

QUOVADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

СТАРТИРА ПРОГРАМАТА



ЗА ПОДПОМАГАНЕ НА МЛАДИТЕ ЛЕКАРИ

Програмата на БЛС за подпомагане развитието на бъдещи и млади български лекари стартира от 1-ви февруари т.г. В предходните години Съюзът се опита да мотивира специалисти и редовни

докторанти да работят в родината, предлагайки им стимули и възможности за кариерно и академично развитие. Сега този проект е разширен по няколко направления.

на стр. 2

РАКЪТ Е ЛЕЧИМ, ЗАТОВА - „ПРОДЪЛЖАВАМЕ“ НОВИ МЕТОДИ СРЕЩУ ОНКОЗАБОЛЯВАНИЯТА

на стр. 11

НЕ НА НАСИЛИЕТО НАД МЕДИЦИ!

Лекарският съюз изразява безпрекословната си подкрепа, както към д-р Сибилла Маринова, нейния екип и всички медици, работещи в МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ - Велико Търново, така и към Наталия Армянова - фелдшер в Спешна помощ - Горна Оряховица. Съсловната организация осъжда всяка форма на физическа и вербална агресия над медици.

на стр. 2, 8-9

НАД 50% ОТ СЛУЧАИТЕ НА ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ ИМАТ ПРЕДИСПОЗИЦИЯ В ГЕНОМА

На 21 декември 2018 г. с грамоти бяха удостоени членове на БАН (дописни и академици), които се отличават със значими научни постижения и отбелязват юбилейни годишнини. Свои мисли по този повод сподели един от наградените учени - чл.-кор. проф. д-р Чавдар Славов, д.м.н.

на стр. 4

ОТКРИХА ВРЪЗКА МЕЖДУ АЛЦХАЙМЕР И PORPHYROMONAS GINGIVALIS

на стр. 15

ДА СИ ВИРУСОЛОГЪТ ПРИЗВАНИЕ

на стр. 10

Акад. Ангел Гълъбов
празнува двоен юбилей



5G ТЕХНОЛОГИИ НАВЛИЗАТ В МЕДИЦИНАТА

на стр. 10

Специален
гост

на стр. 5

Д-Р РОЗА АНЕВА

ПРЕДСТАВИТЕЛ НА УС НА БЛС



МЕХАНИЧНАТА ТРОМБЕКТОМИЯ Е ПОЛЕЗНА ДО ШЕСТ ЧАСА СЛЕД ИНЦИДЕНТА

на стр. 7



Кашлица?
Стогал
ще я успокои!



Стогал за цялото семейство!
Хомеопатичен лекарствен продукт

Без лекарско предписание, КХП 18415/26.06.2012

За пълна информация:

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

BOIRON®
www.boiron.bg



БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ ОСЪЖДА НАПАДЕНИЕТО НАД МЕДИЦИ



Български лекарски съюз изразява безпрекословната си подкрепа, както към д-р Сибил Маринова, нейния екип и всички медици, работещи в МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ - Велико Търново, така и към Наталия Армянова - фелдшер в Спешна помощ - Горна Оряховица.

Съсловната организация осъжда всяка форма на физическа и вербална агресия над медицински лица. Случилото се с фелдшер Армянова, с д-р Маринова и нейния екип е поредната проява на осъдително и неприемливо отношение към представители на лекарското съсловие. Недопустимо е медиците да стават заложници на собственото си призвание и докато се бо-

рят да спасят поредния човешки живот, да бъдат принуждавани да защитават своя собствен.

Важно е да бъде създаден работещ механизъм, който да защити лекарите на работното им място, за да може спокойно да изпълняват задълженията си. Необходими са цялостни действия към превенция на агресията в лечебните заведения, защото там не е мястото за саморазправа и насилие. Български лекарски съюз е готов да предприеме всички възможни действия в тази посока и ще направи всичко по силите си, за да се увери, че закононият инструментариум ще сложи край на това грубо и неоправдано отношение към всички меди-

цински лица.

Всеки от нас трябва да осъзнае жертвоваността на представителите на медицинското съсловие и да уважава ежедневните грижи, които те полагат за пациентите, трудейки се неуморно и изпълнявайки задълженията си професионално, дори и в трудните условия на работа, в които са поставени.

БЛС апелира към всички да бъдем по-човечни един към друг и да оценяваме труда на ближния!

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

(Следва на стр.8-9)

ЗАСЕДАНИЕ НА УС НА БЛС

На 24 януари, т.г. се проведе заседание на УС на БЛС. Разгледани бяха следните теми:

1. Определяне на дата за провеждане на Извънреден събор на БЛС за промени в Устава.
2. Доклад от адвокатска кантора „Тончеви“ относно Дома на лекаря.
3. Информация относно предстоящата ежегодна Научно-практическа конференция на БЛС.
4. Разни.

Последната точка включва: информация относно провеждане на работна среща с представители на Съюза на българските медицински дружества, представители на Националните експертни специализирани лекарски бордове и УС на БЛС на 29.01.2019 г.; определяне на представители на БЛС за членове на работна група за утвърждаване на медицинските стандарти към МЗ; разглеждане на молба от сдружение от гр. Русе за изграждане на паметник на Васил Левски; разглеждане на договор за сътрудничество със СБП – „Съюз на българските писатели“; избор на представител на БЛС в комисията, която ежегодно определя лечебни заведения – крайни получатели по реда на Наредба № 34 от 25.11.2015 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване; разглеждане на докладна записка от д-р Тотко Найденов „Духовността на съсловието“; изготвяне на становище на УС на БЛС относно разширяване на кръга на специалисти, имащи право да извършват оценка на безопасността на козметични процедури; определяне на координатор – отговорник от Управителния съвет за СИМП.

СЛЕД ПРОВЕДЕНИТЕ РАЗИСКВАНИЯ СЕ ВЗЕХА СЛЕДНИТЕ РЕШЕНИЯ:

ПО ТОЧКА 1:

УС на БЛС определя дата на провеждане на извънреден събор на БЛС на 11-12 май 2019 г.

УС на БЛС гласува правила за работата на Комисията за промени в Устава.

Председател на комисията е председателят на Управителния съвет.

Комисията обобщава предложенията от лекарските колегии и изготвя проекта за промени в Устава, който предлага на Събора на БЛС, като предоставя предложенията на Юридическия отдел за оценка по законосъобразност.

УС на БЛС гласува предложенията за промени в Устава от лекарските колегии към Комисията за промени в Устава да бъдат изпратени до 15 март.

На следващо заседание на Управителния съвет да се предложи за разглеждане Концепция за промяна в Устава.

ПО ТОЧКА 2:

УС на БЛС възлага на Юридическата кантора „Тончеви“ да

съгласува дата за среща на Управителния съвет с представители на фирма ДИГЕСТА, за което да уведоми Управителния съвет.

ПО ТОЧКА 3:

Председателят на Акредитационния съвет на БЛС да уточни дата за провеждане на Научно-практическата конференция на БЛС около 19 октомври 2019 г.

ПО ТОЧКА 4:

По точка 4.1.

УС на БЛС изслуша информация относно предстоящата работна среща с представители на Съюза на българските медицински дружества, представители на Националните експертни специализирани лекарски бордове и УС на БЛС на 29.01.2019 г.

По точка 4.2.

УС на БЛС определи за представители на Българския лекарски съюз в работната група за утвърждаване на медицинските стандарти към Министерството на здравеопазването: д-р Иван Маджаров, д-р Стоян Борисов и д-р Атанас Атанасов.

По точка 4.3.

УС на БЛС възлага на главния секретар д-р Стоян Борисов да проучи молбата от Сдружение в гр. Русе за изграждане на паметник на Васил Левски.

По точка 4.4.

УС на БЛС решава да подпише споразумение за сътрудничество със Съюза на българските писатели.

По точка 4.5.

Определя д-р Нели Нешева за представител от УС на БЛС в Комисията в Министерството на здравеопазването, която ежегодно определя лечебни заведения – крайни получатели по реда на Наредба № 34 от 25.11.2015 г. за реда за заплащане от републиканския бюджет на лечението на българските граждани за заболявания, извън обхвата на задължителното здравно осигуряване.

По точка 4.6.

УС на БЛС възлага на отдел „Вътрешна и външна комуникация“ за следващото заседание на Управителния съвет на БЛС да изготви календар на събития през годината, които да бъдат обявени за национални събития на Българския лекарски съюз.

По точка 4.7.

Приема становището, изготвено от адвокат Гинева относно разширяване на кръга на специалисти, имащи право да извършват оценка на безопасността на козметични процедури.

По точка 4.8.

УС на БЛС определя д-р Евгени Душков за координатор - отговорник за СИМП.

ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС:

д-р Иван Маджаров

ГЛАВЕН СЕКРЕТАР НА УС НА БЛС:

д-р Стоян Борисов

СТАРТИРА ПРОГРАМАТА ЗА ПОДПОМАГАНЕ НА МЛАДИТЕ ЛЕКАРИ

От 1-ви февруари стартира програмата на БЛС за подпомагане развитието на младите български лекари. В годините, като приоритетна цел на Българския лекарски съюз, най-голямата съсловна организация, ангажирана със защита правата и интересите на лекарската гилдия, се оформи задържането на младите специалисти в България и връщането им от чужбина, предлагайки им стимули и възможности за адекватно кариерно и академично развитие в страната ни.



В предходните години, БЛС се опита да мотивира младите лекари – специализанти и редовни докторанти, посредством отпускането на ежегодни стипендии за една календарна година. От тази година, БЛС реши да разшири проекта и да го превърне в ежегодна програма за финансово стимулиране на млади лекари - студенти след 4-ти курс (5-ти и 6-ти курс), редовни и свободни докторанти, и специализанти. Разширеният проект за финансово стимулиране на бъдещи и млади лекари е по няколко направления:

- 1) Студенти 5-ти и 6-ти курс, чрез отпускането на ежемесечна стипендия в размер до 120 лв. в рамките на една учебна година. Срок за кандидатстване – 28 февруари;
- 2) Финансиране на участие в национални и международни научни форуми на специализанти, докторанти и млади лекари до 35 години.

Срок за кандидатстване – целогодишно;

- 3) Финансиране на научно-изследователски проекти на млади лекари до 35 години, специализанти и докторанти. Срок за кандидатстване – 31 март;

Целите, които БЛС си поставя за програмата, са подпомагането на максимален брой млади колеги, които да бъдат мотивирани за участието в програмата, финансово стимулирани на база ресурса, с който БЛС разполага по проекта и насърчени за включване в дейността на съсловната организация.

Пълната информация и необходимите документи за кандидатстване, можете да видите на сайта на БЛС - blsb.org, Конкурс за стипендианти 2019. Документи се приемат от 1-ви февруари 2019 г. на адрес: гр.София, бул.“Акад.Ив.Гешов” №15, Център по хигиена, ет.2, ст.6.

Пресцентър на БЛС

IN MEMORIAM

ОТИДЕ СИ Проф. Д-р Никола АЛЕКСИЕВ

На 95-годишна възраст почина доайенът на българските пулмолози проф. д-р Никола Алексиев.

Проф. Алексиев е роден на 14.07.1923 г. в семейство на потомци на народните будители братя Миладинови. Посещава цялата си медицинска кариера на белодробните болести. Лекува пациенти от цялата страна, развива пулмологичната наука, вдъхновено

преподава на няколко поколения български лекари, специалисти по белодробни болести. Създател е на първото у нас отделение за интензивни грижи.

С достойния си живот и огромния си принос в развитието на пулмологията проф. Алексиев ще остане завинаги в нашите сърца.

СВЕТЛИНА НА ДУХА МУ!

НАПУСНА НИ Проф. Д-р Стайко СПИРИДОНОВ

Внезапно ни напусна проф. д-р Стайко Спиридонов – лекар с активна позиция, която е изразявал и в два последователни мандата като член на УС на БЛС. Проф. д-р Спиридонов бе преподавател във Факултета по обществено здраве към Медицински университет – гр. София и изпълнителен директор и мажоритарен собственик на първата частна болница у нас Медицински комплекс „Хигия“ – гр. Пазарджик. Той бе председател на Националното сдружение за здравна политика

и мениджмънт, Националната асоциация на частните болници в България, както и почетен председател на Българската болнична асоциация. През годините проф. Спиридонов заслужи много отличия и завоюва уважението на колегите си.

Управителният съвет на БЛС и лично председателят на съсловната организация д-р Иван Маджаров изразяват своите искрени съболезнования на семейството.

ПОКЛОН ПРЕД ПАМЕТТА МУ!

ЦЕНАТА НА КП 56

БЛС успя да се пребори и на 7.02 в Министерство на здравеопазването бе подписан Анекс - цената на КП 56 остава 500 лв.

ХРОНОЛОГИЯ

„БЛС не е искал намаляване на цената на Клинична пътека (КП) 56, за това настояха от НЗОК. Надяваме се старата цена от 500 лв. да бъде върната“. Това заяви пред медиите председателят на БЛС д-р Иван Маджаров. Повод за изказването му бе недоволството, изразено от общинските болници, че в Анекса към НРД 2018 е определено НЗОК да плаща по-малко за една от основните пътеки, които използват.

„Причината цената на КП 56 да бъде намалена по време на договорния процес между БЛС и НЗОК е свързотитане. До момента това е ставало много лесно, само с рентгенография, което е довело до над 100 000 отчетени клинични пътеки. Всички обаче знаем, че с рентгенография не може да се доказва заболяването“, каза д-р Маджаров. Той поясни, че ще има промяна в начина на отчитане. Вече ще се изисква лечебното заведение да направи скенер, ЯМР или ЕМГ, а не само рент-



генография. „Така ще се изпълнят и препоръките на невролозите, които написаха писмо, в което изтъкват, че рентгенографията няма доказателствена стойност при заболяване на коренчетата на нервите на гръбначния стълб“, допълни председателят на Лекарския съюз. И уточни, че БЛС се бори парите да отидат там, където се прави истинска медицина и се лекуват хората. „Ние постигнахме 10-12 много крупни неща, които

никога досега не са постигнати. Например - да не могат да се взимат пари от болниците, за да се дават за лекарства. По време на преговорите с НЗОК съсловната организация успя да договори и увеличение на цените на клиничните пътеки за двата хеморагични инсулта - паренхимен мозъчен кръвоизлив - КП 52 с 300 лв. и субарахноиден кръвоизлив - КП 53 с 200 лв. Това заболяване няма как да бъде фалшифицирано. Има ли хе-

морация, това се вижда още в първите пет минути на скенер. Договихме и увеличение на КП 54 с 1500 лв. и на КП 65 и 66 с 1000 лв.“, съобщи д-р Маджаров. Увеличена е и цената на КП 51 от 3 000 на 3 300 лв. Това е пътеката за исхемичен инсулт, който е свързан не с кръвоизлив, а със запушване на кръвоносен съд, а лечението му се извършва с тромболиза. Тя ще се заплаща в пълния размер, ако се направи интервенционално. „Науката показва, че когато се приложи този метод на лечение на инсулта, последствията за пациента са минимални и няма никакъв дефицит. Така се получава истинското излекуване на пациента. Сега спасяват хора с инфаркт, защото има изградена мрежа от медицински центрове, където навреме и по съвременни методи се осъществява лечение на острия инфаркт на миокарда. Идеята е да се изградят такива и за лечение на инсултите“, каза председателят на съсловната организация.

Що се отнася до възстановяване на съдовата проходимост с венозен тромболитик, НЗОК ще плаща 2 300 лева, защото цената на ампулата на лечението с тромболитика е намалена с 200 лв. - от 950 на 750 лева. „Резултатите от венозната тромболиза

при лечението на острия исхемичен инсулт са много по-лоши и това не си го измислям аз, а е твърдение на Дружеството на невролозите. Разбивката на КП 51 като цяло цели да не се правят излишни вливания, а след това да се транспортира пациента на друго място. Затова е казано, че ако го изпратиш в други лечебни заведения няма да получиш цялата цена, която ти се полага за венозна тромболиза“, допълни д-р Маджаров.

От БЛС ще изпратят до лечебните заведения подробна разбивка по какъв начин ще се заплаща КП 51, за да знаят лекарите как и при какви условия ще си получат парите. „Редно е да отбележа, че съсловната организация се съгласи да бъде намалена цената на клиничните пътеки за колноскопия и гастроскопия. За сметка на това обаче успяхме да договорим увеличение с по 200 лева на КП 70, КП 73, КП 75. Категорично мога да заявя, че по време на интензивните преговори с Касата, БЛС се пребори за повишение на цените на определени КП и то при вече гласуван бюджет, който не можеше да се променя“, заяви председателят на Лекарския съюз.

Правила за добра медицинска практика

На 29.01.2019 г. в аула „Максима“ на УМБАЛ „Св. Екатерина“, по инициатива на УС на БЛС, се проведе работна среща с председатели на Националните експертни специализирани лекарски бордове, председатели на научните дружества, членове на Съюза на българските медицински специалисти. Министерство на здравеопазването беше представено от зам.-министър Жени Начева. Целта на срещата бе изготвяне на Правила за добра медицинска практика. Бяха обсъдени промените в ЗБНЗОК, съгласно които трябва да бъдат изготвени и приети Правила за добра медицинска практика. По време на дискусиата се постигна принципен консенсус - тези правила да се базират на

утвърдените европейски и световни гайдайки. Там, където е необходимо, те ще бъдат преработени и адаптирани според възможностите, които предлага медицината у нас.

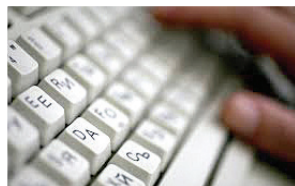
Председателят на БЛС д-р Иван Маджаров очерта защо е важно съсловието да изработи правила за добра медицинска практика - само така обективно ще се оценява трудът на лекарите. Това ще даде възможност отговорно да бъдат спирани атаките, че не се осигурява качествена медицинска помощ в лечебните заведения у нас. Ще се внесе яснота къде има истинска медицина. Амбицията на ръководството на БЛС е с установените норми да започне да се плаща и за това, кое-

то е направено повече от разписаното по дадената клинична пътека. Правилата за добра медицинска практика ще пазят лекарите и в съда, допълни зам.-председателят на БЛС проф. Николай Габровски. Зам.-министър Жени Начева коментира, че изготвянето на правилата за всяка специалност в една Наредба ще улесни, както сключването на договори с НЗОК, така и финансирането на лечебните заведения. „Ръководството на БЛС разчита на активната позиция и подкрепа на Националните експертни специализирани лекарски бордове, научните дружества, както и на членовете на Съюза на българските медицински специалисти“, се казва в информацията на LexMedica News.



ВЪЗРАЗЯВАМЕ ОСТРО СРЕЩУ ТИРАЖИРАНЕТО НА СЛУХОВЕ!

Български лекарски съюз, най-голямата съсловна организация, ангажирана със защита правата и интересите на лекарската гилдия, изразява своето възмущение от разпространяването на слухове, които уронват достойнството и престижа на лекарите! Недопустимо е в публичното пространство да бъдат тиражирани клевети, които индиректно внушават вина и настройват българското общество срещу най-хуманната професия - лекарската! В публикация от 31.01.2019г., озаглавена: „Иван Ласкин жертва на лекарска грешка!“ се прави анонимно внушение, че трябва да се предприемат мерки срещу лекарите и болницата, които не са успели да се погрижат добре за пациента и дори се прави предположение, че цити-



рам: „може да са го уморили, докато е лежал под медицински надзор“. Подобни анонимни намеци са недопустими, унижителни и вулгарни. БЛС е против тиражирането на съмнения, които лишени от логика и доказателства заключават, че става дума за грешно лечение. Съсловната организация ще продължава да брани честта на медиците, които са се посветили да спасяват животи. Призоваваме институциите, които следят за честната и обективна журналистика, да вземат отношение по казуса.

Д-р Иван Маджаров
Председател на БЛС

ИЗЛОЖБА НАСЪРЧАВА ДОНОРСТВОТО В БЪЛГАРИЯ

Неотдавна в Клуба на народния представител бе открита експозиция под надслов „Дари живот“. Изложбата е организирана в подкрепа на донорството и на идеята за изграждането на чешми-паметници - инициатива, свързана със стародавен обичай. Той идва от дълбините на вековете и по-велява, че трябва да се помни и почита човекът, сторил на другите хора добрини. Така че продължава кампанията за набиране на средства и практическо подпомагане изграждането на паметници-чешми на доно-

ра. Изложбата има също за цел да насочи вниманието на обществото към проблемите на донорството, мерките за преодоляването им, както и да постави акцент върху смисъла на трансплантациите - едно от големите постижения на съвременната медицина. Фотосите показват лекари по време на хирургични интервенции и сцени от всекидневието на техни пациенти. Подчертават, че хората с присадени органи могат да се радват на качествен живот и да имат своите постижения. Представени са: докумен-

талика, художествен репортаж, потрети, градски пейзаж и други жанрове.

Организатори на експозицията са Сдружението на пациентите с дихателна недостатъчност и белодробна трансплантация и парламентарната Комисия по взаимодействие с неправителствените организации и жалбите на гражданите при парламента. Изложбата ще се обогатява с още кадри на хора и болници, съпричастни с трансплантациите, обещава организаторите.



ЧЛ.-КОР. ПРОФ. Д-Р ЧАВДАР СЛАВОВ, Д.М.Н.: НАД 50% ОТ СЛУЧАИТЕ НА ПРОСТАТЕН КАРЦИНОМ ИМАТ ПРЕДИСПОЗИЦИЯ В ГЕНОМА

На 21 декември 2018 г. с грамоти бяха удостоени членове на БАН (дописни и академици), които се отличават със значими научни постижения и отбелязват юбилейни годишнини. Свои мисли по този повод сподели един от наградените учени - чл.-кор. проф. д-р Чавдар Славов, д.м.н.

ПАНСВЕТОВНИЯТ ПРОЕКТ

За него разказва проф. Славов:

Участвам в колективен научен принос, свързан с откривателство. От 2009 г. работя като член на пансветовния екип „Практикъл“, заедно със специалиста по молекулярна медицина при МУ - София проф. Радка Кънева и нейната група, както и с колега-уролог д-р Еленко Попов. Нашата цел е - изследване генома на рака на простатната жлеза. Този пансветовен проект се финансира от националните ракови институти на САЩ, Великобритания, Австралия, Германия и др. Европейският съюз също участва с финансиране. Научните екипи, включени в проекта, обединяват усилията на специалисти от над 20 страни.

Ние изследвахме повече от 15 000 спесимена и в резултат бяха установени 63 локуса в генома на рака на простатната жлеза. Данните, които съобщавам се отнасят за 2018 г. След старта на проекта, през 2009 г. бяха открити първите 7 локуса, впоследствие те станаха 23. С времето броят им растеше и сега е ясно, че в над 50-55 % от случаите на простатен карцином със сигурност има предиспозиция в генома. Закодираното при мъжете евентуално развитие на рак на простатната жлеза може да се унаследява, но се проявява при определени условия. Този геном е много близък като кодировка до генома на рака на млечната жлеза при жените.

Освен това бяха разработени над 5 т.нар. генетични панела, чрез които от една страна може да се прогнозира рак на простатната жлеза за определен индивид, а от друга - да се приложи т.нар. персонализирана и прецизирана медицина (най-съвременното направление в онкоурологията). Наличието на промени във всеки отделен генетичен панел дава съответно и чувствителността към определен медикамент, чрез който най-ефективно може да се лекува заболяването при конкретния пациент.

НОВО ВИЖДАНЕ ЗА РАКА

Бих си позволил да споделя една своя теория, за



Проф. Чавдар Славов е завършил Висшия медицински институт в София (специалност - урология) и УНСС (магистратура по „Здравен мениджмънт“). Специализирал е във Франция, Белгия, Великобритания, САЩ. Той е разработил и въвел за първи път в България реконструктивните операции на мъжката уретра с ламбо от букална лигавица, с което е поставил родината ни сред първите десет страни в света, усвоили този подход в уретралната хирургия. Неговите научни трудове са повече от 415, от които 265 са публикации в авторитетни научни списания в света и у нас. През октомври 2007 г. неговата публикация в Eur. J. Urolog бе избрана за статия на месеца и е включена в системата на АСМЕ. Автор е на статии, публикувани в Nature Genetics. Написал е 18 монографии и учебници, сред които е монографията „Урогенитална туберкулоза“, издадена и на английски с рецензии от водещи европейски уролози. Въвел е 13 рационализации и изобретения. Член е на множество наши и международни специализирани дружества и асоциации. Проф. Славов има заслуги за оптимизиране организацията на здравеопазването и мениджмънта на болничното здравеопазване. Удостоен е с: орден „Стара планина“ I-ва степен, награда за принос в областта на хирургичните науки на името на „Проф. Параскев Стоянов“; приз за цялостен принос в областта на редките болести и с редица още отличия. Почетен гражданин е на град Кюстендил.

която нямам достатъчно доказателства, но изследванията на други световни учени и лаборатории ми дават увереност, че скоро тя ще бъде защитена. Според мен в генома на всеки орган, на всяка клетка съществува локус, закодиран в конкретен момент, при определени условия да развие раково заболяване. Над него има суперлокус, който задържа това развитие. Принципът е известен. По този начин например, функционира мозъчната кора и подкорията. Когато кората е в кондиция, тя потиска подкорията и някои емоционални и рефлекторни подбуди се тушират. При определено състояние на организма, най-често при стресови ситуации задържащото действие на суперлокуса отпада. Тогава се отключва механизъм на локуса, генетично предиспозитен за развитие на

рак. Вече има такива доказателства за случаи на левемията. Вярвам, че нашата група, която продължава да работи по този пансветовен проект, наред с установените 63 локуса, ще даде още доказателства в подкрепа на моята теория.

Много съществени са условията на живот. Не само стресът, но и радиацията, замърсеният въздух, тютюнопушенето до голяма степен, алкохолизмът до голяма степен и хроничните възпалителни заболявания (в частност за простатната жлеза - хроничният простатит) водят до този отключващ механизъм и до развитие на злокачествено заболяване. За съжаление честотата на хроничния простатит е най-висока в периода между 20 и 40-годишна възраст, т.е. засегнат е най-активният живот на мъжа.

Намесата в генома с цел създаване на устойчивост срещу възпаления е може би една от

ТАЙНИТЕ НАДЕЖДИ НА НАУКАТА

Винаги при подобни опити стигаме до морално-етични проблеми, които все още чакат решение. Разумно е да се прогнозира рискът от промените в генома, които биха могли да отключат нежелани състояния и заболявания. Тази дейност трябва да бъде обвързана с много сериозни закони, за да не отворим кутията на Пандора, което би могло да нанесе тежки щети на човечеството. Работата към пансветовния проект не е свързана с генно инженерство. Насочена е към търсене причината за рака и предотвратяването ѝ чрез профилактика и правил-

но лечение. Генетичният панел ни помага да открием злокачествения процес навреме. При добро провеждано лечение (аз и друг път съм твърдял) ракът на простата е лечим на 100 %. Накрая ще споделя и нещо за ръководената от мен

КЛИНИКА ПО УРОЛОГИЯ С

ИЗВЪРШВАНЕ НА СПЕЦИФИЧНА

ДЕЙНОСТ ПО АНДРОЛОГИЯ ПРИ

УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА - ИСУЛ“

Високо ценя доброто отношение и подкрепата на ръководството на болницата „Царица Йоанна - ИСУЛ“, на МЗ и Медицинския факултет в София по отношение развитието на клиниката. Тази година получихме нова апаратура, включително анестезиологичен апарат и многоцелева операционна лампа. С това условията при нас се доближават до европейските стандарти. Клиниката ни е уникална не само в диагностиката и лечението, но и в превенцията на рака на простатната жлеза. При нас се затваря изцяло цикълът на лечение при това заболяване, като се започне от диагностиката, включително - обрзана диагностика, като се премине през биопсията, която се прави, съобразно всички изисквания на световните и наши стандарти. След това се определя лечението.

Имаме възможност да прилагаме най-добрите варианти на радикално-хирургично лечение. Когато се налага, се предписва хормонална или химиотерапия. Болницата разполага с изключително добре развита медицинска онкология и с отлично развита клиника по лъчетерапия. Можем да комбинираме различните лечебни подходи. Надяваме се в скоро време да въведем наред с високодозовата брахитерапия и т.нар. интерстициална перманентна брахитерапия. Тя ще се прилага за първи път в България. Тази терапия е таргетна и представлява въвеждане на радиоактивни семена вътре в самата жлеза. Така се получава перманентно лъчение в рамките на една година, което унищожава туморните клетки. Надеждата за изцеление е огромна. При определени стадии на заболяването излекуваните са 96 на сто.

- Д-р Анева, от години участвате активно в дейността на Български лекарски съюз. Как се развива, според Вас, съсловната организация?

- Мисля, че още много неща трябва да постигне Лекарският съюз. Проблем е, че не всички колеги проявяват интерес към дейността му. Вълнува ги предимно какво биха могли да получат от БЛС, но не и как да вървим напред. Лекарите не обичат да се занимават със съсловна работа. Дистанцирани са и чакат да видят какво ще се случи, а когато излезе поредния рамков договор, започват да намират кусури. Когато се подготвят НРД само единици се включват в процеса на преговорите с предложения за промени.

- Какво още трябва да се направи за обединението на лекарите?

- Крайно време е реформата да започне и то не само на думи. След като се подобри системата, след като настъпят сериозни промени, тогава и колегите ще бъдат по-ангажирани към съсловната дейност. Ще усетят необходимостта от нея. Защото през всичките тези години, ако не беше Лекарският съюз, интересите на гилдията нямаше да бъдат защитени. Знаете, в края на 2018 г. беше направен опит да се изолира БЛС, да бъде отритнат, но след натиск от наша страна отново сме включени в договорния процес. Въпросът е, че хората като че ли очакват повече от БЛС. Има много неща, които е необходимо да се реформират. Трябва да се заплати реално лекарския труд. Трябва да се направят новите правила за добра медицинска практика. Крайно време е да има ясни стандарти - веднъж ги направиха, след това втори път и сега отново сме в изходна позиция. Ако няма стандарти, ако няма правила за добра медицинска практика, не може да се работи нормално. Всичко това трябва да се анализира. И друго - аз се занимавам повече с болнична на polož, въпреки че работя и в извънболничната и смятам, че не е редно всяка една болница да иска да изпълнява всички възможни дейности от А до Я. Това не е нормално.

Преди години имаше разделение на дейностите в областните и окръжните болници, и вече на по-високо ниво в републиканските. Знаеше се къде какво може да се извършва. Нямам нищо против колегите, но може ли тези високи технологии да се внедряват във всяка една болница? Как, ако нямаш капацитет, ще поддържаш тази апаратура и от къде ще намериш специалисти, за да привлечеш пациентите? Не може всеки малък град да има примерно кардиологична апаратура за сърдечни катетризации и т. н.

- Не трябва ли здравната карта да каже от какви болници и каква апаратура има нужда всяка област?

- Здравната карта беше направена, след което беше отхвърлена. Мисля, че по този административен начин няма да се получат нещата. Ще трябва определени региони

Д-Р РОЗА АНЕВА, ПРЕДСТАВИТЕЛ НА УС НА БЛС:

ПРОБЛЕМИТЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ИДВАТ ОТ ЛИПСАТА НА РЕФОРМИ

и определени болници да разберат, какво биха могли да изпълняват най-добре и какво им е вповечето. Защото въпросът е не само да купиш апаратура, но и да я поддържаш, да имаш достатъчно пациенти.

- Защо у нас проблемите в здравната система вместо да се решават, се задълбочават?

- Точно в липсата на реформи е основният проблем. Колкото и много финанси да се дават, ако няма реални промени първо у нас, нищо няма да стане. Съсловието трябва да се реформира, защото едно е финансовата рамка, друго са лекарите. Трябва да се промени съзнанието ни, едва тогава идват другите неща.

- Обявиха два варианта за промени в здравноосигурителния модел. Вие кой бихте подкрепили?

- Нищо конкретно не мога да кажа, защото всичко все още е в процес на обсъждане. Единият е надграждащ, другият е с пълна демонополизация на здравната каса. Може би първият модел на този етап е по-подходящ в нашите условия. При пълна демонополизация на касата, при много здравни фондове, може да има и фалити. Виждате, в България дори банки се сриваха. Ако хората се включат в някоя здравна каса и тя фалира, какво ще се случи? Трябва да има някаква сигурност в тази система, защото иначе се рискува животът на болните хора.

- Вярвате ли, че в година на избори ще се направи обещаната реформа?

- Аз винаги вярвам, но какво ще се случи, ще видим.

- Кой са най-наболелите нерешени въпроси в болничната и съответно в извънболничната сфера?

- Клиничните пътеки ограничават много дейността в болниците, лимитите – също. Може би трябва да се намери друг начин на отчитане на дейността, защото в момента не всеки пациент може да влезе точно в определена клинична пътека. Освен основното заболяване, за което е постъпил в клиниката, той има един куп допълнителни проблеми. Населението в България застарява и с оглед на това трябва да се помисли за друг начин на отчитане на дейността, като се вземат предвид придружаващите заболявания. И да се проследи резултата от терапията. Примерно, влиза един пациент в болница, добре е да има право да бъде лекуван в няколко отделения и съответно за дейността на всички да се получи заплащането. Нецо като диагностично-свързва-



Д-р Роза Анева е хирург с над 30 години стаж. Завършва Медицински университет - София през 1980 г., а специалност „Обща хирургия“ придобива през 1986 г. След своето дипломиране до 2012 г. работи в УМБАЛ „Св. Анна“ в София. От 2012 г. до момента практикува в МБАЛ „Доверие“ и в частен хирургичен кабинет, където извършва ехографски прегледи на абдоминални органи, щитовидна жлеза, малък таз, простата, млечни жлези и др. Учасствала е в множество конгреси и семинари по специалността. Била е секретар и два пъти зам.-председател на РК София-област. Сега е член на новия Управителен съвет на БЛС.

ните групи. Другото, което е особено важно, е остойността на лекарския труд. Де факто досега няма такова нещо. Всичко друго се остойността, но трудът никъде не фигурира. Не може така.

- Лекарският съюз започна този процес. Защо, според Вас, няма интерес от МЗ да се направи реално остойността?

- Ясно е защо няма интерес - ще бъдат необходими страшно много пари. Защото ако вземете една голяма операция, при която се маха панкреас или стомах, тези средства, които се получават от касата, не стигат за нищо. Не са достатъчни дори само за консумативите, а като се прибави работата на екипа, гледането на болния и т. н., какво се получава. Реалното остойността ще покаже, че парите в системата са недостатъчно.

- Какво трябва да се промени в извънболничната помощ, за да може да се извършва по-голяма дейност там и да се намалат хоспитализациите?

- Извънболничната помощ може да поеме диагностиката на заболяванията, но и тя при по-тежките случаи е свързана с доста финансови средства. Не става само с преглед при специалист. Има допълнителни изследвания, скенер, магнитни резонанси, нови апарати, но те са скъпи.

- Има и проблеми с емиграцията на младите лекари. Какво трябва да направи Лекарският съюз, за да ги задържи в България?

- Основно държавата трябва да създаде добри условия за труд и кариерно израстване, за да останат младите хора тук. Добре е да има промени в специа-

ределени хора да получават цяла година стипендия, без да имат принос за медицината в България. Трябва да се помогне на младите хора да имат желание да се развиват, да имат желание да останат тук. Няма да получат нещо повече, ако отидат в чужбина. Какво повече ще видят там? Апаратурата, която я има в останалите страни в Европа, вече я има и у нас. Така че тези, които искат да работят тук, трябва да се научат от един добър специалист и да си поемат нещата в ръце. Не е лошо също младите да се включат по-активно и в дейността на БЛС.

- Вас какво Ви амбицира да се занимавате със съсловна дейност?

- Прекалено дълго работих в една голяма болница в София, в която има спешност. Там ясно видях проблемите и реших, че някои неща трябва непременно да се дооправят, да се реформират. Просто животът ми мина в медицината и смятам, че ако ние самите не си направим реформата, ако предложенията не идват от нас, няма кой да ни я направи. Има много неща, които не ми харесват и е добре да се променят. И като мислене, и като дейност. Така че трябва да започнем от някъде, за да вървим напред.

- Какъв човек е д-р Анева извън професията?

- И аз не знам какво да ви кажа. Работя на няколко допълнителни места и нямам почти никакво свободно време. Освен това се занимавам и с Лекарския съюз, така че ми се събират по 12-14 часа ангажименти на ден. За нищо друго не ми остават сили.

- Любопитно е как избрахте лекарската професия?

- Професията ме намери случайно. Попаднах по един неприятен повод с баща ми в болница. Бях 11 клас, когато той падна и получи сериозна травма. Когато го докарахме в „Пирогов“, казаха, че аз съм го спасила и така се насочих към лекарската професия. Завърших математическа гимназия и изобщо нямах намерение да уча медицина. Два-три месеца преди кандидатстването спонтанно реших да се насоча натам.

- Как се чувства една жена в мъжката специалност „хирургия“?

- Това наистина е мъжка специалност и не е професия за жена. Казвам го от опит. Но в началото имах желание и се насочих към хирургията. Имам къс-

мет, че се занимавам и с ултразвукова техника. Изгубих обаче много неща, за да се задържа на крака. Професията първо е тежка физически, а след това има и голямо психическо натоварване. В спешното отделение трябва да вземеш решението на минутата. Трябва да прецениш бързо травмите, тежките състояния. Нямам време да изчакаш до утре. Има опитни колеги, с които можеш да се допиташ, но има и моменти, когато си абсолютно сам. Много е трудно и стресиращо.

- Защо така се изостриха взаимоотношенията между лекари и пациенти?

- Това е другата сериозна тема. Мисля, че повечето случаи на агресия са в спешните моменти в медицината. Хората вече знаят какво могат да получат от личния лекар, от специалиста в извънболничната помощ, когато са планови пациенти в болницата. Но се изостриха взаимоотношенията в тези спешни случаи, когато болният има нужда веднага да му се окаже помощ. Там се получават проблемите. Има само 2-3 места в София, където може да се получи нощем или в събота и неделя необходимата спешна помощ. В такъв момент всеки човек смята, че всичко трябва да стане на минутата и принципно е прав, но от друга страна системата разби някои спешни центрове и сега не могат бързо да се поемат всички пациенти. Преди имаше спешни кабинети в поликлиниките, сега са закрити. Ето, пак стигаме до реформата. Трябва да се променят нещата. Трябваше да се уточнят, да се знае точно как се действа и мисля, че нямах да се стигне до тук – пациенти или близките им да бъдат лекари и сестри, когато те се опитват да им окажат помощ.

- Какви цели си поставяте за 2019 г. в личен план и като професионалист?

- В личен план нямам кой знае какви цели. Аз съм постоянно на работа. В професионален план ми се иска БЛС да подпомогне правенето на стандартите и правилата за добра медицинска практика. Това за мен ще бъде някакъв успех. Да има ясни правила, по които е крайно време да се върви. Остойността на труда също е много важно, но се съмнявам, че дори да го направим, ще влезе в сила, защото трябва много, много пари.

ПЪРВА ЛАПАРОСКОПСКА ПИЕЛОПЛАСТИКА НА ДЕТЕ В БЪЛГАРИЯ

Екип от Болница Токуда оперира
5-годишно момче с вродена
хидронефроза

За първи път в България е извършена минимално инвазивна лапароскопска хирургия за пластика на бъбречното легенче на 5-годишно момченце с вродена хидронефроза. Операцията е направена от доц. д-р Калоян Давидов и неговия екип от Клиниката по урология в Аджубадем Сити Клиник Болница Токуда. Специално за в. Quo vadis доц. Давидов обясни как се е стигнало до тази процедура и сподели, че малкият пациент вече е възстановен почти напълно.

Всичко започва след като момчето е насочено от педиатрите на болницата към урологията, за да се изяснят причините на продължаваща с години коремна болка. „Майката търсеше съвет, помощ и решение на проблема, затова ние прегледахме детето, видяхме за какво става въпрос и решихме, че операцията може да бъде направена лапароскопски. По-същественото е, че имахме техническия ресурс, защото идва един момент след съответния брой лапароскопии при възрастни, когато екипът е достатъчно сработен и хирургичната сръчност е такава, че дава сигурност за една подобна процедура при дете“, поясни специалистът.

Вродената хидронефроза или задържането на урина в бъбрека, поради стеснение на пътя на отвеждане на течността от бъбречното легенче към пикочопроводите, обикновено се решава с отворена пластика на легенчето. Разрезът обаче е голям и възстановяването е много трудно и тежко. Най-ефективният алтернативен метод за лечение е по лапароскопски път да се извърши съответната процедура. „Това всъщност е една пластична реконструкция, при която се отрязва стеснения участък и се прави анастомоза между горната част на уретера и бъбречното ле-



генче. След това следва пластика, която осигурява проходимост, за да не се задържа урината в бъбрека. Този вид операция има над 90% успеваемост и води до дефинитивно излекуване на заболяването“, подчертава доц. Давидов. Според него технически няма почти никаква разлика в лапароскопията при възрастни и при деца, просто процедурата във втория случай е в по-малък обем. Така че всеки опитен лапароскопист би трябвало да може да се справи с операцията. Оставена без лечение обаче хидронефрозата може да доведе до пълна атрофия и нефункциониране на засегнатия бъбрек. „Уролозите в България нямат възможност за дълго обучение в чужбина или поне не всички. Тези, които имат, най-често не се връщат в страната, така че на нашето поколение се наложи да се учим по трудния начин. Със сигурност тридневно посещение в известен западноевропейски град не дава необходимите умения. Получаваме ги след 200-300 радикални простатектомии или нещо подобно. Тогава екипът вече е достатъчно сработен, сръчността е налице, за да може да се очаква висока степен на сигурност при такава процедура“, разказва доцентът. И обещава, че ще продължат да правят такива хирургични интервенции при деца, когато са подходящи за малките пациенти.

Предисторията

Екипът на доц. Давидов е извършил и други уникални миниинвазивни

операции при деца. При няколко малки пациенти са отстранени кисти на урахуса - протоктът, който свързва в ембрионалния период пикочния мехур с пълната връв и впоследствие изчезва. В редки случаи обаче той остава отворен и по този начин се задържа течност. „Операцията, при която се изрязва кистата, заедно с част от мехура, е изключително показана за лапароскопия, защото другият подход е лапаротомията, която се прави с огромен разрез. А сега влязохме през три малки отвора по 5 см“, казва доц. Давидов.

Лекарите от отделението се гордеят и с още една сложна лапароскопска операция при няколко деца с крипторхизъм. За да се извърши интервенцията по конвенционалния начин трябва да се отвори целия ингвинален канал, да се освободи тестисът и да се тегли надолу към мястото, на което обичайно стои. „При лапароскопията образът е изключително добър, имаме контрол върху кръвоносните съдове и семепровода през цялото време и всъщност те са ориентирите, които се освобождават. Така тестисът придобива висока мобилност и много по-лесно се фиксира на мястото си. Това е изключително елегантна операция, при която нямаме разрязване на коремната стена и малкото човече, което оперирахме, на следващия ден стана и си отиде“, усмихва се хирургът. Пояснява, че при конвенционалната лапаротомия това не може да се случи, независимо къде е разрезът на корем-

ната стена, защото дори чревният пасаж не се възстановява само за ден. И освен това червата се излагат на кислород, което води до пареза и спиране на чревния пасаж. При ендоскопската намеса подобно нещо не се случва. „Може би след тези няколко процедури решиме че можем да си позволим да направим пиелопластика при малко дете - разказва предисторията доц. Давидов. - Операциите ни окуражиха, че можем да пристъпим към следващия вид лапароскопия при това 5-годишно момче. Стремехът ни е да предложим възможно най-щадящите хирургични техники и работим усилено в тази посока, особено когато става въпрос за деца“.

95% от операциите са миниинвазивни

В отделението в Болница Токуда, което ръководи доцентът, голямата хирургия почти изцяло се извършва безкръвно. Отворени операции се правят само при огромни тумори на бъбрека. Ако 95% от патологията се отстранява лапароскопски, останалите 5% са предимно за операции при деца. „Не сме разрязвали човек за бъбречен камък повече от 3 години - пояснява доцентът. - Същото се отнася и за операциите на простатата. Лазерният метод, който ползвам, ми позволява да не съм ограничен от размера на простатата, за да я направя трансуретрално. Куриозен факт, който ще оценят по-възрастните колеги е,

че единствената отворена операция за простата през 2017 г. беше на симпатичен възрастен мъж, който дойде и каза, че знае за лазера и за работа, но иска операция като на Тодор Живков. Опитавме се да го разубедим, че тя е извършена през 80-те години на миналия век и оттогава медицината се е развила много, но той не прие аргументите ни. Така че вместо да го изпишем след ден, стоя цяла седмица, но получи, каквото искаше. В отделението се шегуваме с това, че всички имаме в джобовете си смартфони, а трябва да продължаваме да вършим операции, които на практика представляват телефони с шайби“.

Доц. Давидов сподели и друг интересен случай. На среща в Барселона за демонстрация на лапароскопска хирургия е дошъл млад лекар от Италия. След учудването на колегите му, че не е виждал такива операции се разбира, че в клиниката, в която работи, използват само робот. „Оказа се, че той идва „от другата страна“, за да се запознае с един едва ли не стар метод, какъвто е лапароскопският“, смее се специалистът. И добавя: „Моето поколение имаме късмета, благословията, възможността, да преместим съвременната българска урология там, където е мястото ѝ в Европа. Може би малко сме закъснели, малко бавно навлизат някои техники, но е добре, че вече могат да се правят поне на 2-3 места у нас. Радвам се, че има интерес към тази пиелопластика на дете, но това е рутинна процедура по света, която

трябва да се върши рутинно и в България. Разбирам интереса, защото за съжаление малки човечета продължават да бъдат разрязвани за подобна процедура, но доколкото знам и на други места, където се работи с деца, колегите имат амбицията и възможностите, а надявам се опита и увереността, да започнат да вършат това“, обяснява доц. Давидов. Разказва, че са имали случай, при който майка е чакала няколко години, за да стане синът ѝ пълнолетен и да го доведе в отделението, само защото не е знаела, че подобна операция може да се направи и на дете. „Добре е чрез вашия вестник да информираме медицинската общност, но всъщност е малко тъжно, защото трябваше тези операции да са рутинна отдавна“, заяви специалистът.

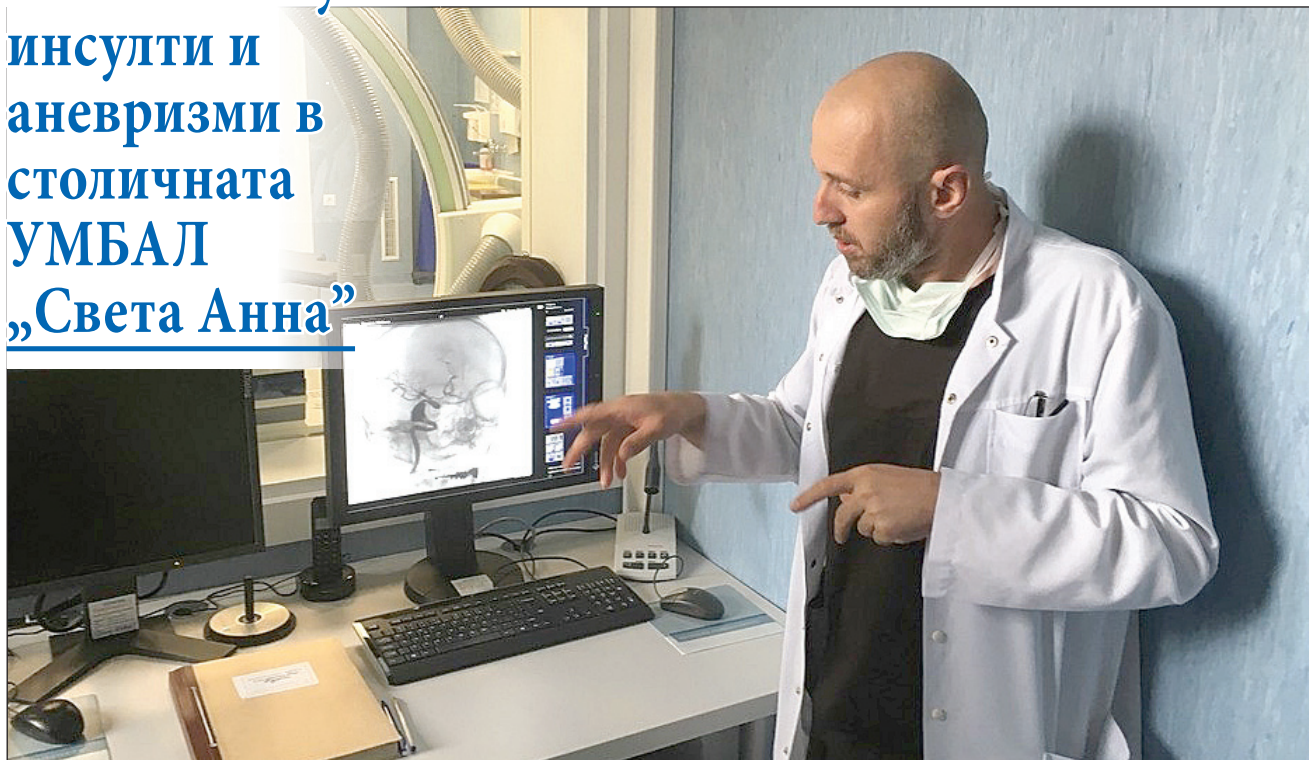
Убеден е обаче, че тази хирургия изисква институция. Тя не започва и не свършва с въвеждането и след това с изваждането на лапароскопската камера. Изпълнението на хирурга, неговата „сценична изява“, всъщност е върхът, резултатът, материализирането на един процес. „И той предполага изграждането на институция, в която има педиатри, анестезиолози, условия за реанимация, ако се наложи. Защото тази операция беше успешна, всичко мина добре, детето се възстанови бързо, но да не забравяме, че във всяка серия от един вид хирургии, има определен процент на усложнения. Колкото е по-малък, толкова по-добре, но ако някой каже, че не съществува, това означава че просто не си е стигнал бройката. И когато настъпи усложнението, а това ще стане рано или късно, тогава идва институцията, която дава сигурността, че каквото и да е то, може да бъде поето, може да бъде отреагирано, може да бъде решено с минимална вреда за пациента“.

Всъщност това е голяма част от хирургията, която работи ендоскопски, миниинвазивно - няма как да се случи извън институция. Не е един рицар с бляскави доспехи, който върши цялата работа. Всичко е резултат от труда на няколко екипа или може би на един голям мултидисциплинарен екип, което е в основата на цялата история“.

МЕХАНИЧНАТА ТРОМБЕКТОМИЯ Е ПОЛЕЗНА ДО ШЕСТ ЧАСА СЛЕД ИНЦИДЕНТА

С минимално инвазивни техники лекуват

инсулти и аневризми в столичната УМБАЛ „Света Анна“



Миналата година столичната болница „Св. Анна“ получи награда за модерно лечение на инсулт по време на Петата годишна конференция „Иновации и добри практики в здравния сектор“. Отличие бе присъдено на лечебното заведение за успешно прилагане на механичната тромбектомия при това тежко, животозастрашаващо състояние. Кога е показана модерната терапия, какви други съвременни методи се използват в Центъра за лечение на инсулти (т.нар. Stroke units), попитахме д-р Нурфет Алиоски. Той е роден в Македония. Завършва Медицинския университет в София през 1999 г. Взема специалност по хирургия през 2005 г., но постепенно се насочва към неврохирургията. Работи в болница Токуда, специализира в „Пирогов“, а от няколко години е в УМБАЛ „Света Анна“, където ръководи Отделението по ендоваскуларна неврохирургия. Ето какво каза д-р Нурфет Алиоски.

Нашата структура първоначално е създадена като Център за лечение на мозъчно-съдова патология. Преди две години ни включиха в програмата на Министерство на здравеопазването за лечение на мозъчни инциденти и тогава стартира Центърът за лечение на инсулти. През 2017 г. вървахме много добре, лекувахме ендоваскуларно някъде около 36 много тежки инсулти, като постигнахме добри резултати, съпоставими със световните центрове. През 2018 г. обаче след доста неуредици, предимно в начина на финансиране на тези процедури, случаите спаднаха и завършихме годи-

ната с 18-19 броя. Въпреки това болница „Св. Анна“ си остава единственото място в страната, където процентът на тромболитите и тромбектомиите е на средно европейско ниво. Държа да подчертая, че на практика това не е иновация, а основното, истинско лечение на инсулта. За две години успяхме да се организираме така, че да имаме мултидисциплинарен екип, който в рамките на 20 минути е готов да извърши процедурата. Идеята е да могат хората с инсулт да стигат бързо до нас и това постепенно се случва. Важно е, защото от тези 50 пациенти, оперирани чрез механична тромбектомия, половината си тръгнаха от болницата напълно излекувани, а при други 23% процедурата също е успешна, но след това се наложиха допълнителни рехабилитационни мерки за справяне с настъпилите парези на ръка или крак. Въпреки това тези хора могат да се справят самостоятелно, без чужда помощ, което е облекчение за тях, за семействата им и за социалната система на страната. Без тромбектомията щяха или да са мъртви, или напълно инвалидизирани.

НОВИЯТ МЕТОД

Механичната тромбектомия представлява ендоваскуларен метод за лечение на исхемичен инсулт. Ако интравенозната тромболитика означава раздробяване на тромба, най-вече при дистални запушвания, т. е. на малки кръвоносни съдове, при масивно запушване на сънна артерия или нещо друго, каквито и дози препарат да се вледят интравенозно, няма да могат да помогнат. Защото тромболитика не е чудодейно лекарство, което може да разтвори една огромна буца. В тези слу-

чай е удачна механичната тромбектомия. Тогава през кръвоносен съд на крака, с водещ катетър се въвежда стент, който след като се раздуе, спира циркулацията на кръв. След това се вкарва микрокатетър, с който се минава през самия тромб, разтваря се и се изтегля навън съсирека. Процедурата е полезна до 6-тия час, докато тромболитика се прави до 4-я час, след което това лечение става опасно и е забранено. Спешната помощ вече наистина е доста бърза в тези случаи. Ние стриктно следим времето, защото от постъпването на пациента в отделението до получаването на достъп в крака, допустимият времеви диапазон е 55 минути. Това означава, че за един час са направени всички консултации, болният е прегледан от невролог, неврохирург, направен е скенер с контраст, следват кардиолози, анестезиолози. Всички тези неща са свършени и започваме процедурата.

СТЕНТ В СТЕНТ

Друг проблем, с който се сблъскваме тук, са аневризмите. Те са сериозен бич за хора между 40 и 50 години, даже и по-млади. Човек се чувства здрав, ходи си по улицата и изведнъж започва гадене, повръщане, сънливост, стига се дори до кома. Сега е сезонът на аневризмите и хематомите и буквално от седмица не съм излизал от операционната. Смъртността е колосална в световен мащаб, но колкото по-рано се реагира, толкова са по-добри резултатите. Голяма част от тези пациенти, когато оцелеят, се връщат към нормалния си начин на живот. Така че в „Св. Анна“ даваме шанс на млади хора да се върнат към обичайната си дейност, да продължат да

тока. Чрез специални катетри през крака се стигна до сънната артерия, след което със специфични микрокатетри поставихме стент. При дълга аневризма се поставя вътре в самия стент още един. Направихме го за първи път в България, като дори колегите по света рядко прибягват до такъв тип операции. Стентовете, които прилагаме за пренасочване на потока, са 2 см и когато аневризмата е по-дълга, се налага да постигнем телескопичен ефект - единият стент застъпва другия и на практика го удължава. По този начин се получава участък, примерно от 3 см. С времето в над 95% от случаите след една година се образува нов кръвоносен съд около стента, т. е. проблемът на пациента е решен изцяло.

Ендоваскуларните или минимално инвазивните техники се развиват изключително бързо, защото пациентите се възстановяват почти веднага. Разбира се, овладяването на тези съвременни методи изисква непрестанни обучения и следене на новостите в областта. За съжаление у нас трябваше да има четири Центъра за лечение на инсулти, където да се прилагат иновативни техники, но те все още не работят на пълни обороти. Нямаме и достатъчно специалисти, защото младите колеги виждат, колко тежка е работата при нас - подложени сме на постоянно облъчване, работим с пресилки, които тежат 16 кг, освен това няма ден и нощ

за инсултите, така че някои бързо се отказват.

ПРОФИЛАКТИКАТА

Проблемът в България е, че над 30% от пациентите са със запушвания на големи кръвоносни съдове и тромб в мозъка или с така наречените тандемни оклузии. В Европа броят им е около 10% от всички, така че на международни конгреси колегите са изненадани от сложните случаи, които показваме. Причините за тези аномалии са липсата на профилактични прегледи и проследяване на хората с доплерова ехография. Затова сме попадали на пациенти, при които сънната артерия е запушена на 90%. Тогава се налага комплексно лечение. Първо специалистите минават с много тънък водач, с който качват микрокатетър през артерията и правят ангиография, а след това и балонна дилатация - разширяване на съда. Ние често говорим за профилактика, но не уточняваме, че тя трябва да е целенасочена на 40, а не на 60 години. Не познавам магическо лекарство, което да премахва изцяло всичките атеросклеротични плаки. Ако сте пушили, пили и яли тлъсти меса 60 години и на 61-ата решите, че ще бъдете целомъдрени, няма как да стане. Посланието е: Нека отрано да инвестираме в собственото здраве, а не със закъснение. Даже прозвуча като сентенция.



ИЗКУСТВЕНИЯТ ИНТЕЛЕКТ СРЕЩУ ХОМО САПИЕНС

Изследователи от Института за бъдещето на човечеството в Оксфордския университет във Великобритания и департаментите по политически науки в Yale University, САЩ са изчислили кога изкуственият интелект ще надмине човешките способности. Резултатите от научното изследване са публикувани в arXiv.org.

Според експертите, изкуственият интелект ще надхвърли възможностите на човека в областта на езиковите преводи към

2024 година, ще замени водачите на товарни автомобили към 2027 година. Професията на писателите белетристи ще изчезне през 2053 година. По същото време хирургичните лечения ще се извършват до голяма степен от роботи. Авторите на изследването твърдят, че изкуственият интелект с 50% вероятност ще замени човека след 45 години. Прогнозите са направени след допитване сред 350 световни експерти в областта на изкуствения интелект.



НЕ НА НАСИЛИЕТО НАД МЕДИЦИ!

Последните случаи на насилие над медицински специалисти предизвикаха острата реакция на БЛС.

БЛС и лично д-р Маджаров категорично застават зад решението на министър Ананиев да бъде сезиран главният прокурор за последните случаи на насилие като наред с това апелира НК да се прилага „бързо, неумолимо и сурово“.

Според д-р Иван Маджаров именно незначителният брой осъ-

дителни присъди за насилие над медицински специалисти води до усещането за безнаказаност.

Сред останалите водещи причини за проявите на агресия са натрупаното напрежение и подсъзнателна ярост в малка част от обществото, която има по-ниско образование, защото „един образован, интелигентен гражданин няма да се превърне в насилник на лекар или учител“.

Председателят на съсловната организация беше категоричен, че

„не е нормално медиците да стават заложници на собственото си призвание и докато се борят да спасяват човешки живот, да бъдат принуждавани да защитават своя собствен“ и настоя, когато става въпрос за насилие над медици, законът да се прилага с цялата му строгост.

Д-р Иван Маджаров начерта и спешните мерки, които могат да бъдат предприети. Сред тях е по-сериозното охрана „в най критичните точки, защото в действителност има места, където агресията е част от ежедневието на

колегите“.

Освен това от съществено значение според него е предвидените в НК промени от 2013 г. да бъдат прилагани безкомпромисно, без да се взимат предвид фактори като чисто криминално досие, смекчавачи вината обстоятелства или емоционалното състояние на пациента или неговите близки. Защото в последна сметка така се руши държавността – да се напада лекар, полицаи, учител и т.н., доказано изпълнява своите служебни задължения и това да не бъде строго санкционирано, е недопустимо.

Д-Р СТОЯН БОРИСОВ, главен секретар на УС на БЛС:

ЗАРАДИ НЕДОСТАТЪЦИТЕ НА СИСТЕМАТА МЕДИЦИНСКИТЕ СПЕЦИАЛИСТИ ПОНАСЯТ НЕЗАСЛУЖЕНИ УПРЕЦИ



Д-р Борисов, насилието над медици започна да се превръща в сериозен проблем на днешното общество? Кога според Вас проблемът стана особено тревожен?

Насилието над медицински екипи започна да става сериозен проблем, откак системата на здравеопазването се оказа хронично недофинансирана.

В проучване, проведено от БЛС сред 2800 лекари и пациенти, близо половината от ползвателите на здравни услуги заявяват, че не са доволни от медицинските грижи, а недоволството им е породено както следва: от формите на допълнение (39%), от лимитите за направления (31%) и от неработещата здравна система (16%). Само 9% обособяват недоволството си с незаинтересованост и грубо отношение на лекарите.

Според резултатите от анкетата, основните причини за агресия над медици са ниското ниво на култура в обществото, употребата на упойващи вещества (в това число алкохол и наркотици), несъвършенствата на здравната система и липсата на доверие към нея и всичко това рефлектира върху лекарското съсловие.

Иначе казано, пациентът се среща с лекар, върху когото излива недоволството си от недостатъците на системата.

Кои фактори оказват влияние върху появата на агресия спрямо медицински лица?

Вероятно това е ниското ниво на култура сред някои групи от обществото. Без съмнение усещанията за безнаказаност и дефицит на справедливост, за които вече по-често се говори днес у нас, са едни от ключовите фактори медицинските екипи да се страхуват за живота и здравето си.

Доброто образование и високата здравна култура също са важни фактори, които могат да окажат благоприятен ефект при преодоляването на подобни проблеми.

Какво наруши баланса в доверието в отношенията лекар – пациент?

Това е една често дискутирана тема. Проблемите на здравеопазването не се представят коректно сред обществото. Така се формират обществени нагласи, които се оказват ирелевантни на фактическата обстановка. Обичайно всеки проблем се „отвежда“ към лекарите, които, бидейки крайното звено на системата на здравеопазването, на практика поемат на плещите си недостатъците, появили се някъде на друго ниво. Интересен факт е, че в 80-90 % от обвиненията се оказва, че това са всъщност системни грешки, за които се упрекват лекарите. В съчетание със стрес от кризисна ситуация, каквато е обичайната за нашата професия, се получава една взривоопасна обстановка.

Какво е нужно да се предприеме като първи и най-спешни мерки, за да спрем насилието над медиците?

През 2017 г. БЛС стартира мащабна кампания „Не на насилието“, под надслов #ПребориНева. Тя беше подкрепена от СЗО, пациент-

ски организации, а омбудсманът на Република България г-жа Мая Манолова стана неин патрон. В тази кампания се включи и Графа с песента „Надежда“. Умишлено сме търсили младата аудитория, тъй като според нас основно тя трябва да бъде информирана, запозната и търсена като партньор и съмишленник на подобна кампания.

Един интересен факт ще споделя с читателите - от 2011 г. до 2017 г. има 3 осъдителни присъди за насилие над медици, а са подвигнати 21 обвинения. Периодът е умишлено избран, за да съпоставим наказанието, получени преди и след 2013 г., когато насилието над медицински специалисти се приравни към това над полиция.

В периода 2011-2013 г., преди въвеждането на тези промени, са обнародвани 10 преписки за насилие над медици и ефективна присъда са получили двама души.

В последна сметка прокуратура, следствие и съд са институции, които могат и са призвани да бъдат спирачка за подобен род прояви.

Проблемът съществува от години. От първите и по-тревожни сигнали за това, предприети ли са мерки за справяне с насилието над медици и какви са били те?

По настояване на УС на БЛС през 2013 г. са въведени изменения и допълнения в НК, които имат за цел да гарантират едно по-високо ниво на защита на медицинските специалисти, наравно с прокурори, съдии, полицаи и др. От 13.07.2013 г. влиза в сила допълнение на Наказателния кодекс, което предвижда доста тежки наказания, а именно:

* убийство на медицински специалист, на учител, при или по повод на службата или функцията му, за което наказанието е лишаване от свободата от двадесет до тридесет години, доживотен затвор или доживотен затвор без замяна;

* причиняване на телесна повреда на медицински специалист, на учител при или по повод изпълнение на службата или функцията му, за което наказанието е лишаване от свобода, съответно 5-15 г., 3-10 г., 1-5 г. за тежка, средна и лека телесна повреда и до 3 години за лека телесна повреда, съпроводена с болка и страдание.

Както вече споменах обаче, това не даде желания резултат.

От БЛС поставихме въпроса за поставяне на паник бутони и видеонаблюдение в колите на спешните екипи, защото те най-често стават жертви. Имахме предложение и за изготвяне на карти с рисковите райони, в които линейките да са придружавани от полицейски екипи, както и „черен списък“ на пациенти, проявили насилие.

Можете ли да прогнозирирате в каква посока ще се развие проблемът?

Трудно е да се прогнозира. Както споменах, медиците понасят неzasлужени упреци заради недостатъците на системата. Те са хората, с които пациенти и техни близки се срещат, често при недотам докторски обстоятелства. И в съчетание с проблеми и недостатъци в сама-

та система на здравеопазването, се получават тези инциденти.

Ако системата не се реформира и недофинансирането продължава, то не съм оптимист.

Смятате ли, че проблемът се политизира като се включва и етнически елемент?

Едва ли. Последните случаи на насилие над медици просто се явяват като поредици в една серия от събития с голям обществен интерес, като последното беше това във Войводово. Вие знаете, че случват, предизвикал най – бурна реакция, беше този с д-р Гагова, при който нападателят не беше от ромски произход. Така че не смятам, че може да се търси някакво етническо противопоставяне или разделение.

Като цяло лекарското съсловие не дели пациентите си по никакъв начин. Хипократовата клетва е валидна в еднаква степен при всякакви обстоятелства.

Как държавата и обществото биха могли да помогнат за справяне с проблема?

Необходимо е преодоляването на проблемите с недостатъчното финансиране, недоброто структуриране и нарушените връзки между болнична и извънболнична помощ.

Добра идея е в училищата да се направи кампания, чрез която учениците да бъдат запознати с професията на лекаря и възможностите на съвременната медицина, паралелно с усилия в посока повишаване на здравната култура на подрастващите.

Показателите в медицинския сектор в България са напълно съотнесими с тези в световен мащаб и когато говорим например за майчинна или онкологична смъртност, навсякъде по света ситуацията е сходна.

Наложително е да се подобри финансирането на системата във всичките й сектори, да се предприемат мерки за реструктуриране на здравеопазването, да се отдели повече средства за младите специалисти, с което да ги задържи в България. Така ще се преодолее недостигът на екипи. В тази връзка трябва да се разгледа и проблемът за заплащането, защото той е

сред основните фактори професията да бъде непривлекателна в страната.

Доколкото съм запознат, в София са нужни 30 екипа, за да функционира системата на спешната помощ нормално, а към момента са 16. Почти половината от неохотимото. Ясно е под какво напрежение работят там колегите. И това е само един пример.

Къде според Вас е генезисът на проблема с насилието над медиците?

Може би недостатъчната информация за лекарската професия, емоционалното състояние на пациента или близките му, свързочаванията към лекарите.

Наред с това, с риск да се повтори, в основата на проблема са недостатъчното финансиране и необходимостта от структурни промени – възстановяване на нарушената връзка между болнична и извънболнична помощ.

Можем ли да кажем, че в определени ситуации състоянието на пациента или неговите близки могат да са оправдание за проява на агресия?

Действително има ситуации на огромен стрес и страх у пациента или близките му. Но това не може да е оправдание да се поства на хората, отзовавали се да оказват помощ. Да не забравяме, че медицинските специалисти също са подложени на стрес и напрежение, но

полагат всички усилия да вършат работата си максимално добре.

В една такава ситуация как смятате, че е разпределена вината между страните в конфликта?

Известно е, че в един конфликт вина има във всеки от участниците в него. Да, възможно е в определени ситуации поради напрежение, преумора или други професионални проблеми – недостатъчност на екипите, особено в спешната помощ, част от вината

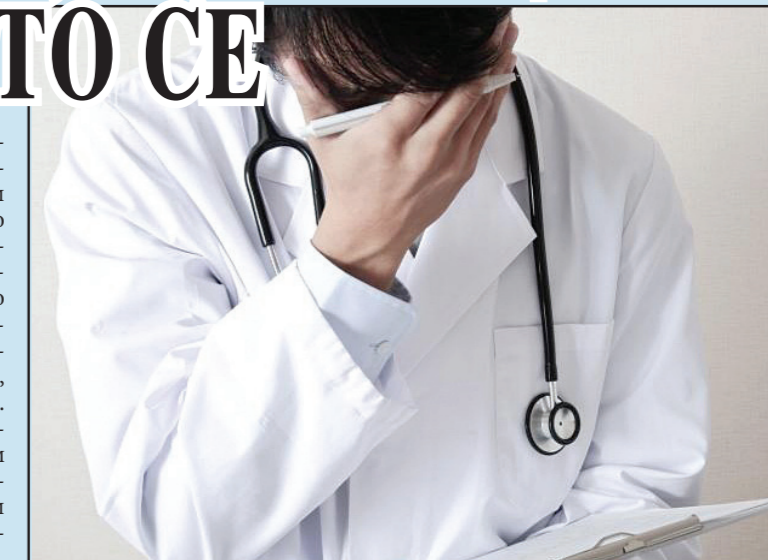
да търсим в медицинските екипи. Но това в никакъв случай не може да служи за оправдание на посещателствата и особено за проявите на брутално насилие!

Вие съблсъквали ли сте се с агресия, вербална или физическа, по време на работа?

Да, и това е сред най-неприятните преживявания на работното място, без да споменавам горчилката, която остава след такава ситуация.

НАТАЛИЯ АРМЯНОВА, фелдшер в спешна помощ - Горна Оряховица:

ФИЗИЧЕСКАТА РАНА ВЕЧЕ ЗАРАСНА, САМО БЕЛЕГЩЕ ОСТАНЕ, КОИТОЩЕ МИ НАПОМНЯ ЗА СЛУЧИЛОТО СЕ



Бихте ли ни казали какви бяха обстоятелствата около инцидента от Вашата гледна точка – на фелдшер в спешната помощ?

Във филиала в Горна Оряховица идват доста неспешни случаи, хора от малцинства и неосигурени лица, а филиалът страда от недостиг на персонал и е трудно да се обслужат всички, което действа изнервящо и всичко това може би е част от причините за случилото се. Остър е недостигът на персонал. В конкретния случай детето беше обслужено по всички стандарти. Работим с остаряла техника. Изобщо не очаквах, че затварянето на вратата може да предизвика подобна реакция.

Събота и неделя са особено тежки, защото общопрактикуващите лекари тогава не преглеждат и целият поток пациенти се насочва към спешната помощ. Наред с липса на култура и добро образование се стига до такива инциденти.

Недостигът на екипи и при Вас също се оказва един от факторите, които стоят в основата на проблема?

Да, персонал няма. Аз самата работя и на още едно място. Но искам да помагам, за да може да бъдат обслужвани хората. Аз много си обичам професията, изключително много. Работех я с ентузиазъм и удоволствие, защото за мен спасяването на човешки живот носи удовлетворение, както нищо друго.

Дори и да исках, те ти пречат. Някой от пациентите дори си назначават терапията и само ни информират какво трябва да направим. Като отиваш на адрес, се е случвало как да те мислят, че си казвайки „Дори и да исках, те ти пречат. Някой от пациентите дори си назначават терапията и само ни информират какво трябва да направим.“

Често ли се сблъсквате с агресия?

С вербалната агресия се сблъсквам ежечасно. Реплики като „овце“, „мърши“, „ще ви убием“, „ще ви заколим“ и какво ли още не са ежедневие. Речникът ми не е достатъчно богат в тази посока, за да изрече всичко, което съм чувала. Научили сме се да си „запущваме“ ушите за тези неща, защото вече...

Какво смятате за текстовите в НК, които са създадени, за да защитават медицинските специалисти?

Законът има врагички като дава възможност за смекчавачи вината обстоятелства – че лицето не е осъждано, че е родител и така на практика насилниците евентуално получават по 10-15 условни присъди. Паричната глоба, която се налага не може да се вземе, защото осъдените са социално слаби, на помощи, с ТЕЛК, социални пенсии, samotни майки, така че... Аз поставям въпроса – след като една майка се държи по този начин, какъв пример и какво възпитание ще даде на децата си?

Децата раждат деца и това се negliжират, понеже ставало въпрос за хората от малцинствени групи. За мен това е неприемливо. Това са равнопоставени български граждани, които имат права и задължения, както всички. Не може да се ражда на 14 или 15-годишна възраст. Просто е страшно!

Според Вас тенденцията няма да бъде спряна, тъй като моделът на поведение е сбъркан?

Да, точно така. Аз нямам про-

тив малцинства или които и да било социални групи и прослойки, няма значение какви са. Законът важи за всички! Нека да се спазва. И като не се спазва да се прилагат предвидените санкции. В другите държави да са намерили начин ефективно да налагат санкциите и да си събират глобите – било чрез общественополезен труд или друг начин, значи може и в България да стане. Не е справедливо да се намира оправдание в принадлежността към един или друг етнос. Защото в крайна сметка всеки ползва обществени блага и услуги и е редно да се спазва балансът между права и задължения.

Аз съм се срещала и с изключително благородни и добронамерени хора, които са били благодарни и са го изразявали с много силни думи. Далеч не твърдя, че всички са агресори или потенциална заплаха. Но нека се спазват законите. Това е напълно достатъчно. А не да се заобикалят и да се толерира чувството за безнаказаност.

Защото, знаете ли, ако аз бях посетена, ако я бях ударила, знаете ли какво щеше да стане? „Лекар набива майка с болно дете, с порок на сърцето“ и щеше да стане нещо трагично и да застанат зад гърба й.

Затова наистина аз искам да благодаря на моите колеги, че застанаха зад гърба ми и ме подкрепиха. Това за мен е... много!

Все още ли стоите твърдо зад решението си да напуснете системата на здравеопазването?

Понеже аз съм все още под огромен стрес, мисля да си дам почивка. Просто се страхувам! Как да Ви го обясня?

Аз никога не съм се страхувала, но сега... Аз съм силен човек, но психиката на човек реагира не предвидимо. Мен не ме е страх от всичко взето и азеса поне си стоях въздъх и не смея да излизам, защото ме е страх. Смятам да напусна района за известно време, за да се отърва от спомена. Колегите ми предлагат, които трудно ги преживявам, колкото и да сме „обръгнали“ на такива неща. Има гледки, които трудно се приемат. Спомятам си една катастрофа, след която цяла седмица сънувах трупове... Така че това са неща, които трудно се преодоляват, но ние намираме сили да се справим и в същото време отиваш на работа усмихнат. Аз винаги съм усмихната на работното си място и мисля, че има хора, които разчитат на моята помощ ме караше да продължа напред. Никои обаче не се интересуват от този аспект на професията. Ние сме длъжни да се справяме с всичко – смъртта, боя, унижението... всичко. Още повече, че техниката ни е амортизирана, всичко е и мо-

то е имало. Аз не съм конфликтен човек. Когато видя, че има разпрания, подхождам с добро, защото всеки в болката си е

малко егонист, а когато става въпрос за близък, хората стават и доникъде агресивни. Това е нормално. Искат всичко да се случи на момента и ние сме наясно с това. Когато има вербална агресия, гледам да тръгнеш с добро. Винаги съм намирала подход, ако не става въпрос за пияни или дрогирани. Заради това колегите бяха безкрайно учудени защо на мен се е случило подобно нещо.

Защото аз по принципи не предизвиквам агресия. Ние постоянно сме обиждани и аз вече не го приемам за обид.

От думите Ви резонно възниква въпросът – след като Вие разбирате причините за неприемливото поведение, намирате ли адекватно разбиране от страна на пациентите и близки?

Точно това е, че в България е насадено мнението, че лекарят е длъжен да разбира, да влезе в положението. Но дали той е изморен, изнервен, болен, стресиран и т.н. си остава негов проблем, който казва само и единствено него. Когато насреща стои ниско образован човек, със скромни възможности, чувствително към права има той. На мен са ми казвали: „Ти си длъжна да ме обригваш!“ Никои не се интересува ти как преодоляваш стреса от катастрофите... защото ние работим на терен и ставаме свидетели на страшни гледки, които трудно ги преживявам, колкото и да сме „обръгнали“ на такива неща. Има гледки, които трудно се приемат. Спомятам си една катастрофа, след която цяла седмица сънувах трупове... Така че това са неща, които трудно се преодоляват, но ние намираме сили да се справим и в същото време отиваш на работа усмихнат. Аз винаги съм усмихната на работното си място и мисля, че има хора, които разчитат на моята помощ ме караше да продължа напред. Никои обаче не се интересуват от този аспект на професията. Ние сме длъжни да се справяме с всичко – смъртта, боя, унижението... всичко. Още повече, че техниката ни е амортизирана, всичко е и мо-

то е имало. Аз не съм конфликтен човек. Когато видя, че има разпрания, подхождам с добро, защото всеки в болката си е

малко егонист, а когато става въпрос за близък, хората стават и доникъде агресивни. Това е нормално. Искат всичко да се случи на момента и ние сме наясно с това. Когато има вербална агресия, гледам да тръгнеш с добро. Винаги съм намирала подход, ако не става въпрос за пияни или дрогирани. Заради това колегите бяха безкрайно учудени защо на мен се е случило подобно нещо.

Защото аз по принципи не предизвиквам агресия. Ние постоянно сме обиждани и аз вече не го приемам за обид.

От думите Ви резонно възниква въпросът – след като Вие разбирате причините за неприемливото поведение, намирате ли адекватно разбиране от страна на пациентите и близки?

Точно това е, че в България е насадено мнението, че лекарят е длъжен да разбира, да влезе в положението. Но дали той е изморен, изнервен, болен, стресиран и т.н. си остава негов проблем, който казва само и единствено него. Когато насреща стои ниско образован човек, със скромни възможности, чувствително към права има той. На мен са ми казвали: „Ти си длъжна да ме обригваш!“ Никои не се интересува ти как преодоляваш стреса от катастрофите... защото ние работим на терен и ставаме свидетели на страшни гледки, които трудно ги преживявам, колкото и да сме „обръгнали“ на такива неща. Има гледки, които трудно се приемат. Спомятам си една катастрофа, след която цяла седмица сънувах трупове... Така че това са неща, които трудно се преодоляват, но ние намираме сили да се справим и в същото време отиваш на работа усмихнат. Аз винаги съм усмихната на работното си място и мисля, че има хора, които разчитат на моята помощ ме караше да продължа напред. Никои обаче не се интересуват от този аспект на професията. Ние сме длъжни да се справяме с всичко – смъртта, боя, унижението... всичко. Още повече, че техниката ни е амортизирана, всичко е и мо-

то е имало. Аз не съм конфликтен човек. Когато видя, че има разпрания, подхождам с добро, защото всеки в болката си е

Според Вас тенденцията няма да бъде спряна, тъй като моделът на поведение е сбъркан?

Да, точно така. Аз нямам про-

то е имало. Аз не съм конфликтен човек. Когато видя, че има разпрания, подхождам с добро, защото всеки в болката си е

малко егонист, а когато става въпрос за близък, хората стават и доникъде агресивни. Това е нормално. Искат всичко да се случи на момента и ние сме наясно с това. Когато има вербална агресия, гледам да тръгнеш с добро. Винаги съм намирала подход, ако не става въпрос за пияни или дрогирани. Заради това колегите бяха безкрайно учудени защо на мен се е случило подобно нещо.

Защото аз по принципи не предизвиквам агресия. Ние постоянно сме обиждани и аз вече не го приемам за обид.

От думите Ви резонно възниква въпросът – след като Вие разбирате причините за неприемливото поведение, намирате ли адекватно разбиране от страна на пациентите и близки?

Точно това е, че в България е насадено мнението, че лекарят е длъжен да разбира, да влезе в положението. Но дали той е изморен, изнервен, болен, стресиран и т.н. си остава негов проблем, който казва само и единствено него. Когато насреща стои ниско образован човек, със скромни възможности, чувствително към права има той. На мен са ми казвали: „Ти си длъжна да ме обригваш!“ Никои не се интересува ти как преодоляваш стреса от катастрофите... защото ние работим на терен и ставаме свидетели на страшни гледки, които трудно ги преживявам, колкото и да сме „обръгнали“ на такива неща. Има гледки, които трудно се приемат. Спомятам си една катастрофа, след която цяла седмица сънувах трупове... Така че това са неща, които трудно се преодоляват, но ние намираме сили да се справим и в същото време отиваш на работа усмихнат. Аз винаги съм усмихната на работното си място и мисля, че има хора, които разчитат на моята помощ ме караше да продължа напред. Никои обаче не се интересуват от този аспект на професията. Ние сме длъжни да се справяме с всичко – смъртта, боя, унижението... всичко. Още повече, че техниката ни е амортизирана, всичко е и мо-

то е имало. Аз не съм конфликтен човек. Когато видя, че има разпрания, подхождам с добро, защото всеки в болката си е

малко егонист, а когато става въпрос за близък, хората стават и доникъде агресивни. Това е нормално. Искат всичко да се случи на момента и ние сме наясно с това. Когато има вербална агресия, гледам да тръгнеш с добро. Винаги съм намирала подход, ако не става въпрос за пияни или дрогирани. Заради това колегите бяха безкрайно учудени защо на мен се е случило подобно нещо.

Защото аз по принципи не предизвиквам агресия. Ние постоянно сме обиждани и аз вече не го приемам за обид.

От думите Ви резонно възниква въпросът – след като Вие разбирате причините за неприемливото поведение, намирате ли адекватно разбиране от страна на пациентите и близки?

Точно това е, че в България е насадено мнението, че лекарят е длъжен да разбира, да влезе в положението. Но дали той е изморен, изнервен, болен, стресиран и т.н. си остава негов проблем, който казва само и единствено него. Когато насреща стои ниско образован човек, със скромни възможности, чувствително към права има той. На мен са ми казвали: „Ти си длъжна да ме обригваш!“ Никои не се интересува ти как преодоляваш стреса от катастрофите... защото ние работим на терен и ставаме свидетели на страшни гледки, които трудно ги преживявам, колкото и да сме „обръгнали“ на такива неща. Има гледки, които трудно се приемат. Спомятам си една катастрофа, след която цяла седмица сънувах трупове... Така че това са неща, които трудно се преодоляват, но ние намираме сили да се справим и в същото време отиваш на работа усмихнат. Аз винаги съм усмихната на работното си място и мисля, че има хора, които разчитат на моята помощ ме караше да продължа напред. Никои обаче не се интересуват от този аспект на професията. Ние сме длъжни да се справяме с всичко – смъртта, боя, унижението... всичко. Още повече, че техниката ни е амортизирана, всичко е и мо-

ДА СИ ВИРУСОЛОГ Е ПРИЗВАНИЕ

АКАД. АНГЕЛ ГЪЛЪБОВ ПРАЗНУВА ДВОЕН ЮБИЛЕЙ



През февруари т.г. акад. Ангел Гълъбов, д.м.н., празнува две юбилейни дати – 80-ия си рожден ден и 55 години от неговата дейност на специалист, преподавател, експериментатор и откривател в областта на вирусологията.

Той е ученик на Нобеловия лауреат Андре Лвов (Институт Пастър, Париж, 1968 г.) и на акад. Вадим Агол (Московски университет „М. Ломоносов“, Москва, 1975 г.). В научните среди акад. Гълъбов се ползва с изключителна почит заради изследванията си, посветени на антивирусните средства - инхибитори на вирусната репликация и модификатори на биологичния отговор (интерферон и индуктори, антиоксиданти). В областта на

вирусните инхибитори има съществени приноси в методите за скрининг на активни вещества (продукти на химичен синтез и от природни източници, инхибитори на ентеновируси, грипни, адено-, тога-, флави-, херпесвируси и др.), механизъм на действие, лекарствена резистентност и подходи за преодоляването ѝ, комбинирани ефекти. Плодотворна е дейността му, свързана с вирусцидни микробициди, онколитични парвовируси, молекулна епидемиология на папиломавирусните инфекции, Балканска ендемична нефропатия и др. През последните години той отбеляза значими постижения и в областта на популационната генетика и произхода на българите.

Автор е на 40 изобретения, над 290 научни публикации, от които повече от 200 са в международни списания, на една монография и на 11 глави в монографии на международни издателства. Статиите му са цитирани над 1 500 пъти в специализираната литература.

В историята на науката акад. Гълъбов ще остане и като председател на Научно-консултативния съвет към УС на БАН, зам-председател на Общото събрание на БАН (2008-2012 г.), председател на НС на Института по микробиология към БАН. Забележителна е дейността му като директор на Института по микробиология към БАН, който акад. Гълъбов ръководи в продължение на 17 години (1995-2011 г.). Сред заслугите му са: присъединяването на този институт към международната мрежа на Пастъровите институти (2004 г.); работата му като член на Изпълнителното бюро на Пастъровите институти и

като координатор на институтите от зона Европа (2008-2011 г.). Той е един от основоположниците на Българската национална академия по медицина (БНАМ), а в момента е неин зам.-председател. Експерт е на Световната здравна организация по вирусология и на Комисията по дезинфектанти на ЕС. Основоположник е на първата в Европа симпозиумна верига по антивирусни вещества. Член е на International Society for Antiviral Research (ISAR) от 1990 г. и е участвал в ръководството (International Council) на ISAR. Организиран е 24-та Конференция за антивирусни изследвания (ICAR) през 2011 г. в София. Член е на Съюза на учените в България (СУБ) от 1965 г. Работил е в ръководството му. Сега е председател на Българското микробиологично дружество към СУБ. Акад. Гълъбов е организатор и водещ на всички конгреси с международно участие на родното микробиологично дружество към този съюз. Инициатор е на Дните на вирусологията в България. Негова заслуга е създаването на Балканското микробиологично дружество (BSM) през 1998 г. Трикратно е Президент на BSM, включително и сега. Активно се труди и като главен редактор на списание „Acta Microbiologica Bulgarica“.

Със своята плодотворна дейност акад. Ангел Гълъбов доказва, че да си вирусолог не е само професия и съдба, а преди всичко - призвание. Екипът на вестник „Quo vadis“ му пожелава и занапред да работи с досегашната си дързост, любов и вдъхновение и да се радва на жизнелюбивостта му многолетие.

5G ТЕХНОЛОГИИ НАВЛИЗАТ В МЕДИЦИНАТА

Китайски лекари в провинция Фузиен извършиха първата в света операция от разстояние с помощта на 5G технология върху прасе, пише bulgarian.cri.cn. Д-р Лиу Жун успя да използва 5G връзка, за да контролира дистанционно роботизирана ръка в болница, отдалечена на 50 км. Технологията му позволи да вижда ясно в реално време какво се случва, както и да общува с асистентите. От животното бе отстранен дял от черния дроб за по-малко от 10 минути. Лиу Дзинфън, друг лекар, участвал в операцията, каза, че тази интервенция е доказала приложението на 5G технологиите в медицината от разстояние.

Почти фантастични перспективи открива триизмерното моделиране на органи. Методът е разработен благодарение на интердисциплинарно сътрудничество. Създадени са проекти за компютърна система, която ще изгражда индивидуален триизмерен модел на артериите на пациент с атеросклероза. Като се базира на това моделиране, системата ще прави прогнози за развитието на болестта и ще симулира как би се променило състоянието на пациента с времето. При точно пресъздаване на реалната ситуация кардиолозите ще могат да планират максимално щадящо лечение.



Много надежди се възлагат на наночастиците. Изследователи от Технологичния институт в Масачузет са създали наночастици, които не само откриват засегнати от атеросклероза кръвоносни съдове. Когато се прихванат към увредени клетки на съдовете, наночастиците отделят медикаменти направо в засегнатото място. Това въздействие продължава почти две седмици. По този начин може да се избегне разширяването на запушените от атеросклеротични плаки артерии чрез стентове.

Трансвенозен достъп при емболизация на мозъчна артериовенозна малформация

Прочутият интервенционален невrorентгенолог проф. Шарбел Монайе от Франция гостува у нас, за да извърши сложни хирургични интервенции на пациенти с опасни мозъчни малформации. Ще работи заедно с доц. Станимир Сираков, носител на приза на фондация Ротшилд за най-добър млад специалист в тази област. Четирима български пациенти ще бъдат лекувани по иновативен метод в столичната УМБАЛ "Свети Иван Рилски". Проф. Шарбел Монайе е сред първите специалисти по ендоваскуларно лечение на артериовенозни малформации. Той и проф. Рене Шапо от Германия прилагат т.нар. трансвенозен достъп при емболизацията на въпросните малформации.

ИНОВАТИВНАТА ТЕХНИКА СЕ ПРАКТИКУВА ОТ ДВЕ ГОДИНИ

Надеждите са, че с нея ще се помага на пациенти, които преди 5-6 години са били поставяни в графа „инооперабилни“. Съвместната демонстрация на проф. Монайе и доц. Сираков ще бъде част от Балканската неврологична среща "Трансвенозен достъп при емболизация на мозъчна артериовенозна малформация", за участие в която са поканени всички водещи интервенционални невrorентгенолози от региона.

Опасните малформации представляват кълбо от абнормални или не добре формирани кръвоносни съдове. Перфорацията на

някои от тях в повечето случаи е животозастрашаваща. В зависимост от локализацията си те водят до различни увреждания: от парези и говорни смущения до епилептични припадъци. При това епилепсията, причинена от подобни малформации, е фармакорезистентна. При ендоваскуларната емболизация

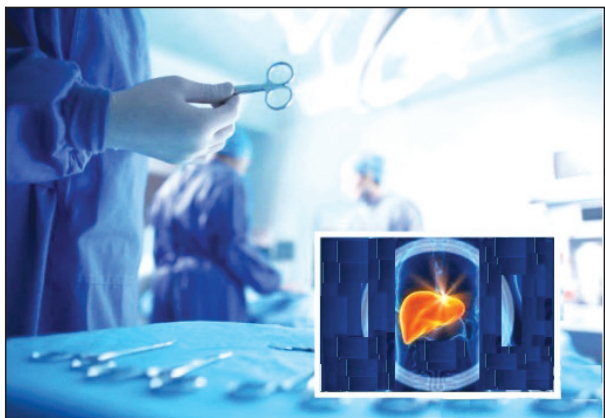
ДОСТЪПЪТ ДО ПАТОЛОГИЧНИТЕ СЪДОВЕ

стартира от артерия на крака. Преминава се по съдовата система. С помощта на специални микрочатетри, след като се стигне до центъра на малформацията, патологичните съдове се запълват с тъканно лепило. Така се изолират

от нормалното кръвообращение. В тях няма пулсиране и налягане, като съответно шансът за кървене е елиминиран. "По този начин решаваме проблема на пациента - бил той неврологичен или животозастрашаващ, а в 70% от случаите дори можем да спрем пристъпите на епилепсия", разясни неотдавна пред медиите доц. Сираков. В УМБАЛ "Св. Иван Рилски", където той работи, са направени през 2018 година 29 операции на артериовенозни малформации. Всички тези интервенции са преминали успешно, без усложнения, което е много добър резултат. Най-малката пациентка е била 7-годишна, а най-възрастният пациент - около 50-годишен.

ЕКС ВИВО МАШИННО ОРОСЯВАНЕ

Това е модерна технология, създадена от проф. Дариуш Мирца от университетската болница в Бирмингам. Новият метод осигурява съхранение на черен дроб от донор до 24 часа. Освен това позволява на хирурга да провери дали подарения орган има увреждания, преди да го присади. Вместо да се замразява в лед, отделеният от тялото на донора черен дроб се измива от кръвта и се поставя в апарат за оросяване, където се облива с кислород и с кръв. Така функционира почти нормално извън



тялото. Температурата в новото устройство се поддържа близо до нулата, така че органът се нуждае от по-малко кислород, за да остане жизнен. Според проф. Мирца модерното екс виво машинно оросяване ще увеличи броя на успешните трансплантации на черен дроб с 20 до 50 процента.

ПРОЕКТ НА НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА ПО ДОНОРСТВО И ТРАНСПЛАНТАЦИИ

Създаване на Център за трансплантации на бял дроб е заложено в проект на Национална програма по донорство и трансплантации. Той все още се подготвя от здравното министерство, Агенцията по трансплантации и координаторите по донорство. Ще бъдат ангажирани специалисти от ВМА и болница "Света Екатерина". Екипите ще включват пулмолози, сърдечни хирурзи, анестезиолози. Предвидено е специалното им обучение. Програмен директор ще извършва мониторинг на целия работен процес. Очакванията са програмата да се финализира до края на февруари т.г., обяви пред медиите здравният министър Кирил Ананиев. Той припомни и договорката с австрийски специалисти, според която годишно до петима наши пациенти ще могат да бъдат трансплантирани във Виена, както и че ще се обучават български лекари. „Основната ни цел е в края на 2019 г. или най-късно в началото на 2020 г. в България да може да се проведе първата белодробна трансплантация“, заяви министър Ананиев.

UBI VENE, IBI PATRIA?

Над 10 000 лекари и 8 000 медицински сестри са напуснали Италия, за да работят в чужбина. Това се е случило в периода между 2005 и 2015 г., съобщиха неотдавна медиите в Европа, цитирайки доклад, изготвен от фондациите Eurispes и Enram. Италианските лекари най-често отиват да работят във Великобритания и в Швейцария заради по-високи заплати и по-добри условия на труд, сочат данните. Масово страната си напускат младите специалисти, които са на възраст между 28 и 39 г., а най-голям брой на потър-



силите препитание зад граница са лекари от областта Венето. Пренебрегнали са я въпреки романтиката на Венеция и Падуа, независимо от природата, историята

и архитектурата на този регион. „Италианската държава харчи средно по 150 000 евро за обучението на един млад лекар“, казва Массимо Тортореа (Massimo

Tortorella) - основател на организацията Consulcesi Group, която помага на лекари от Италия да преминат обучение във Великобритания, позволяващо им да практикуват професията си там. Тортореа обяснява, че работата в чужбина дава по-добри възможности за развитие на медиците, отколкото в Италия.

Това напомня за казаното от римския държавник, философ и оратор Марк Тулий Цицерон: „Ubi bene, ibi patria“ („Родината е там, където ми е добре“). В днешно време тези думи са придобили свойството

на щит пред носталгията, присъща на всеки човек, включително и на лекаря - специалиста, учения, изследователя. Досегашните наблюдения у нас и по света сочат, че в 99 на сто от случаите подобни думи само скриват емоциите по изоставената родина. Но не ги отменят! Нямам силата да спрат житейските изводи, които всеки прави за себе си. Сред тях могъщо се откроява веруването на прочутия нобелист Иван Петрович Павлов: „Науката няма родина, но ученият е длъжен да има. Моята е Русия“.

ПЕЧАЛНО ПЪРВЕНСТВО

НА ЧЕЛНИ ПОЗИЦИИ СМЕ ПО СМЪРТНОСТ ОТ НЕПРАВИЛНО ХРАНЕНЕ

България е класирана на 12 място по смъртност, предизвикана от неправилно хранене, сред общо 51 държави. Те са участвали в изследване на университетата „Фридрих Шилер“ в Йена, Германия, за периода 1990-2016 г., съобщава британското издание „Daily Mail“. Първите 10 страни с най-висока смъртност от неправилно хранене са: Узбекистан, Туркменистан, Киргизстан, Украйна, Молдова, Азербайджан, Беларус, Таджикистан, Казахстан и Русия. На 11-то място е Грузия. Веднага след нея е България с 260 починали от сърдечно-съдови заболявания. За 1 година от неправилно хранене у нас са напуснали земния свят 35 298 души, сочи класацията. След България се нареждат Латвия, Литва, Румъния, Словакия, Армения, Македония, Унгария, Черна гора и Албания. На дъното в класацията са Испания и Израел. От страните в Западна Европа най-зле е Германия, където за 1 година са починали 164 639 души.

ГЕРМАНИЯ ИСКА РЕГЛАМЕНТИ ЗА ДВИЖЕНИЕТО НА МЕДИЦИТЕ В ЕВРОПЕЙСКИЯ СЪЮЗ

Бившият държавен секретар в Министерство на финансите на Германия - Йенс Спан (Jens Spahn), който през март 2018 г. стана федерален министър на здравеопазването, поиска регулация на движението на лекари в Европейския съюз. Целта му е да попречи на държавите-членки да си отнемат една от друга лекари. Спан е дал пример с Швейцария, която привлича лекари от съседни страни, включително и немски медици. „Мога да ги разбера. – твърди министърът пред таблоида „Blick am Sonntag“ - Швейцария е богата страна. Ясно

е обаче, че в Германия има недостиг на тези специалисти. Липсата им се компенсира от полски лекари, работещи в Германия, а това води до дефицит на специалисти в Полша, което не може да е правилно.“ Според него е време да се създадат нови регламенти относно привличането на хора с определени професии в ЕС, но без да се поставя под въпрос свободата на движението им. В момента има такива споразумения в рамките на Световната здравна организация, които биха могли да служат като модел, категоричен е Спан.

ПОВЕЧЕ ОТ ПОЛОВИНАТА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРИ СА НАД 55 ГОДИНИ

„Над половината от българските лекари са на възраст надхвърляща 55 години, а само един от четирима е под 45, сочат данни на Националния статистически институт, оповестени неотдавна от Expert.bg. Най-много лекари са съсредоточени в областите, в чиито центрове има медицински университети и университетски болници - Плевен (59.7 на 10 000 души от населението), Пловдив (51.4), София - град (51.0), Варна (49.8) и Стара Загора (43.4). Най-нисък е този показател за областите Кърджали (26.4), Добрич (27.2) и Перник (27.3).

ПРИМЕРЪТ НА БОЛЯРОВО

За да имат лекари, от българ-

ската община Болярово предлагат материално и финансово стимулиране, съобщиха в началото на тази година БНР. Общината е с население от 4000 души. „Проблемът с липсата на лекари и стоматолози е от близо 20 години“, признава кметът на общината Христо Христов и допълва: „200 лева всеки месец заплащаме на лекарските практики с цел да подпомагаме тяхната дейност. По 8 кубика дърва допълнително през годината даваме на медиците. Наем за кабинетите не искаме“. Центърът за спешна медицинска помощ в Болярово е най-важното и единствено здравно заведение, на което хората разчитат денонощно.

РЕЗИСТЕНТНИ БАКТЕРИИ ЩЕ ПОГУБЯТ 2,4 МИЛИОНА ДУШИ ДО СРЕДАТА НА XXI ВЕК



Устойчивите на антибиотици бактерии са заплаха за здравето не само сега, но и за следващите години, категорични са специалисти от Световната здравна организация. Според последните статистики на СЗО 25 хиляди души умират годишно в Европа заради резистентност към антибиотици. В САЩ броят на починалите по тази причина е 23 хиляди, но се смята, че ситуацията прогресивно се влошава. Прогнозите са, че смъртните случаи в света до 2050 г. поради въпросната устойчивост ще достигнат до 2,4 милиона. Изчисленията само в Европа за следващите три десетилетия сочат, че 1,3 милиона ще са

жертви на болести, неподатливи на медикаментозно лечение. Основните фактори за проблема са прекомерната употреба на антибиотици и ограничените възможности за откриване на нови класове лечебни средства от тази група. И още - всяка година 1,5 милиона деца умират заради непоставени ваксини, се казва в доклад на СЗО. Разрастват се инфекции, за които се приемаше, че са елиминирани с масови имунизации. Проучвания сочат, че всяко едно на пет бебета в световен мащаб не се имунизират. Така застрашително расте опасността от епидемии и смъртни случаи поради болести, срещу които съществуват

ефективни ваксини. Според СЗО в последните години се наблюдава увеличение с 30% на заболелите от морбили в световен мащаб. Регистрат се и повече боледуващи от коклюш, въпреки ефективните ваксини. Тъй като болестта е смятана за напълно овладяна, много родители предпочитат да не ваксинират децата си. През 2011 г. обаче във Великобритания са регистрирани над 4000 болни от коклюш, а само година по-късно в САЩ избухва епидемия, която обхваща над 18 хиляди заразени. Експертите подчертават, че при липса на колективен имунитет рискът от епидемии е напълно реален.

ЗАПЛАШВА ЛИ ВИ БЪРНАУТ СИНДРОМ?

Той е известен още като болест на професионалното изчерпване. Американският психиатър Хърбърт Фройденберг го определя като „синдром на високата цена за желаните високи постижения“. И така, каква цена заплащате Вие?

Върху всеки от дните на седмицата /П; В; С; Ч; П; С; Н/ поставете по една точка, ако за този ден срещу твърденията казвате „Да“. При отговор с „Не“ не отбелязвайте нищо. Накрая сумирайте точките.

ВЪПРОСИ:

В кои дни от седмицата:

1. Чувствате по-скоро умора, отколкото прилив на енергия – П; В; С; Ч; П; С; Н
2. Изпитвате остра нужда от сън – П; В; С; Ч; П; С; Н
3. Хората, с които се срещате, Ви карат да си мислите: „Не ги понасям“ – П; В; С; Ч; П; С; Н
4. Напрежението Ви достига краен предел – П; В; С; Ч; П; С; Н
5. Ентусиазмът Ви напуска – П; В; С; Ч; П; С; Н

6. Изпълнявате дейности, които сериозно Ви затрудняват – П; В; С; Ч; П; С; Н
7. Работите по цял ден, а резултатите Ви са семпли – П; В; С; Ч; П; С; Н
8. Забравяте важни срещи – П; В; С; Ч; П; С; Н
9. Изпускате срокове – П; В; С; Ч; П; С; Н
10. Обхваща Ви неувереност – П; В; С; Ч; П; С; Н
11. Изпушвате над 20 цигари – П; В; С; Ч; П; С; Н

12. Изпивате повече от 3 чаши силно кафе – П; В; С; Ч; П; С; Н
13. Преяждате – П; В; С; Ч; П; С; Н
14. Поемате над 50 гр. концентриран алкохол – П; В; С; Ч; П; С; Н
15. Нямате време за общуване с приятели – П; В; С; Ч; П; С; Н
16. Измъчва Ви главоболие – П; В; С; Ч; П; С; Н
17. Кръвното Ви налягане се повишава – П; В; С; Ч; П; С; Н
18. Нямате време за хоби – П; В; С; Ч; П; С; Н

ОТГОВОРИ:

От 1 до 20 точки. Бърнаут синдром със сигурност не Ви заплашва.

От 21 до 40 точки. Все още нямате проблеми, но трябва да обърнете внимание на твърденията, на които отговорите са „Да“.

От 41 до 60 точки. Вие сте на границата на професионалното изчерпване. Ако не направите промени в начина си на живот, ще Ви достигнат здравословни проблеми.

Над 60 точки. Внимателно анализирайте всяко едно твърдение, довело до Вашия позитивен отговор. Не забравяйте, че Бърнаут синдромът възниква най-често заради прекомерни амбиции и повишен личностен стремеж към независимост на професионалното поприще. Разпалва се от драстичното противоречие между желанията Ви и Вашите реални възможности.

УРОЦИ ПО ЧОВЕЧНОСТ



Болницата днес

Историята е значима не само с информацията, която съхранява за минали времена. Чрез нея намираме отговори на въпроси, свързани с днешния ден и правим прогнози за бъдещето. Например, все по-често научаваме за прояви на агресия към медици, за превито, прекършено, смазано и изчезващо доверие между лекувани и лекуващи. Сред стъпките към решение на проблема се нарежда и историята на

БЪЛГАРСКАТА БОЛНИЦА

„ЕВЛОГИ ГЕОРГИЕВ“ В ЦАРИГРАД

Тя е открита на 20 декември 1901 г. Действа активно едно десетилетие, което съвпада с период на подем за младата българска държава. След 1911 г. лечебната дейност в Цариград бавно заглъхва. Днес сградата е собственост на частно заведение за медицинска помощ. Реално българската болница функционира едно десетилетие, което за историята е само миг. Но, ако се пренесем в този миг, ако го почувстваме, сигурно ще променим нещо в себе си към по-добро.

АРХИВЪТ

В хранилището с документи е хладно и вълнуващо. Поемам в ръцете си тетрадки на повече от 100 години, но преди да ги разтворя мислено маркирам основните етапи в дългата предистория на тази болница. Началото е в текст на д-р Захари Струмски, който през 1851 г. пише в „Цариградски вестник“, че за българите в турската столица липсват медицински

грижи. Идеята за построяване на наше здравно заведение узрява в продължение на четири десетилетия. Тя се подема през 1891 г. от Димитър Греков, тогавашен министър на външните работи в правителството на младата ни държава. То отпуска средства за изграждане на нова болница в Цариград. След още три години зад благородната инициатива застава Българското благотворително братство „Екзарх Йосиф I“, което помества в екзархийския вестник „Новини“ призив за дарителство. Големият предприемач, най-богатият български търговец и банкер от края на 19-ти век – Евлоги Георгиев, научава за призива и прави дарение от 130 000 златни лева. В знак на признателност болницата носи неговото име. След смъртта му акад. Иван Евстатиев Гешов допълва сумата, за доизграждане на здравното заведение и за обзавеждане на стационара. С помощта на акад. Гешов е осигурено болнично оборудване според последната дума на тогавашната медицина. Това се вижда от някои

ДОКУМЕНТИ, КОИТО ПОРАЖДАТ

ЕМОЦИИ И РАЗМИСЛИ

Прелиствам, уж сухи отчети за доставена апаратура, а си представям благоустроена болница. Тя сякаш оживява със своите лекари и пациенти, с апаратурата, просторните си стаи и коридори. Дори мога да усетя мирис на карбол. Изрядната чистота и подредба са увековечени чрез снимки на здравното заведение. То е толкова далеч от студената празнота на

познатите ни болнични мастодонти, част от които днес се реформират или пустеят.

Заемам се с историите на заболяванията. Не е трудно да се ориентирам – в документите преобладава латинска терминология, доказваща най-категорично, че и тогава са били чести диагнози като инфаркт, инсульт, бъбречнокаменна и жлъчнокаменна болест. Някои от анамнезите са на френски, други – на руски език. Нали, повечето наши лекари са учили в Западна Европа и Русия. Сред нечетливите подписи откривам имена, отдавна известни в историята на българската медицина: д-р Цачев – първият главен лекар на болницата, д-р Вазов, д-р Лазаров. Разбирам, че за стационара се е грижил първият председател на БЛС – д-р Димитър Моллов. Всъщност, талантлив и енергични медици, родени в страната ни, винаги е имало. Тревожното е, че сега повечето от тях, особено младите, напускат България и търсят препитание в чужбина. Прогонват ги не само скромните заплати в родното здравеопазване и невинаги колегиалната конкуренция, но и нарастващата пропасть между лекари и пациенти, физическите и вербални посещения над медиците от страна на болни хора и близките им, нескончаемите

реформи в системата...

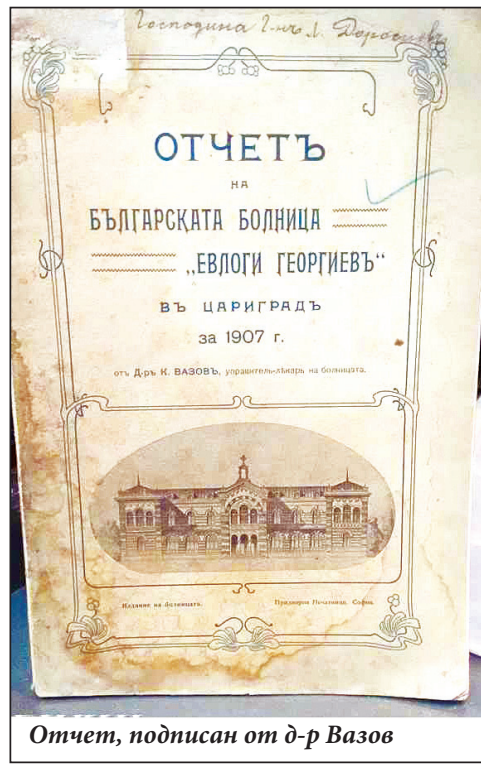
От подобни проблеми няма и следа в пожълтелите тетрадки. Документирани са обаче колегиалната помощ, доверието на пациентите и сътрудничеството между лекарите – наши и от други националности. Трудно се разчита името на офталмолог, но до него с молив и с мастило е отбелязано, че е турски специалист, който всяка седмица лекува пациенти в българската болница. Лекува ги безплатно! Какви са били неговите подбуди? Обяснение може да се търси в професионалния му интерес към богатата патология сред контингента на здравното заведение. Но и в друго, което изглежда нерепално сега при толкова случаи на жестоко потъпка на етика. Това е лекарският и човешкият морал. Доказателство за висотата му е

СТРАНЕН ПЛИК С УДОСТОВЕРЕНИЯ

Всяко от тях е лист хартия с надпис – „Свидетелство за бедност“. Срещу такава свидетелство в болницата са приемани без пари изпаднали в нужда българи, арменци, евреи, цигани. Очевидно тук е бил на почит Хипократовият принцип за еднакъв лечебен подход към болните хора. И нито етническата, нито религиозната принадлежност на пациентите са били от значение. Отделните документи носят подписи или отпечатък от пръсти на трима старей – най-възрастните хора в населеното място, откъдето е пациентът. Така е доказвана бедността. Не е ли наивна тази гаранция за имотното състояние на болните, съпоставена с днешните проблеми? Дали, ако сега имахме морала на онези старей, не биха ни тежали толкова въпросите, свързани с ТЕЛК, със спешната помощ в ромските квартали, с лечението на неосигурените, безработните, бездомните?

Отговор намирам в друг документ, красиво оформен, някак тържествен. От него научавам, че Иван Евстатиев Гешов, универсален наследник на Евлоги Георгиев, е похарчил 300 000 лева за разширение на болницата. И с това дарителство е дал „ценен пример на родолюбие и благодетелност“. Приемам документа като урок, като насочване към изконните български добродетели. Време е да ги възродим и поставим на техния заслужен пиедестал.

Д-р Ваня Шипочлиева, д.м.



Отчет, подписан от д-р Вазов

НА ПОЛЗУ РОДУ

„Този, който нищо не помни, нищо не обича. Този, който нищо не обича, нищо не разбира. Този, който нищо не разбира, нищо не оставя... Богатството е смъртно, а добродетелта безсмъртна.“ Незнаен, но мъдър човек е изрекъл тези слова, записани през 1869 г. върху първата страница от Кодекса на българско читалище. Те са красив израз на родолюбие. А един от най-внушителните примери за всичко това е делото на карловските меценати Евлоги и Христо Георгиеви.

Евлоги Георгиев Недев първоначално се обучава в училището на родния си град Карлово под ръководството на прочутия възрожденец Райно Попович. Продължава да учи в Пловдив. Едва на 18 години, без особено голям капитал, започва да развива търговска дейност. По-голяма част от живота си прекарва извън пределите на Османската империя. През 1837 г.



Евлоги Георгиев

заминава за Галац, а после за Букурещ. Нагрупва състояние и се превръща в един от най-богатите мъже в Европа за XIX в. Помага му неговият по-малък брат Христо Георгиев Недев. През 50-те го-

дини на XIX в. братята започват даренията си „на ползу роду“. Те се считат за основатели на „Добродетелна дружина“ – организация на заможни българи, която си поставя за цел освобождение на българските земи от османско иго. Дружината подпомага финансово и организационно революционерите. Центърът на организацията се намира в Букурещ. Тя набира български доброволци за руската армия в Кримската война (1853 – 1856 г.), а в последвалите години набавя солидни средства, с които осигурява образование на редица видни българи. Макар Христо да губи живота си прекалено рано, историците го поставят редом до брат му. Самият Евлоги е изтъквал заслугите на Христо в благотворителната дейност, особено за дарението, чиято цел е строеж на университет в София.

След 1878 г. Евлоги Георгиев се връща в България и в следващите

години закупува солидно количество парцели в центъра на София, така че през 90-те години вече притежава над 10 хиляди квадратни метра. Когато, на 5 юли 1897 г. в Букурещ приключва земният му път, става ясно, че е завещал само малка част от своето имущество на роднините си, а всичко останало е дарил на България. Това е обяснимо, тъй като нито Евлоги, нито Христо създават семейства. Една сума в завещанието му прави впечатление на всички българи. Това е цифрата от 6 милиона златни лева, която е предназначена за построяване и поддържане



Иван Евстатиев Гешов

на сградата на висшето училище в София. За изпълнителя на завещанието е посочен видният българин Иван Евстатиев Гешов.

Както се случва при подобни ситуации, недоволните роднини оспорват завещанието. Съдебните дела приключват през 1911 г.

А 20 години по-късно сградата на Софийския университет е завършена и тържествено открита. Като израз на признателност пред нея стоят внушителните скулптори на карловските братя, дело на големия български творец Кирил Шиваров. И сякаш напомнят думи от завещанието на Евлоги Георгиев: „Само надеждата ми, че ще мога и аз да участвам в преуспяването и величието на отечеството ми, ме прави да умра спокойно“.

ИНТЕЛЕКТУАЛНАТА АКТИВНОСТ НАРАСТВА С ВЪЗРАСТА

Като се основава на последните проучвания в областта на неврологията, екипът на проф. Джийн Коен от университета „Джордж Вашингтон“ (САЩ) заявява, че централната нервна система на възрастния човек е много по-пластична, отколкото се предполагаше. Според американските

изследователи главният мозък започва да работи с пълна сила на възраст 60 – 80 години, като върхът на интелектуалната активност при Хомо сапиенс настъпва приблизително към 70-те години. Ако до шестото десетилетие на човека между неговите полукълба съществуват строго разпределени

функции, то след 60-годишна възраст той може да използва двете части на мозъка си едновременно. Това му позволява да решава значително по-сложни задачи в сравнение с по-млада възраст. Ето защо сред хората над 60 години се срещат много личности, които са извънни творци.

Учените направили експерименти с доброволци от различни възрастови групи, които отговаряли на тестове с определени нива на сложност. Оказало се, че по-възрастните хора (на 60 – 75 години) много по-просто и бързо решават и най-сложните задачи. По-младите участници, при решението на сложни задачи в критични ситуации, се опитвали да използват най-различни вари-

анти, което ги обърквало. В същото време тези, които били над 60 години, с удивителна точност избирали два-три варианта, водещи към единственото правилно решение. Проф. Мончи Ури от Монреалския университет смята, че „мозъкът на възрастния човек избира най-лесния път, съкращавайки ненужните и оставяйки само правилните варианти за решение на задачи“. Заедно с това влияние оказва и натрупаният жизнен опит на възрастните хора. Те са по-малко предразположени към объркване, щом се сблъскат с необичайна или емоционална информация, отколкото младите хора. Според проф. Дилип Джейс от университета в Калифорния „мозъкът на човека,

който зад гърба си има десетилетия живот, е по-малко импулсивен и по-рационален.“ И точно това се нарича мъдрост – смес от знания и опит, която позволява да се вземат бързи и правилни решения.

Учените установяват, че невроните на главния мозък не умират, а могат да пропаднат само връзките между тях в тези случаи, когато човек не се занимава със сериозен умствен труд. И още – с напредване на възрастта значително нараства интуицията, която подпомага вземането на правилни решения. При здравословен стил на живот интелектуалната мощ не само не спада, а дори нараства като достига пик на 80, а понякога и на 90 години.



ВЪЗДУХЪТ ВРЕДИ НА МОЗЪКА?

Честото вдишване на наночастици, които се срещат в замърсения въздух, може да окаже редица неблагоприятни ефекти върху мозъка. Сред тях е хроничното възпаление. Това са установили изследователи от Пекинския университет. Неблагоприятният ефект е особено изразен при мъжете, като причината засега остава неясна. Въпрос-

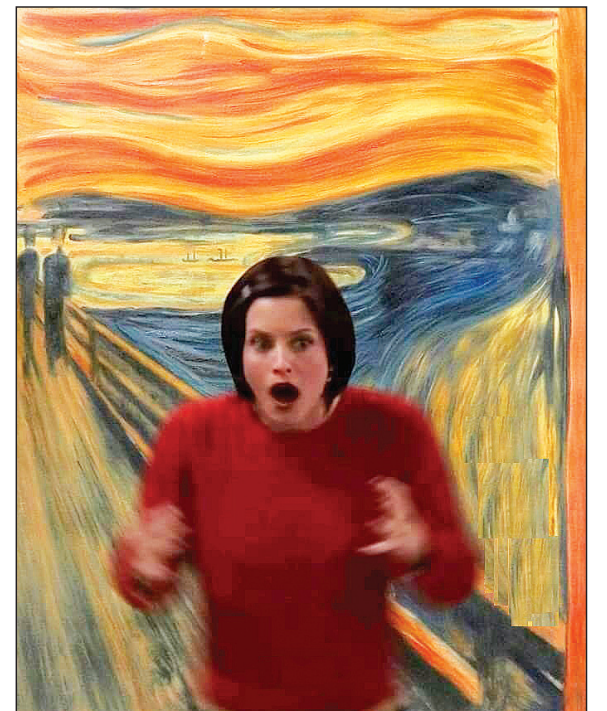
ните наночастици са около 2000 пъти по-малки от диаметъра на човешки косъм и след вдишването им се разнасят из тялото чрез кръвообращението. Следващата цел на учените ще бъде да определят коя комбинация от вредни газове, частици и биомолекули допринася за най-често съобщаваните случаи на влошена мозъчна дейност.

СТРЕСЪТ Е ЗАРАЗЕН

Неотдавна в „Nature Neuroscience“ бяха публикувани резултати от проучване, проведено от проф. Джайдийп Бейнс, доктор на медицинските науки и неговия екип от Cumming School of Medicine's Hotchkiss Brain Institute (HBI), в университета в Калгари. Данните сочат, че при двама партньори стресът, изживян от единия, може да променя мозъка на другия по начин, аналогичен с реалния стрес.

Екипът на Бейнс изследва двойки мъжки и женски мишки. По една мишка от всяка двойка е взета и изложена на лек стрес. След това е върната на партньора ѝ. Учените изследват реакциите на специфичните видове клетки, като поставят акцент върху CRH невроните, които контролират мозъчните реакции на стрес при всяка мишка. Оказва се, че връзките в мозъка и на стресираната мишка, и на нейния партньор се променят по един и същи начин. Водещият автор на изследването Тони-Лий Стърли, научна сътрудничка в лабораторията на Бейнс, пояснява: „CRH невроните на партньорите, които не бяха изложени на реален стрес, показаха промени, които бяха идентични с измерените при стресираните мишки.“ По-нататък екипът използва подходи за свързаност между светлина и неврони, за да проектира тези неврони така, че едновременно да реагират и изключват при контакт със светлина. Когато бъдат заглушени тези неврони по време на стрес, те предотвратяват промени в мозъка, които биха се случили обичайно след

стрес. Ако при експеримента се заглушат невроните в партньора, взаимодействието със стресирания индивид, липсват първоначално наблюдаваните промени, еднакви с тези при реален стрес. Екипът открива, че активацията на тези CRH неврони предизвиква освобождаването на феромон, който влияе на другия партньор. Партньорът, уловил сигнала, може да предупреди останалите членове



Нова онкодиагностика

„Като се стремиш към невъзможното, постигаеш възможното в най-висока степен.“

Тези думи на шведския драматург и писател Аугуст Стриндберг напълно се отнасят и за научните експерименти, свързани с ранното откриване на различни злокачествени тумори. Експерти от Центъра за онкологични изследвания в Кембридж започват клинични изпитания по специална технология, известна като дихателна биопсия. Ще бъдат взети проби от дъха на 1500 души в търсене на летливи органични съединения. Прегру-

пирането на тези съединения по определен начин може да доведе до ранна диагностика на някои видове рак, смятат експертите. Предишни проучвания сочат, че в човешкия дъх се съдържат: въглероден диоксид, азот и кислород, както и над 100 химични съставки, някои от които са с канцерогенен ефект.

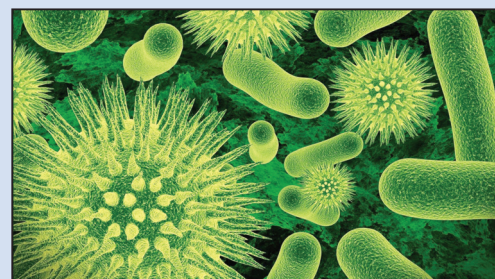
„Спешно се нуждаем от нови инструменти, които да помогнат за откриване и диагностициране на рак в по-ранния му стадий, предоставяйки на пациентите по-големи шансове да се излекуват – заявява ръководителката на екипа Ребека Фицджералд от Центъра. – Чрез тези

клинични изпитания се надяваме да попаднем на „подписи“ в дъха, от които се нуждаем, за да открием рак в по-ранния му стадий. Това е важна следваща стъпка в разработването на нова технология, имаща потенциал да допринесе за създаване на универсален дихателен тест.“ Изпитанията първо ще обхващат хора, за които се предполага, че са засегнати от рак на хранопровода или на стомаха. По-късно ще се включат и пациенти със съмнение за туморен процес, локализиран в пикочния мехур, бъбреците, черния дроб, простатата или панкреаса, планират учените.

Откриха връзка между Алцхаймер и Porphyromonas gingivalis

Резултати от проучване на изследователи от Сан Франциско показват, че в мозъка на починали хора, страдали от болестта на Алцхаймер, има токсични ензими, които бактериите Porphyromonas gingivalis използват, хранейки се с човешки тъкани. „Ензимите присъстваха в 96% от изследваните проби, взети от починали с Алцхаймер“, коментира Кейси Линч от Cortexyme. Интересно е, че бактериите и техните ензими били в по-големи количества при тези, които имали по-силен когнитивен спад и повече амилоидни и тау-натрупвания. Учените откриват Porphyromonas gingivalis и в гръбначномозъчната течност на живи хора, засегнати от

болестта на Алцхаймер, което предполага, че този подход може да осигури дълго търсения метод за ранна диагностика на заболяването. Когато се заразяват мишки с Porphyromonas gingivalis, това довежда до мозъчна инфекция, производство на амилоиди, заплитания на тау – протеини и нервни увреждания, отбелязват учените. В Сан Франциско вече са разработили молекули, които блокират гингивита. Третирането на някои от мишките с това ново лекарство намалява инфекцията им, спира производството на амилоиди, ограничава мозъчното възпаление и дори спасява увредените неврони. Специалистите допълват, че при прилагане на антибиотик, който



убива Porphyromonas gingivalis, се случва същото, но ефектът е по-малък и бързо се развива резистентност. „Вече знаем, че амилоидът и тау могат да се натрупват в мозъка от 10 до 20 години, преди да започнат симптомите на болестта на Алцхаймер. Това ни насочва към мисълта, че Porphyromonas gingivalis е причината за болестта на Алцхаймер, а не нейното следствие“, казва Линч. Все още патогенезата на заболяването остава загадка.

Иновативен имплант предупреждава за припадък

Специалисти от Калифорнийския университет са разработили нов невростимулатор, наречен WAND. Това е безжично устройство, което „слуша“ мозъчните сигнали. То може да подпомогне лечението на епилепсия, болест на Паркинсон и други неврологични увреждания. Устройството е конструирано така, че да наблюдава електрическата активност и да идентифицира аномални сигнали, които показват начало на припадък или тремор. Освен това WAND има силата да помогне за модулиране на електрически сигнали в мозъка и така да предотврати нежеланите събития и симптоми.

