

# QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

1 ДЕКЕМВРИ

СВЕТОВЕН ДЕН ЗА БОРБА СЪС

**СПИН**



На стр. 6-7

1-ви декември е Световен ден за борба със СПИН. Над 190 държави в света го отбелязват и е една от осемте глобални здравни кампании на Световната здравна организация. Стартира през 1988 г. със здравни инициативи, а от 2004 г. е световен ден. Червената панделка служи като международен символ на борбата с HIV и СПИН. По темата разговаряме с:



Доц. д-р Ивайло Еленков, д.м.



Проф. д-р Радка Аргирова, д.м.н.

**БЪЛГАРИЯ В ТОП 3 ПО РОБОТИЗИРАНА ХИРУРГИЯ**



На стр. 5

**ИНТЕРВЮ С ПРОФ. ГРИГОР ГОРЧЕВ - управител на УМБАЛ „Св. Марина“ - Плевен**

**ПРОФ. Д-Р ПЛАМЕН ПАНАЙОТОВ ЛЕКАР НА ГОДИНАТА 2019**

На стр. 8



**ХИРУРГЪТ СЪС ЗЛАТНО СЪРЦЕ**

- Становище на БЛС по законопроект за бюджета на НЗОК за 2020 г. *На стр. 2*
- Национална кампания в подкрепа на донорството *На стр. 3*
- Конкурс за стипендии на съсловната организация *На стр. 10*

**Болки в гърлото?  
Хомеожен 9  
ще Ви облекчи!**



Може да се приема от възрастни и деца.  
Хомеопатичен лекарствен продукт.

Без лекарско предписание. КХП18419/26.06.12

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



ISSN 2534-8981  
9 1772253 148981 11

пълна медицинска информация в едно приложение

**SAT HEALTH**  
system analysis and technology

**mediately**  
РЕГИСТЪР ЛЕКАРСТВА

Google Play  
App Store

# ЗАСЕДАНИЕ

## на Управителния съвет на Българския лекарски съюз 5 ноември 2019 година Заседателна зала на Българския лекарски съюз София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15

### Кратък протокол!

Заседанието бе открито в 13,05 часа и ръководено от д-р Иван Маджаров – председател на Българския лекарски съюз.

На заседанието присъстваха членовете на Управителния съвет:

Д-р Иван Маджаров, проф. Николай Габровски, д-р Николай Брънзалов, д-р Стоян Борисов – главен секретар на БЛС, д-р Атанас Атанасов, д-р Александър Заимов, д-р Евгени Душков, д-р Ивелин Йоцов, д-р Методия Секуловски, д-р Лъчезар Томов, д-р Роза Анева, д-р Нели Нешева, д-р Тергана Николова, д-р Снежана Снегаров.

Отсъства: доц. Христо Шивачев /болен/. Присъства и д-р Ваньо Видков – заместник-председател на Столичната лекарска колегия.

На заседанието присъстваха и: д-р Гева Стоилова, Светла Трендафилова, Даниел Колев – юрист, Станислава Соколова – PR на БЛС.

Към протокола се прилага копие от обсъжданите материали и списък за присъствието на членовете на Управителния съвет на БЛС с техните подписи.

Заседанието на Управителния съвет се проведе при следния

### ДНЕВЕН РЕД:

1. Проект на становище на Управителния съвет относно бюджета на НЗОК за 2020 година.

2. Вземане на решение за дата на събор на Българския лекарски съюз относно НРД 2020.

3. Разглеждане на постъпилите предложения за Националния рамков договор 2020.

4. Разни:

4.1. Разглеждане на проект за споразумение за сътрудничество и предоставяне на услуги с „Ес Ей Ти Хелт“ АД;

4.2. Въпроси, касаещи програмите за финансиране от БЛС и приемане на нов договор за организиране и провеждане на продължаващо медицинско обучение;

4.3. Приемане на становище на УС на БЛС относно Законопроекта за изменение и допълнение на Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите;

4.4. Разглеждане на предложения и вземане на решения за закупуване на сървър за деловодната система на УС на БЛС.

/Дневният ред за заседанието на Управителния съвет бе приет единодушно от присъстващите на заседанието членове на Управителния съвет на БЛС./

След проведената дискусия бяха приети следните

### РЕШЕНИЯ:

#### По точка 1

Проект на становище на Управителния съвет относно бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2020 година

Управителният съвет на Българския лекарски съюз единодушно прие становище относно бюджета на Националната здравноосигурителна каса за 2020 година. Гласували: 13 „За“.

### СТАНОВИЩЕ ПО ЗАКОНОПРОЕКТ ЗА БЮДЖЕТА НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА КАСА ЗА 2020 Г., № 902-01-56, ВЪНЕСЕН ОТ МИНИСТЕРСКИ СЪВЕТ НА 31 ОКТОМВРИ 2019 Г.

Във връзка с разпределението на рамката на бюджет на НЗОК за 2020 г., БЛС приветства предложено увеличение на средствата за медицински дейности, което ще облекчи значително напрежението в системата.

Въпреки цялостното увеличение на бюджета на НЗОК, Българският лекарски съюз не може да остане равнодушен към подценяването на медицинските дейности в извънболничната помощ. За поредна година не са взети предвид препоръките в докладите на Световната банка и заложено в Националната здравна стратегия 2020г. - управление за справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати и затова считаме, че повишението на бюджета в извънболничната медицинска помощ не е достатъчно за изпълнение на тези препоръки.

Общите мотиви за нашите искания за увеличаване на бюджета за извънболнична медицинска помощ се базират на обективните реалности: повишената минимална работна заплата, повишените осигурителни вноски, повишените разходи за режийни, медицински консумативи и материали.

Цените на медицинските услуги в специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП), с изключение на първичния преглед не са актуализирани през последните почти 10 години. Съотношението на първичен към вторичен преглед от дълги години е 1:0,5, което означава, че всеки втори пациент няма право на вторичен преглед, за третичен преглед изобщо не може да се говори. Необходимо е това съотношение да бъде поне 1:1 за да могат лечебните заведения за СИМП да осигуряват адекватно и качествено лечение на пациентите си и вторичните прегледи да не са за сметка на труда на специалистите. Увеличението, за което БЛС настоява, ще допринесе и за актуализация на цената на домашните посещения, която не се различава от тази за първичен преглед и в нея не е включен разходът за транспорт.

Отново заявяваме нашата позиция, че таксата за посещения при лекар трябва да е задължителна за всички, а държавата да доплаща таксата на освободените лица и като първа стъпка в тази посока БЛС предлага при децата до навършване на 18 годишна възраст или до приключване на средно образование потребителската такса да се заплаща, както при лицата, които са упражнили правото си на пенсия, като различава до пълния размер се осигурява от държавния бюджет. Цените на медико-диагностичните изследвания (МДД) не са променени от началото на 2008 г., с изключение на малка актуализация на пакет „микробиология“. Недостатъчните средства, предвидени в проекта на ЗБНЗОК за 2020 г. за МДД намаляват регулативните стандарти за профилактика. А това води до едва 50% изпълнение на профилактичните прегледи. БЛС счита, че това противоречи изцяло на програмата на правителството, която залага като приоритет профилактичните прегледи. Предвид обективните причини изброени и по-горе считаме, че увеличението с едва 4 млн. лв. за медико-диагностични изследвания е недостатъчно.

Недостатъчните средства за изпълнителите на извънболнична помощ влошават качеството на медицинската услуга, генерират напрежение между пациенти и лекари и са предпоставка за фалит на лечебни заведения. Така неравното разпределение на средствата от бюджета на НЗОК създава условия за противопоставяне на заинтересованите страни в системата на здравеопазването / ПИМП, СИМП, МДД и БП/. Това дава основание на Българския лекарски съюз да изиска в частта ПИМП, СИМП и МДД средствата в бюджета да бъдат преразглеждани и да бъдат удовлетворени желанията на съсловната организация, отговарящи и на потребностите на населението, и на здравната система.

### БЛС ПРЕДЛАГА:

- Средствата за ПИМП, СИМП и МДД да бъдат увеличени с общо 18 млн. лв., (по 6 млн. лв. за всяка от видовете дейности), както следва:
  - по ред 1.1.3.1. здравноосигурителни плащания за първична извънболнична медицинска помощ от 244 000 000 лв. на 250 000 000 лв.
  - по ред 1.1.3.2. здравноосигурителни плащания за специализирана извън-болнична медицинска помощ (вкл. за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение) от 264 700 000 лв. на 270 700 000 лв.
  - по ред 1.1.3.4. здравноосигурителни плащания за медико-диагностична дейност от 94 300 000 на 100 300 000 лв.

Предлагаме допълнителните средства за ПИМП, СИМП и МДД да бъдат осигурени от средствата, предвидени в чл. 1, ал. 2, ред 1.3 от ЗБНЗОК за 2020 г. - резерв, включително за непредвидени и неотложни разходи.

БЛС припомня също, че тежестта от неизплатената, а реално извършена и отчетена дейност в болничната медицинска помощ през последните години допълнително влошава системата на здравеопазване и до голяма степен заплаха за закриване на държавни и общински болници е провокирана от неизпълнението на финансовите ангажименти от отговорните институции.

БЛС счита, че трябва да се прекратят спекулациите относно хиперхоспита-

лизирането на пациенти и ще предложи в НРД за 2020 г. значително повишаване на цените на болничните медицински дейности, а не изкуствено оползотворяване на бюджета през обема.

БЛС разчита на отговорните институции, че ще приемат сериозно и отговорно отбелязаните пропуски, който ако не бъдат коригирани значително ще влошат здравната система.

#### По точка 2

Вземане на решение за дата на Събор на Българския лекарски съюз относно НРД 2020

Управителният съвет на Българския лекарски съюз реши съборът на БЛС относно НРД 2020 да се проведе на 13 декември 2019 година, петък. Допълнително да се уточни къде. Да се спазват сроковете, записани в устава на БЛС, за уведомяване на районните колегии и за съвременното изпращане на материалите за събора. Гласували: 13 „За“.

#### По точка 3

### РАЗГЛЕЖДАНЕ НА ПОСТЪПИЛИТЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ ЗА НАЦИОНАЛНИЯ РАМКОВ ДОГОВОР 2020

Бяха приети следните принципи, които да се спазват при водене на преговорите с Националната здравноосигурителна каса:

- Предложението за повишаване на цените на клиничните пътеки към НЗОК ще се основава на принципа за достигане на справедливо съотношение между различните специалности.
- По медицинска целесъобразност и при съвкупен подход за дадена пътека би могло да се предложи завишаване максимум с един ден на престоя на дадена клинична пътека.
- Лекарят без специалност да има право да извършва дейности под субординирана координация на лекар със специалност.
- Лекар със специалност, който е на трудов договор, но не е в приложение 1, да има право да отчита със собственото си име дейности, които реално е извършил.
- В НРД да се запише, че болничното лечебно заведение не може да заплаща по-малко от 30 на сто от месечния приход на лечебното заведение от Националната здравноосигурителна каса за лекари и специалисти по здравни грижи – (съответно 20 на сто за лекари и 10 на сто за специалисти по здравни грижи, работещи в болницата).
- Да има диференцирана цена за процедура № 3 в зависимост от това дали се изпълнява в легла на ОАРИЛ и КАРИЛ или в интензивни легла по специалност.
- За клинична процедура 3 да се предложи цена от 800 лева за извършени дейности в ОАРИЛ, а старата цена от 420 лева да остане за извършени дейности за интензивни легла извън ОАРИЛ.
- Да се предложи и приеме увеличаване на цената за екстракорпорална литотрипсия – цената от 266 лева да се увеличи на 350 лева.
- Да отпадне фиксираната максимална цена за избор на екип и лекар. Всяка болница да има право сама да определя цената за избор на екип. Да се спазват изискванията на Наредбата, гарантиращи правата на пациентите.
- Българският лекарски съюз настоява да отпадне осигуряването на медицинска помощ от общопрактикуващите лекари извън работния им график.
- Предложението да бъде ясно формулирано от експертите: при надвишаване на регулативния стандарт, който е определен за профилактика и диспансеризация на общопрактикуващия лекар, да не се налага глоба и да не бъде лимитиран.
- Да отпадне таймингът в рамките на работното време.
- Управителният съвет на Българския лекарски съюз одобрява график за водене на преговорите с НЗОК.

Преговорите за болничната помощ ще бъдат водени 12 дни.

Управителният съвет потвърждава досега съществуващия график за водене на преговорите.

Управителният съвет на Българския лекарски съюз да представи по време на преговорите всички предложения за промени в Националния рамков договор, които са постъпили в секретариата на БЛС.

В преговорите по всяка специалност да участват колеги от борда по съответната специалност или които са направили предложения.

#### По точка 4

#### Разни

#### По точка 4.1.

Разглеждане на проект за споразумение за сътрудничество и предоставяне на услуги с „Ес Ей Ти Хелт“ АД

Управителният съвет на Българския лекарски съюз дава съгласие да се сключи споразумение за сътрудничество и предоставяне на услуги с „Ес Ей Ти Хелт“ АД. Гласували: 12 „За“, 1 „Въздържал се“.

#### По точка 4.2.

Въпроси, касаещи програмите за финансиране от БЛС и приемане на нов договор за организиране и провеждане на продължаващо медицинско обучение

1. Управителният съвет на Българския лекарски съюз дава съгласие стипендиите, отпуснати от БЛС на студенти от пети и шести курс, които отговарят на определените условия, да бъдат за учебна година.

2. Управителният съвет на Българския лекарски съюз дава съгласие месечният размер на студентите от пети и шести курс да бъде 150 /сто и петдесет/ лева.

3. Управителният съвет на Българския лекарски съюз одобри промени в договора за организиране и провеждане на продължаващо медицинско обучение:

а/ Участникът в научен форум, конференция или конгрес да представи екземпляр от официалната покана или официално обявление на своя интернет страница, като се задължава да го проверим.

б/ Възложителят си запазва правото да проверява и одобрява наличието на изискуемите условия на подадената информация на обучителния материал и да събира допълнителни средства, като може да присъства на място.

Гласували: 13 „За“.

#### По точка 4.3.

### ПРИЕМАНЕ НА СТАНОВИЩЕ НА УС НА БЛС ОТНОСНО ЗАКОНОПРОЕКТА ЗА ИЗМЕНЕНИЕ И ДОПЪЛНЕНИЕ НА ЗАКОНА ЗА СЪСЛОВНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ СЕСТРИ, АКУШЕРКИТЕ И АСОЦИИРАНИТЕ МЕДИЦИНСКИ СПЕЦИАЛИСТИ, НА ЗЪБОТЕХНИЦИТЕ И НА ПОМОЩНИК-ФАРМАЦЕВТИТЕ

Управителният съвет на Българския лекарски съюз приема становището на УС на БЛС относно Законопроекта за изменение и допълнение на Закона за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите.

Проект с вх.№.954-91-67, внесен на 11.09.2019г. и проект с вх.№ 954-01-75 внесен на 10.1.2019г. на ЗИД на ЗАКОН за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, на зъботехниците и на помощник-фармацевтите

Становището на БЛС, е че не подкрепя предложените промени в проектите на ЗИД на ЗСОМСААМС. Действащият закон се отразява благоприятно на обществените отношения, свързани с дейността на медицинските специалисти в отделните регулирани професии в здравеопазването.

Съществуването на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ), като единна организация на равнопоставени членове, която представлява интересите на няколко регулирани професии в здравеопазването е работещ модел, който е способен адекватно в настоящия момент да защитава професионалните права и интереси на членовете си пред органите на изпълнителната власт.

Настоящият закон осигурява правото на всички регулирани професии да участват със свои представители в изборите на органите на национално равнище, чл.10, чл.11 от ЗСОМСААМС във връзка с чл.14, т.1 от Устава на БАПЗГ. За да се гарантира обаче в достатъчна степен равностойното представителство на различните професии в управлението на съсловната организация и нейните регионални структури би било добре отделните професии да са представени

на квотен принцип в ръководните органи на регионално и национално ниво. Трябва да бъдат определени квоти на участие на представители от различните медицински професии в закона и/или в устава на съсловната организация. Възможно е да се предвиди в ЗСОМСААМС промяна, която да задължи БАПЗГ да предвиди в устав си участие по право в работата на ръководните органи на местно и национално ниво на представители от всички регулирани професии, който членуват в съсловната организация. По този начин ще се гарантира правото на всяка регулирана професия в здравеопазването да участва на експертно ниво в обсъждането и приемането на всякакви инициативи и документи, отнасящи се до професията (базово и продължаващо образование и специализация, признаване на квалификации и професионални компетентности, професионална автономия, свобода на практикуване и достъп до нея и др.).

Предвиденото с двата законопроекта създаване на отделни съсловни организации на медицинските специалисти от отделните професии ще се отрази негативно на изгледителната власт в областта на здравеопазването. Няма да се облекчат функциите на съответните държавни органи, като Министерството на здравеопазването, регионалните здравни инспекции, Изпълнителната агенция „Медицински одит“ и други.

Освен това ще бъдат необходими допълнителни средства за изграждане на национални електронни професионални регистри на отделните съсловни организации, което ще изисква сериозен финансов и кадрови ресурс.

Предвидените промени в ЗСОМСААМС ще доведат до изменения и в други закони. Пример за това е Закона за здравеопазването в чл. 182 е регламентирано, че Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи организира, координира, провежда и регистрира продължаващото обучение на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти.

Ефективността на организацията на професионалистите по здравни грижи е в нейното единство. Отделни съсловни организации на всички регулирани професии в здравеопазването няма да могат да постигнат самостоятелно целите си. Колкото повече регулирани професии участват в една съсловна организация толкова по-успешно, с общите усилия на своите членове ще могат да извоюват по добри условия на труд и да защитата своите професионални интереси. Цялостната дейност, организация и управление на съсловната организация осъществявана в единство не е подвластна нито на политически, нито на държавни структури и органи. Тя се подчиняват единствено на избора и волята на своите членове и на основната цел и предназначение на организацията – защита и представителство на непосредствените трудови и професионални права и интереси на членовете си и отговаряне на високите обществени изисквания. Посоката на развитие на управлението на съсловната организация трябва да бъде в налагане на демократичните принципи на управление и функциониране в зависимост от интересите и по волята на своите членове, предполагащи пълно и равноправно участие на всички в процеса на вземане на решения. Нужно е да се насърчава вътрешната демокрация като не се допуска дискриминация и се насърчава демократичния механизъм на управление и функциониране в зависимост от интересите и по волята на своите членове.

Гласували:12 „За“.

По точка 4.4.  
Разглеждане на предложения и вземане на решения за закупуване на сървър за деловодната система на УС на БЛС /Заседанието бе закрито в 16,50 часа./

ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА  
БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ:

/Д-р Иван Маджаров /

ГЛАВЕН СЕКРЕТАР НА  
УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА  
БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ:

/Д-р Стоян Борисов /

# Д-р Иван Маджаров: „БЪЛГАРСКАТА МЕДИЦИНА Е НА СВЕТОВНО НИВО“

„Смело мога да твърдя, че през последните 10-15 години българската медицина преодяла една цяла епоха на технологично изоставане. Категорично мога да заявя, че иновациите и добрите практики у нас не са мит, а реалност. Всичките проекти, които се състезаваха за тазгодишните награди, са само едно от доказателствата за това, че световните постижения на медицината не са само мит в страната ни, но и те се прилагат успешно от нашите лекари, достъпни са за българските пациенти и нередко стартират от България.“ Това заяви председателят на БЛС д-р Иван Маджаров по време на откриването на шестата годишна конференция „Иновации и добри практики в здравния сектор“ и добави: „В медицината няма преки пътища. Единственият начин да станеш добър лекар е чрез много работа. Но дългият път до това си струва да бъде извървян.“

Д-р Маджаров връчи втората награда на шестата подред годишна конференция „Иновации и добри практики в здравния сектор“.

Призът отиде при началниците на детската урология и травматологията на УМБАЛСМ „Пирогов“ - д-р Стоян Пеев и проф. Диян Енчев, заради сложната интервенция на момче в неонатална възраст, което се ражда с екстропфия на пикочен мехур.

Председателят на БЛС д-р Иван Маджаров беше модератор и на Четвъртият панел от форума - „Болнично здравеопазване“, в който участие взеха проф. д-р Асен Балтов, изпълнителен директор на УМБАЛСМ „Пирогов“, д-р Иван Колчаков, член на ръководството на УМБАЛ „Софиямед“, както и Ралица Христова от СБАЛПФЗ „Д-р Димитър Граматиков“ - Русе и д-р Тодор Финков - консултант.

При откриването на панела д-р Маджаров очерта и основните параметри, по които БЛС ще води преговорите по НРД 2020 г. в частта болнична помощ:

- повишаване на цените на медицинските дейности;

- премахване на натрупаните през годините несправедливости по отношение на цените на КП;

- гарантиран минимален процент от приходите по клинични пътеки на болничното заведение, който да бъде за възнаграждения на лекарите и специалистите по здравни грижи.



Д-р Маджаров припомни и че БЛС предлага с наличните, но неусвоени средства по бюджета на НЗОК за болнична медицинска помощ към 30 септември 2019 г., както и при прогнозно очаквано неусвояване на такива към 14 декември 2019 г., те да бъдат използвани за заплащане на установени от НЗОК задължения към изпълнители на болнична медицинска помощ за 2019 г. В случай че и след това се установи неусвояване на бюджета за болнична помощ, оставащите средства да бъдат предвидени за авансово заплащане на изпълнителите на болнична медицинска помощ за дейности - м. декември 2019 г.

## СТАНОВИЩЕ НА СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ ОТНОСНО ИНЦИДЕНТА В УМБАЛСМ „Н. И. ПИРОГОВ“

Уважаеми колеги,

Български лекарски съюз изразява безрезервната си подкрепа към всички лекари, специалисти по здравни грижи и целия персонал на УМБАЛСМ „Пирогов“, които със своята смелост и адекватна реакция създадоха своевременна организация и успяха да гарантират сигурността на пациентите при възникналия пожар. При този сериозен инцидент Вие отново проявихте висок професионализъм.

Благодаря на органите на МВР - Главна дирекция „Пожарна безопасност и защита на населението“ за навременната и адекватна реакция, както

и на ЦСМП - София.

Благодарности и към колегите от други болници, които са предложили своевременно да помогнат на УМБАЛСМ „Пирогов“. Предприетите от всички Вас бързи мерки спомогнаха да се предотвратят още по-големи щети и позволиха „Пирогов“ да продължава да функционира при нормален режим.

Български лекарски съюз изказва своите най-искрени съболезнования към близките на загиналите пациенти.

С уважение,  
Д-р Иван Маджаров  
Председател на УС на БЛС

### IN MEMORIAM

#### НАПУСНА НИ ПРОФ. Д-Р ДРАГОМИР КОЕВ

Проф. Коев е основател на Клиниката по ендокринология в МУ - Варна и неин първи ръководител. От 1985 до 1993 г. е директор на Научния институт по ендокринология, геронтология и гериатрия при Медицинска академия - София. От 1993 до 2004 г. е ръководител на Клиниката по диабетология в

същия институт. От 1985 до 2003 г. е председател на Българското дружество по ендокринология, а по-късно става и почетен председател. От 1987 до 2000 г. е главен републикански консултант по ендокринология към Министерството на здравеопазването. Проф. Коев е

носител на редица престижни отличия.

Поклон пред светлата му памет!



## НАЦИОНАЛНА КАМПАНИЯ В ПОДКРЕПА НА ДОНОРСТВОТО И ТРАНСПЛАНТАЦИЯТА „ДА! ЗА ЖИВОТ!“

МЗ, БЛС, БАПЗГ и пациентски организации подписват Меморандум за сътрудничество в рамките на кампанията „Да! За живот!“

Здравният министър Кирил Ананиев, БЛС, БАПЗГ и пациентски организации, водени от разбирането, че все повече български граждани се нуждаят от животоспасяваща органна трансплантация, а броят на реализираните у нас донорски ситуации за последна година намалява, подписаха Меморандум за сътрудничество в рамките на Националната кампания в подкрепа на донорството и трансплантацията „Да! За живот!“.

Зам.-председателят на БЛС проф. Николай Габровски заяви, че сред най-големите предизвикателства, които стоят пред кампанията, са липсата на информация и най-вече на доверие в българското общество, когато става дума за донорство и добави: „БЛС застава зад каузата и подкрепя кампанията. Повече от ясно е, че трябва да се популяризира темата. България е с много ниска начална точка спрямо останалите страни в ЕС и има много върху какво да работи.“

С подписването на документа организациите се съгласиха активно да си взаимодействат за насърчване на донорството и подпомагане на трансплантацията. Общата цел е да бъде повишена осведомеността на обществото относно

същността и значението на донорството и трансплантацията.

Като приоритети бяха изведени:

- акцентирание върху необходимостта в семейството и приятелския кръг да се говори за донорството;
- популяризиране на Донорската карта;
- промяна на обществените нагласи спрямо донорството;
- развенчаване на митовете относно донорството и трансплантацията;
- работа в посока намаляване броя на отказите на близките да дарят органите на починалия.



## ПОЗИЦИЯ НА УС НА БЛС

\*относно решение на Сливенски административен съд да допусне дете без задължителните за възрастта имунизации да посещава детска градина

БЛС е силно обезпокоен от решението на сливненския административен съд, че спирането на неваксинирано дете от градина е дискриминация. Това съдебно решение е прецедент и на Балканите, и в страните от Западна Европа.

Съсловната организация смята, че решението не отчита обществен интерес и противоречи на редица международни актове. Нещо повече: решението поставя в риск общественото здраве и дава превес на личния пред обществения интерес.

БЛС припомня, че по данни на държавния здравен инспектор д-р Ангел Кунчев между половин и един процент от децата не могат да бъдат имунизирани поради различни причини: вродени заболявания, алергични състояния и други, които не позволяват провеждането на ваксинапрофилактика. За тях единственият начин да бъдат предпазени е да им бъде осигурена среда от имунизирани, в която няма как причинителят да стигне до тях - т.нар. „колективен имунитет“. За да бъде той осъществен е необходимо имунизационно покритие от 95 - 96%.

Според БЛС е налице и сериозна опасност решението не само да послужи като мотив за заведването на още дела, но и да

създаде сериозни предпоставки за засилването на антиваксарските нагласи у нас и увеличаване броя на неимунизирани деца в страната. А това от своя страна води до увеличаване риска от появата на епидемии от инфекциозни заболявания като епидемията от морбили тази година. От януари до април 2019 г. Националният център по заразни и паразитни болести е регистрирал 389 случая на морбили, които до ноември вече са над 1000. За същия период през 2018 г. случаите са били 4, а през цялата година - 13. Разпространението на морбили у нас бе ограничено благодарение на спешната имунопрофилактика на рисковия контингент, проведена от личните лекари.



В Наредба № 3 за здравните изисквания към детските градини ясно и точно е описан редът, по който се приемат деца в детските градини или както следва:

Чл. 4. (1) (Изм. - ДВ, бр. 64 от 2012 г.) В детските градини це-

логодишно се приемат деца въз основа на писмено заявление, подадено от родителите.

(2) (Изм. - ДВ, бр. 64 от 2012 г.) Към заявлението се прилагат следните документи:

.....

5. (изм. - ДВ, бр. 36 от 2011 г., в сила от 10.05.2011 г.) данни от личния лекар, че на детето са извършени задължителните имунизации за възрастта съгласно Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България (ДВ, бр. 45 от 2005 г.);

.....

(3) (Нова - ДВ, бр. 36 от 2011 г., в сила от 10.05.2011 г.) Деца, на които не са извършени задължителните имунизации за възрастта, могат да се приемат в детска градина, когато са на лице трайни противопоказания за имунизирването им и са освободени по реда на Наредба № 15 от 2005 г. за имунизациите в Република България.

Предвид гореизложеното, БЛС подкрепя действията на Министерството на здравеопазването по обжалването на решението на сливненския административен съд пред Върховния административен съд.

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ  
/ПРЕДСЕДАТЕЛ НА  
УС НА БЛС/

## НЕ НА НАСИЛИЕТО НАД МЕДИЦИ!

През ноември бяха регистрирани два нови случая на физическа агресия спрямо медици. Единият е от гр. Варна, при който пострада фелдшер от Спешна помощ в града - Христомир Куманов, който се отзовава на повикване в с. Каменар, където е бил обиждан и блъскан от сина на пациентката. Медикът заяви, че това е втори инцидент в практиката му и напуска системата на здравеопазването. Случаят е в голяма степен идентичен с този на фелдшер Наталия Армянова, чийто развой беше същият.

Вторият случай е от УМБАЛ „Св. Анна“, при който лежачо болен пациент започва да удря, блъска, души и обижда лекари и медицински сестри в Клиниката по хирургия. Удрял е главата на една от лекарките в стената. Същата е приета в Клиника по рехабилитация със съмнение за комозио. Преди това пациентът е закрил камерите с латексови ръкавици. Пред Нова ТВ той е заявил, че не е посягал на никого и се е оплакал, че сестрите не са му давали да пуши в отделението!

Съсловната организация категорично застава зад пострадалите медици и вярва, че спрямо виновниците ще бъде приложена цялата строгост на закона.

Проявата на осъдително и неприемливо отношение към медицински лица е поредното доказателство за срива в отношенията лекар-пациент. Недопустимо е този, който се грижи за здравето на хората и се бори за спасяването на човешкия живот, да става заложник на собственото си призвание.

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. Стъпка в тази посока е предстоящото подписване на съвместно Споразумение за сътрудничество и взаимодействие между БЛС, МЗ и Прокуратурата на Р България с цел защита на медицинските лица на работното им място.

# „ТИ СИ НАШЕТО БЪДЕЩЕ“

## Д-р Явор Асьов за личните битки и възнаградения труд

Да си млад не е порок, но всяко начало е трудно. Често по пътя си „новите“ Хипократи се сблъскват с несъвършенствата на българската здравна система. Понякога виждат и недоверието в очите на пациентите, които приемат скептично идеята да бъдат лекувани от млад лекар. Тези хора обаче са бъдещето на медицината. Нашето бъдеще.

За поредна година Български лекарски съюз награди младите лекари, които със знанията и уменията си допринасят за истински добрата грижа за пациентите у нас.

Сред наградените е д-р Явор Асьов - ендокринолог в Александровска болница. Роден в София, но с корени от гр. Якоруда.

Младият специалист решава да се развива у нас, независимо от европейската си диплома, която му отваря куп други възможности. Успоредно с работата си в една от най-големите и престижни столични болници, той е и преподавател на студентите по медицина в МУ-София.

Д-р Асьов израства сред медици. Първоначално мечтата му е била да стане хирург, но още в началото на студентските си години разбира, че това не е за него и избира ендокринологията, най-вече мотивиран от личната му битка с наднорменото тегло, която днес е пример за неговите пациенти.

Решава да се яви на изпит, който е организиран от Европейското дружество по ендокринология, за да докаже на себе си, че знанията и уменията, които притежава, са на нужното ниво. Към настоящия момент д-р Асьов е единственият лекар в страната с този сертификат.

Защо младият специалист все пак избра да практикува у нас и как помага на пациентите с диабет в България - следва кратък разказ между прегледите, от първо лице.

- Как решихте да се занимавате с медицина? И защо точно ендокринология?

- Вероятно на първо място съм бил повлиян от родителите ми, макар те никога да не са искали да се занимавам с тяхната професия. Ендокринологията е интегрална специалност. Жлезите с вътрешна секреция влияят на много органи и системи и възможността да работя в екип с различни други специалности за решаването на здравните проблеми на пациентите я прави интересна за мен.

- Работата в практиката отговори ли на очакванията, които имавте, преди да започнете да работите в сектора?

- Категорично! С времето се убеждавам, че усилията, които лекарят влага в това пациентите му да са по-здрави, освен лична удовлетвореност, се отплаща и с добро отношение от тяхна страна. Това ме мотивира да се старая и да работя повече.

- Срещате ли доверие в очите на хората,

които лекувате? Има ли предрасъдъци спрямо по-младите лекари?

- Надявам се да не прозвуча нескромно, но усещам доверието им. Влагам с голямо желание това, което знам и мога, за да ми се доверят и се старая да не ги разочаровам.

- Има ли я благодарността от страна на пациентите?

- Благодарност срещат онези лекари, които са съпричастни с болката на своите пациенти.

Преди време имах пациент - младо 20-годишно момиче с току-що поставена диагноза диабет, което дойде в клиниката с баща си. И двамата бяха притеснени и объркани. А аз трябваше да им обясня, че това заболяване е за цял живот, че ще си слага инсулин по 4 пъти на ден и че грижата за здравето ѝ ще трябва да е приоритет.

Това момиче ми остана признателно и до ден-днешен е мой пациент и смея да твърдя, че е от най-мотивирани ми пациенти.

- Спечелили сте прес-

тижни отличия и сте се сдобили с европейска диплома по време на своето кариерно развитие. Защо все пак решихте да лекувате у нас?

- Трудно ми е да отгово-



ря на този въпрос еднозначно, защото причините са комплексни. Действително, последните няколко години бяха добри за мен от кариерна гледна точка. Когато завърших медицина, кандидатствах за докторантура на няколко места в Европа и за настоящата ми позиция. След като мина конкурсът в „Александровска“ и бях зачислен, пристигнаха няколко одобрения от чуж-

бина. Доста мислих, но реших да остана. На този етап съм доволен от постигнатото от мен в кариерно отношение и нямам планове да заминавам. Надявам се това да не се промени с времето.

- Има ли перспектива за младите лекари в България?

- Труден въпрос. Смятам, че трябва глобално подходът на обществеността към лекарите и специалистите по здравни грижи да се промени. Трябва да изградим партньорство в отношенията си с пациентите, защото в крайна сметка сме на една страна и имаме една и съща цел - здравето на пациента. За да се постигне това обаче, е необходимо и значително подобряване на условията на труд в сектора, които да задържат младите, кадърни специалисти в страната.

- Диабетът е сериозен проблем както по света, така и у нас. Защо според вас заболяването се увеличават и какви са начините за превенция?

- Тенденцията за покачането на болестността от захарен диабет в света е валидна и в България и се запазва през последните години. Причините са много, но категорично една от най-важни-

те е неправилният начин на живот - преяждането, наднорменото тегло и липсата на физическа активност. Като че ли тази „мода“ за това хората да спортуват повече и да се хранят здравословно все още не е „заляла“ нашата страна така, както се случва в Западна Европа.

В месеца на диабета, за него се говори много. Говори се за нови медикаменти, глобална стратегия, диабетен регистър. Но реалността е, че ключът за преодоляването на диабетната пандемия, се намира у самия пациент и начина му на живот. Подобряване в хранителния режим - с намаляване на „бързи“ въглехидрати, сладки напитки и други калорични храни и движение - и то не просто ходене - са основните мерки, които най-ефективно намаляват риска от захарен диабет. Обобщено - ако искаме да сме по-здрави, трябва на първо място да си помогнем сами.

- Самият Вие сте се преборили с излишните килограми. Как го постигнахте?

- С водене на здравословен начин на живот. Пълноценната закуска много ми помогна да променя изцяло външния си вид и здравословното си състояние, защото цял живот съм бил с наднормено тегло, а сега не съм.

Днес съм фокусиран да не се връщам към старите си килограми, а с личния си пример да помогна на тези, които също искат да постигнат добри резултати. За да поддържам добрата си фигура залагам също на редовен спорт.

- Как искате да продължите да се развивате в бъдеще? Какво искате да постигнете в личен и професионален план?

- На първо място искам да ставам все по-добър лекар в името на моите пациенти. Това минава през продължително обучение в страната и в чужбина, което съм планирал. Обучението за добрия медицински специалист никога не спира, защото медицинската наука непрекъснато се развива.

# БЪЛГАРИЯ - В ТОП 3 В ЕВРОПА ПО РОБОТИЗИРАНА ХИРУРГИЯ

**Над 350 специалисти и студенти по медицина от цял свят взеха участие в Европейския Конгрес по роботика SERGS 2019 София**

За пръв път тази година в България се проведе Европейски конгрес по роботизирана хирургия с организатор Медицински университет - Плевен. Университетът спечели домакинството на SERGS 2019: XI Европейски Конгрес по роботизирана хирургия преди четири години в Париж след сложна конкурсна процедура.

Начало на форума даде уникално изложение на високотехнологично медицинско оборудване от водещи световни производители - с роботизирани системи, симулатори за обучение и хирургични апарати. По време на конгреса пък се осъществи уникална демонстрация - излъчване на 3D хирургия на живо с роботизираната система в Плевен.

Какви са ползите от роботизираната хирургия и как тя е навлязла в родната медицина, на този и още много други въпроси отговори дава проф. Григор Горчев, управител на УМБАЛ "Света Марина" - Плевен и почетен ректор на Медицинския университет в Плевен. Проф. Горчев е пионерът на роботизираната хирургия у нас. Ето какво сподели той пред в. „Quo Vadis“.

**- За пръв път страната ни е домакин на Европейски конгрес по роботизирана хирургия. Над 300 специалисти от цял свят взеха участие в него. Разкажете повече за българския принос.**

- Имаше много широко участие. За нас този конгрес се оказва световен, защото имаше делегации както от Европа, така и от Съединените щати, Бразилия, Китай, Южна Корея, Русия... Над 30 държави, което е един показател за интереса и за развитието на този тип хирургия.

Ние събрахме елита на роботизираната хирургия от цял свят. Пленарни лекции изнесоха водещи хирурзи от САЩ и Европа, а за пръв път в европейския форум по роботика взе участие и т. нар. Световен Отбор (SLS World Team) от топ хирурзи на Световната асоциа-



ция по лапароендоскопска хирургия.

**- По време на конгреса присъстващите станаха свидетели на две операции излъчвани на живо в 3D формат - разкажете повече за тях.**

- Едната беше робот-асистирана интервенция, която беше извършена от екипа ми в Плевен. Ставаше дума за пациент с онкологично заболяване. По време на самата операция течеше дискусия - съдържаща в себе си въпроси, решения и отговори.

Втората интервенция беше фокусирана върху ултразвукова хирургия на живо чрез прилагане на ХАЙФУ технологията от екипа на доц. д-р Добромир Димитров от МУ-Плевен.

**- На какво място се намира България по отношение на роботизираната хирургия?**

- В Европа сме трети в момента. През 2007-ма година започнаха италианците, а в края на 2007 година шведите. Ние започнахме през 2008-ма година тук на Балканите в Плевен. Що се касае до източна Европа, до 2008-ма година турците дори не бяха чували за роботизирана хирургия.

В Атина през 2011-та година аз направих първата роботизирана операция, три години след като тя беше факт у нас. Франция и Германия много по-късно започнаха, но вече и те набират скорост.

**- Спомняте ли си първата роботизирана операция, която извършихте?**

- Да, беше на 22 януари 2008 година. Оперирах две жени, една след друга. Тогава първата жена я приехме заедно с професор от Холандия, а втората операция направих аз след два дни. На жени с ракови заболявания.

**- Какво трябва да се знае, когато се говори за роботизираната хирургия?**

- Тя е щадяща хирургия. Най-щадящата, най-прецизната, най-точната по много причини. Първата причина е, че постоянно се наблюдава в пространството. Втората причина е, че има многократно увеличение на образите. Т.е. при нея се вижда това, което не може да се види с просто око.

Трето - самите инструменти, с които се работи при роботизираната хирургия, имат 36 степени на свобода. Това го няма дори при човешката ръка. При роботизираната хирургия може да има движения, чрез които да се стигне до труднодостъпни структури в тялото на пациенти.

Най-важното при роботизираната хирургия е, че е ефективна и при нея има минимална загуба на кръв. При операция на онкоболен пациент се губи не повече от 50 милилитра кръв. Докато при отворения тип хирургия се губят над литър

и половина. Разбирайте, че пациентите напускат болницата 2 дни след интервенцията.

В момента в проучванията, които ние правим, няма разлика в преживяемостта между отворената и роботизираната хирургия при раковите заболявания, което е добре. Усложненията са незначителни, което е едно голямо предимство.

**- За какви операции най-често се прибегва до роботизирана хирургия?**

- С роботика може да се прави всичко. Като тук говорим както за гинекология, така и за урология, за коремна и гръдна хирургия. Най-ценна обаче се оказва в онкологичната хирургия, така че ние най-добре я използваме при ракови заболявания. При рак на яйчника, на шийката на тялото на матката. Там роботиката е най-ефективна.

**- Как избирате пациентите, които могат да се подложат на роботизирана хирургия?**

- Има си стандарти, които използваме. Всички пациенти, които са между първи и втори стадий на онкологично заболяване са подходящи.

**- На колко хора сте успели да помогнете чрез роботизирана хирургия?**

- Над 1300 са пациентите. Ние работим основно при ракова хирургия, защото смисълът на роботиката е в раковата хирургия. Става въпрос за прецизно отстраняване



на тумора, на лимфните възли, при почти липсваща кръвозагуба, с бързо възстановяване.

**- До каква степен тези операции се финансират у нас?**

- В България източникът на финансиране, както знаете, е здравната каса, докато в другите държави си имат фондове. В Съединените щати например, в Орландо - където е Мека-та на роботиката, работят 12 системи - за кардиохирургия, за коремно-гръдна хирургия, урология и гинекология. И във всяка една болница в Щатите предстои да има такъв тип система, защото фондовете сключват договори с подобен тип хирургия.

Говорим за скъпа хирургия, чисто като интервенция, но всъщност тя е евтина, тъй като е много щадяща и пациентите се връщат бързо в реалния живот. Лошото при нас в България е, че не се отчита косвеният ефект.

При една обикновена операция пациентът стои в болницата 12 дни, а при роботизирана хирургия този период се скъсява на 2-3 дни. В България тези операции се поемат от Здравната каса.

**- Изцяло ли?**

- Касата плаща 8 хиляди лева за онкоболни пациенти. Това е основен па-

кет, който покрива консумативите и издръжката на системата. Издръжката на една система е поне 300 хиляди лева на година. Тогава отива за сервиз.

Всяка една операция се наблюдава онлайн в Швейцария, т.е. системата се следи в реално време и ако има някакъв проблем се реагира мигновено.

Всяка една операция, която се прави в момента у нас, се наблюдава в чужбина. Затова е скъпа тази хирургия и затова е скъпа поддръжката ѝ.

**- Как мислите, че ще продължи да се прилага роботизираната хирургия?**

- Никой не може да спре човешкия прогрес, няма как. Тази хирургия се развива и продължава да се развива. Ето, в момента набира скорост роботиката в урологията. При нас има добър център, в който се оперира рак на простатата.

Развиваме и роботизирана гръдна хирургия, така че има поле за развитие и тепърва това предстои. Ние положихме стандарти, когато става дума за роботизирана хирургия в областта на гинекологията, но що се касае до роботика при урологията и гръдно-коремна хирургия, то тя тепърва предстои да се развива.



# 1 декември - Световен ден за борба със СПИН

1-ви декември е Световен ден за борба със СПИН. Над 190 държави в света го отбелязват и е една от осемте глобални здравни кампании на Световната здравна организация. Стартира през 1988 г. със здравни инициативи, а от 2004 г. е световен ден. Червената панделка служи като международен символ на борбата с HIV и СПИН.

По темата разговаряме с доц. д-р Ивайло Еленков, д.м. и проф. д-р Радка Аргирова, д.м.н.

## ДОЦ. Д-Р ИВАЙЛО ЕЛЕНКОВ: БЪЛГАРИЯ ВИНАГИ Е ПРИЛАГАЛА ПОСЛЕДНИТЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ОБЛАСТТА НА БОРБАТА С HIV И СПИН



Доц. д-р Ивайло Еленков, д.м. е началник на Клиника за лечение на остри вирусни хепатити, чревни инфекции и придобита имунна недостатъчност в СБАЛИПБ „Проф. Ив. Киров“ ЕАД - София. Бил е старши научен сътрудник към Национален център по заразни и паразитни болести, Клиника по тропически и паразитни болести. В периода 1993 – 1998 г. е главен асистент в Катедра по инфекциозни болести към МУ-София, а на сегашната си длъжност е от 2003 г.

Доц. Еленков, как се развива борбата с вируса на СПИН у нас от 1986 г. насам, след създаването на първото зено у нас за лечение на заболяването?

През 1986 г. все още нямаше терапия. Първият антиретровирусен препарат – Azidothymidine беше синтезиран през 1986 г. и беше разрешен за употреба в Европа и САЩ. От следващата година вече беше в България. Първите регистрирани пациенти можаха да избират дали да се лекуват. Все още не беше ясна доктрината кога и как да започне лечението и колко време да продължава. Тези неща се установяваха в движение. Някои пациенти отказваха лечение тогава. Онези, които започваха терапия, идваха на определена дата, постъпваха в отделението за рутинни и специализирани изследвания, след което получаваша необходимото количество от медикамента за месец. След извештен период от време някои се отказваха, други продължаваха да идват до момента, в който нивото на CD4+T-лимфоцитите достигаша референтни стойности – тогава това се смяташе за точка, в която можеше да се прекрати терапията. С течение на времето в световен мащаб се установи, че веднъж започната, терапията не трябва да се преустановява, защото това създава възможност на вируса да мутира и да стане резистентен. В следващите години се синтезираха и въведоха в употреба нови медикаменти, установи се, че е по-добре да се прилага повече от един медикамент едновременно, за да се ограничи възможностите за мутации и резистентност на вируса. Тази стъпка даде тласък на антиретровирусната терапия – намали заболяемостта, а преживяемостта на пациентите се удължи. Въпреки това, резултатите все още бяха незадоволителни. Появиха се и много данни за токсични увреждания на метаболизма и функциите на хемопоезичната и нервната системи. Отбелязвам, че в България винаги сме били в синхрон с останалите държави по отношение на лечението.

През 1996г. се създаде т.нар. комбинационна антиретровирусна терапия, наречена още високоактивна, която изискваше успоредно приложение на 3 препарата от различни класове антиретровирусни медикаменти. Това е най-високото достижение в областта на лечението на СПИН, което беше паралелно въведено у нас и се прилага и до момента.

Доста път е извървян за 30 години? Първите лекарства имаха тежки странични ефекти и реакции (гадене, повръщане, диария, коремни болки, психотични отклонения, нарушения на съня) и във времето – токсични увреждания на органи и системи. Най-често заради тях пациентите прекратяваха терапията. Те трябва да приемат, все още, значителен брой таблетки, двукратно или трикратно в денонощието. Спирането на лечението логично доведе и до по-сериозно развитие на вирусна

та резистентност, което налагаше честата смяна на терапевтичните режими. А тогава възможностите не бяха такива, каквито са днес.

Постепенно фармакоиндустрията регистрира сериозен напредък в областта. Драматично се редуцира токсичността на медикаментите. Съществуват вече до момента промени в обмяната и функциите на вътрешните органи, сред които панкреатит и остра чернодробна недостатъчност, хиперлипидемия, бъбречни увреждания, остеопороза и др., намаляха чувствително, а повечето вече изчезнаха. След като тези недостатъци бяха преодоляни в голяма степен, се подобри придържането към терапията, което пряко повлия и намали развитието на лекарствената вирусна резистентност. Друга важна стъпка към повишаване на терапевтичната ефективност е т.н. „симплификация“ на използваните лекарствени комбинации – повята на ко-формулирани препарати, съдържащи два или повече медикамента от различни класове в една таблетка. Сегашните схеми за лечение вече са сведени до еднократен прием в денонощието на тази таблетка.

Днес вече дори се съобразяваме с индивидуалните особености на всеки един пациент – вземаме предвид неговата генетична карта, наличие на наследствени болести и обремененост, моментно състояние, съпътстващи заболявания и възможни нежелани лекарствени взаимодействия с медикаментите, предназначени за лечение на тези заболявания; за жените – периода на бременността – за да се избегнат токсични увреждания на плода. Т.е. днес работим на принципа на персонализираната медицина. Повиши се качеството на живот на пациентите и рязко намали смъртността от

СПИН-определящи заболявания. Добрият контрол над инфекцията позволи тя да бъде определена като хронично състояние за неопределен срок във времето.

Периодично излиза информация, че е открит медикамент, който вероятно ще лекува СПИН? Възлагаха се големи надежди на „Трувада“.

Това е комбинация от два нуклеозид-нуклеотидни инхибитори на обратната транскриптаза. Тези 2 медикамента са представителни на един от класовете антиретровирусни средства. Подобни комбинации са т.нар. „гръбнак“ или backbone на терапията. Към него ние добавяме или един нуклеозид инхибитор на обратната транскриптаза, или протеазен инхибитор – трети клас медикаменти. А сега вече прибавяме интегрални инхибитори, инхибитори на навлизането на вируса, инхибитори на ко-рецепторите. Това са все нови класове медикаменти с висока ефективност и ниска токсичност. Медикаментите от класа на „Трувада“ се използват днес най-вече за т.нар. прекекспозиционна профилактика.

Т.нар. PrEP медикаменти?

Да, това е PrEP профилактика, която се ползва от хомосексуални мъже с цел да предотврати техния HIV-отрицателен партньор, или от хетеросексуални партньори със същата цел. Приема се по схема, с което се възпрепятства заразяването на партньора. Тази профилактика обаче не предотвратява заразяване с други СПИ (сексуално предавани инфекции).

До каква степен може това да се смята за надеждно средство?

Твърди се, че процентът граничи със 100. Най-надеждният и съвременен най-достъпен начин за предпаз-

ване от СПИ е ползването на презерватив. Някои категории пациенти не използват кондоми по етични и емоционални причини.

Впоследствие митът, че HIV засяга само хомосексуалисти е развенчан?

Да, в ранните етапи на развитието на HIV-медицината първо се констатира, че е полови-предавана болест, а след това се установява и заразяването по кръвен път, което е с най-висок процент. Тук важно е нивото на заразяващата доза. Тя е много по-малка при сексуален контакт. Впоследствие се установи се, че HIV се предава и при хетеросексуален контакт.

Трябва да отбележим, че чрез заразяване по кръвен път пострадала много хора с вродени хематологични заболявания – хемофилиите напр. Между 70-е и 80-е години в САЩ над 5000 хемофилици, получавайки антихемофилен фактор, получили от кръвта на HIV позитивни или заразен с хепатит В и С, се заразили с тези болести. Тогава нямаше система за изследване. Днес всички кръвни продукти, които се преливат на пациентите, се тестват задължително за HIV, хепатит В и С и сифилис. В нашата страна в периода 94-96 г. също пострадала много хора – хемофилици. Тогава нямаше адекватна технология за обработка на кръвни продукти. Този опит добихме по пътя на неблаготолучията.

Можем ли да кажем, че медицинските специалисти са изложени на сравнително по-голям риск от инцидентно заразяване?

Работата с пациенти не носи абсолютно никакъв риск, при положение, че лекарят носи ръкавици и маска. За някои специалности, където има инвазивни манипулации или възможност за образуване на аерозоли от биологични матери при работа, се изисква носенето на очила, които предотвратяват конюнктивите от попадане на биологични течности в тях.

Заразяване може да стане и през очите?

Може, но трябва да има нарушение във целостта на лигавиците. Иначе е малка вероятността конюнктивата да стане входна врата.

Работата на медицинските специалисти включва досег с телесни

течности. Това не е ли сериозен риск фактор?

Ставали са инциденти по време на обслужването на HIV позитивни пациенти. Носителите на вируса го носят във всичките си телесни течности. Най – заразително е от тях са кръвта на първо място, следвана от семенната течност / вагиналните секрети респ., на 3. място е церебро-спинален ликвор и някои ексулати – патологични изливи в телесни кухини – плеврална, коремна и т.н. В много по-малка концентрация вирусът се открива в слъзината, потта, слюнката. Единствените начини, установени категорично досега, които трябва да се откриват са кръв и семенна течност. При убождаване с инструменти, които са замърсени или съдържат кръв от заразен пациент, може да се осъществи контаминиране на съответните медицински работник, като има степени на риск. Съществува програма/алгоритъм/, с която ние преценяваме обстоятелствата и възможностите на източника – потенциален извор на зараза, начина на увреждане на кожа, кожни покривки, лигавици и т.н. и обстоятелствата, които касаят самия пациент – дали неговата инфекция е под контрол или не. Използвайки съвкупност от всички тези критерии, ние преценяваме нивото на риска и препоръчваме съответната схема за провеждане на постекспозиционна профилактика.

Има ли в България такива случаи?

Да, ежегодно има много такива случаи, но досега нито един не е диагностициран като заразен.

Пациентите не са задължени да съобщават своя HIV статус?

Препоръчва се да съобщават, в свой интерес не на последно място HIV статуса си, но малко си позволяват да го правят. Много от тях се подлагат на хирургична интервенция, без да уведомяват когото и да било.

Лекарите нямат право да провеждат за себе си изследване на пациента за СПИН?

В това отношение има съответни правила. Основно правило е, че пациентът сам решава дали да уведомява за своя имуен статус. Затова презумцията на медиците е да приемаме всеки пациент като потенциален

носител на някаква зараза. Някои специалности намериха вратички в закона, под предлог, че пациентът подписва информирано съгласие, постъпвайки в лечебното заведение, да бъде изследван по целесъобразност, пречена от самия лекарски екип.

Според действащите нормативни документи у нас, при съответни медицински показания, лекарят е длъжен да поиска разрешение от пациента да бъде изследван. Без да се иска разрешение се изследват донорите на кръв, биологични течности и тъкани и органи за трансплантация. Такива са и раждателите жени, макар че преди раждането наблюдаващите акушер-гинеколови трябва да предложат такова изследване. Понякога то се осъществява и без такова предложение. Има и по-специфични категории пациенти, чието съгласие също не е необходимо.

Как се разви заболяемостта в годините?

Води се точна и прецизна статистика – всяко движение в медицински и социален аспект на категорията „регистрирани пациенти“ – брой новорегистрирани за съответен период, преместени от едно лечебно заведение в друго, на терапия, прекъснали терапията, рестартирани терапията, починали. Това касае и случите на хепатит В и С, туберкулоза и сифилис. Води се и статистика на новородени деца от HIV позитивни майки. Трябва да отбележим, че профилактирането на бременността е фактор за раждането на здраво бебе, но имаме и случаи, когато HIV-позитивна майка ражда здраво дете, без да е била на терапия по време на бременността. Все още няма достатъчно ясно относно причините за това. Правилото е – установено ли се наличие на HIV при бременна, да се започне лечение веднага. Има някои разлики в протокола на терапията, ако HIV се открие по време на бременността или преди нея.

В общ план днес имаме изградени правила – терапия трябва да се предложи и започне при всички HIV позитивни, независимо от броя на техните CD4 лимфоцити. Навремето този брой беше основният критерий. Първоначално терапията започваше ако те са под 200 /микрлитър/. После границата започна да расте и днес вече това не е фактор.

Отрази ли се оттеглянето от България на Глобалния фонд за борба със СПИН, туберкулоза и малария?

Да, много структури бяха съкратени – психолозите напр. Изчезна институционалното финансиране на неправителствените организации. Те започнаха да търсят нови източници на финансиране и т.н.

От уязвимите групи в България, коя е засегната в най-голяма степен?

Това е разширяване на епидемиологичната карта на епидемията – т.е. кой от механизмите е водещ при предаването на инфекцията. Първоначално водеща трансмисионна категория в България беше хетеросексуалният път на предаване. После се измести към венозните наркомани. Последните 5-6 повече години водеща е групата на MSM (мъже, правещи секс с мъже). Най-ниска традиционно у нас е категорията на предадено заболяване от майка на дете.

Наскоро излезе информация, че е открит нов щам на вируса. Това променя ли нещото?

Не, нищо не променя. Преди време имаше субсеротипове на HIV-1, който не беше чувствителен към една от категориите антиретровирусни средства, но сегашните медикаменти покриват всичко.

Къде е България като ниво на заболяемост?

Ние сме в границите между 2 до < 5%, което ни определя като територия с ниско ниво на разпространение на HIV-инфекцията.

## СПИН и HIV – ВТОРАТА ЕПИДЕМИЯ

Проф. д-р Радка Аргирова, д.м.н. е лекар-вирусолог. Има дългогодишен научен и практически стаж като вирусолог, особено в областта на HIV, ретровирусите и онкогенните вируси. Тя завършила Висш медицински институт, София през 1969 г. През 1973 г. завършила обучението си в Института по вирусология „Ивановски“ в Москва, където придобива научна степен Кандидат на медицинските науки (к.м.н.). През 1987 г. получава научна степен доцент по вирусология от Института по обща и сравнителна патология на БАН. От 1994 г. е доктор на медицинските науки, а от 1997 г. - професор по вирусология.

От 1987 г. до 2012 г. проф. Аргирова е завеждащ последователно Централна лаборатория по СПИН, Лаборатория по ретровируси и Лаборатория по херпесни и онкогенни вируси в Националния център по заразни и паразитни болести. Заместник-министър на здравеопазването и Главен държавен санитарен инспектор в периода 1995 – 1997 г. Координатор за Централна и Източна Европа и представител на България в СЗО в Женева, Швейцария в периода 1992 – 1994 г. във връзка с глобалните програми срещу HIV/СПИН. От 1994 до 1996 г. е член на Програмния координационен борд на Програмата срещу СПИН на Обединените нации (UNAIDS). Експерт по въпросите на СПИН в проведени мисии в Република Конго и Филипини през 1994-96 г.

Членства в професионални организации: Председател на Българското дружество по медицинска вирусология (от 2001 г. до момента) Зам.председател на Българския съюз на медицинските специалисти (2010-2013) Член на Международното дружество за СПИН (International AIDS Society)



Член на Европейската клинична асоциация по СПИН (European AIDS Clinical Society) Председател на Медико-биологична секция към Хумболтовия съюз в България (от 2010 насам).

Проф. Аргирова, защо вирусът на СПИН се отличава с такава устойчивост?

Зависи какво имате предвид под „устойчивост“. Тук има няколко гледни точки. От една страна HIV вирусът не е толкова устойчив, колкото напр. този на хепатит В. Има и по-малко устойчиви от HIV. Напр., въпреки че не е вирус, tritonema pallidum – причинителят на сифилис, е далеч по-лабилен. За сравнение - вирусът на СПИН може да издържи 2 ч. на 56°С, а ако някъде попадне заразена с HIV кръв и я почистим с неособено силен дезинфектант, напр. сапуно-воден разтвор, вирусът ще загине, тъй като се разрушава неговата обвивка. От друга страна вирусът има точно установена, ясна, собствена структура, която трудно се нарушава и зависи с какво ще поискаме да я разрушим. Напр. от външната си страна той има двойствена липидна обвивка, която, като всички липиди, когато й се въздейства с липоразтворители (от алкохол до сапуни и всякакви детергенти), се разрушава. Това прави вирусът неинфекциозен, защото, за да бъде инфекциозен, той трябва да бъде в своя пълен, устойчив вид от една страна, а от друга – да влезе в човешката клетка – чувствителна клетка, най-често това са клетки на имунната система - CD4 лимфоцит, и трябва да бъде в достатъчно количество. Разбира се, съществуват и други чувствителни към вируса клетки, които подпомагат неговата репликация. Затова слюнката, урината, потта и т.н. не могат да предизвикат заразяване, поради ниския вирусен титър.

Ако говорим за „устойчивост“ като синоним на адаптивност, да – HIV вирусът е много изменчив, колкото и парадоксално да изглежда това твърдение на пръв поглед. Но всъщност с всяко изменение: на външната си обвивка, частично и на вътрешните си компоненти, той става все по-устойчив. Това е най-сериозната причина той да не може да бъде използван като имуноген. Затова и не разполагаме с ваксина към момента.

Неговата изменчивост го прави трудно уязвим?

Съвременните лекарства бързо го унищожават всъщност. За няколко седмици от висок вирусен товар, с медикаменти, пада до нискожни граници и не може да се отчете на практика. Не че го няма – част от вируса се интегрира в ДНК на клетката. Оттам не можем да го махнем. Иначе лекарствата го елиминират в кръвта. Както казах обаче, той е изменчив и бързо се адаптира към медикаментите – т.нар. резистентност.

Затова ли съвременните препарати са комбинация от 3 медикамента?

Това е една от причините. Другата причина е, че при комбинация от няколко антиретровирусни препарата, всеки от тях участва в по-ниска доза, което ги прави по-слабо токсични и по-добре поносими от организма.

Какво го различава от другите вируси в неговия клас?

Няколко са нещата. Той има много специфичен

състав – обвивка, нуклеокапсид, капсид и т.н., антигени, външни гликопротеини, има и много сериозно развит собствен ензимен апарат. Т.е. той „носи всичко свое със себе си“ – 4 ензимни активности, които са му необходими през първата фаза на размножаването. Докато при другите вируси тези ензими се доставят от клетката, която заразяват, HIV вирусът разполага със собствени, които са му нужни до момента на интегрирането му в ДНК на клетката. В известен смисъл това е автономен начален период на репликация, който го няма при останалите. И това го прави особено опасен, труден и независим. Затова тенденцията днес е да го атакуваме, когато е на прага на клетката, преди да е влязъл. Това е нещо качествено ново в медицината и фармацията, защото в представите ни, дори на нас – вирусолозите, този абсолютен паразит си го представяме само вътреклетъчно. А днес говорим за атакуването му още преди да е навлязъл в клетката. Той тотално използва клетката за свои цели – идеалният паразитизъм. За да влезе в клетката, вирусът използва различни механизми. В случая на HIV се използват клетъчни рецептори и в момента съществуват вещества – рецепторни антагонисти, които не му позволяват да се „прилепи“ към повърхността на клетката, за да влезе в нея. Говорим за качествено нов тип медикаменти – не му се откълчва вратата, за да влезе. Досега лечението беше свързано с откриването на вируса в клетката и последващото му унищожаване или отслабване. В случая вече става въпрос за екстрацелуларно действащи медикаменти. По подобие на тази терапия, която съществува вече 6-7 години, се говори за създаване на антивирусни вещества и срещу други вируси, напр. за хепатит Б.

Може ли грипият вирус да бъде атакуван по подобен начин?

Той е инфекциозен вирус. При него жизненият цикъл е кратък – 18 до 24 часа и трудно можем да го хванем в самото начало. При вируса на СПИН той е 72-96 часа – много по-дълъг е и включва много повече процеси.

Имате ли наблюдения как се движат заболяемостта през годините?

Да. На 01 август 1987 г. аз официално застанах начело на Националната лаборатория по СПИН. Оттогава докъм 1990 г. имамех по 25-30 новозаразени лица годишно. Сега те никога не са по-малко от 250. Въпреки това България е сред страните с ниско разпространение на инфекцията.

Имате ли наблюдения за най-често срещания механизъм на заразяване?

Днес най-често срещаният механизъм на заразяване е при мъже, които правят секс с мъже (МСМ). В началото на нашата българска епидемия, пътят беше изключително хетеросексуален. След това имаше един кратък пик на заразените по венозен път – венозните наркомановими – 2006 – 2012 г. След въвеждането на програма за превенция делят на тези хора сред новооткритите заразени лица драстично спадна. Тази и миналата година вече над 50% от ново-

откритите лица са МСМ. Колко от тях са бисексуални, не знам. Тази тенденция е валидна за цяла Европа.

Има мнения, че МСМ са по-загрижени и по-често си правят тестове и поради това техният относителен дял е по-висок. Дали това е вярно?

Не, не можем да твърдим подобно нещо според мен. Обикновено става дума за млади хора, които проявяват интерес или любопитство към различни житейски сценарии и попадат на не особено благоприятни обстоятелства. Партньорът им може да не е знаел, че е заразен, нямам представа. Искам дебело да подчертая – това не е тенденция само в България, тя е валидна и за Европа, и за целия свят. Има няколко обяснения. Американците го наричат „втора епидемия“, сравнявайки с началото – когато „СПИН“ беше смъртна присъда безапелационно. Но това поколение мина, днес вече имаме трето поколение, на което много по-малко се говори, но те знаят, че терапия има и тя е безплатна. Освен това е много ефективна – продължителността, а и качеството на живота вече се приближава до тези на хората, които не са заразени.

Не е ли дилемислено подобно отношение? Това все още е нелечимо заболяване.

Ще Ви опонирам – някой да се е излекувал от херпес? Няма прояви на заболяването, но вирусът се намира в ганглиите на гръбначния стълб и при редица обстоятелства се активира. Отношението към HIV в част от заразените лица също е подобно.

При нива на вируса, когато той е неоткриваем, неговият носител може ли да зарази други хора?

Не - това вече е известно със сигурност.

Вярно ли е, че в началото на заразяването тестовете дават отрицателен резултат?

Има един период от около 3-4 седмици след заразяването, в който обикновеният тест дава отрицателни резултати, защото той открива антитела към вируса в организма. Обаче на организма му е нужно време да формира антитела. Ако си послужим със съвременните молекулярно-биологични методи, които откриват директно вируса в кръвта, на 72-я час го откриваме.

Надеждни ли са т.нар. бързи тестове?

При отрицателен резултат са напълно надеждни. Положителният тест обаче трябва да бъде потвърден.

В глобален план какви са перспективите за лечение?

Идеята в глобален план е да бъде ликвидирано заболяването и вируса. За да стане това са необходими много неща – да няма новозаразени, което е непостижимо. Затова сред перспективите е ваксина, която да се прилага още при раждането. Обаче е трудно тя да се получи, защото вирусът има много субтипове и варианти. За да говорим за ваксина, тя трябва да покрива всички, а това е трудно, заради голямата изменчивост на вируса.

# ПРОФ. Д-Р ПЛАМЕН ПАНАЙОТОВ - ЛЕКАР НА ГОДИНАТА 2019

След 35 години стаж и хиляди сърдечни операции - ръководителят на Клиниката по кардиохирургия във варненската УМБАЛ "Св. Марина" проф. д-р Пламен Панайотов беше удостоен с наградата "Лекар на годината".

Роденият в Пловдив кардиохирург завършва медицина в София. Кариерата му минава през „Пирогов“, клиниката по сърдечна хирургия в болница „Лозенец“ и Националната кардиологична болница. През 2000 г. заминава да работи в Истанбул, а след това в Кувейт. Пет години по-късно д-р Панайотов се връща у нас, за да работи в новосъздадената тогава клиника по кардиохирургия във Варна, на която професорът се посвещава изцяло. За тежките периоди, наградения труд и лукса да бъдеш в мир със себе си - разказва самият проф. Панайотов.



## Хирургът със златно сърце

- Каква беше причината да изберете медицината?

- Да избира медицината... Трудно ми е да кажа каква е конкретната причина, аз още в 10. клас реших, че това ще правя... Медицината ми изглеждаше най-привлекателната специалност по отношение на това, което аз мога, тъй като нямаше как да избира архитектура, инженерство или нещо друго.

- А защо точно кардиохирургия?

- По време на един от летните си стажове имах шанса да попадна в кардиохирургията. Това беше сърдечносъдовата и гръдна хирургия към Военномедицинска академия в София.

По това време я оглавяваше проф. Генчо Кръстинов и присъствах на една сърдечна операция... Разбира се, мониториите изглеждаха по различен начин от днешните. Обстановката беше различна от всяко друго място, което бях виждал, със страшно много апаратура и много техника. Операцията, на която присъствах, беше закрыта комисуротомия на митралната клапа. В онези години, за да направи самата комисуротомия, хирургът трябваше да вкара пръста на ръката си в сърцето и под контрол на пръста си да отвори клапата.

За един студент втори курс, това беше много впечатляващо и остави много трайна следа в мен. След това, разбира се, докато завърша медицината, всяко лято прекарвах два месеца в тази клиника, така че имах шанса да видя още много неща, които да затвърдят желанието ми.

Желанието е едно, но имах и шанс. През 1990-а година се създаде кардиохирургия в Лозенец. По това време имахме само две кардиохирургии - в Медицинска академия и в Националната кардиологична болница, известна като Трета градска болница.

Така че със създаването на трета кардиохирургия в болница „Лозенец“ се отвори възможност да се явя на конкурс. Спечелих мястото за асистент и така започнах.

- Какво е усещането да държите човешко сърце в ръцете си?

- Особено е усещането. Ми-

нава доста дълъг път до момента, в който усетиш цялата отговорност, защото първите стъпки са, когато асистираш и помагаш на опериращия хирург да придържа сърцето в определена позиция. Минава доста време от началото на обучението до момента, в който сърцето е изцяло в ръцете на оператора и той решава какво да направи.

В момента, в който сърцето е в ръцете на хирурга, концентрацията трябва да бъде на 100% и всичко останало на света престава да съществува, защото в този момент той наистина държи живота на пациента в ръцете си.

- Работили сте в чужбина, какво Ви накара да се върнете тук?

- Убеждението, че в България мога да се реализирам по-добре. Освен това в България са всичките ми приятели, тук е семейството ми. Но пряката причина да се върна в България беше поканата на проф. Красимир Иванов, по онова време директор на „Св. Марина“, понастоящем ректор на Медицински университет - Варна. В рамките на няколко месеца той успя да организира екип за създаването на кардиохирургия с помощта на проф. Начев, по това време консултант на болницата. До този момент такава структура във Варна не беше имало, т.е. трябвало е всичко да бъде изградено съвсем отначало. Става въпрос за оборудване, става въпрос за сформирани на екип, който да включва хирурзи, анестезиолози, реанимационни и операционни сестри, а това е наистина не е лесна работа.

- Това е било истинско предизвикателство...

- Иначе изграждането на екип е като създаването на оркестър - не става за месец-два, каквото и да знаеш, каквото и да можеш. Един екип се създава поне след 5 години съвместна работа, тогава, когато има такъв синхрон в работата на всеки член на екипа - кардиолозите, които правят диагностиката, хирурзите, които трябва да оперират, анестезиолозите, които са отговорни за анестезията по време на самата операция, а и за реанимацията след това - в първите часове и дни след операцията.

Това напасване е много важно и когато говорим за медицинските сестри ако щете и санитарите. Това е дълъг процес, така че не беше лесно.

- А кой беше най-трудният момент от практиката Ви?

- Най-трудния ми е трудно да кажа, защото трудни моменти не са липсвали в живота ми. Момент на сериозно предизвикателство имаше през 2008-а година. Тогава част от екипа във Варна се премести в друга болница в София и всъщност аз останах да работя с млади хирурзи - талантливи, работливи и амбицирани да се научат да работят. Имаше един период от близо три години, в който не можех да се отдалеча на повече от час и половина от Варна, защото във всеки един момент можеше да се наложи да оперирам, така че това беше един доста труден период, с доста големи изисквания спрямо мен, а и спрямо останалите от екипа. Но времето показа, че се справихме.

- Каква е Вашата лична равностетка - какво Ви даде и какво Ви взе професията?

- Взима ми много време и енергия. Отнема ми част от това, което човек би трябвало да посвещава на децата си - време, внимание. Да бъде по-близо до тях. Както казва дъщеря ми: „Като гледам как работите с майка ми, не ми се иска да се занимавам с медицина.“ (Д-р Панайотова е в същата клиника - тя е кардиолог) Безброй пъти ми се е налагало нощно време да ставаме, да хукваме към клиниката, да се провалят празници, да не можем да бъдем заедно на Коледа, на Нова Година, така че това е, което отнема.

Това, което дава обаче, е усещането за реализация, усещането за сбъднати желания, за реализирани - да не казвам мечти, но представи за това един човек какъв трябва да бъде и което може би е най-важното в моята гледна точка е това, че ми дава ми шанс да бъда в мир със себе си. А да бъде човек в мир

със себе си е лукс, който мисля, че не е даден на всеки.

- Колко операции сте извършили досега?

- Зададох ми няколко пъти този въпрос, аз обещах, че ще проверя. Не съм го направил все още. Вероятно във Варна са около 3 хиляди, но не мога да кажа със сигурност. А и не мисля, че това е най-важното.

Мисля, че най-важното е да бъде създадена школа по кардиохирургия във Варна и тази школа да продължава да развива традициите и да надгражда това, което вече е направено. Това е истинското постижение.

До 2005-а година, когато е имало пациент за сърдечна операция, той е трябвало да пътува до София и не са малко пациентите, които са загивали по маршрута Варна - София. Да не говорим, че след това е необходимо да се правят контролни прегледи, че понякога има усложнения и тези усложнения трябва да бъдат лекувани в същата клиника, в която е направена операцията. Така че това е постижение за Варна - да има създадена клиника, която да има собствен екип, да извършва операции от целия сектор на кардиохирургията при възрастните и да бъде истински полезен за поколения пациенти и специалисти от всички области.

- Има ли достатъчно млади хора, които искат да тръгнат по Вашия път и какво бихте ги посъветвали?

- Думата „достатъчно“ е винаги малко разтегливо понятие. За щастие има млади хора, които искат да го правят. Все повече млади дами тръгват по пътя на хирургията. В момента при мен има две, които вече 1 година работят кардиохирургия. Хората, които през последните години започват в Клиниката при нас, смея да твърдя, че го правят съзнателно и информирано.

Има млади хора, надявам се те да бъдат още по-ентузиазирани в бъдеще и се надявам все

в която работи, градът, който го е подкрепил, лекарската колегия във Варна - в случая и това наистина окрилява.

- А Вас на какво Ви научи медицината?

- Научи ме, че когато започнеш нещо, не можеш да се откажеш по средата. В хирургията няма как да кажеш - аз вече не искам, спирам дотук, не ми е интересно повече. Започнеш ли да правиш една операция, захванеш ли се да лекуваш един пациент, трябва да доведеш нещата докрай. Тъжното е, че този край не е винаги този, който на нас ни се иска, защото в крайна сметка пациентите стават с все по-комплексна и с все по-тежка патология. А това е отчасти, защото средната продължителност на живот се увеличава. Ние все още нямаме много пациенти, които са над 90 години, но има редица държави в Европа, където голяма част от пациентите им са над 85-годишна възраст и това предполагам предстои в България.

- Какви са Вашите бъдещи планове? Какво искате да постигнете в професионален план?

- Предстои да започнем да работим минимално инвазивна хирургия. Хирургия на биещо сърце се откроява като един от приоритетите на Клиниката и човекът, който се справя много успешно с тази процедура, е д-р Милен Славов. До няколко месеца другите млади лекари също ще започнат да правят такива операции.

Разбира се, има и нови процедури, които навлизат. Надявам се не след дълго да можем да започнем да имплантираме подпомагачи циркулаторни системи, или казано в кавички „изкуствени сърца“ които подпомагат живота на пациента в крайна фаза на сърдечна недостатъчност.

Така имам планове за много работа напред, част от тези планове вероятно ще се опитам да реализирам аз самият, част от тези планове ще реализират младите ми колеги. В медицината и особено в кардиохирургията развитието е много бурно!



# ЗА ПЪРВИ ПЪТ В БЪЛГАРИЯ ЕЛЕКТРОФИЗИОЛОЗИ ИЗВЪРШИХА КРИОАБЛАЦИЯ НА ПРЕДСЪРДНО МЪЖДЕНЕ, ПОД КОНТРОЛА НА ИНТРАКАРДИАЛНА ЕХОКАРДИОГРАФИЯ

Първата криоаблация на предсърдно мъждене, под контрола на интракардиална ехокардиография у нас, премина успешно, като същинската част продължи около 40 мин. С криоаблационния балон бяха обработени успешно 4 съда, а ултразвуковият контрол отвори в сърцето осигури още по-нисък шанс за усложнения, както и значително по-ниско рентгеново облъчване за пациента.

52-годишният пациент е с пристъпно предсърдно мъждене от 5 години. След процедурата, при която аномалията беше отстранена, се чувства добре и е изписан още на следващия ден.

Уникалната за страната криоаблация с интракардиална ехокардиография бе извършена от д-р Васил Трайков, началник на отделението по Инвазивна електрофизиология и кардиостимулация към Клиниката по Кардиология на Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда и д-р Чаба Фьолдеш от отделението по Електрофизиология към Националния институт по Кардиология Gottsegen Gyorgy, Будапеща, Унгария.

Случаят, който се проведе в новата ангиографска зала по електрофизиология на Болница Токуда, бе с излъчване на живо,



под формата на уъркшоп, на който бяха поканени кардиолози от страната. Преди началото на процедурата, д-р Венелина Милева, изпълнителен директор на Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда поздрави присъстващите и отбеляза, че новата техника допълва технологичните възможности на болницата за лечение на социално значимо заболяване, каквото е предсърдното мъждене. Последваха презентации на д-р Трайков и д-р Фьолдеш, които разясниха механизма на процедурата, която предстои. Д-р Фьолдеш има над 10-годишен опит в извършването на криоаблации и отбеляза предимствата на процедурата - по-бърза, с по-нисък риск за пациента и с по-ефективен резултат, в сравнение с радиочестотната аблация.

Предсърдното мъждене (ПМ) представлява неправилен сърдечен ритъм, който засяга горните кухини (предсърдията) на сърцето. В резултат на неправилен ритъм в предсърдията по време на предсърдното мъждене кръвта не се изпомпва напълно от горните сърдечни кухини, което може да доведе до нейното задържане и съсирване.

Рискът за хората с ПМ да образуват кръвни съсиреци и да получат инсулт е от пет до седем пъти по-висок.

Криоаблацията е ефективен начин, с който може дефинитивно да се излекува пристъпно и персистиращо предсърдно мъждене. Извършва се чрез въвеждане на катетри с балони, съдържащи охлаждащо вещество

Успешната процедура по криоаблация бе извършена в Болница Токуда на 52-годишен пациент с пристъпно предсърдно мъждене и продължи по-малко от час

до устията на белодробните вени. Там малка зона, отговорна за зараждането на ритмично нарушение, се "замразява" така, че патологичните електрически импулси не могат да достигнат до останалата част от предсърдията на сърцето и да предизвикат епизоди на аритмия. Чрез ниската температура електрическите свойства на тъканта се елиминират и така се деактивира импулсът, отговорен за неритмичната дейност на сърцето.

За разлика от използваната до този момент от екипа на Отделението по Електрофизиология и кардиостимулация метод на радиочестотна аблация, която работи на принципа точка по точка, криоаблацията има възможност за едновременно приложение в много точки от тъканта. Това спестява време и подобрява ефективността на процедурата.

Новата електрофизиологична зала, в която работи екипът на д-р Трайков, е оборудвана с апаратура за интракардиална ехокардиография. Чрез нея се извършва ултразвуков контрол на процедурата отвътре в сърцето и така се намаляват шансовете за усложнения, както и рентгеновото облъчване.



## ЕДНА ГОДИНА МИСТЕРИЯ ОКОЛО ГЕННО МОДИФИЦИРАНИТЕ БЕБЕТА В КИТАЙ

Китайският учен проф. Хе Цзянкуй шокира света преди година като обяви, че е помогнал за създаването на първите генно модифицирани бебета. Днес, година по-късно, неговата съдба, както и на предпологаемите бебета, тъне в мистерия.



Професорът не се е появявал на публични места от януари т.г., нито е публикувал някъде работата си. Ако новината за бебетата е истина, тяхната съдба също остава неизвестна. Специалистът по биоетика д-р Уилям Хърлбът каза по случая: „Това е историята – всичко е обвито в неизвестност, което никак не помага за бъдещия напредък.“

Хе е разговарял с Хърлбът многократно преди да оповести на научна конференция м.г. в Хонг Конг, че е използвал технологията CRISPR да промени гените на ембрионите в опит да ги направи устойчиви на вируса на СПИН. Работата, която той обсъжда в ексклузивни интервюта пред The Associated Press (АП), беше обявена за медицински ненужна и

неетична заради потенциална вреда върху други гени. Наред с това, промените в ДНК могат да преминават в бъдещите поколения.

След този случай много хора апелираха за регулации и дори мораториум върху подобни интервенции, но възникна въпросът, респ. съпротива, относно това кой би следвало да определя и прилага подобни стандарти.

### Какво се знае

#### ХЕ ЦЗЯНКУЙ

За последно той е видян в началото на януари в Шенжен, на балкона на апартамент в университета, където работеше и откъдето по-късно е бил уволнен, след като работата му стана известна. Забелязани са въоръжени пазачи, което доведе до спекулации, че Хе е под домашен арест. Няколко седмици по-късно китайската информационна агенция заяви, че разследването е стигнало до извода, че той е действал сам от желание за слава и ще бъде наказан за нарушение на закона.

Оттогава усилията на АП да се срещне с него са неуспешни. Райън Феръл, човек за връзки с медиите, който Хе нае, отказва коментар. Единствената информация от него е, че съпругата на Хе е започнала да плаща всички сметки, което може да означава, че съпругът ѝ е във фактическа несъстоятелност.

Хърлбът, който поддържаше връзка с Хе в началото на тази година, отказа да каже кога за последно

се е чул с него.

#### БЕБЕТАТА

Китайско разследване изглежда потвърждава съществуването на момичета близнаци, чието ДНК Хе твърди, че е променил. В доклада се казва, че близнаците, както и хората, замесени във втората бременност, за която беше намекнато на същата конференция в Хонг Конг, ще бъдат наблюдавани от правителствените здравни служби.

Китайските служители са иззели останалите генно модифицирани ембриони и записи в лабораторията.

#### ЗАМЕСЕНИТЕ В СЛУЧАЯ

Университетът „Райс“ в Хюстън излезе с изявление, че все още разследва ролята на Майкъл Дийм, чието име присъстваше в доклад на Хе, изпратен до научно списание. Майкъл Дийм е давал изявления за АП относно работата на Хе. Той вероятно е бил негов консултант, когато Хе е посетил университета година по-рано.

По думите на Хърлбът „Много хора знаеха, много хора го окуражаваха. На практика той не е действал скрито.“

#### НАУКАТА

Наскоро учените откриха нови начини за промяна на гените, които вероятно ще се окажат по-безопасни от CRISPR. Редактирането на гени се тества срещу заболявания при деца и възрастни, което не е спорно, защото тези промени не преминават към следващите поко-

ления. Някои учени смятат, че редактирането на гени ще бъде добре прието, ако бъде доказано, че работи в тези ситуации.

#### ОБЩЕСТВЕННОТО МНЕНИЕ

Миналия месец се проведе форум в Бъркли, Калифорния, чиято цел беше да се проучат обществените нагласи относно редактирането на гени - от тези на комари и култури до тези на човешки ембриони.

Националната академия на науките на САЩ работи в посока определяне на стандарти за модифициране на гени.

Проучване на АП / NORC миналата година установи, че нагласите на обществото са, че би било добре да се използват технологии за редактиране на гени, за да се предпазят бебетата от болести, но не и да се променя ДНК, така че децата да се раждат по-умни, по-бързи или по-високи.

#### РЕГЛАМЕНТ

Мораториумът вече не е достатъчно средство - необходима е регулация, писана наскоро в списание „Science“ пионерът на CRISPR Дженифър Дудна от Калифорнийския университет.

Тя отбеляза, че Световната здравна организация е поискала от регулаторите във всички страни да не допускат подобни експерименти и че наскоро руски учен е предложил нещо подобно. „Искушението да се коригира“ чрез ДНК на ембриони, яйцеклетки или сперма „не отминава“, пише тя.

## Университетска болница „Лозенец“ отбелязва 15 години от първата чернодробна трансплантация в България



На 18 ноември 2019 г. се навършиха 15 години от първата трансплантация на черен дроб в България. Малката Памела Пекова е първият пациент у нас с присаден черен дроб. Това се случва през ноември 2004 г., когато тя е едва на 7 месеца и неин донор става баща ѝ Пенко Пеков. Памела е с вродена липса на жлъчни пътища и за нея операцията е животоспасяваща. Тя се превръща и в символ на прогреса на българската медицина. Трансплантацията е извършена от проф. д-р Любомир Спасов и екипа на УБ „Лозенец“ с участието на проф. Масимо Малаго.

За да отбележи годишнината от тази знакова операция за историята на медицината у нас, екипът на УБ „Лозенец“ реши да запознае Памела с Мартин, първия българин с белодробна трансплантация, извършена у нас. Това се случва на 26 октомври 2019 г., като операцията отново е направена от проф. д-р Любомир Спасов и екипа на УБ „Лозенец“ с участието на д-р Игор Тодораке.

Към днешна дата екипът на УБ „Лозенец“ има извършени 237 трансплантации на черен дроб, бъбрек, сърце и бял дроб.

# БЛС ОБЯВЯВА КОНКУРС ЗА СТУДЕНТИ ПО МЕДИЦИНА, СПЕЦИАЛИЗАНТИ, ДОКТОРАНТИ И МЛАДИ ЛЕКАРИ

За осма поредна година Български лекарски съюз ще подпомага развитието на младите български лекари чрез проект за финансово стимулиране.

Тази година съсловната организация реши финансовото стимулиране на бъдещи и млади лекари да бъде както следва:

**1) Студенти 5-ти и 6-ти курс** - чрез отпускането на месечна стипендия в размер на 150 лв. в рамките на една учебна година (9 месеца).

Критерии за отпускане на ежемесечна стипендия в рамките на една учебна година за студенти след 4-ти курс:

Стипендии за една учебна година (9 месеца) в размер на 150 лв. месечно се отпускат на студенти по медицина след IV-ти курс, които отговарят на следните условия:

Среден успех над 5.00 от началото на следването до момента, доказан с удостоверение от ВУЗ, от което да е видно, че кандидатът е редовен студент 5. или 6. курс.

С предимство са тези, които владеят чужд език, което се удостоверява със сертификат или диплома за завършена езикова гимназия.

Срок за кандидатстване – 18.11 – 18.12.2019 г.

**2) Финансиране на участие в национални и международни научни форуми на млади лекари до 35 години, специализанти, които не са завършили своята специализация, докторанти (редовни или на самостоятелна подготовка), които имат договор за обучение и на се отчислени към датата на подаване на заявлението.**

Критерии за участие в национални и международни научни форуми с устна презентация или постер:

## I. ПРАВО НА УЧАСТИЕ В СЕЛЕКЦИЯТА ИМАТ:

1. Лекари до 35 години.
2. Специализанти до 35 години, които не са завършили своята специализация.

3. Докторанти (редовни или на самостоятелна подготовка), които имат договор за обучение и не са отчислени към датата на подаване на заявлението.

## II. ВИД НА ФИНАНСИРАНИТЕ РАЗХОДИ

БЛС финансира еднократно в рамките на календарна година такса участие с устна презентация до 500 евро на лице в чужбина и до 500 лева в страната. За участие с постер до 200 евро в чужбина и до 200 лева в страната. В случай на надхвърляне на посочените размери на таксата - лицата сами доплащат разликата. За кандидатстване за финансиране на участието се представят заявление, уверение за прието участие от организационния комитет на научни форум, регистрационна форма, фактура/проформа фактура, банкови данни за превода на сумата и копие на програмата.

## III. КРИТЕРИИ ЗА ОДОБРЯВАНЕ НА ФИНАНСИРАНЕТО

Кандидатурите на всички участници се представят на комисия, назначена от председателя на БЛС, която на текущи заседания разглежда всички подадени кандидатури в рамките на един месец от датата на заявлението за кандидатстване. Комисията съставя протокол, който се докладва на УС на БЛС от председателя на комисията. Всички кандидати за финансиране трябва да имат предвид посочените срокове. Заявлението трябва да се подаде в централата на БЛС с дата не по-малко от един месец преди необходимото заплащане на такса участие и реализиране на командировката.

- Кандидатите се селектират на база вид участие, научна стойност на участието и личния принос.
- Не се финансират участия в научен форум под формата на „виртуално участие по Интернет“ и „неприсъствено представяне на постер“.

• При участие в един форум с няколко устни презентации/постери, в които има дублиране на членове на авторските колективи, такса участие се поема само за един от тях, който да ги представи, като предимство имат устните презентации.

• Финансира се само едно участие на научен форум с устна презентация или постер, изготвени на базата на един и същи изследователски материал.

## IV. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ФИНАНСИРАНИТЕ УЧАСТНИЦИ

1. Материалът, който ще бъде представян задължително трябва да отговаря на следните критерии:

• да бъде положително одобрен за участие във форума - потвърдението от организаторите на събитието се представя при кандидатстването за финансиране на участието.

2. Участниците трябва:

• в едномесечен срок след осъществяване на командировката да представят в отдел „Счетоводство“ на БЛС всички изискуеми касови и/или банкови документи за доказване на разхода;

• в двуседмичен срок от посещението на форума да представят в отдел ПМО/ППР доклад за извършената дейност с приложено ксерокопие на програмата и сертификат, документиращ тяхното участие в него, заедно с оригинална фактура на името на БЛС или участника;

• таксата се заплаща след приключване на форума и представяне на сертификата за участие.

**Срок за кандидатстване – целогодишно**

Документи се приемат на адрес: гр. София, бул. „Акад. Ив. Гешов“ №15, Център по хигиена, ет. 2, ст.6 от 09.00 до 17.00 ч. Повече на [www.blsbg.com](http://www.blsbg.com).

## РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник „QUO VADIS“ Национално издание на Българския лекарски съюз



**СЕРТИФИКАТИ ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА) НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:**

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

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

Яна Кръстева  
0899 906 655

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

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

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

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

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

Отстъпки:

За сума : 1500 - 3000 лв. - 7%      3000 - 4500 лв. - 10%

4500 - 6000 лв. - 13%      6000 - 10 000 лв. - 20%

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

### I. Информация за сайта:

[www.blsbg.com](http://www.blsbg.com) е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

- Нормативни актове

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

### II. Рекламен период:

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

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

### III. Рекламни тарифи:

#### 1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

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

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

### 2. Текстови обяви / Платени публикации:

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

### 3. Нестандартни рекламни форми:

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

### IV. Плащане:

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

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

3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

### V. Забележки:

✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.

✓ Цените не включват ДДС.

✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договаряне

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

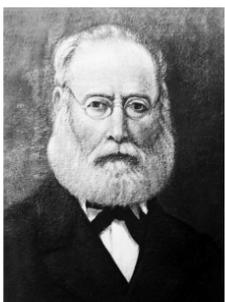
# 140 ГОДИНИ

## МБАЛ „Д-Р ИВАН СЕЛИМИНСКИ“ - СЛИВЕН

### Болница с вековни традиции и поглед, отправен в бъдещето

МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД - гр. Сливен е една от най-старите болници в България и носи името на първия дипломиран лекар, родом от Сливен. Пред сградата на болницата е построен паметник на нейния патрон, открит на 7 април 1980 г. от акад. Радой Попиванов – тогавашен министър на Народното здраве и социалните грижи.

#### 220 Г. ОТ РОЖДЕНИЕТО НА Д-Р ИВАН СЕЛИМИНСКИ



Д-р Иван Селимински  
1799 - 1867

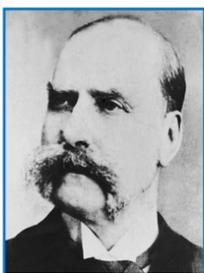
Д-р Иван Селимински е роден в края на 1799 г. в град Сливен с рождено име Йордан Георгиев Христов. По-късно започва да се подписва с името Иван Селимински, с което и остава в българската история.

Макар и сирак, Иван Селимински получава солидно гимназиално образование в Кидония при Гръцките просветители - Венеамин Лезвиос, Теофилис Каирис и др. Създава тайно сдружение „Народно братство“ - революционна организация, бореща се за освобождението на България. То е предшественик на тайните комитети и вътрешната революционна организация на Г. С. Раковски.

Животът на д-р Иван Селимински е посветен на редица прогресивни научно-философски идеи. Когато навършва 40 години, заминава за Атина с основната цел да продължи своето образование. Следва медицина в Гърция и Италия и упражнява професията си в румънски княжества, най-вече там, където има много български преселници. През 1866 г. в „Завещанието“ му се казва неговите хирургически инструменти да се предоставят на „отечеството му Сливен, за да служат като помагала на българите медици, каквито с време ще има там...“

След търговски фалит, в който губи голяма част от състоянието си, той развива психично разстройство, заради което постъпва в приют в манастира Дълхъци (Румъния-б.р.), където умира на 21 юли 1867 г.

#### СЪЗДАВАНЕ И ИСТОРИЯ



Д-р Георги Миркович  
1879 - 1879

През пролетта на 1879 г. се открива първата градска болница в гр. Сливен в базата на военен лазарет, закрит след заминаването на руските войски от България. За издръжката и управлението на болницата се грижи благотворителното дружество „Свети Пантелеймон“. На 20 юли 1879 г. е назначен първият лекар

и управител на болницата Д-р Георги Вълков Миркович (1828-1905), а окръжен лекар е д-р Начо Планински.

Първата старша сестра е Елена Черкас - изпратена от Руския Червен кръст, да подготви жени от местното население за милосърдни сестри, които да я заместят след нейното заминаване в Русия, а след това и да обучават новопостъпващите.

През 1888 г. е направено предложение болницата да бъде разширена в „губерн-

ска“ с 50 легла и е обявена за първокласна болница. Управител на болницата в този период е д-р Начо Планински.

До 1937 г. болницата е със 100 легла, разпределени в 2 отделения - вътрешно и хирургично. Персоналът се състои от 4 лекари, 1 аптекар, 1 фелдшер, 2 медицински сестри и 15 болногледачки. През 1938 г. леглата стават 120 с три отделения - вътрешно, хирургично с гинекология и отделение за гръдно болни.

През 1949 г. болничните легла вече са 200. Образуват се нови специализирани звена: детско, АГ, очно, ушно, кожно, нервно и инфекциозно отделение. Изграждат се клинична лаборатория, рентгеново, физиотерапевтично и патологоанатомично отделение, оборудвани със съвременна апаратура.

През 1955 г. е построена нова сграда, в която е разположена и днес МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД. В нея са разкрити различни видове отделения и параклинични звена. Създадени са профилини направления в областта на вътрешните болести - кардиологично, гастроентерологично, ендокринологично; в областта на хирургията - ортопедично, урологично и неврохирургично, които впоследствие прерастват в самостоятелни отделения.

През 1979 г. е построен последният етаж на болницата, в който се разкриват 120 легла и се разполагат ортопедична и урологична операционни.

През този период болницата е със структура, включваща стационар от 1148 легла и три поликлиники. Разкрити са 21 отделения, 7 сектора и 3 филиала за хронични заболявания. В болницата работят 1342 души. Главни лекари са д-р Мария Тодорова (1977-1982), д-р Димитър Димитров (1982-1990). През тези години болницата е домакин на десетки научни национални и регионални конференции, симпозиуми и конгреси.

#### ПРОМЕНИТЕ

Във времето след промените от 1989 г., медицински директори са: д-р Васил Петкански (1990-1991), д-р Евгения Денчева (1991-1992), д-р Емилия Консулова (1992-1995), д-р Андон Василев (1995-1997). През този период болницата се дооборудва със съвременна диагностична и лечебна апаратура.



През 1998 г. леглата са 700 бр., а директор е д-р Николай Саров. Закрити са филиалите в с. Блатец, с. Ичера, с. Боров дол и гастроентерологичния сектор на Сливенските минерални бани. Закупена е обаче съвременна апаратура за лапароскопска хирургия и два анестезиологични апарата. Започва изграждането на Приемно-консултативно от-

деление.

Периодът 1999-2009г. е белязан със старта на здравната реформа. Правят се структурни промени в лечебното заведение - разделяне на поликлиниките от стационара (те стават ДКЦ). Районна болница - Сливен е преобразувана в МБАЛ - АД с мажоритарно участие на държавата 51% и 49% общинско участие на общините от Сливенска област. Избран е съответно Съвет на директорите.

През 2000 г. болничните легла са 665 и общ брой персонал - 743 души. Следващата 2001 г. леглата са намалени на 580. След проведената първа процедура по акредитация, болницата получава акредитационна оценка „много добра“ - „четири звезди“ за срок от 3г., за цялостната дейност на лечебното заведение, както и за възможностите за обучение на студенти и специализанти.

На 30.07.2001 г. с Учредителен акт на съвета на директорите на МБАЛ - Сливен се създава Медицински център „Д-р Георги Микович“ ЕООД, 100% собственост на болницата, с управител д-р Васислав Петров.

От 2003 г. се правят сериозни крачки за модернизиране и оборудване на болницата. В края на годината започва цялостен ремонт на сградата, който приключва 2005 г.

В периода 2004-2008 г. апаратурата в болницата се модернизира и увеличава със спирален компютърен томограф и графичен рентгенов апарат, литотриптер и фиброгастроскопска система, ехокардиограф, два анестезиологични апарата, респиратор и кувьоз. Подменена е и цялата ехографска техника. Всички отделения са оборудвани с необходимия брой пациентни монитори, перфузори, ЕКГ апарати и дефибрилатори. Изцяло са подменени диализните апарати.

През 2007 г. се разкрива и Спешно отделение в структурата на болницата.

#### НАСТОЯЩЕ

През 2009 г. е избран нов Съвет на директорите. В лечебното заведение тогава работят 759 души.

Със Заповед на МЗ, след проведена акредитационна процедура, болницата става база за обучение по всички специалности, разкрити в нейната структура.

С решение на Общо събрание на акционерите проведено на 14.06.2010 г. председателя на СД на дружеството става д-р Златка Атанасова, а изпълнителен директор д-р Васислав Петров.

Във връзка с изготвянето на Областната здравна карта, МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД - Сливен преминава през процедура за оценка на нивата на компетентност на отделните структури, съгласно действащи медицински стандарти. Във връзка с това, при издаване на Разрешително за дейност, Отделението по ортопедия и травматология и Отделението по анестезиология и интензивно лечение получават III-то, най-високо ниво на компетентност, а МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД - Сливен получава II ниво на компетентност като лечебно заведение, отговарящо на стандартите. От 2014 г. III-то ниво получава и Хирургично отделение, а от 2016 г. III-то ниво са и отделението по ЛЧХ и Клинична лаборатория.

През 2011 г. в лечебното заведение са разкрити 521 болнични легла, отделения по вътрешни болести, по пулмология и фтизиатрия, по лицево - челюстна хирургия и вирусологична лаборатория.

Изгражда се нова сграда, в която се помещават 15 болнични легла за фтизиатрично болни и микробиологична лаборатория.

През 2013 г. е построена сградата на отделението по хемодиализа и е разкрито ново

отделение по вътрешни болести в гр. Котел.

Днес основната база за практическо обучение по специалностите „Медицинска сестра“ и „Акушерка“ към филиала на МУ-Варна в Сливен е МБАЛ „Д-р Иван Селимински“.

В периода 2015-2019 г. болницата прави редица инфраструктурни инвестиции, закупува нова апаратура за ННО, АГО, ДО, ХО, пулмология, патоанатомия, хемодиализа.

През 2017 г. с решение на Акредитационния съвет и Заповед на МЗ се определя акредитационна оценка за цялостна медицинска дейност „ОТЛИЧНА“ за срок от пет години, както и „ОТЛИЧНА“ акредитационна оценка за практическо обучение на МБАЛ „Д-р Иван Селимински“.

От 2019 г. функционира отделение по кожни и венерологични болести.

Днес в лечебното заведение работят 823 души. Осигурен е 24-часов непрекъснат график за обслужване на пациентите. Въпреки това започва да се усеща недостиг на лекари и специалисти по здравни грижи. Все по-осезаема е тенденцията за застаряване на персонала в лечебното заведение. Лъч надежда е, че в болницата към момента специализират 36 лекари.



Д-р ВАСИСЛАВ ПЕТРОВ - изп. директор на МБАЛ „Д-р Иван Селимински“

Всички тези положителни инициативи нямаше да се осъществят без подкрепата на персонала на болницата. Благодаря на всички работещи в МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ АД за всеотдайността, с която изпълнявате задълженията си в ежедневието, за търпението, с което посрещате обидите, за силата с която преодолявате трудностите, за упоритостта Ви да се изградите като знаещи и можещи медицински специалисти. В дух на преемственост, без да пренебрегваме традициите, предаваме на идващите след нас своята обич, своя емоционален заряд, знания и практически умения, за да им помогнем да се изградят като медицински специалисти и да продължат уверено по пътя в изпълнението на основната цел: опазване и възстановяване здравето на хората.

Въпреки трудностите, свързани с недостиг на средства, проточилата се здравна реформа и променящите се медицински стандарти, както и нарастващите изисквания на населението за по-добро качество на медицинското обслужване, съм убеден, че МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ - Сливен АД ще продължава да утвърждава своето водещо място като болница с вековни традиции и поглед, отправен в бъдещето.

Редакционният екип на в. „Quo vadis“ изказва благодарност към ръководството и екипа на МБАЛ „Д-р Иван Селимински“ за помощта и предоставените материали при изготвянето на статията.

# МАРИЯ – ЙОАНА ЯНКОВА: ЛЮБОВТА КЪМ МУЗИКАТА ВИНАГИ СИ Я Е ИМАЛО... ПРОСТО Е ТРЯБВАЛО ДА Я ОТКРИЯ

## ЗА ЛЮБОВТА НА ЕДИН БЪДЕЩ ЛЕКАР КЪМ НАРОДНАТА МУЗИКА И МЕДИЦИНАТА

На Мария – Йоана Янкова ѝ предстои да се дипломира в МУ – Пловдив в края на 2019 г. В сърцето ѝ обаче си делят място най-чужденната професия и фолклора.

### В НАЧАЛОТО БЕШЕ...

И ако медицината идва като идея в тийнейджърските години, то „любовта към музиката винаги си я е имало... просто е трябвало да я открия“, казва Мария. За това са помогнали сем. Беделеви – гъдулар и народна певица, които са семейни приятели. Елена Белева, освен фолклорен изпълнител, е и вокален педагог и на практика първият учител по пеене на малката Мария.

8-годишната Мария-Йоана започва да посещава народни танци и тогава усеща мощното въздействие на фолклорната песен върху нея. Пет години по-късно започва да свири на акордеон и преоткрива сегашното си хоби: „...И наистина разбрах, че това е моето нещо. Няма как да го обясниш... просто го чувстваш, че е част от теб.“

### ЗА КРАСОТАТА НА ФОЛКЛОРА

Мария обича да изпълнява песни от всички фолклорни области на България, защото песента на всеки регион има своя орнаментика, която резонира със сърцето по различен начин. Но... родопските песни докосват най-чувствителната струна в душата на младата лекарка в контраст със суровата величественост на Родопите. Фолклорът на тази област се отличава с по-слабо изразена орнаментика в сравнение с тракийския и странджанския, „но техните песни и танци са красиви... толкова красиви“. А носителите на тази планинска душевност са „много благи, отворени и приветливи хора с добри и топли сърца.“ Слабостта към тази фолклорна област е преминала през опознаването не само на песните и танците, но и на бита и културата ѝ.

Мария обича еднакво соловото и многогласното пеене. В родния си град Хасково тя е била част от народния хор към местното читалище. Днес пък е част от народен хор „Веселие“ към МУ – Пловдив и заедно с академичния танцов ансамбъл организират съвместни спектакли.

*Тук е мястото да благодаря на проф. Тодор Киров, р-л катедра фолклор към Академията за музикално, танцово и изобразително изкуство-Пловдив, който е и ръководител на народния хор към МУ – Пловдив. Той ми е дал много като умения, знания и е доразвил това, което мога. И все още, с негова помощ, надграждам артистичните си качества.*

Талантът на бъдещия лекар я е отвеждал на различни места в страната и на фестивали в Италия, Гърция, Турция, Франция и Русия, където са пленявали сърцата на чужденците. Днес вече времето не достига, защото Мария – Йоана е на финалната права



на следването си и трябва да открадне от времето на своето хоби.

### А МЕДИЦИНАТА...

Тя се появява след продължителна вътрешна борба, но увенчана с трезво и бързо решение. Лутанията при д-р Янкова са преминали през идеята да стане криминалист, но после се замисля за НАТФИЗ, заради артистичния талант и ранните занимания с актьорско майсторство. Няма как да не се появи и Музикалната академия в идеите за бъдещо развитие. В крайна сметка решава да стане лекар и отдава това си решение на косвеното влияние на своите баба и дядо, които също са медици. Но „изборът винаги си е бил мой“, споделя д-р Янкова.

Нейната личност и интереси все пак навевдат на мисълта, че медицината, въпреки стандартите, правилата и процедурите, е вид изкуство. Тя не изтласква на заден план своето хоби по време на тежкото следване в МУ-Пловдив. Напротив – пеенето, музиката са ѝ давали иначе трудно постижимия баланс в напрегнатото ежедневие на студента по медицина.

### ДОБАВЕНАТА СТОЙНОСТ НА МУЗИКАЛНИЯ ТАЛАНТ

Макар голямата любов на Мария да е народната песен, тя не се страхува да експериментира. Има изявен интерес и към други музикални стилове и не се колебае да експериментира в тях, да



научи повече за техниката им на изпълнение. За нея е предизвикателство да пее с народен оркестър в заведение, на сватба или на традиционен събор. Не смята това за непривично, напротив – определя го като особен вид школовка за един млад изпълнител. Във всеки случай живото изпълнение изисква да владееш повече от един стил пеене.

Народните песни носят на Мария „удоволствие, позитивизъм, енергия и слънце в мрачните дни“, казва тя и добавя: „Душата ми се пълни. Понякога съм се мъчила да си представя какво щеше да е, ако не можех да пея. Ако фолклорът не присъстваше по никакъв начин в живота ми. Е, не е хубаво.“

### ФОЛКЛОРЪТ И НАЦИОНАЛНАТА ИДЕНТИЧНОСТ

Днес често се питаме дали ще съумеем да запазим автентичния си фолклор, дали ще съхраним националната си идентичност в епохата на глобализация. Мария смята, че притесненията са неоснователни. Тя вижда, че интересът у подрастващите към традициите не намалява, напротив. Което е прекрасно, защото заедно с опазването на националния ни облик, фолклорът развива уменията и е „прекрасен начин за културно възпитание на подрастващите.“ В нейния роден град Хасково продължават да съществуват школите за народно пеене и свирене. В Родопите пък най-често можем да срещнем гайдар или скиор, шегува се бъдещата лекарка.

Мария – Йоана е твърдо убедена, че напрегнатото работно ежедневие на лекаря не изключва възможността да отдели достатъчно време за хобито си. До този извод тя стига сама в първите си студентски години, когато е имала опасения, че ученето ще превземе изцяло живота ѝ и няма да има сили за нищо повече. Оказало се, че греши. Хобито ѝ ѝ помага да поддържа вътрешния си баланс и душевен мир. Да, „разбира се, винаги има периоди, в които едното е с приоритет пред другото. Сега на преден план е медицината.“ Но и тя, и народното пеене са еднакво важни в живота ѝ:

*Виждете, в живота човек трябва да получава, но трябва и да дава. С медицината и образованието ми като лекар аз мога да дам, а с пеенето и музиката получавам: обогатявам се и се доразвивам културно и духовно. Затова мисля, че тези две начинания, макар и много различни, се допълват.*

### А КАКВО ПРЕДСТОИ?

Интересите на Мария в медицината са в областта на патологията. В търсене на онзи клон на медицината, който да е изпълнен максимално с теория и практика, тя избира тази специалност. Защото там няма тясно профилиране – трябва да познаваш всички органи и системи на човешкото тяло. За нея самата специалност е една цяла наука.

Сега на Мария-Йоана ѝ предстои да намери „своето“ място, където да специализира - място, където постоянно да научава нови неща и да се развива като специалист.

А относно хобито - мечтае да пее в народен хор за автентичен родопски фолклор, а ако съдбата ѝ предостави шанс, би записала и песен. Мечтите ѝ се простират още по-надалеч, но за това ще са ѝ нужни средства и засега не са на дневен ред.

### ВМЕСТО ФИНАЛ

На себе си и на читателите Мария-Йоана пожелава:

*На първо място „баналното“ здраве, здраве и пак здраве. Без здраве няма щастие, а без щастие липсва удовлетворение от каквото и да било. Пожелавам на хората да се вглеждат повече в малките неща в живота, защото както гласи още една банална фраза „красотата е в малките неща“. И да, наистина е така. Всяко нещо се случва с причина и всяка среща с определен човек намира смисъл и място в живота.*

*Вярвайте, бъдете позитивни и малко по-добри хора!*

