точни и надеждни методи за диагностика, определяне на най-подходящия метод за лечение, контрол на резултата

от него и разбира се, средства за определяне на риска от рецидиви и причините за образуването на конкременти.

Основните методи за диагностика са образните, като на първо място е ултразвуковото изследване - бърз, безвреден, достъпен и с висока чувствителност и специфичност метод. При планирането на вида лечение и вида оперативна интервенция задължително е извършването на рентгенови изследвания. Докато в миналото разчитахме на обзорната рентгенография и венозната урография, през последните години

НАТИВНАТА И НАПРАВЕНАТА С КОНТРАСТ КОМПЮТЪРНА ТОМОГРАФИЯ СЕ ПРЕВЪРНАХА В СТАНДАРТ ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ И КОНТРОЛ

Като се вземат предвид качествата и възможностите на съвременните технологии и апарати за ултразвукова и рентгенова диагностика, мога смело да кажа, че разполагаме с всички необходими надеждни и сигурни методи за диагностика на пациентите с уролитиаза. Необходимо е те да се прилагат навреме и в подходящата последователност, за да поставим точна диагноза и опре-

делим правилния метод за лечение.

От изключителна важност за пациента, за съхраняване функцията на отделителната система и намаляване на рецидивите на заболяването и броя оперативни интервенции, е определянето на химичния състав на камъните. Много полезни са метаболитните изследвания, чрез които се търси причината за образуване на камъните. Тук съвременната урология и нефрология са до известна степен длъжници на пациентите. Затова преди 2 години във ВМА и Катедрата по урология и нефрология стартирахме проект за комплексно изследване и лечение на пациентите с уролитиаза от смесен екип - уролог и нефролог. Дейността включва комплексно предоперативно изследване, извършване на най-ефективната и безопасна хирургична интервенция за отстраняване на конкрементите, последвана от определяне на точния химичен състав на камъка, детайлни метаболитни изследвания за изясняване на патогенезата, както и определяне на индивидуално медикаментозно лечение, диетичен и питеен режим и разбира се, адекватен контрол на състоянието и корекцията на метаболитните нарушения. Работим в съвместен екип и с колеги от БАН, които са изключително полезни при определяне и изучаване на химичния състав на камъните. С тяхна помощ е вече факт в България

МЕТОДЪТ НА ИНФРАЧЕРВЕНАТА СПЕКТРОСКОПИЯ

за определяне химичния състав на уринарните камъни. Той е приет за стандарт в света. Имаме натрупана база данни с изключително интересни от научна гледна точка факти. Голям е броят на нашите пациенти с изяснени причини за камъкообразуване, при които провеждаме насочена терапия и режим с цел избягване или намаляване честотата на рецидивите. Днес т.нар. минимално инвазивни ендооскопски техники са най-оптималните и най-ефективните методи за лечение на уролитиаза. Те ни осигуряват възможност за отстраняване на почти всеки камък, изискващ хирургична намеса, независимо от неговия размер, местоположение и химичен състав, при максимално съхраняване на функцията и морфологията на отделителната система.



ПЕРКУТАННАТА

НЕФРОЛИТОТРИПСИЯ (PCNL)

е ендооскопски метод за отстраняване на бъбречни камъни с размер над 20 мм, при които останалите лечебни подходи и екстракорпоралната литотрипсия не са толкова ефективни или са свързани с повече усложнения. PCNL навлиза в клиничната практика още в началото на 80-те години на 20 век. В нашата клиника методът се прилага от 1985 година. Той измести отворената хирургия за бъбречни камъни. Хирургичната техника на PCNL включва създаване на канал от повърхността на кожата до колекторната система на бъбрека. Това става под рентгенов или ултразвуков контрол. През този канал се работи с ендооскоп, под зрителен контрол, вътре в бъбрека, като камъните се разрушават с различни енергийни източници (лазер, ултразвук и др.) и се отстраняват. През изминалите години методът се усъвършенства по отношение на използваните инструменти и енергийни източници, но принципът на приложение остана същия.

Вече разполагаме с инструменти с много малък калибър, които се използват при определени клинични ситуации.

С миниатюризация на инструментариума се постигна

НАМАЛЯВАНЕ НА РИСКОВЕТЕ ОТ УСЛОЖНЕНИЯ

Разбира се, методът е част от комплексния подход при минимално инвазивното лечение на уролитиазата, заедно с останалите ендооскопски намеси, семиригидна и флексибилна уретероскопия, екстракорпорална литотрипсия.

През последните години с развитието и усъвършенстването на флексибилните ендооскопи и лазерите все по-често при лечението на камъните в бъбрека се използва

РЕТРОГРАДНАТА

ИНТРАРЕНАЛНА ХИРУРГИЯ

В много случаи при камъни с неблагоприятен химичен състав, при камъни с локализация в долноположни чашки, при анатомични аномалии, пациенти с наднормено тегло и на антикоагулатна терапия, методът измества екстракорпоралната литотрипсия и осигурява висок процент на пълно отстраняване на камъка в една процедура при малък риск от усложнения.

При разнообразните съвременни възможности за избор на метод и инструменти, съвременната концепция за лечение на уролитиазата се основава на индивидуалния подход при всеки пациент. Нашата цел е да изберем най-ефективния и безопасен метод за лечение за всеки конкретен случай. Това налага създаване на специализирани центрове за лечение, които имат обучени екипи, апаратура и инструментариум и разбира се - опит и квалификация да прилагат всички съвременни методи за лечение на камъните в бъбрека и уретера. Клиниката по ендоурология на ВМА, като специализиран център за минимално инвазивно лечение на уролитиазата, разполага с необходимите условия и извършва всички видове и разновидности ендоурологични операции, които предлага днешната модерна урология.

Международно признание

Всяка година Военномедицинска академия (ВМА) и Катедрата по урология и нефрология на ВМА организират научен симпозиум, подкрепен от Секцията по уролитиаза (EULIS) на Европейската Асоциация по Урология (EAU), South-Eastern European Group for Urolithiasis Research (SEGUR), International Alliance of Urolithiasis (IAU), Experts in Stone Disease (ESD) и Българско дружество по Ендоурология и екстракорпорална литотрипсия.

През 2018 г. и двата дни на симпозиума бяха посветени на диагностиката, съвременното лечение, метаболитните изследвания и профилактиката на рецидиви при уролитиазата. Научно-практическата програма включваше 23 State-of-the-art лекции от водещи европейски преподаватели, 6 Live surgery сесии, 2 Hands-on-training сесии, модерирана постерна и видео сесия, дискусия на клинични случаи.

Научният комитет на симпозиума беше в състав от 23 изтъкнати специалисти и университетски преподаватели от 9 страни - Австрия, България, Германия, Гърция, Испания, Италия, Македония, Сърбия и Турция. Всички членове на Научния комитет освен, че са много добри професионалисти, имат и мисията да обучават, да развиват, да споделят своя опит и знания в тази област на съвременната медицина.

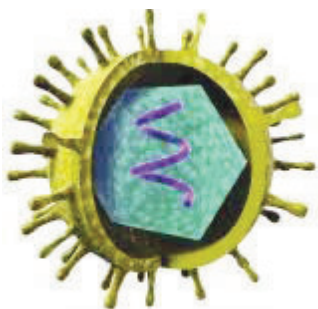
Тематичната определеност на този форум, в един много актуален и бързо развиващ се сектор от високотехнологичната съвременна урология, както и разнообразните форми на предоставяне на знания и придобиване на практически опит, го прави много популярен особено сред младите уролози. За пореден път за колегите, които нямаха възможност да вземат лично участие в симпозиума, осигурихме директен достъп в реално време до конферентната зала, през интернет сайта на симпозиума. (www.memis-bg.com). Данните от on-line излъчването показват, че презентациите и live surgery сесиите са били наблюдавани в реално време от колеги не само от България, но и от Великобритания, САЩ, Полша, Китай и Сърбия.

Според нас, като организатори, тази възможност повишава изключително много ползата от подобни научни прояви. Самите презентации след събитието предоставихме, като Webcast в сайта на симпозиума за ползване от желаещите колеги.

Признание за високата научна стойност на форума беше и акредитацията от Европейската акредитационна комисия за научни събития за продължаващо медицинско обучение (ЕССМЕ). Симпозиумът получи 14 CME точки.

Хепатит С привлече вниманието на парламента

Народните представители подкрепиха инициативата на СЗО за елиминиране на болестта до 2030 година



Неотдавна медици, народни представители и граждани отбелязаха Световния ден за борба с хепатита – 28-и юли. Председателят на Народното събрание Цвета Караянчева, председателят на Комисията по здравеопазването д-р Даниела Дариткова и народни представители подкрепиха инициативата "Скъсай с хепатита!". Целта е да се даде гласност на факта, че в България към момента НЗОК реимбурсира най-съвременното лечение на хепатит С, което достига успеваемост между 95 и 100%. Все още обаче не съществува национална програма за скрининг и превенция на вирусните хепатити. Ваксина за хепатит С няма, но у нас се поста-

вя ваксина срещу хепатит В още при раждането.

По повод Световния ден за борба с хепатита д-р Скендер Сила, ръководител на Офиса на СЗО за България, заяви пред журналисти, че всеки ден в Европа умира по 400 души от хепатит В и хепатит С. Така че е време за скрининг, тестване и лечение. Но също така трябва да направим всичко необходимо, за да ликвидираме заразата. Според плановите на Световната здравна организация хепатит В и С трябва да бъдат елиминирани до 2030 година. Здравното министерство се е ангажирало чрез европейски средства да закупи специални апарати за българските трансфузионни центрове, които на най-ранен етап откриват хепатитни вируси. В България задължителната имунизация за хепатит В е от 1992 г., затова и случаите на заразеност от него са драстично намалели. За хепатит А също има ваксинация, която е по желание.

Предполага се, че 70-80 хиляди българи са болни от хепатит С, без да знаят. За

това алармира председателя на сдружение "Хепасист" д-р Станимир Хасарджиев. "Факт е, че в нашата държава има подсикурено лечение за всички пациенти, за разлика от много други държави в ЕС. Друг сериозен успех е, че в България се постигнаха много добри цени на новите лекарства" - заяви д-р Хасарджиев. По думите му обаче е по-важно какво не сме извършили. "Нашата препоръка е всички да си направят необходимите изследвания, както и хората в рискови групи - сексуално активните, тези които са с много татуировки или с чести посещения при стоматолози, използващите наркотици - изгъвна той. - НЗОК отвори вратичка и за пациентите, които са на лечение за своята зависимост." Предстои работна група на заинтересуваните институции и организации, да подготви Национална програма за превенция и контрол на вирусните хепатити в България. Инициативата е на Министерство на здравеопазването.



Кампания за скрининг

МБАЛ „Св. София“ и Федерация „Български пациентски форум“ проведеха кампания за скрининг на хепатит С и над 70 лекари, медицински сестри и санитари се изследваха безплатно. Знае се, че в повечето случаи началото на заразата е безсимптомно. Ако остане нелекуван, хепатит С води до чернодробни проблеми и рак на черния дроб. Все още у нас е ниско нивото на диагностика, тъй като безплатни изследвания не се поемат от никакви обществени фондове. Сред най-уязвимите от инфекцията групи попадат и медиците - лекари, зъболекари, лаборанти, професионалисти по здравни грижи, също и други болнични служители. Ето защо скринингът е от изключително значение, както за здравето им, така и за здравето на пациентите.

PARRYSCOPE ИЗМЕСТВА ЦВЕТНАТА СНИМКА

Parryscope е иновативен подход, чрез който без анестезия се тества проходимостта на маточните тръби. Осъществява се като хистероскопия. Жените, които се оценяват по този метод получават незабавни резултати – в рамките на процедурата, която отнема не повече от 15 минути. Техниката превъзхожда широко използваната цветна снимка по редица показатели, като например точност на метода – над 98%. Другите преимущества са липсата на болка и лъчево натоварване на пациентката. Избягва се и риска от алергични реакции към контрастно вещество или анестетик. При хистероскопската манипулация се оценява цялостно маточната кухина под визуален контрол, при което се изключват редица други причини за инфертилитет – полипи, миоми възли, сраствания или вродени маточни аномалии. Пациентката е в съзнание и може активно да участва, като наблюдава на монитор какво се прави, следвайки принципа "see and treat" – проблемът и неговото решение се виждат.

БОТУЛИНОВ ТОКСИН БЛОКИРА ПАТОЛОГИЧНАТА МУСКУЛНА СВЪРХВЪЗБУДИМОСТ

Нов метод за овладяване на неволеви мускулни движения използват от скоро в ДКЦ „Александровска“. Неврологът д-р Елисавета Енишейнова прилага ботулинов токсин за лечение на различни неврологични заболявания, свързани с неконтролирани контракции на отделни мускули или мускулни групи (т.нар. фокални/сегментни мускулни дистонии), включително и за повлияване на мускулната скованост при заболявания на ЦНС. За в. Quo vadis специалистът обясни, че инжектиран в оптимални дози и в определени точки, препаратът предизвиква временна парализа на съответните мускули, с което се намалява патологичната мускулна свръхактивност – напр. на лицевите мускули (при оромандибуларни дистонии, блефароспазм, хемилицев спазъм, патологични съдружни движения след увреда на nervus facialis), абнормни движения на мускулите на шията, раменния пояс, стъпалото и др. Това са неволеви и затова неконтролирани движения, свързани с нарушения в регулацията на мускулния тонус. Болните извършват гримаси, трепкане на клепачите и дори пълно неволево затваряне на очите, неконтролирани движения в долната челюст, предизвикващи отваряне на устата, прехапване на езика, неволево извиване на шията, главата, повдигане на рамото и пр., които са особено мъчителни.

„Ботулиновият токсин е първото и засега единственото ефективно средство за облекчаване на симпто-

матиката и подобряване качеството на живот при пациентите с такъв тип фокални дистонии“, твърди д-р Енишейнова. Тя уточни, че не трябва да се остава с погрешно впечатление, че инжектирането на ботулинов токсин ще възвърне мускулната сила в засегнатите крайници – напр. след преживян инсулт, при детска церебрална парализа, множествена склероза и други заболявания, свързани с повишен мускулен тонус. Намаляването на контрактурите обаче значително би разширило обема на физиотерапевтичните рехабилитационни процедури, а с това и възстановяването на болните. В тези случаи ботулиновият токсин има своето място и приложе-



ние и трябва да се разглежда като част от общата медикаментозна и рехабилитационна програма. Препаратът се използва удачно и при хиперхидроза и определено има място в профилактиката на честите мигренозни пристъпи, категорична е специалистката. Поради особеностите си в механизма на действие, ефектът на ботулиновия токсин не настъпва веднага. Пикът на действие е обикновено към втората седмица и се задържа в рамките на няколко месеца. Повторно инжектиране се налага в диапазон от 4 до 6 месеца или при изчерпване на ефекта. Понякога, ако дозата се окаже недостатъчна, може да се прибавят допълнително единици от ботулинов

токсин с цел оптимизиране на резултата след 2 до 3 седмици.

В ДКЦ „Александровска“ д-р Енишейнова прилага ботулинов токсин за лечение предимно на фокални дистонии – блефароспазм, оромандибуларни дистонии, тортиколис. Например, може да се проследи ефекта от терапията с ботулинов токсин при пациентка с графоспазм. Със специален иглен електрод и под електромиографски контрол д-р Енишейнова отдиференцира флексорите на дисталните фаланги на пръстите на дясната ръка в областта на предмишницата и инжектира селективно в тях ботулинов токсин, без да засяга останалите мускули. В резултат на това мускулната слабост и затрудненията в движенията на пръстите са преодолени, а желният ефект - постигнат.

Молекулата на ботулиновия токсин е изключително чувствителна на температурни, дори и на механични въздействия, което налага да се прилага и съхранява съобразно изискванията на производителя. Засега лечението с ботулинов токсин не се реимбурсира от Здравната каса и се заплаща изцяло от пациента. Цената варира според броя инжектирания на медикамента и е индивидуална за всеки пациент до постигане на желания ефект. Ръководството на ДКЦ „Александровска“ полага усилия за пълно или частично заплащане на процедурата от НЗОК, имайки намерения и готовност да я прилага рутинно напред, в крак със съвременните алгоритми на поведение в страните от Европа и света.

Второто мнение в онкологията е наложен стандарт в Европа

Второто мнение в онкологията дава спокойствие както на пациента за приложението му лечение, така и на лекаря, който е препоръчал това лечение, поясни неотдавна един от водещите медицински онколози у нас д-р Росица Кръстева. В интервю по Дарик радио тя подчерта, че всеки уважаващ себе си лекар би поискал второ мнение от свой колега, когато говорим за онкологично заболяване на пациента. Обидени от второто мнение могат да се почувстват само некомпетентните, смята д-р Росица Кръстева. Тя е категорична: „Второто мнение е наложен стандарт в Европа, което всъщност дава увереност на пациента за това, че при него е приложено правилното лечение от всички възможни. Тоест, ако нямаме доказателства, че лекарството са 1, 2 или 3, или примерно аз съм избрала номер 2, а колегата ми е избрал номер 1, това трябва да бъде обяснено на болния и той да знае, че не сме допуснали грешка, просто е избрана една от всичките възможности, които съществуват“.

МОДЕЛЪТ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Проблемът за добра промяна в здравноосигурителния модел - така че той да работи ефективно, се дискутира от експерти в тази област, лекари, финансисти, политици, общественици, пациенти. Финалните варианти ще бъдат представени от здравния министър г-н Кирил Ананиев. Очаква се до края на септември т.г., да бъде внесен проект в Народното събрание, а новият модел да заработи от началото на 2019 г. или най-късно от април догодина, с новия НРД.

Д-р Даниела Дариткова, председател на Комисия по здравеопазването при 44-то Народно събрание:



Полезно е да стартираме с надграждащо здравно осигуряване

той успешно се реализира, тогава може да се мисли за друго развитие. „Ще е рисково, ако имаме конкурентни каси на Националната здравноосигурителна каса, които да се състват по отношение на основния пакет дейности – убедена е д-р Дариткова. Плащането на здравни осигуровки е задължително и органите, които ги събират, трябва активно да търсят различни механизми за по-висока събираемост.“

„Голямото предизвикателство - изтъкна тя, е изпълнението на бюджета по отношение на лекарствените продукти. Там имаме сериозен преразход и това е предизвикателството, наистина лекарствената политика винаги е била слабо място във функционирането на НЗОК. За мен беше много тревожно да чуя и, че няма засега получени средства от отстъпки за лекарствените продукти, които са регламентирани. Всичко това изисква оперативно ръководство на Касата и управител, който да познава дейността ѝ и да може да отговаря на всички тези въпроси.“

Относно подготвяните от здравния министър нови модели на осигуряване у нас, пред-

седателят на комисията по здравеопазването подчерта, че съществуващият в момента солидарен модел с 8 процента здравна вноска не позволява всички плащания, които се случват в системата, да се регламентират чрез фонда. „Голям е процентът на доплащането от пациентите извън рамките на здравното осигуряване. Това предизвиква необходимостта да се ревизира здравноосигурителният модел с възможността за надграждане или за конкурентни фондове на НЗОК“, изтъкна още д-р Дариткова.

По въпроса за здравната вноска и дали ще остане в размер на 8% тя заяви, че в рамките на сегашната бюджетна година е предвидено процентът да остане такъв. Но е налице постоянен натиск върху здравната система с искането за плащане на нови методи на лечение и на нови лекарствени продукти. „Наистина с 8 процента здравна вноска, която е относително по-нисък процент в сравнение с останалите европейски страни, не може да се посрещнат всички тези нови желани потребности от включване на иновативни методи и терапии. Затова ще бъде полезен моделът, който ще се

представи с надграждащо здравно осигуряване, или застраховане“, категорична бе д-р Дариткова. Според нея 50 процента от проблемите се дължат на лошата организация, но тя е резултат от механизмите, по които в годините НЗОК е финансирала дейностите. И все пак в тази система на функциониране на здравната организация има болници, които се справят добре и са финансово стабилни. Така че е разумно да се разпространява мениджърският опит на техните ръководства.

„Допълнително здравно осигуряване има и в момента, но пакетите, които застрахователните дружества разработват, не покриват необходимите плащания в брой. Например, в пакетите не се предлагат услуги за поемане на медицински изделия. При спешна интервенция е по-голям проблем за хората да доплатят 1000 лева за изделия, отколкото, ако се застраховат с по-малки суми“, заяви пред журналисти д-р Дариткова. Според нея по-приемливо е за сегашния момент да се върви към модел, какъвто е допълнителното застраховане. Ако

Проф. Георги Михайлов, член на Комисия по здравеопазването при 44-то Народно събрание:



Нужен е подробен, цялостен модел на управление в сектора

„Изложените две предложения – допълнителна здравна застраховка, която да покрива всички или част от дейностите извън основния пакет, или създаване на конкурентни на НЗОК здравни каси, не изчерпват понятието нов модел на здравно осигуряване и нов модел на управление на здравната система. Това са фрагменти от системата, които могат да бъдат предложени“, смята проф. Георги Михайлов.

„Преди няколко години се разискваха и обсъждаха предложения за разделяне на здравните пакети на основен и допълнителен, от което не произлезе нищо“, напомня той. „Очакваме предложения за цялостен модел, който трябва да включва основни начини на финансиране, оценка и управление на това финансиране, оценка на труда на специалистите, както и на всички компоненти от сложната система, включително финансирането на консумативите на болниците“, убеден е проф. Михайлов. Той е категоричен, че е необходим подробен, цялостен модел на управление на здравната система.

Д-р Дечо Дечев, управител на НЗОК:

Вариантът с няколко каси е неподходящ



„Касата да не финансира конкретни лекарства, лечебни методи, медицински изделия, а определена сума за всеки вид, която да е предварително известна. Всичко, което превишава тази сума, би трябвало пациентът да доплаща кеш или да се осигурява от допълнителни фондове.“ За такава промяна в здравноосигурителния модел се обяви пред журналисти д-р Дечо Дечев, доскоро изпълнителен директор на УМБАЛ „Св. Иван Рилски“.

Д-р Дечев подчерта: „Вариантът с надграждането е по-правилен. Това означава Здравната каса да има основен базов пакет, в заплащането на който да участва само тя. От пакета няма да се вадят продукти, медицински изделия или дейности/методи, а те ще са с определена цена, до която НЗОК ще финансира всеки един здравно осигурен. Всичко останало, което превишава тази стойност, ще се поема от пациентите. Това ще даде финансова стабилност на Касата, защото няма да се заделя ресурс за дейности над този основен пакет, както е в момента. Със спестените пари ще може да се покрие по-голям процент лекарства в групи, които сега се реимбурсират с 25 или 50%“.

Според управителя на НЗОК вариантът с няколко каси е неподходящ, защото конкуренцията трябва да е въз основа на това, което е включено в надграждащия пакет, а не на база основен пакет. Няма нужда да се вдига и здравната вноска. Децата до 18 г. трябва да имат достъп до пълния обем медицински изделия и дейности независимо от стойността им.



Д-р Нигяр Джафер, зам.-председател на Народното събрание, член на Комисия по здравеопазването при 44-то НС:

Крайно време е да отпадне монополът на НЗОК

„Проблемът е, че бяха унищожени общинските болници и всекидневно слушаме за трудности с кадрите и финансирането на областните лечебни заведения – казва д-р Джафер. - В момента има цели региони, в които болниците или са пред фалит или отдавна са в небитието, а не можем да оставим пациентите да пътуват по 100 - 200 километра, за да получат медицинска помощ. Здравното министерство и екипът му

трябва да имат визия по този въпрос.“ И още: „Настояваме да се предприеме истинска реформа в здравеопазването, защото такива са очакванията на хората, а не да се предлагат козметични варианти, които няма да променят съществено системата. Това, което предлагаме и повече от 12 години пишем в предизборните си платформи, е да отпадне монополът на Здравната каса“.

ВАНЕ – КАК ДА СЕ ПРОМЕНИ

Д-р Иван Маджаров,
председател на УС на БЛС:

Промените трябва да са добри за обществото, но и за лекарите, така ще се гарантира баланс в системата



щания, извън пакета. Това не е лошо, защото всички знаем, че в момента се извършва дофинансиране, като се вземат пари от пациента”, отбелязва д-р Маджаров. По думите му именно те трябва да бъдат регламентирани – населението да е наясно и да не очаква, че всичко е безплатно и когато стигне до болница, да установи, че всъщност не е.

Според д-р Маджаров по този начин ще има възможност в системата да се влеят свежи пари. От друга страна, ще възникне възможност да се повиши в известна степен контролът, защото се включват допълнителни участници, независимо дали са отделните граждани или са допълнителни фондове. „Надявам се обаче това да не доведе до още по-голяма бумашина и още по-голямо администриране за изпълнителите”, подчертава председателят.

„Ние, лекарите сме тези, които изпълняваме това, което се договаря като реформа, категоричен е д-р Маджаров. - Българският лекарски съюз е готов да бъде конструктивен във всички случаи, в които промените осигуряват нещо добро за обществото.” Според д-р Маджаров едва ли ще се тръгне към напълно нов модел на здравно осигуряване. Най-вероятно предложените модели ще запазят солидарността, като в същото време регламентират съществуващите в момента допълнителни плащания.

„Остава се възможността всички здравноосигурени да ползват една услуга, която е включена в пакет – основен или друг. Хората ще могат да ползват и допълнителни услуги срещу заплащане, като вероятно то ще става чрез доброволен или втори фонд, покриващ пла-

По въпроса за здравната вноска д-р Маджаров е категоричен: „На всички ни е ясно, че системата в момента не се финансира само от тези 8% здравна вноска. Парите, за които плаща населението и в кабинети, и в болници, и по други причини, явно също отиват в здравеопазването и на практика показват, че въпросните 8% не осигуряват изцяло здравеопазването в България”. Основното, което трябва да се има предвид в предложенията за промени е, че каквито и да са те, ще бъдат изпълнявани от колегите от Българския лекарски съюз. Лекарите ще ги следват, работейки за здравето на своите пациенти, но трябва да се мисли и в двете посоки – ако се опитаме да направим нещо, да бъде добро, както за обществото, така и за медиците. При това условие ще се гарантира баланс в здравната система.

Д-р Николай Болтаджиев,
председател на Национално сдружение на частните болници:

Конкуренцията винаги оставя най-добрите на пазара

И в момента съществува надграждащ модел чрез допълнително здравно осигуряване в частните фондове, но виждаме, че той не функционира добре и не решава основните проблеми в сектора. Затова, според мен, по-удачният вариант е този с няколко здравни каси. Това би довело до по-голяма конкуренция както между осигурителите, така и между самите лечебни заведения и изпълнителите на медицинска помощ. По този начин ще се стимулира качеството при оптимална цена. Ние виждаме, че монополът не може повече да съществува, защото системата вече е изцяло бюджетна. Касата има бюджет, гласуван от парламента и след това го преразпределя чрез бюджети на болниците. Лимитирани са направленията в доболничната помощ. Общопрактикуващите лекари са също бюджетирани – на базата на капитация. Така че този модел само с една здравна каса се е изчерпал и за да се промени, трябва НЗОК да се демонополизира. Още повече, че това е залегнало в предизборните кампании на всички партии, но все още не е реализирано.



Видяхме, че постепенно Касата се одържавява, политизира и накрая стигнахме доникъде. Няма значение собствеността на останалите каси – те могат да бъдат обществени, частни или дори държавни, важно е да се поставят в конкуренция. Аз даже мисля, че сега съществуващите районни каси могат спокойно да станат самостоятелни и да се конкурират с публични и частни фондове. Така конкуренцията ще остави най-добрите на пазара. Да не забравяме, че държави като Швейцария, Германия и много други, имат десетки, стотици каси. Да не забравяме, че реформата, която Холандия извърши преди малко повече от 10 години, я направи първа по здравен рейтинг. Точно това промениха – създадоха конкуриращи се здравни каси, а след това приватизираха и лечебните заведения. Всичко това са модели, които съществуват в ЕС. Но задължително трябва да остане солидарният принцип. И също така трябва да се върне старото положение, когато застрахователите бяха осигурители, за да могат да се конкурират на солидарен принцип. Това ще е в интерес на пациентите, на лекарите, на всички. Да не забравяме, че в момента имаме и едни 4 млн. лв., които НАП прибира заради услугата да събира здравни вноски. Има и излишни административни загуби в системата, следствие на монопола. Всичко това би променило финансовата структура на здравеопазването към по-добро.

Акад. Петя Василева,
ръководител на СОБАЛ „Академик Пашев“:



Не сме търговци, а хора с мисия! Качество, контрол, непрекъснато обучение – това е пътят ни

Моделът на българското здравеопазване е тотално сбъркан и всяко нещо, което се прави, ако не се премахне преди това коренът на злото – търговията, ще бъде обречено на неуспех. Злодейството бе извършено, когато превърнаха здравето в стока! Започнаха да говорят за услуги. Та аз на кого услужвам? Злодейството е в регистрирането на всичко в медицината по Търговския закон. Трябва да се промени законодателството и нито болниците, нито лекарите да са търговци. Аз не съм търговец! Аз съм човек с мисия, с велики цели. Каква велика цел е да направиш повече клинични пътеки? Проблемът е там, че понякога лекари, разбира се не всички, правят на пациента не това, от което има нужда, а това, от което ще вземат повече пари. И го правят не от егоизъм. Принуждава ги системата. Ти, примерно, си началник на отделение и загиваш – не можеш да даваш заплати, не можеш да купуваш консумативи. Системата те принуждава да вършиш нередни неща. Законодателството ни е дълбоко порочно. То отрича хуманния характер на медицината, превръща я в стока. Затова първо трябва да се промени законодателството – от него идват неправилната собственост, неправилното управление, неправилното финансиране.

Освен това никой нищо не може да направи при положение, че ние нямаме консенсус, какво да бъде здравеопазването. В продължение на 20 години не се разбрахме, какво трябва да се промени. Отделяме най-малко пари за сектора в целия Европейски съюз. Хората трябва да знаят, че ако не се повишат средствата за здравеопазване, всичко друго е просто гимнастика. Монополът във всяко едно отношение пречи на развитието и на усъвършенстването. Смятам, че тези модели, за които се говори, са само фокуси, ако не се тръгне последователно да се гради чрез законодателството изцяло нов модел. Качество, контрол, непрекъснато обучение – това е пътят. Иначе няма бъдеще и младите хора съвсем ще ни напуснат.

Д-р Румен Велев, директор на II САГБАЛ Шейново:

Без модерна апаратура, ще изостанем технологично и професионално

Според д-р Румен Велев, цитиран от в. „24 часа”, след като целта на здравната реформа е да предлага по-качествено и добро здравеопазване, промяната трябва да бъде осезателна. Това може да стане с вдигане на цените на клиничните пътеки или с въвеждане на диагностично-свързани групи. Болниците имат нужда от пари, за да може да се подобряват заплащането и условията, като се инвестира в подновяване на материалната база, но най-вече в оборудването, напомня директорът на II САГБАЛ Шейново и подчертава, че без нова апаратура лекарите у нас ще изостанат не само технологично, но и чисто професионално. И още – важно е да се изясни какво се цели с т.нар. втори стълб на здравеопазване – допълнителният здравен пакет ще излезе ли от Здравната каса и кои болести ще са в него. „Да не се въведе допълнително заплащане на



принципа на допълнителната пенсионна осигуровка, която никой не знае как ще работи и какво ще се случи с нея”, предупреждава д-р Велев.

ЗА ПЪРВИ ПЪТ У НАС БЕ ПРОТЕЗИРАНО ДЕТЕ, КОЕТО НЯМА РЪЦЕ И КРАКА

Десетгодишната Еля от Разград вече може да ходи самостоятелно, да пише, и рисува, да прави неща, абсолютно непосилни допреди, с помощта на специалиста по биомеханика и протезиране проф. Евгени Дюкенджиев. Той и съпругата му са вложили неимоверен труд и целия си професионализъм в изработването на сложните протези, които никои друг лекар у нас и в чужбина не се наемал да направи. Това е най-тежкият случай в кариерата на професора, а в света има само още два такива – в САЩ и Япония.

През февруари в лабораторията за атипично протезиране на проф. Дюкенджиев в Горна Оряховица дошъл зам.-кметът на Разград Ердич Хасанов. Той разказал за положението на Еля и потърсил съдействието на специалиста. „След срещата с него отидохме със съпругата ми до Разград и се запознахме лично с момичето - споделя професорът. - Видяхме, че става дума за изключително сериозен случай, но приехме предизвикателството. В продължение на четири месеца работихме по създаването на протезния комплект от горни и долни крайници“. Според

експерти задачата била с повишена трудност относно закрепването на протезните изделия. „За краката беше още по-сложно, защото Еля няма нито един сегмент от долните крайници, няма тазобедрени стави, а само меки тъкани. Задачата беше уникална, изискваше много висока квалификация, материална база и сериозни умения“, обяснява проф. Дюкенджиев.

На 9 април, т.г. били изработени горните протези, а на 8 юли завършени и долните. След поставянето на целия комплект детето било обучено как да се движи, тъй като използването на изкуствени крайници се осъществява чрез специфична опора на тялото. Само за 30 минути Еля успяла да схване как се случва ходенето с протези и веднага след това направила първите си самостоятелни крачки. Майка й също била обучена как се слагат и махат изделията, тъй като те не са необходими през нощта.

„Когато сложихме протезите за крака, Еля изпадна в истерия в хубавия смисъл на думата. Усмиваше се от сърце, последва такъв богат коктейл от прекрасни чувства! Галеше си крачетата с протезите на ръцете. Разбра какво



Проф. Евгени Дюкенджиев и съпругата му изработиха сложните протези

е да гледа светата от високо. Светът ѝ стана съвсем различен, това усещане за нея е уникално“, разказва проф. Дюкенджиев и допълва: „Еля е изключително умна. Говорих и с г-н Хасанов да ѝ се помогне, като ѝ се осигури учител по програмиране. Вече има много повече приятели, живее нов живот. Когато дойде при мен, все едно беше в равнина. Вече мога да кажа, че е в пространството“. Сега професорът редовно се чува със семейството на момичето и е много доволен, че е внесъл утеха, надежда и радост в дома на Еля. Момичето прекарва по няколко

часа на ден в ходене и опознаване на света, какъвто досега никога не го е виждало.

Освен с труда си и огромните знания, които вложил в работата по случая, проф. Дюкенджиев помогнал и финансово, като поел 50% от стойността на услугата за протезиране. Останалата част от цената е осигурена от частна фирма. Тъй като Еля расте, след около година и половина изделията трябва да бъдат заменени с нови, за които семейството ѝ няма необходимите средства. В момента се търси отново решение на проблема.

Високотехнологичен метод за смяна на аортна клапа прилагат в УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна

До момента специалисти от УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна са спасили живота на 39 пациенти чрез т.нар. безкръвна смяна на аортна клапа. Това е минимално инвазивна сърдечно-съдова процедура. Прилага се при стеноза на аортната клапа и е животоспасяваща за болните, при които отворената сърдечна хирургия е свързана с висок риск. Първите приложения в УМБАЛ „Св. Марина“ на съвременния високотехнологичен метод са направени съвместно с водещия в света немски кардиолог проф. д-р Карл Шангел от берлинската университетска болница „Шарите“. Неотдавна той бе удостоен с почетната титла „Doctor honoris causa“ на МУ – Варна. Мултидисциплинарният екип на болницата, който е придобил опит в модерната транскатетърна смяна на клапи, се състои от интервенционни кардиолози, кардиохирурзи и анестезиолози.

В света т. нар. безкръвна интервенция на аортната клапа успешно се прилага от 2007 г. По-голяма част от

хората с показания за тази процедура са на възраст над 70 години и често имат множество съпътстващи заболявания. Предимство на метода е изключително бързото възстановяване и възможността пациентите да водят нормален живот след имплантиране на аортната клапа.

Обичайният начин за лечение на това заболяване е отворена кардиохирургична операция, при която се отваря гръдният кош, спира се сърцето, клампира се аортата и хирургът сменя клапата. Новият подход води до същия резултат – смяна на аортната клапа. Разликата е, че се извършва транскатетърно с достъп през бедрената артерия. Клапата се сменя без операция, без екстракорпорално кръвообращение и може дори да не се налага обща анестезия, а пациентът да е седиран. Възстановяването е много бързо, болните стават няколко часа след интервенцията и се изписват след 3-5 дни. Процедурата се поема напълно от НЗОК.

Уникална операция на бременна жена извършиха в УСБАЛО – София



Проф. Красимир Нейков

Лекари от Клиниката по урология при столичната Университетска специализирана болница за активно лечение по онкология извършиха уникална операция на 37-годишна бременна жена с рак на бъбрека. Жената е била в 20-ата гестационна седмица, когато медиците откриват тумор на бъбрека ѝ с размер 17 см. След консултация с акушер-гинеколози, които наблюдават бременността, екип от уролози и онколози извършва хирургична намеса

за отстраняване на тумора. „Направихме средина лапаротомия, с помощта на ултразвуков инструмент постигнахме максимално щадящо отстраняване на туморната формация заедно с левия бъбрек“, заявява в прессъобщение проф. Красимир Нейков, ръководител на Клиниката по урология при УСБАЛО – София. Кръвозагубата от интервенцията е била минимална - около 150 мл. По време на операцията не са настъпили усложнения за

плода или пациентката. Хистологичният вариант на тумора е показал светлоклетъчен карцином на бъбрека. Решението на онкокомисията е пациентката да се наблюдава на всеки 2-4 месеца по отношение на онкологичното заболяване, без добавяне на допълнителна терапия. Пациентката е насочена към акушер-гинеколог за по-нататъшни консултации и наблюдение. За нея това е трета бременност, като предишните две са преминали успешно.

Сложни реплантации в УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“

Отдавна се знае, че през лятото нараства травматизмът с мотори. Поредно доказателство е пресинформацията на УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов“ – само за две седмици през „Спешно отделение“ на болницата са преминали над 20 мотористи. Най-сложни за периода се оказали реплантациите на ръцете на двама млади мъже, пострадали при пътно-транспортно произшествие с мотори. Благодарение на доц. Людмил Симеонов и екипа му двамата пострадали запазват ръцете си. Единият от тях е 23-годишен. Претърпял е общо 3 операции, за да може доц. Симеонов да възстанови тежките последствия след катастрофата с мотора. Другият пострадал - 32-годишен мъж, е приет в УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов“ със сложно счуване в областта на китката. Специалистите го оперират часове наред. Пациентът се възстановява успешно.

Рядка вътреутробна интервенция в МБАЛ „Надежда“

Тя е извършена от д-р Кристина Чачева и нейния екип от звено „Пренатална диагностика и терапия“ при столичната МБАЛ „Надежда“. Проблемът, с който д-р Чачева се справя, е рядка форма на сямски близник. В утробата на бременна жена нормално развито дете е споделяло обща плацента със свой еднояйчен брат, който нямал сърце. При т. нар. „паразитен близник“ единият плод не разполага с развити сърдечни структури, а другият го кръвоснабдява. С напредване на бременността възниква риск за здравето на детето, което може да развие сърдечна недостатъчност. Благодарение на общите усилия на специалистите момченцето се е родило здраво и доносно в 38-ата гестационна седмица. Било е спасено чрез вътреутробна операция, при която с лазер са затворени съдовете от пъпната връв на паразитния близник, така че той да спре да се кръвоснабдява от здравия.

Модерен ин витро център бе открит в Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда

На 10 юли т.г. в Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда официално отвори врати Център за асистирана репродукция. Към събитието се присъединиха и популярни спортисти и творци, които застават зад каузата да има повече възможности за създаване мечтата на двойки с репродуктивни проблеми в България. „Като нов ин витро център ние имаме уникалната възможност и подкрепа да създадем лаборатории, съобразени със съвременните иновации в репродуктивната медицина, които могат и ще дадат шанс на нашите двойки както при подбора и селекцията на сперматозоидите, различните технологии при оплождането на яйцеклетките, така и при отглеждането на ембрионите и техния трансфер. Надявам се заедно да успеем да помогнем на много двойки да сбъднат своята мечта за рожба“ – каза при откриването началникът на новия Център

за асистирана репродукция д-р Мефтуне Шефкетова.

Събитието бе повод за представяне на последни статистически данни, според които над 145 хиляди двойки в България имат репродуктивни проблеми. В световен мащаб 9% от младите мъже и 11% от жените в репродуктивна възраст съобщават за трудности при зачеването. Причините за ненастъпването на бременност от гледна точка на семейството са разпределени по равно, като в 1/3 от случаите проблемите са в мъжа, при 1/3 – в жената и в останалата 1/3 – проблем има и при двамата партньори. Върху фертилитета на двойката влияят и редица външни фактори: стрес, хранене, двигателна активност, употреба на алкохол и тютюневи изделия, употреба на наркотични вещества. Много мъже и жени имат необходимост да замразят репродуктивен материал по раз-



лични причини - предстояща химиотерапия или лъчетерапия, развитие в кариерата, липса на партньор в подходящото време. Ето защо успешното зачеване и износване на бременността често изисква мултидисциплинарни решения, включващи широка компетентност, с каквато могат да се похвалят специалистите от новия център.

БОЛНИЧНИЯТ МЕНИДЖМЪНТ В НОВИТЕ ПРОЕКЦИИ НА ОБЩЕСТВЕНОТО ЗДРАВЕ

Така е озаглавена новата книга на доц. д-р Тодор Черкезов, д.м. Той е изпълнителен директор на МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ в град Кърджали. Специалист е по кожни и венерически болести, по социална медицина и здравен мениджмънт. Автор е на над 70 научни публикации, пет практически ръководства, три самостоятелни книги и една в съавторство. Доц. Черкезов е сред възстановителите на БЛС и в продължение на 10 години е бил председател на РЛК - Кърджали. Носител е на множество отличия и награди, сред които „Лекар на годината - 2006“, номинация на БЛС.

Ето как представя новата книга на доц. Черкезов уважаваният специалист в областта на общественото здраве, известният медик и литератор проф. д-р Веселин Борисов:

Авторът прави задълбочен системен ситуационен анализ на управленската проблематика в болничния сектор и излага своята прогностична визия за приоритетите и механизмите на бъдещата организационна промяна в този сектор. Целият текст е подчинен на идеята за болницата като сложна динамична система, която в съвременните условия се нуждае от модерен, високоефективен професионален здравен мениджмънт. Убедително се



доказва, че без подобен мениджмънт бъдещият просперитет на болницата като система е подложен на сериозни рискове, сродни с хаоса.

За пръв път в подобна литература доц. Черкезов обстойно и компетентно разглежда влиянието на външните и вътрешните фактори върху функционирането и развитието на болницата. В широкомащабен ракурс са анализирани съвременните заплахи за обществото и ро-

лята на болниците в новата епоха на човечеството, белязана с безпрецедентни глобални предизвикателства в областта на общественото здраве.

Оригинална стойност имат текстовете за човешкия капитал в болницата и за ресурсното мислене на болничния мениджър. В този контекст авторът разширява не само представите ни за оперативния болничен мениджмънт, но внася и сериозен принос

в теорията на стратегическия здравен мениджмънт, която, следва да признаем, все още е слабо развита и в национален, и в международен план.

Особено впечатляваща е главата за управление на организационната промяна в болницата, в която проличават както широката ерудиция на автора, така и неговият творчески, недогматичен стил на мислене, анализ и прогностика. Оригиначните идеи в тази глава се издигат над нивото на привичните рутинни текстове в много досегашни публикации за организационната промяна (която е друго име на здравната реформа).

Представени са интересни анализи на слабо разработени проблеми като: организация и личност, управление на груповите процеси и поведение в болницата, жизнен цикъл на болницата като организация и др. Нашите стратегически здравни мениджъри заслужава специално да прочетат и вникнат в представените модели за жизнения цикъл на организациите и процесите в тяхното развитие. Авторът ни представя оригинален модел на диагностичен инструментариум за фазите в жизнения цикъл на болницата, които образно и символично са означени със следните термини: бебешка възраст, детство, юношество, разцвет, стабилност, аристократизъм, ранна бюрокра-

тизация, бюрокрализация, смърт.

Този модел би могъл да се ползва от болничните мениджъри за определяне етапа на развитие на болницата чрез предоставените инструменти за организационна и финансова диагностика на лечебното заведение и за повишаване ефективността на управленските решения. Съвършено основателно и убедително авторът доказва, че в съвременните условия организационната промяна на болниците е преди всичко индикатор и въпрос на новия тип организационна култура. А това безспорно предполага преодоляване на традиционния догматичен административен стил на управление и замяната му с нов творчески стил на мислене и действие, адекватен на принципите на научния здравен мениджмънт.

Убеден съм, че книгата на доц. Тодор Черкезов ще бъде много интересна и полезна за всички български здравни политици, здравни законодатели, болнични мениджъри и за преподавателите във факултетите по обществено здраве... И книгите, подобно на хората, също имат своя съдба. Тази книга ще има щастлива съдба и дано тази съдба се пренесе в националната здравна система в обозримото бъдеще.

Представители на МУ-Варна обсъдиха бъдещо партньорство с Университета по медицина и фармация в Търгу Муреш, Румъния

Запознаване с работата на интегрираната мобилна служба за спешна помощ, реанимация и спасяване SMURD, както и изучаване на румънския опит в обучението на студенти и парамедици за оказване на спешна помощ при аварии и бедствени ситуации – това бе целта на посещението на делегация от МУ-Варна, което се осъществи през юли в Румъния, се отбелязва в информация на ВУЗ-а.

По покана на почетния доктор на МУ-Варна проф. д-р Раед Арафат, държавен секретар и началник на отдел „Спешни ситуации“ в Министерство на вътрешните работи на Румъния посетиха Букурещ и Търгу Муреш деканът на Факултета по медицина проф. Златислав Стоянов, зам.-деканът на ФМ проф. Йото Йотов и кап. I р. Тодор Йотов, преподавател в Катедрата по медицина на бедствените ситуации и морска медицина. В спешните отделения на две от водещите букурещки болници (за възрастни и педиатрична), бе представена технологията на работа съобразно модела на SMURD. Демонстрирано бе високотехнологично медицинско оборудване и телемедицинско координиране на действията. Представени бяха и възможностите за обучение на парамедици, студенти и лекари-специализанти с използване на различен тип симулатори. С изключителен интерес бяха разгледани Координационния център и Оперативно-изпълнителното звено на SMURD, както и спешното отделение на регионалната болница.

Делегацията на МУ-Варна посети и Университета по медицина и фармация в Търгу Муреш, където бе приета от Ректора проф. Леоноард Азамфиреи. Бяха обсъдени възможни форми на сътрудничество, като партньорство по програма „Еразъм+“ с обмен на студенти и преподаватели, обмен на студенти за летни стажове, сътрудничество в използването на симулатори в обучението по медицина, сътрудничество в издателската и публикационната дейност.

ТЕСТ

Умеете ли пълноценно да се възползвате от отпуската си?

1. Колко дни са ви нужни за да се почувствате отпочинали?

- A/ 7,
- B/ 14,
- V/ 28

2. Перфектната почивка за Вас е:

- A/ Спане и прилагане на здравословни процедури
- B/ Пътуване и забавления с приятели
- V/ Почивки на море или на планина

3. Без какво не бихте релаксирали пълноценно?

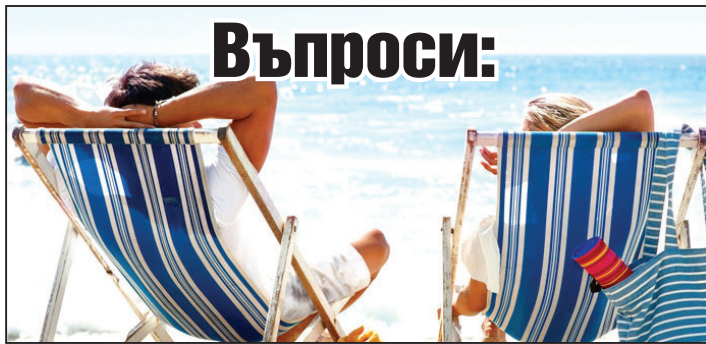
- A/ Без уреди за гимнастика
- B/ Без слънцезащитни продукти
- V/ Без фотоапарат

4. Как се отнасяте към мобилния си телефон по време почивка?

- A/ Нося го със себе си
- B/ Сменям СИМ-карта и съобщавам новия номер само на няколко души – роднини или приятели
- V/ Оставям го у дома, така че никой да не ме безпокои

5. Какво с удоволствие четете по време на почивка?

- A/ Пътеводител за туристически обекти, издания за здравето и красотата
- B/ Стихове, кратки разкази, развлекателни романи



В/ Менюто в ресторанта и списъка на вината

6. Променяте ли стереотипът си в дните за релаксация?

- A/ Събуждам се по-късно от обичайното, но си лягам по-рано.
- B/ Придържам се към своя утвърден във времето режим на лягане и събуждане
- V/ Събуждам се в най-различни часове, според съня, от който се нуждая

7. С какво се храните по време на отдиш?

- A/ Избирам си леки, разтоварващи храни
- B/ Опитвам нови ястия, дори ако с тях бих увеличил/а телесното си тегло
- V/ Не се ограничавам - ям каквото ми се иска

8. Когато се настройвате за

почивка, кой от изброените съвети най-много би ви допаднал:

- A/ „Релаксирайте разумно!“
- B/ „Хвърлете се в живота - трябва да вкусите от всичко!“
- V/ „Отпуснете се и се забавлявайте!“

9. С какво се връщате у дома, след като вече сте си отпочинали?

- A/ Снабдявам се с натурална козметика от мястото, където съм бил/била
- B/ Купувам лакомства и сувенири
- V/ Връщам се с положителна нагласа и бутилка червено вино

10. Колко често си организирате разговарващи почивки?

- A/ Един път в годината
- B/ Два пъти годишно
- V/ Веднъж на две и повече години

РЕЗУЛТАТИ:

1. A - 2 точки, B - 1 т., V - 3 т.
2. A - 1 т., B - 3 т., V - 2 т.
3. A - 1 т., B - 2 т., V - 3 т.
4. A - 3 т., B - 2 т., V - 1 т.
5. A - 1 т., B - 2 т., V - 3 т.
6. A - 2 т., B - 1 т., V - 3 т.
7. A - 1 т., B - 2 т., V - 3 т.
8. A - 1 т., B - 3 т., V - 2 т.
9. A - 2 т., B - 3 т., V - 1 т.
10. A - 2 т., B - 1 т., V - 3 т.

ОТГОВОРИ:

От 10 до 12 т.

Почивката за Вас е време, през което полагате интензивни грижи за телесния и психичния си комфорт, следвайки девиза „Здрав дух в здраво тяло“. Но често, въпреки всичките си усилия не се отпускате напълно и не се откъсвате от проблемите в дома или работата си. Опитайте поне веднъж да нарушите правилата. Малките отклонения са това, което не Ви достига, за да бъде отдишът Ви пълноценен.

От 13 до 24 т.

Вие сте от щастливците, които умеят да си почиват. Нищо за Вас не е скучно и досадно. След релаксация се връщате заредени с енергия и положителни емоции. Колкото и странно да звучи, за пълноценното отпускане Ви помагат леките нарушения на утвърдените здравословни правила. Важно е само да не забравяте, че както фанатичното придържане към нормите, така и пълното им пренебрегване, не носят желаната отмора.

От 25 до 30 т.

Вие сте класическият турист, който се опитва за минимум дни да вземе максимум от живота. Обикновено при такава нагласа се пренебрегват много норми. От една страна, това е разтоварващо, защото заменят всекидневните си занимания с напълно различни дейности. По този начин си осигуряват почивка за мозъка, но другите Ви органи и системи могат сериозно да страдат. Например, преяждането претоварва сърцето, храносмилателната и отделителната система, а постоянното излежаване води до натрупване на излишно телесно тегло. Така, че релаксирайте, но не безразсъдно.

ПРЕДСТОЯЩИ НАУЧНИ СЪБИТИЯ

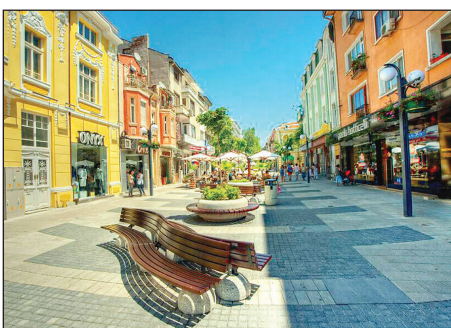
XVII НАЦИОНАЛНА ПЕДИАТРИЧНА НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ

гр. Бургас

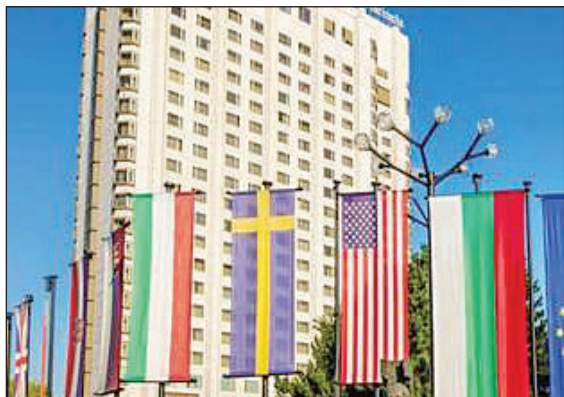
01.09 – 02.09.2018 г.

За контакти:

Българска педиатрична асоциация и Бургаското педиатрично дружество
e-mail: rlk_burgas@yahoo.com



48-МИ ЕВРОПЕЙСКИ КОНГРЕС ПО КОГНИТИВНО - ПОВЕДЕНЧЕСКА ТЕРАПИЯ 2018



хотел „Маринела”, София

05.09.2018 - 08.09.2018 г.

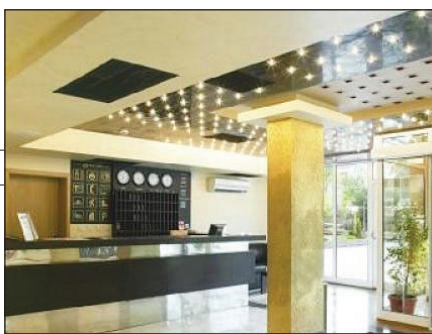
За контакти:
<http://eabct2018.org/>

XXI НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО УЛТРАЗВУК В МЕДИЦИНАТА

Конгресен център на клуб Ривиера курортен комплекс Златни пясъци

13.09 – 16.09.2018 г.

За контакти:
Българска асоциация по ултразвук в медицината
0887771107, 02/8920808



СЕДМА НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ЕЛЕКТРОННО ОБУЧЕНИЕ ВЪВ ВИСШИТЕ УЧИЛИЩА

Хотел Самоков, курортен комплекс Боровец

20.09 – 23.09.2018 г.

За контакти:
<http://ncl.e-centrt.uni-sofia.bg>



XI НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ НА АКУШЕР-ГИНЕКОЛОЗИТЕ ОТ ДОБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ



Несебър-Ризорт, Несебър

21.09 – 23.09.2018 г.

За контакти:
НЮ ИВЕНТ
e-mail: office@nuevent.bg

XVI НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО КАРДИОЛОГИЯ

курортен комплекс Албена

04.10 – 07.10.2018 г.

За контакти:
e-mail:
office@eventdesignbg.com



СЕРТИФИКАТИ ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА

НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:

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

За контакти:
Ирен Борисова
02/954 94-37;
0899 90 66 47

Яна Тасева
0899 90 66 47

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник „QUO VADIS“

Национално издание на Българския лекарски съюз

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

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

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

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

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

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

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

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

Отстъпки:

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

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

ЗА САЙТА НА БЛС

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

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

- Нормативни актове
- Закони
- Подзаконовни нормативни актове
- Медицински стандарти
- ПДМП
- НРД
- Актове на ЕС и БЛС
- Актуален регистър на лекарите в Република България
- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

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

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

2. Текстови обяви / Платени публикации:

| | 7 дни | 15 дни | 1 месец | 2 - 6 месеца |
|-----------------------------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|
| до 450 знака | 15 лв. | 10% отстъпка | 15% отстъпка | 20% - 30% |
| от 450 до 1000 знака | 22 лв. отстъпка | | | |
| над 1000 знака | 34 лв. | | | |
| с включен текстов линк плюс 5 лв. | | | | |

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

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

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

V. Забележки:

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

ЗАПЛАХИ ЗА ЧОВЕШКОТО ЗДРАВЕ ПРЕЗ ХХІ ВЕК

Как да преодолеем демографските дисбаланси

„Храненето може да бъде един от рисковите фактори за развитие на злокачествени тумори. Ядем все по-малко храна от растителен произход и повече ястия, много богати на белтъчини, мазнини и въглехидрати. В развитите страни и някои от развиващите се като Китай затлъстяването е вече същинска епидемия. Това е и един от рисковете за появата на злокачествени тумори“, убеден е проф. Сергей Алексеевич Тюляндин, председател на Руското общество за клинична онкология (RUSSCO). „Днес ние можем да се справим с даден тумор, да го излекуваме. Още обаче не сме се научили как да лекуваме нашата ДНК. Тоест ние можем да излекуваме човек от един конкретен тумор, но утре той ще развие друг тумор, вдругиден трети“, пояснява проф. Тюляндин, цитиран от РИА „Новости“. Според него онкологичните и

Проф. Сергей Алексеевич Тюляндин:
Още не сме се научили как да лекуваме нашата ДНК



сърдечносъдовите заболявания, както и СПИН, ще бъдат главните причини за смъртността на населението през ХХІ век.

По данни на Световната здравна организация (СЗО), ежегодно от неинфекциозни заболявания в света умират 41 млн. души, което представлява 71% от общата смъртност. Най-голям е дялът на сърдечносъдовите заболявания - 17,9 млн. смъртни случаи. В редица държави профилактиката и лечението на сърдечносъдовите заболявания са достатъчно напред-

нали и позволяват на множество пациенти да преживяват инфаркт или инсулт. В по-голямата част от света обаче медицината не е на толкова високо ниво и смъртността от този тип заболявания остава твърде висока. Данни

на СЗО сочат, че ракът е втората причина за смъртността в света. През 2015 година от онкологични заболявания са починали 8,8 млн. души - това е всеки шести смъртен случай. Приема се, че онкозаболяванията се увеличават

предимно заради нарастване продължителността на живота в световен мащаб. Промени в хранителния режим на жителите на развитите държави, както и замърсяването на околната среда също оказват своето влияние. СПИН остава сред главните причини за смъртността в световен мащаб според СЗО. „Много вероятно е към края на века да се справим със СПИН и да създадем ефективна ваксина. Сега съществуват кандидат-ваксини, които са ефективни, но при едва 30% от населението. Това далеч не е достатъчно. Една ваксина трябва да предпазва минимум 70-80% от хората, за да бъде приета като резултатна“, смята проф. Едуард Карамов от руския Институт по вирусология. Според него не е изключено вече да съществуват подобни препарати, но все още да не е проведен пълният цикъл от изпитания, доказващ тяхната ефективност.

ЕВРОСТАТ ЗА СТРАНАТА НИ:

До 2070 г. населението в България може да се стопи до 4,9 милиона

Според статистическата служба на Европейския съюз в страната ни съществува трайна тенденция за намаляване на населението. Вероятно ще се стопим с 30% за времето от 2016 до 2070 година. По данните на Евростат от 7,1 млн. души през 2016 г. може да стигнем до 4,9 млн. през 2070 г. Тревожен е сривът на населението в трудоспособна възраст, което до 2060 г. се очаква да намалее с близо 40%. Тези данни са отчетени в приетия от правителството Доклад за националната ни сигурност през 2017 г. Основните фактори за демографската картина

са ниските нива на раждаемост, миграцията и смъртността. През 2017 г. намалява и броят на живородените деца, които са почти 64 хил., но са с над 1000 по-малко спрямо 2016 г. В 19 области на България раждаемостта е по-ниска от средната за страната, като с най-ниски стойности са Габрово и Видин. Допълнително демографската криза се задълбочава от неравномерното разпределение на населението и продължаващото застаряване. В София, Пловдив и Варна са съсредоточени 35% от хората в България. Само 26% са живеещите в селата. Досега 162

от някогашните населени места са останали без обитатели. Според анализи на Евростат около 42% от смъртните случаи в страната ни е можело да бъдат предотвратени.

Най-много българи са починали от болести на кръвообращението, което е близо 4 пъти повече от средното за Евросъюза. Тенденцията на висока смъртност от сърдечносъдови заболявания е трайна. Значителната сърдечносъдова заболяемост, смъртността от инфаркт и инсулт остават водещи и за други държави в ЕС, но при тях е по-малка относителната те-

жест в общата статистика за умираемостта. Втората по масовост група болести, които завършват със смърт, са онкологичните.

Според данните на Евростат най-качествено здравеопазване и съответно най-нисък дял на предотвратима смърт отчита Франция - 25%. Следват Белгия и Дания - с по 26%, Холандия - 28%, Полша - 30%. На срещуположната неблагоприятна страна, освен водачът Румъния, са и Латвия и Литва - по 47%, Словакия - 44%. Следват България с 42 на сто и Хърватия и Унгария - с по 41 на сто. Пресмятането се прецизира чрез коефициенти за страничните фактори. Макар показателят за смъртност да не е универсална точна мярка за качеството на здравните грижи в държавите-членки, той дава ориентируваща представа за ефективността на политиките в дадена страна, се казва в анализите на Евростат.

Според експертите най-бързо компенсирани на загубата на население и на работна сила би могло да бъде постигано чрез „развиване на модерна, разумна и съобразена с икономическите условия и възможности на страната, миграционна политика с акцент върху връщането на трудовите ни мигранти в България“. Голямо значение за компенсирани на демографските дисбаланси ще имат синхронизирането на работата на всички отговорни институции за изпълнение целите на два основни демографски стратегически документа, приети от Министерския съвет, както и продължаване процеса на адаптирането на всички политики в държавата към намаляване застаряването на населението. В специален доклад се обръща внимание на демографската ситуация и на проблемите от социален характер. Акцент се поставя върху факта, че българските медици продължават да напускат родината заради по-добро заплащане в чужбина, а здравната ни система е в непрекъснато състояние на нестабилност, което само по себе си е заплаха за националната ни сигурност.

Доброволното кръводаряване в Европа и у нас

България продължава да е на едно от последните места по брой на кръводарители в Европа. Това съобщават от Българската организация за доброволно кръводаряване. През тази година основната тема на световната кампания бе „Помогни на някого. Дари кръв. Сподели живота“. Страна домакин на празника бе Гърция и затова в Атина се проведе официалните чествания. Част от целите в „Програма 2020“ на Световната здравна организация е до 2020 г. всички държави да успяват да набавят нужната им кръв изцяло от доброволни и безвъзмездни кръводарители. Към днешна дата 62 държави задоволяват над 99.9% от нуждите си от кръв посредством доброволно безвъзмездно кръводаряване. В България този показател все още е по-малко от 23%. Като част от стратегията си за разрешаване на съществуващите проблеми Българската организация за доброволно кръводаряване въведе системата „Дари кръв“ за регистрация на доброволни кръводарители и нуждаещи се от кръв. Към момента чрез онлайн платформата и мобилното приложение в системата са регистрирани повече от 1500 доброволни кръводарители от цялата страна.

МУ-Пловдив ще си сътрудничи с генетици от Китай



Медицинският университет в Пловдив ще си сътрудничи с китайски учени в сферата на генетиката. Това бе решено след посещението на Джийн Уанг, търговски директор на най-големия геномен център в Китай, извършващ високотехнологични анализи за диагностика и генетичен скрининг в изградена световна мрежа от лаборатории, съобщи от учебното заведение. По време на срещата г-н Уанг представи дейността на компанията, като специално подчерта възможностите и предимствата, които дава използването на NGS-техно-

логичните. Домакините представиха дейността и успехите на Медицинския университет в Пловдив и се спряха по-подробно на работата на Секцията по генетика към Катедрата по педиатрия и медицинска генетика. Обсъдени бяха проблемите в диагностиката на тежките генетични заболявания и генетични предразположения към социално-значими болести, както и възможностите за съвместна работа в областта на генетиката. Гостите разгледаха Медицинския симу-

лационен тренировъчен център и останаха възхитени от професионализма на експертите. В МУ-Пловдив гостите бяха посрещнати от: проф. д-р Пенка Стефанова - ръководител на Секция по детска хирургия; проф. д-р Иван Иванов от Катедрата по педиатрия и медицинска генетика; гл. асистент д-р Христо Иванов от Катедрата по педиатрия и медицинска генетика и проф. д-р Благой Маринов - директор на Медицински симуляционен тренировъчен център при Медицинския университет.

Джийн Уанг бе придружен от акад. Ангел Гълъбов - световно известен специалист по вирусология, председател на Българското микробиологично дружество и осовател на Балканското микробиологично дружество, член на екип от учени, извършващ периодично генетични изследвания на българската популация; чл.-кор. Драга Тончева - национален консултант по медицинска генетика, председател на Българското дружество по генетика и геномика на човека и ръководител на Катедрата по медицинска генетика на МУ - София; доц. Светослав Димов - завеждащ Катедрата по генетика към Биологичния факултет при СУ „Климент Охридски“.

Ново вещество блокира метастази

Учени от САЩ откриха съединението KBV2046, което може да блокира образуването на метастази при онкозаболявания. Засега молекулата показва успех като спира разрастването на ракови клетки от 4 локализации – гърдата, дебелото черво, белия дроб и простатата. Подобен подход улеснява унищожаването на основния тумор и отваря нови възможности за онкологичните терапии, става ясно от проучване, публикувано в сп. „Nature Communications”.

По-голямата част от терапиите при рак са предназначени само за унищожаване на злокачествените клетки, напомня проф. Реймънд Берган, от Oregon Health & Science University (OHSU), който ръководи изследванията. Проф. Берган и екипът му са се посветили на сложната задача да създадат ново лечение, което да е мощна бариера пред метастазите. За целта експертите си сътрудничат с колеги от Северозападния университет, Чикагския университет и Вашингтонския университет в САЩ, също и Университета Ксиамен в Китай. Изследователите са идентифицирали съединението KBV2046, за което са установили, че инхибира подвижността на туморните клетки. Веществото работи, като захваща специфични протеини,



които почистват клетките. Чрез свързване с тези протеини то потиска тяхната мобилност без никакви странични ефекти за пациента. Предотвратяването на метастазите ще улесни неимоверно самото лечение, категорични са учените. „Започнахме с вещество, което пречеше да се образуват метастази. След това постепенно го пречиствахме, за да върши същата работа, но без да вреди”, обяснява проф. Берган. До момента съединението KBV2046 е тествано само при модели на човешки клетки, затова все още предстои много работа, преди да се стигне до одобрено и регистрирано за употреба лекарство.

Антитела против соматостатин нормализират телесното тегло

Хората с висока степен на затлъстяване, в бъдеще ще могат да разчитат на ваксина. Тя е дело на американски учени, информира в. „Дейли мейл”. Новият препарат принуждава имунната система да изработва антитела срещу хормона соматостатин, който се продуцира от задстомашната жлеза. Както е известно, той взаимодейства с други хормони, като забавя метаболизма и води до напълняване. Антителата блокират работата на соматостатина и в резултат метаболизмът се ускорява. Няма данни за негативна промяна във функциите на останалите хормони.

При тестове с лабораторни мишки е установен поразителен ефект – те загубили 10% от теглото си само за 4 дни, въпреки че поемали предимно мазна храна. Очаква се препаратът срещу излишните килограми да бъде на пазара след около 7 до 10 години. Според учените от САЩ са необходими допълнителни изследвания, за да се избегнат евентуални дългосрочни негативни ефекти. Ваксината предлага възможност за регулиране на телесното тегло по неинвазивен път.

Инсулин в таблетка

Това е нов подход срещу диабета, който отменя необходимостта от всекидневно инжектиране на инсулин. Таблетката е създадена от учени в Харвардския университет, които наскоро съобщиха за нея. „Инжекциите са травмиращи, болезнени и поради това има значително несъответствие между броя на пациентите, нуждаещи се от инсулин и диабетиците, които реално го приемат - казва проф. Самир Митраготри, съавтор на изследването. - Не са малко пациентите с диабет от втори тип, които отлагат лечението с инсулин поради необходимостта от инжекции.”

Има и други изследователски екипи по света, търсещи възможности да поставят инсулин в таблетка. Те изпробват различни методи, а няколко компании дори са провели клинични изпитвания на собствени медикаменти. В статията на Националната академия на науките на САЩ проф. Митраготри и колегите му съобщават, че са приложили работещ подход - разпръскване на инсулин в течност, изработена от два компонента. Първият е хранителен елемент, наречен холин, а вторият е геранинова киселина, използвана като ароматизатор в някои храни. Съдържа се и естествено в кардамона. При експериментите си екипът поставил сместа в капсули, направени от материал, който може да издържи на действието на стомашната киселина. Лекарството е тествано върху лабораторни плъхове, чиито метаболизъм е сходен с този при хората. Нивото на кръвната захар

при животните след прием на новата таблетка падна бързо. Средно достигна около 62% от първоначалните си стойности през първите два часа и 55% - в рамките на 10 часа. И още - течността, в която е диспергиран инсулинът вътре в капсулата, предотвратява разграждането му от ензимите в храносмилателната система след разтваряне на капсулата. Така инсулинът преминава през лигавицата на червата и попада в кръвоносните съдове.

„Новата таблетка е в състояние да преодолее трите основни бариери при пероралния прием на инсулин. Затова тя е много ефективна при повишаване абсорбцията на инсулина - заявява проф. Митраготри. Може да се съхранява два месеца при стайна температура и най-малко четири месеца, ако е в хладилник”. За разлика от новото хапче, инжекционните разтвори на инсулина трябва да се пазят в хладилник, а трайността им е само няколко седмици, напомня специалистът. Сега предстои клинични проучвания при големи групи диабетици и едва тогава откритието би могло да бъде регистрирано за употреба в различните страни.

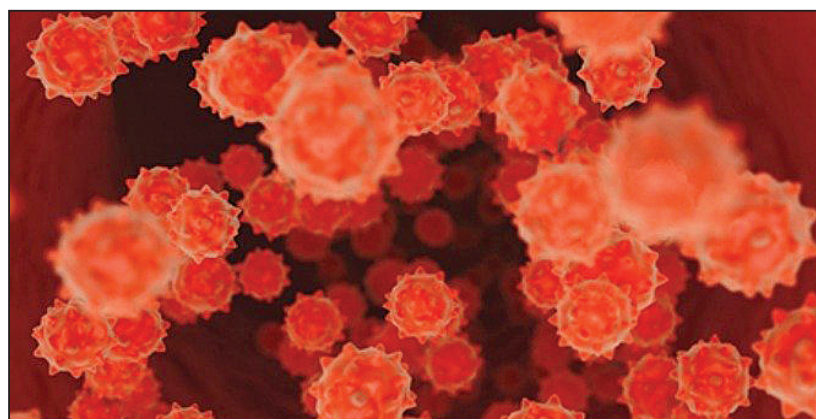
Според проф. Саймън Хелър - диабетолог в университета в Шефилд, новата таблетка е с голям потенциал, особено при диабет от първи тип. „Приемът на инсулин заедно с яденето има много смисъл, тъй като и двете неща са необходими на черния дроб едновременно”, казва проф. Хелър.

Кръвен тест предупреждава за рак с различни локализации

Учени от американския университет „Джон Хопкинс” в Балтимор са разработили кръвен тест, който сигнализира за осем вида рак много преди да са възникнали симптомите на болестта, съобщава списание „Science”. Технологиата се нарича CancerSEEK. Учените твърдят, че тестът изследва цял набор от злокачествени заболявания едновременно: рак на яйчниците, черния дроб, стомаха, панкреаса, хранопровода, дебелото черво, белия дроб и гърдата. Тези карциноми са причина за общо над 60% от смъртните случаи при злокачествени заболявания в САЩ. „Целта е да се идентифицира възможно най-рано болестта”, подчертава ръководителят на проекта проф. Николас Пападопулос, който е онколог и патолог.

CancerSEEK се основава на 30-годишно научно изследване. Първо, тестът търси 16 генетични мутации на свободно плаваща ДНК, които са в кръвта. Измененията обаче се установяват изключително

трудно. Например, една кръвна проба може да има хиляди парчета ДНК, които идват от нормални клетки и само две или пет парчета от ракови клетки. За да преодолеят това предизвикателство, учените са приложили наскоро разработени цифрови технологии. Вторият сигнал, който CancerSEEK улавя, са осем протеина. Те често се срещат в по-големи количества в кръвните проби на пациенти с карцином. С измерване на тези два сигнала заедно, CancerSEEK е успял да открие раково заболяване в 70% от кръвните проби, взети от 1005 пациенти, които вече са диагностицирани с една от осемте форми на карцином. Тестът изглежда е по-ефективен при намирането на някои видове рак, отколкото при други, отбелязват учените. CancerSEEK е бил изпробван върху 812 здрави доброволци и е дал само 7 фалшиво положителни резултати, което е по-малко от 1% и според изследователите е добро начало.



Мозаечна ваксина срещу ХИВ

Според последните статистики в света има около 37 милиона души заразени с човешкия имунодефицитен вирус. През 2016 г. броят на новите случаи на заразяване е 1,8 милиона. Ефективна ваксина срещу ХИВ все още не съществува, независимо от значителния брой научни изследвания в тази област. Много експерти се съмняват дали изобщо е възможно да се разработи такъв препарат, имайки предвид голямото разнообразие от щамове на вируса.

За да се преодолее проблема с разнообразието на вирусните антигени, международен екип от учени е създал „мозаечна” ваксина, означена като Ad26.Mos.HIV. Тя съдържа различни антигени на ХИВ (Gag, Env и Pol). При формирането ѝ са използвани няколко ХИВ-щамма, за да се повиши ефективността на препарата. Ваксината има сравнително малко негативни странични ефекти, но успява да предизвика необходимия имунен отговор у здрави индивиди.

Успешните резултати от началната фаза на клиничните изпитания са основание да се продължи със следващите етапи от проучването. Клинични изпитания досега са извършени върху 393 души от Южна и Източна Африка, Тайланд и САЩ на възраст от 18 до 50 години, като никой от тях не е бил заразен с ХИВ. Доброволците на случаен принцип са получили една от седемте комбинации от ваксини или плацебо. Направени им са по 4 ваксинации в продължение на 48 седмици. За да се стимулира или да се „презареди” имунния отговор, всеки доброволец е приел чрез мускулна инжекция Ad26.Mos.HIV в началото на проучването. Отново



препаратът е бил въведен 12 седмици по-късно.

Ваксината, съдържаща мозаечни ХИВ Env/Gag/Pol антигени, е създадена от много ХИВ вируси, доставени чрез нереплициращ се обикновен вирус Ad26. На 24-ата и 48-ата седмица на тестовите доброволците са били реваксинирани с използване на различни комбинации от средства - само с протеина gp140 (част от обвивката на ХИВ), базовата ваксина Ad26.Mos.HIV, с или без gp140, ваксината MVA (Modified Vaccinia Ankara), със или без същия протеин - gp140.

Резултатите показват, че всички тествани схеми на ваксинация са способни да създадат анти-ХИВ имунни отговори у здрави индивиди и са добре поносими, като сходен брой локални и системни реакции са докладвани във всички групи, повечето от които са леки до умерени по тежест. Успоредно препаратът е бил тестван на 72 резус макаци като ваксината е предназ-

начена да предпазва животните от инфекция с изкуствено създадения вирус SHIV-SF162P3 (Simian-human immunodeficiency virus), съдържащ гените на ХИВ и вируса на имунодефицита на маймуните (SIV) Оказало се, че същата комбинация на Ad26.Mos.HIV с протеина gp140 предпазва от заразяване най-добре. В момента изследователите стартират продължение на клиничните изпитания, за да оценят ефективността на ваксината при 2600 жени в Южна Африка, които са изложени на висок риск от заразяване. Ваксината, разработена от международен екип учени, е насочена срещу вируса ХИВ-1, който е най-честият. Работата по новия препарат е извършена под егидата на Международната инициатива за разработването на ваксина срещу СПИН (International AIDS Vaccine Initiative), с научното и финансово участие на Националните институти по здравеопазване на САЩ и други институции и фондации.



Проф. д-р
Константин
Чиров

В рамките на 21-вите „ЧИЛОВИ ДНИ“, в с. Славейно, Смолянско, бе отбелязан вълнуващ юбилей - 120 години от рождението на най-видния български клиницист-енциклопедист чл.-кор. проф. д-р Константин Чиров /1898 - 1955/. Завършил медицина във Виена, специализирал там и във Фрайбург и Хале при най-видните за времето си медици. Макар че го канят да остане на работа във Виена, той се връща в родината си. Автор е на 250 научни труда във всички области на вътрешната медицина - кардиология, пулмология, гастроентерология, ендокринология, нефрология, хематология, дори паразитология и нутриционизъм. Създател е на българската клинична лаборатория.

СВЕЩЕНО МЯСТО НА БЪЛГАРСКАТА МЕДИЦИНА

Преди 120 години в село Славейно се е родил чл.-кор. проф. д-р Константин Чиров



Няма личен живот. Отдаден е само на медицината.

Неговата Къща-музей в с. Славейно е единствената по рода си у нас. От това село са произлезли още 80 лекари. Затова през 2005 г. то получи уникалното звание „Свещено място на българската медицина“.

По традиция на Чировите дни награда, носеща името на знаменития интернист, получава виден съвременен български клиницист. Тази година, във връзка с юбилея, наградени бяха по един професор от всички медицински университети у нас: Цветалина Танкова, ендокринолог от София; Федя Николов, кардиолог от Пловдив; Жанета Георгиева, кардиолог от Варна и Евдокия Георгиева, хематолог от Плевен /родена през 1924 г. работила с проф. Чиров/.

Д-р Тотко Найденов

Историчните са категорични - проф. Константин Чиров е един от колосите на родната медицина. Той е личност с огромни приноси и международен авторитет. Всепризнат създател на съвременната българска клинична лаборатория, наложил европейското клинично диференциално-диагностично мислене в медицинската наука. Фун-

КОЛОС В ИНТЕРНАТА

даменталните му научни трудове са: два тома „Вътрешни болести“ (1551 страници); „Клинични лабораторни изследвания и тяхното практическо значение“ (пет издания до 1948 г., всяко с обем от 1000 страници);

три тома „Клинични наблюдения“. Около 30 негови труда са издадени на немски и френски език. Сред научните приноси на проф. Чиров са откриване на diacetoneuria след рентгеново облъчване на болни

от лимфогрануломатоза и първата характеристика на хлоранемията. Той установява връзката между хлоропривната кома и бъбречните поражения. Направил е казуистични приноси и наблюдения върху

гастрогенната тетания (gastrogenen tetanie) с пароксизмална полиурия. За първи път описва едностранната гинекомастия и хепатоспленомегалия, вторичната пелагра, калциевите нефрози и др.

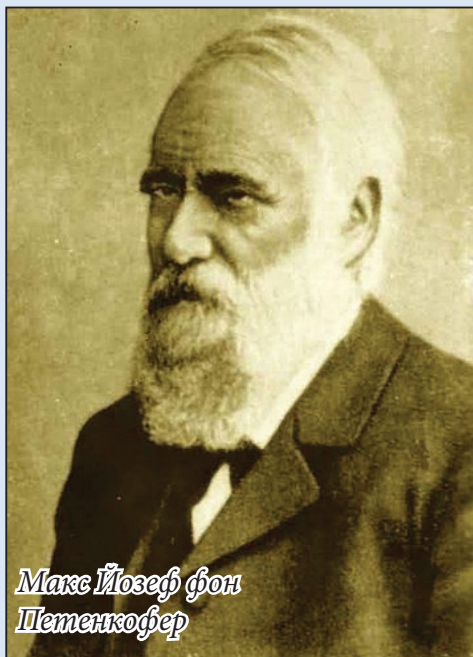
ДВА ВЕКА ОТ РОЖДЕНИЕТО НА МАКС ФОН ПЕТЕНКОФЕР

Пионерът на съвременната хигиена изпреварва с 19 години идеята за периодичната таблица на Дмитрий Менделеев, а при спора си с Роберт Кох саможертвено поглъща холерни вибриони

Макс Йозеф фон Петенкофер е роден през 1818 г. в селцето Лихтенау (сега квартал на Вайхеринг), община Нойбург-Шробенхаузен, близо до Инголщадт, горна Бавария, Германия. Той е пето от осемте деца на земеделец. На издръжка на чичо си, придворен аптекар, учи в Мюнхен в „Стара гимназия“. След това завършва естествени науки, фармация и медицина в местния университет. През 1843 г. се дипломира по медицина, хирургия и фармация. Получава и лиценз за практикуване на фармация. На 26-годишна възраст в Гисен става помощник на големият химик Юстус фон Либих (1803-1873 г.), който току-що е поставил основите на органичната химия.

Петенкофер е избран за професор по медицинска химия в университета „Лудвиг Максимилиан“ през 1847 г. (тогава е на 29 години), а през 1865 г. става ректор на университета. Той е първият професор по хигиена в света. Получава аристократичната, наследявана титла „фон“. Отто фон Бисмарк му предлага ръководството на здравеопазното ведомство на Германия, но Петенкофер отказва и остава в Мюнхен, където изгражда Институт по хигиена. От 1890 до 1899 г. е председател на Баварската академия на науките.

За свое, признато от самият него, поле на действие, той поставя целокупната хигиена и превенцията на болестите. В началото на кариерата си, при Юстус фон Либих, развива методите за доказване на жлъчните киселини. През 1850 г. Петенкофер излага идея-



Макс Йозеф фон
Петенкофер

та си за периодична таблица на химичните елементи. Това се случва 19 години преди Дмитрий Иванович Менделеев да представи своята първа „Периодична система на елементите“. Работи в кралския монетен двор като усъвършенства методите за производство на монети. Подобрява качествата на цимента. През 1844 г. открива креатинина (показател за състоянието на бъбреците). През 1854 г. през времето на голяма епидемия преболедува от холера.

В борбата с инфекциозните болести

Петенкофер въвежда епидемиологичното проучване в огнището на заразата и статистичната оценка на епидемиологичните явления. Но големият учен имал и голяма принципна заблуда. Той счита, че условията на околната среда са най-съществените за възникване на инфекцията, че присъствието на патогенните агенти е следствие от болестта, а не причина за нея. По този проблем той изживява голям провал в спора с Роберт Кох относно причините за възникването на холера. С цел да възроди „миазматичната теория“ Петенкофер прави класическия опит - самозаразяване с холерна култура. На 7.X.1892 г., заедно с асистента си Емерих изпива чиста култура от холерни вибриони. И двамата заболяват - Емерих едва не умира, а Петенкофер прекарва леко болестта. Вероятно е имал някакъв остатъчен имунитет от прекараната преди години холера.

Въпреки този неуспех, с експерименталните си проучвания върху значението на облеклото, отоплението и вентилацията на въздуха Петенкофер разкрива огромния потенциал на разбирането за околната среда като фактор за човешката патология. Той не само показва значението на водоснабдяването и канализацията при възникването на епидемии, но и прилага своите постановки в практиката. На него Мюнхен дължи своето водоснабдяване и канализация. Така ученият поставя на съвременни основи борбата с чревните инфекции, което по-късно води до политика в областта на общественото здраве и здравните технологии, която

широко се използва в края на XIX век за градското преустройство на Мюнхен, Хамбург, Берлин, Париж и други градове.

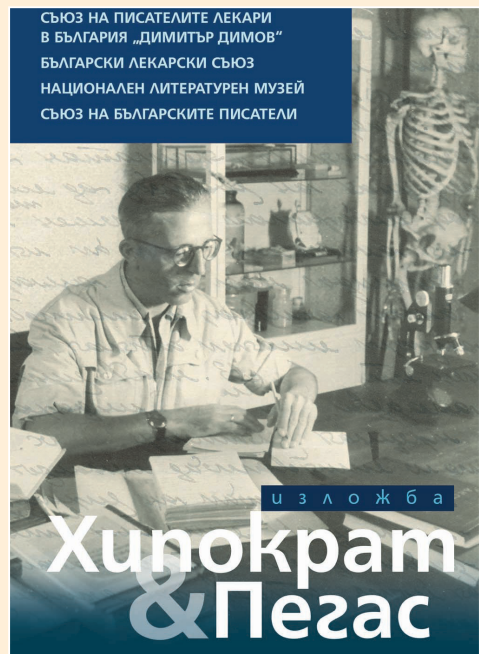
Петенкофер бил човек с изключителна почтеност, с методично експериментално търсене за разкриване законите на природата и не е пресилено да се каже, че е прототип на съвременният изследовател. Той комбинира в проучванията си медицина, физика, химия, техника и статистика. Постига това, което днес наричаме „crossover-thinking“ (кръстосано мислене), прави хигиената първата интердисциплинарна медицинска област.

Награждаван е с множество отличия и членства: член на академията „Леополдина“ (най-престижно научно общество на немскоговорящите страни), на Пруската академия на науките; почетен гражданин на Мюнхен и др. През 1845 г. се жени за своята братовчедка Хелене, признавайки, че е „заслепен от магическата светлина, с която е облъчен от Хелене още като момче“. Тя умира през 1890 г. след 45-годишен брачен живот. Петенкофер се застрелва на 10 февруари 1901 г. в аптеката си в Мюнхен. Предполага се, че е бил в депресия и болезнено е изживявал усещането за спад на интелектуалните си възможности.

Днес Институтът по хигиена и микробиология в Мюнхен носи името му. В Берлин на улица „Макс фон Петенкофер“ се намира училище, кръстено на него.

Акад. проф. д-р Вилиам Монеv, д.м.

Хипократ и Пегас се срещнаха в храма на словото и духовността



Много са лекарите-писатели в световната литература. Достатъчно е да споменем имената на Шилер и Чехов, на Арчибъл Кронин и Конан Дойл, за да си припомним каква следа са оставили творбите им в душите ни. Българският принос към медицината с талантливо перо също е значим. Поредно доказателство за това бе изложбата „Хипократ и Пегас“, която неотдавна беше подредена в Народната библиотека „Св. св. Кирил и Методий“.

Проф. Златимир Коларов, председател на Съюза на писателите-лекари в България „Димитър Димов“, откри експозицията с думите: „Всяка библиотека е храм на словото и духовността! Книгите в този храм са светите свитъ-

Изложба събра лекари-писатели от Възраждането до наши дни в Народната библиотека „Св. св. Кирил и Методий“

ци, а картините са иконите. Като поклонници на мъдрото слово ние сме тук, за да покажем, че писателите-лекари откликват на болките на хората със своя талант. Контактът с човешките страдания, когато си станал свидетел на разрушени съдби и смърт, но едновременно с това си видял и крехката радост от изцелението, от връщането на надеждата – всичко това е един неизчерпаем извор на вдъхновение. Само трябва да имаш очи да го видиш, сърце – да го почувстваш и талант – да го разкажеш. Лекарите са постоянно в тази среда и затова много от тях откликват със своята душевност. Тези творци не витаят в измислени светове. Те са крепко, здраво свързани със земята, с конкретиката, с човешките болки. Може би това е причината да има толкова много автори – medici, които са създали наистина силно въздействащи творби“. Проф. Коларов разказа, че преди години подобна изложба е представяна в Народната библиотека, но сега тя е обогатена, качена е на електронен носител, направена е по модерен начин. И подчерта, че вдъхновител на идеята е Анна Свиткова, а той е моторът за нейната реализация.

Според г-жа Свиткова, дългогодишен главен уредник на къщата музей „Димитър Димов“ в София, хуманизмът е чувството, което сближава писателския труд с лекарския. „Често воден от любовта към хората, медикът неусетно започва да пише след рецептите стихове и след болничните документи и диагнозите – разкази и романи“, сподели тя. И разказа как преди 20 години писателят Любен Станев ѝ обяснил, че съществува сдружение на лекари-писатели и е редно да развият някаква съвместна дей-

ност с музея „Димитър Димов“. „Още тогава се зароди у мен идеята за такава обзорна изложба. Нейният първи скромен вариант беше за 100-годишнината на Димов. Сега проф. Коларов осигури средствата за по-добрата представителност. Материалът е огромен – от Възраждането до днес“, допълни тя.

От името на Съюза на българските писатели Димитър Христов каза: „Колегите с медицински дипломи са изключително важни за писателската гилдия. Нека не забравяме, че ние сме наследници на тракийските лечители, а през Възраждането най-видните ни обществени личности са лекарите“. Поздравления към организаторите и гостите на изложбата отправиха и Атанас Капралов, директор на Националния литературен музей и доц. Красимира Александрова, шеф на Националната библиотека.

Документалната експозиция представя лекари – общественици от Възраждането, свързани с борбата за независима църква, с усилията за създаване на модерно образование и съвременен език като д-р Петър Берон, Васил Априлов, д-р Иван Селимински, д-р Никола Пиколо, д-р Иван Богоров. Не са подминали и създателите на модерната медицина след Освобождението на България, които са съвременни и автори на стихове, драми, детски книжки, събирачи на фолклор – професорите Стефан Ватев, Васил Берон, Моско Москов, Асен Златаров, академиците Владимир Несторов, Асен Хаджиолов. Тук са и съвременните поети, видни преводачи, сценаристи на най-хубавите български филми като Владимир Полянов, Никола Фурнаджиев, Валери Петров,

Любен Станев, Георги Мишев и много други. Специално място в изложбата обясни заема големият български писател Димитър Димов – бивш председател на Съюза на българските писатели, професор по анатомия, ембриология и хистология на гръбначните животни и създател на едни от най-запомнящите се български литературни произведения.

Архивните материали, използвани в изложбата, са от фондовете на Националния литературен музей, Музея по история на медицината във Варна, лични и семейни архиви. Автор на изложбата е Анна Свиткова, художник е Ивелина Велинова. Експозицията е подредена в Националната библиотека по повод 109-годишнината от рождението на Димитър Димов. Тя е подпомогната от Съюза на писателите-лекари в България, Български лекарски съюз, Националния литературен музей и Съюза на българските писатели.



- Професоре, да прегледате една болна. Ще си платим – препречи пътя ми в коридора енергична, среден на ръст дама с черна, смолиста коса.
- Имаме ли уговорка? – попитах аз.
- Не. Работя в „Пирогов“. Препоръчаха Ви Ваши колеги – отговори тя.
- Идвате в най-неподходящия момент. Не мога – опитах се да я заобиколя.
- Моля Ви! Жената не е добре – отново заста на пред мен тя. – Ще си платим.
- Абе, не става дума за пари. Закъснявам – трябва да пътувам за Благоевград. Потърсете друг колега! – ядосах се аз.
- Колегите Ви настояват Вие да я видите. Жената има артрит – гледаше ме тя настоятелно с черните си очи.
„Тази няма да отстъпи“ – си помислих.
- Чужденка е. Мъжът ѝ разбира български. Ще Ви превеждам от английски – не отделяше очи от моите.
- Не е проблем английският. Нямам време – направих последен опит да се измъкна.
- Ето я жената – кимна тя към пейката пред приемния кабинет.
Трийсетинагодишна, ниска, изпита, бледа, с шарено индийско сари, обгърнато слабото ѝ тяло, болната се подпираше на рамото на мъжа си – среден на ръст, стегнат, с тъмно сако

РАЗКАЗИ ЗА КРИСТАЛНОЧИСТОТО КЪТЧЕ В ДУШАТА

Проф. Златимир Коларов е един от най-уважаваните ревматолози и в същото време талантлив майстор на перото. Носител е на множество литературни награди, включително и на Съюза на българските писатели за романа му „Безкрайни бели полета“. Неговото творчество е известно на нашите читатели – представяли сме някои от публикуваните му разкази, новели, откъси от романи. Но неизчерпаемата енергия и творчески хъс на професора отново ни провокират да надникнем в поредния сбор-

ник – „Нови лекарски разкази“, в който е събрал точно тридесет и три лекарски истории за „различни съдби, герои, мечти, болки и надежди“.

„Това са автентични разкази за най-нежното и ранимо, за най-възвишеното и кристално чистото кътче в душата, което поддържа човека жив в човека“, е написано върху корицата на изданието. Това е четвъртата книга на Златимир Коларов на тази тематика, от която Ви предлагаме разказ.

БЕЖАНЦИ

и дънки и черти на европеец. Жената дишаше учестено, страните ѝ бяха зачервени, очите блестяха, явно бе с температура.
- Елате в кабинета – предадох се аз.
Болната се надигна и се подпря на ръката на мъжа си. С бавни стъпки тръгнаха пред мен.
- От Пакистан са. Имат документи за временно пребиваване в България. Преди пет месеца е родила. Сега има силни болки във всички стави – говореше придружителката, все едно че докладваше на сутрешен рапорт.
- Трябва да бъде приета в болница. Осигурена ли е? – попитах.
- Не е – отговори тя.
- Това не е добре – каза аз.
Жената седна на кушетката в кабинета ми и се опря на ръката на мъжа си. Той леко я придърпа, за да ѝ е удобно и ме погледна с по мъжки съдържана тревога.
Пипнах подутите ръце на болната. Бяха топли, тя бе с температура и то висока.
- Най-вероятно е реактивен артрит от инфекция – обърнах се към придружителката и после към мъжа: - Трябва да бъде приета по спешност в болница. Най-добре в „Пирогов“. Не мога да я приема в нашата клиника, защото няма осигуровка.
- Не може, кърми бебе – каза мъжът и погледна към жена си.
- Не трябва да кърми. Опасно е за нея и за детето – възпротивих се.
- Аз разбира – каза той. Тревогата в очите му се сгъсти. Не знаеше какво да прави. Изглеждаше отчаян, объркан, безпомощен, уплашен, въпреки че се опитваше да не го показва.
Примирена, отпаднала, в някаква степен

безучастна към нас и обстановката в кабинета, болната чакаше нашето решение. Само като споменахме за бебето се оживи за минута и отново се отпусна на ръката на мъжа си. Той не смееше да помръдне, за да не усили болките ѝ.
- Ще захраните бебето с бебешки храни – каза аз.
- Няма кой да го гледа – погледна отново към жена си той.
Тя кимна и отново се отпусна.
- Сами ли живеят? – попитах придружител-

ката.
- Сами са, без близки. Живеят в общежитие – то за бежанци – отговори тя.
- Какво работи мъжът?
- Каквото намери, обща работа. По цял ден... – отговори тя.
- За бебето не мога да помогна. За майката ще се обадя на шефа на „Пирогов“ – каза аз.
- Ще говоря с приемния кабинет на Вътрешната клиника – каза придружителката. – Лошото е, че нямаме ревматолог в „Пирогов“.
- Ще дойда да я консултирам на място. Без хонорар, без нищо. Кажете го на шефовете, важното е да я приемат по спешност – предложих аз.
- Да си платим, докторе – каза придружителката.
- Не им ща парите. Да ѝ купи лекарства в тях.
- Не може така – каза тя. Мъжът извади от джоба си няколко смачкани банкноти и остави на бюрото ми двайсет лева.
- Абе, не ги ща тез пари! – сопна им се. – Да ѝ купи лекарства или храна за бебето!
- Трябва да си платим – настоя тя.
- Не е там работата. Важното е да помогнем на жената. Ако има проблеми, обадете ми се да говоря с шефа на „Пирогов“ – дадох визитната си картичка на придружителката и ги изпратих до вратата.
Мъжът благодари и поведе жена си по коридора. Тя се подпираше на ръката му и пристъпяше с усилие. „Дано да не колабира!“ – си помислих.
Не се обади, не ме и потърсиха – седмица от тогава.

