

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

Центърът за асистирана репродукция отбеляза

10 ГОДИШЕН ЮБИЛЕЙ



Събитието беше отбелязано на знаковия християнски празник Благовещение. За началото, надеждите, про- блемите, хилядите щастливи двойки, дейността на ЦАР и неговите партньори четете **на стр. 6-7**

Специален гост

Доц. д-р Валерия Калева



на стр. 8

Ръководител на катедра по педиатрия и медицинска генетика, МУ – Варна

В рубриката **НЮВИТЕ ХИПОКРАТИ:**



Д-р Янко Пъхнев

на стр. 4

за специализацията си в Швейцария чрез фонда на СЛК „Млад лекар“

ФОТОКОНКУРС

„ДОБРАТА ДУМА ЛЕКУВА“

Призоваваме всички, които искат да кажат своето „Благодаря“, да изпратят материали (снимка и текст) на имейла на БЛС: pr@blsbg.com или на фейсбук страницата на съсловната организация. Материалите ще бъдат публикувани на интернет страницата на БЛС (blsbg.com), фейсбук страницата и във вестник „Quo Vadis“. А жури в състав - ръководството на БЛС и фотограф, ще определят



най-въздействащите фотографии, с които ще бъдат направени изложби в различни градове в България.

БЛС стана партньор на Български клъстер за дигитални решения и иновации в здравеопазването

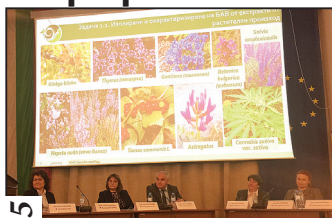
на стр. 2

ДОСТЪПНИ ЛИ СА ИНОВАТИВНИТЕ ТЕРАПИИ У НАС?

на стр. 9

Национална научна програма на БАН

„Иновативни нискотоксични биологично активни средства за прецизна медицина (БиоАктивМед)“



Общият бюджет на програмата за периода 2018-2021 г. е в размер на 5,9 милиона лева

на стр. 5

НЕРВНОСТ, РАЗДРАЗНИТЕЛНОСТ, НАРУШЕНИЯ НА СЪНЯ

ИМАТЕ ПРОБЛЕМИ СЪС СЪНЯ?

ПРИЧИНАТА МОЖЕ ДА Е СТРЕС!

Седатиф ПС намалява стреса през деня, за по-добър сън през нощта.

• По 2 таблетки, 3 пъти на ден. Таблетките се държат в устата до пълното им разтваряне. Деца под 1 година: таблетката се разтваря в малко вода преди прием.



• Не предизвиква сънливост през деня.
• Без привикване.



ХОМЕОПАТИЧЕН ЛЕКАРСТВЕН ПРОДУКТ. БЕЗ ЛЕКАРСКО ПРЕДПИСАНИЕ. КХП 24121/06Л1.2013

За пълна информация: Боарон БГ ЕООД, 1408 София, ж.к. Южен парк, бл.28, вх. А, тел. 963-09-06, факс 963-45-00, www.boiron.bg



ББА и Investor Media Group класираха най-добрите болници в страната

Проучването е извършено от независимата агенция IQVIA

На 25 март т.г. бяха обявени резултатите от Националната класация „Най-добрите болници“. Тя се организира от Investor Media Group и Българска болнична асоциация, а институционални партньори са МЗ и БЛС.

Класацията определя най-добрите лечебни заведения в 7 ключови медицински специалности на регионален и национален принцип. Критериите, по които се класират болниците включват технологии, специализация, персонал и качество на услугите.

Най-добрата болница в страната, в специалност „Акушерство и Гинекология“ е „МБАЛ за женско здраве „Надежда“. В специалност „Кардиология“ призът отиде при „Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ“. „КОЦ Пловдив“ е отличен в специалност „Онкология“. МБАЛ „Тракия“ – Стара Загора е класирана на първо място в две специалности - „Ортопедия и травматология“ и „Уши, нос и гърло“. В специалност „Педиатрия“ на първо място е УМБАЛ „Света Марина“ – Варна. Най-добра болница на национално ниво в специалност „Хирургия“ е „Аджибадем Сити Клиник „Токуда“ УМБАЛ“.

Съгласно методологията на класацията, максимален брой точки могат да се получат при пълноценно включване на Лечебните заведения и по четирите стълба, представени от независимата агенция, извършила проучването - IQVIA.

Председателят на УС на БЛС д-р Иван Маджаров връчи наградата и подкрепи думите на председателя на ББА Андрей Марков, че е нужна нова рамка на финансиране на здравната система и допълни, че заедно с това трябва да бъдат подсилени и критерии за качество на медицинската услуга.



„Една от основните задачи на БЛС е да гарантира качеството на медицината; професионалисти, които да лекуват на световно ниво. Трябва да има обективни критерии, които да оценяват действията от постъпването на пациента, през диагностиката, изписването и терапията. Лечебните заведения би трябвало да могат да осигуряват информация в такъв формат, че да дават възможности за провеждане на проучвания за ефекта от терапията, а рейтингите би трябвало да служат не само за пациентите, но и за лекарите, които обективно да оценяват своите умения“, каза д-р Маджаров.

7 АПРИЛ – МЕЖДУНАРОДЕН ДЕН НА ЗДРАВЕТО



УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,

Приемете поздравите и благопожеланията ми по повод Световния ден на здравето – 7 април!

Поздравявам медиците, за които Хипократовата клетва не е отживелица и формалност, а върховен жест на хуманност.

7 април е празник за всички, чието призвание е всеотдайност в името на здравето. Дори в моментите на изпитания не забравяйте, че вашата хуманна работа е пример за висок професионализъм, благородство и отдаденост.

Денят на здравето е глобална инициатива, която през 2019 го-

дина приканва всички - от световните лидери до гражданите на отделните държави, да се фокусират върху едно здравно предизвикателство със световна значимост. Световната здравна организация е избрала за мото на деня „Универсално здравно покритие: за всеки и навсякъде“

От сърце желая на всички здравни професионалисти много здраве, сили, енергия и постижения! Щастие и късмет на Вас и Вашите семейства!

С КОЛЕГИАЛЕН ПОЗДРАВ,
Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС

Обявиха експертните съвети по специалности към МЗ

Експертните съвети заменят националните консултанти

Със заповед на МЗ бе обявен списък на експертните съвети към министъра на здравеопазването. Експертни съвети към МЗ заменят националните консултанти.

Промяната е част от здравната реформа, заложена в бюджета за тази година и за влизането ѝ в сила беше направена корекция в Закона за здравето.

В състава на всеки Експертен съвет влизат от 3 до 7 изявени специалисти по съответните медицински специалности, с доказан професионален опит и авторитет,

предложени от научни медицински дружества, лечебни заведения, висши училища или други организации.

Експертните съвети ще изпълняват функциите на досегашните национални консултанти – „експертно-съвещателни и организационно-методични функции по въпроси, свързани с провежданата държавна политика, както и с организацията, качеството и оценката на отделните медицински дейности, на медицинската практика и ресурсното осигуряване на системата на здравеопазване“.

Членовете на експертните съвети могат да оказват и методична помощ на лечеб-

ните заведения и на контролните органи в системата на здравеопазването при въвеждането, изпълнението и контрола на медицинските стандарти.

Всеки експертен съвет има главен координатор, който ще ръководи работата и ще отговаря за предоставянето на консултациите и становищата. Решенията ще се взимат с мнозинство от не по-малко от половината от състава на експертния съвет, като се допуска и провеждане на не-присъствени заседания. При наличие на различни мнения, всеки член на експертния съвет излага своето мнение и мотиви към него, предвижда проекта за промяна на наредбата.

Целта е при решения за качеството, ефективността и контрола на здравните услуги да участват широк кръг изявени медицински специалисти по дадена ме-

дицинска специалност, притежаващи необходимите знания, умения и достатъчно практически опит, посочват от МЗ.

От ведомството уточняват, че промяната няма да налага допълнителен финансов ресурс.

Източник: Medical News



НЕ НА НАСИЛИЕТО НАД МЕДИЦИ!

БЛС осъжда нападението над д-р Антоанета Николова – Здравкова

Български лекарски съюз изразява своята подкрепа и съпричастност към д-р Антоанета Николова-Здравкова, която на 22 март, докато е изпълнявала професионалните си задължения, е била нападната от свой пациент.

Нападенията над медицински лица не спират, а зачестилите случаи на „юмручно право“ са силно притеснителни. Независимо от трудните условия на работа, в които са поставени всички заети в сектора, всяко едно медицинско лице е избрало професията за свое призвание. Категорично неприемливо е този, който се грижи за здравето на хората и се бори за спасяването на човешки живот, да става заложник на собственото си призвание.

Регистрационната форма за избор на ОПЛ е вид договор, в който и двете страни се ангажират с определени задължения. Лекарят също следва да има правото да прекрати договорената връзка с пациента, особено когато този пациент представлява реална опасност за живота и здравето на лекаря.

Затова БЛС настоява да бъде създаден работещ механизъм, по който да бъдат защитени в по-голяма степен правата на лекарите и да им бъде дадена възможност те да отписват пациенти с агресивно поведение.

Още през 2017 година, по време на Националната си кампания срещу насилието над медици #ПребориГнева, БЛС предложи редица мерки за справяне с агресията, сред които:



- Създаване на обратна връзка с ЛЗ и изпращане на данни за склонните към насилие пациенти („етикетиране на пациенти-насилници“), с цел повишено внимание при извършване на медицинската услуга.

- Обсъждане на предложение за нормативни промени, регламентиращи възможността за отказ правото на домашни посещения при пациенти-насилници.

БЛС настоява за адекватни мерки за превенция и мобилизация на цялото общество в борбата с агресията срещу медицински персонал. Важно е, чрез съвместни действия и единност, да създадем предпоставки за промяна на обществените нагласи в посока на уважение и възвръщане на доверието на хората към всички работещи в системата на здравеопазването.

ДОБРАТА ДУМА ЛЕКУВА

В БЛС често постъпват писма от благодарни пациенти за оказаната помощ от медицински специалисти. Това ни кара да вярваме в идеята на нашата нова инициатива „Добрата дума лекува“, с която рестартирахме кампанията на съсловната организация от 2017 #ПребориГнева.

В този брой публикуваме писмото, което ни изпрати г-жа Весела Петрова – пациент на V МБАЛ.

Пожелаваме ѝ здраве и благодарим за ДОБРАТА ДУМА!

БЛАГОДАРСТВЕНО ПИСМО

От Весела Емилова Петрова, гр. София, в качество на пациент в Първа Хирургия в V МБАЛ София за периода 11.03.2019 г. — 15.03.2019 г.

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН МИНИСТЪР, УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ, УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ДИРЕКТОР,

Едва ли ще намеря думи, с които да изразя огромната си благодарност и уважение за вниманието и грижите по време на процеса по лечението ми в Първа Хирургия в V МБАЛ София.

В упоменатия период бях пациент на д-р Асен Асенов и останах силно впечатлена от безкористното внимание, отношение и отдаденост не само към мен, но и към всички останали пациенти. За мен той е сред най-достоините и етични хора, с които съм се срещала в живота си, но не мога да скрия, че се прекланям и пред целия екип, работещ в Първа Хирургия — от всички лекари, през медицинските сестри до санитарите и хигиенистите.

Оперативното ми лечение бе тежко и продължи повече от четири часа — през цялото това време д-р Асенов не губи хладнокръвност, златните му ръце не трепват и за миг! По време на постоперативния период бях под неимоверните грижи на цялото отделение!

Дълбоко убедена съм, че всяка болница, която има подобен сплотен екип от блестящи, сърдечни и отговорни към работата си лекари, медицински сестри и помощен персонал трябва да се гордее с тях и да направи всичко по силите си, за да не им позволи да напуснат професията и страната ни, което напоследък е обичайна практика!

Благодаря! Благодаря от сърце на всички тях!

Пожелавам им преди всичко да бъдат здрави! Желая им също така лично щастие и професионални успехи и дано мисията, която изпълняват безупречно да бъде оценена и от обществото ни по достойнство! Искрено се надявам това да стане скоро!

18.03.2019 г.

С уважение:
Весела Емилова Петрова

Първите специализанти, финансирани от фонда „Млад лекар“ на СЛК, се завърнаха от Швейцария

Д-р Янко Пъхнев, д. м. и д-р Надежда Толева, д. м. от УМБАЛСМ „Пирогов“ бяха на едномесечна специализация в Берн

Фондът към СЛК „Млад лекар“ е създаден с решение на УС на колегията през ноември 2018 г., по предложение на председателя д-р Асен Меджидиев. Същността му е да бъде подпомогната квалификацията на младите лекари, независимо дали са с или без специалност.

Фондът става част от съществуващия до момента „Лекарска взаимопомощ“, чието предназначение обаче е друго. „Млад лекар“ започва да функционира през декември 2018 г., а УС на СЛК е комисията, която разглежда молбите за специализации.

В основата на идеята за създаване на такъв фонд е убеждението, че мотивите на младите лекари да изберат работа



в чужбина са възможностите за квалификация там, защото това е сред основните предпоставки за професионално развитие на лекарите, наред с възможността да бъдат конкурентноспособни на пазара на труда в България и ЕС.

Единствено условие за

кандидатстване за средства по фонда е лекарят да е под 40-годишна възраст и да бъде предложен от неговите ръководители, защото те могат да преценят нуждата на лечебното заведение от съответен специалист.

Курсовете се провеждат както в България, така и в чужбина. Във фонда се включват финансово и ръководителите на лечебните заведения. По тази причина, честа практика е, след завършване на курса, лекарят да остане на работа в съответната болница 3-5 години, което е повече въпрос за лоялност и лично отношение,

отколкото правен ангажимент. Така се постига двоен ефект – лекарите в България повишават квалификацията си и наред с това остават на работа тук.

На 24 януари СЛК подписа договор с високотехнологичния „Hadassah Medical Center“ за използване на тяхната база, за което Quo Vadis писа в предишния брой. Такова сътрудничество има и с Бернския университет, откъдето наскоро се завърнаха първите двама специализанти. Те бяха там на едномесечен курс и обучението им е особено ефективно, тъй като подходът е напълно индивидуален. Поканени са

отново в края на годината да посетят същата клиника. От нея пък е заявен интерес техни специалисти да дойдат на обмяна на опит в България. Водят се преговори с Кьолнския университет за такова сътрудничество, както и с една от най-големите турски болници – „Liv Hospital“. В рамките на дни се очаква договорите с тях да бъдат факт. Важно е да се отбележи, че България също разполага с отлични клиници, в които, чрез фонд „Млад лекар“, се осъществяват специализации.

До момента той разполага с около 60 хил. лева. Средствата се набират чрез отчисления от членския внос, дарения от директори на лечебни заведения, спонсорства, а вече има интерес и от страна на различни НПО за финансова подкрепа. От СЛК вярват, че това е част от решенията, чрез които можем да задържим младите специалисти в България и наред с това да бъде повишена квалификацията им.

Специално за в-к Quo Vadis, първите двама специализанти от фонд „Млад лекар“ дадоха интервю.

В този брой публикуваме разговора с д-р Янко Пъхнев.

Д-р Янко Пъхнев: „Всички методи на работа и организация в болницата в Берн са приложими у нас само при подходящо финансиране“

Детски хирург в Отделение по детска гръдна хирургия към клиниката по Детска хирургия към УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“. Това е д-р Янко Пъхнев. Завършва медицина в Медицински университет – Пловдив през 2005 г. През 2007 и 2008 г. работи в системата на Спешна помощ. През 2009 г. започва работа в Клиниката по детска хирургия в УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“. Придобива специалност по детска хирургия през 2015 г., а през ноември 2018 г. защитава дисертация в областта на детската гръдна хирургия.



Научните интереси на д-р Пъхнев са в областта на детската, лапароскопската и торакокопската хирургия. В момента д-р Пъхнев е редовен специализант по втора специалност по гръдна хирургия към Първа хирургична клиника в УМБАЛСМ „Н.И. Пирогов“.

Заедно с д-р Надежда Толева прекарва 3 работни седмици в Швейцария, благодарение на програмата за усъвършенстване на специализанти и млади лекари, финансирана от СЛК на БЛС.

- Как решихте да се занимавате с медицина?

- Решението да уча медицина дойде като естествен процес в ученическите ми години, след появата на интерес към биологията и генетиката, който дължа на Български младежки червен кръст и учителите си по биология и химия. Програмиране, информатика и музика бяха другите сфери, в които имах интерес да се развивам професионално, но когато човек веднъж прояви интерес към медицината, всичко останало остава на заден план.

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

- Да, дори повече. Детската хирургия е област, която обхваща 3 съвсем отделни хирургични специалности - хирургия на новороденото, детска гръдна и детска коремна хирургия. Освен това включва и отделни заболявания от детската урология и гнойно-септичната хирургия. Това е комплексна специалност, която сама по себе си е голямо предизвикателство.

Колкото до сектора „Медицина“ в България - за жалост споделям общо мнение с всички работещи в тази сфера, а именно - неуредици (предимно политически) и организационни небивалици, една едва кретаща, крепяща се на компромис и безумици здравна каса. В крайна сметка - ниско заплащане на труда, резултат - най-вече от неостойностиване на лекарския труд и непълноценно здравно осигуряване. Тук очакванията ми за жалост въобще не се оправдаха.

- Какви бяха вашите впечатления от клиниката в Берн? Какво научихте в Швейцария? Приложимо ли е у нас и в болницата, в която работите?

- Университетската клиника по детска хирургия към INSELSPITAL в Берн е част от една високо технологична детска болница. Притежава всички звена за планова и спешна медицинска помощ, включително хеликоптерна площадка и 3 отделни шокони зали и спешни приемни отделения в рамките на клиниката. Притежават и съвсем иновативни технологии като Lodox сканираща, нискодозирана, дигитална рентгенова система, която служи за бърза диагностика на цялото тяло в състояние на спешност. Организацията на клиниката представлява мултидисциплинарен екип от хирурзи, анестезиолози, реаниматори, педиатри в различни области, както и собствено звено за образна диагностика. Като университетска клиника, те обучават специализанти и студенти от Швейцария, Австрия, Германия, Италия и др. Имаше гост лекар от Палестина.

Екипът на детската хирургия ни прие топло и приятелски. Бяхме интегрирани в

ежедневната им работа, бяха ни издадени електронни карти за достъп до техните операционни зали и отделения. Получихме и личен подарък от ръководството на клиниката - инструмент за вакуумна биопсия на ректум при болестта на Хиршпрунг. Благодарение на този „нож“ в бъдеще ще бъде възможно взимането на няколко биопсии от ректума на бебе за няколко секунди без необходимост от въвеждане на детето под обща анестезия.

Нещо, което видяхме там и можем да интегрираме в нашата практика е т.нар. мултидисциплинарни срещи в определени дни от седмицата - хирурзи с педиатри и специалисти по образна диагностика.

Всички методи на работа и организация са приложими у нас само при подходящо финансиране. Съккпоструващите консумативи и въобще всички медицински изделия там са финансирани от държавата. Детското здравеопазване в Швейцария наистина е „безплатно“ за самия пациент. У нас все още не всички неща са поети от здравната каса.

- Какво е нивото на развитие на българската медицина във Вашата специалност? Какво не ни достига? Каква е разликата в организацията на работата и практиката между България и чужбина?

- Детската хирургия в България е безспорно на едно високо ниво, благодарение на неимоверните усилия на хората работещи в тази сфера. Обемът оперативни намеси по нищо не отстъпва на този, изпълняван в чужбина. Методите и резултатите от лечението на заболяванията в детската възраст у нас са същите, както и цитираните в чуждата литература.

През пребиваването ни в клиниката в Берн дори получихме молба от техни млади лекари, вече придобили специалност по детска хирургия, да дойдат на специализация в нашата клиника. Оказа се, че при нас се работи в по-голям обем мини-инвазивна детска гръдна хирургия.

Макар и малка, общността на детските хирурзи в България винаги е помагала на младите специализанти. Проблем остава нерешен - финансирането на конгреси, специализации и курсове. Голяма част от тях са въпрос на лично финансиране от специалистите и началниците на клиники/отделения, а цените им понякога са в размер, надвишаващ неколкостранно размерите на месечните заплати. Всеки работещ в университетска клиника в Швейцария е регламентирано финансиран за всяка една специализация, която би повишила квалификацията му. Например, колегите ни от Берн през май заминават на годишен конгрес на европейската асоциация по детска хирургия напълно финансирани от държавата и болницата

в размер на няколко хиляди евро. В този ред на мисли финансирането от столичната колегия на БЛС е крачка напред в повишаването на квалификацията и усъвършенстването на лекари.

Една от големите разлики в организацията на работата в чужбина и България е, че там работят в мултидисциплинарни единни детски болници. Там хирургията е част от един голям детски комплекс, разположен на едно място, в една сграда. Това е предпоставка за по-добра колаборация и по-добро качество на работа. Друга съществена разлика е финансирането - в добре развитите държави в чужбина има не само една здравна каса. Това е и един от ключовите моменти за по-добро финансиране в областта на здравеопазването.

- Има ли насилие - физическо или вербално над лекари и други медицински специалисти?

- Да, и физическо и вербално. Това се чува и вижда все по-често в медиите, но не е нещо ново. Колеги стоматолози също са потърпевши. Този проблем се обсъжда отдавна и за жалост и тук държавата се проявява като едно плашливо и мрънкащо дете, неготово да вземе важни решения. Насилието и саморазправата с медицински служители трябва да бъдат криминализирани.

- След специализацията бихте ли работили в чужбина? Бихте ли останал в болницата, в която специализирахте?

- Бих работил в чужбина, да. И не мисля, че има млад български лекар, който не би искал да работи в една спокойна, уредена среда, позволяваща му кариерно развитие с добре остойностен лекарски труд. Според мен това е водещият мотив на емигриращите български лекари. Много мои колеги и приятели, които останаха да работят в чужбина споделят, че заплатите са единственото нещо, което все още не им позволява да се върнат в България.

Може би тук за пореден път е мястото да отправя апел към българския управник: „Моля Ви, не гонете българските лекари в чужбина!“. Съвсем скоро всички ние, които сме избрали да работим в България ще страдаме от това, ще страдат и всички българи - деца, млади хора, хора на средна възраст и пенсионери. В един момент целият висок интелектуален и трудоспособен потенциал ще изтече през двата терминала. Както каза един репортер от BBC за България преди време: „липсата на добро образование, отбрана и здравеопазване са признаци на една загиваща нация.“

Интервюто с д-р Надежда Толева, д.м. очаквайте в следващия брой на Quo Vadis.

БАН разработва нови биологично активни средства за целите на медицината

Те ще подпомагат терапията при невродегенеративни и онкологични заболявания

На 26 март 2019 г. в зала „Проф. Марин Дринов“ на БАН се състоя представянето на Националната научна програма „Иновативни нискотоксични биологично активни средства за прецизна медицина“ (БиоАктивМед). Основната цел на програмата е разработването на нови нискотоксични биологично активни средства и системи (БАСС), съдържащи екстракти от природни източници (с растителен или животински произход) от България за подпомагане на терапията на някои заболявания.

Деятелностите по програмата се изпълняват от консорциум, който включва седем института на БАН, както и колежисти от МУ-София, СУ „Св. Климент Охридски“, МУ-Пловдив, ПУ „Паисий Хилендарски“ и НСА „Васил Левски“.

Специфичните цели на програмата са:

- създаване на нови технологии за изследване и определяне качеството и приложимостта на биологично активни средства и системи като нови продукти за целите на персонализираната и иновативната медицина;

- разработване на алтернативни подходи за борба с инфекциозни, невродегенеративни и злокачествени заболявания;

- оптимизиране и намаляване на медицинските разходи при мултирезистентни инфекции.

Програмата включва 8 работни пакета (РП), всеки занимаващ се с различен етап от разработките, чиято цел е да бъде изготвен ефективен краен продукт под формата на хранителна добавка или козметичен продукт.

На сбътието бяха представени задачите и постигнатите до момента резултати по работни пакети, както следва:

РАБОТЕН ПАКЕТ 1: **Р-л проф. д-р П. Долашка**

Получаване на нови биологично активни средства/системи, съдържащи екстракти от природни източници (с растителни или животински произход) от България

В него се работи по изолитране и пречистване на биологично активни вещества (БАВ) от природни източници (с растителен и животински произход) от България, които имат потенциал за влагане (индивидуално или в комбинация) в нови иновативни продукти за подобряване на здравето на хората. От растителните видове се изследват гинко билоба, мащерца, тинтява, астроганус, коча билка и др. Целта е от тези природни източници да се изолират екстракти, съдържащи БАВ. От животинските видове екипът се е спръл на черноморската рапана, калифорнийска мида, градинския охлюви и черноморския рак. Изборът е паднал върху тях, защото съдържат важни БАВ, с потенциал за изследванията. От молоски и артроподи екипите изолират хемолимфа, която съдържа един много важен продукт – хемоцианин. Функцията му е подобна на тази на хемоглобина, а ученията са успели да го разградят на изоформи. Другият източник на БАВ е слуз от градински охлюви, която се събира със специално разработена и патентована техника, така че животните не биват умъртвявани. Предстои да се достави и нова апаратура, която ще улесни и ускори изследванията.

БАВ/Клетки	A549	H1299	MRC-5	MDA	MCF-7	MCF-10A	Hela	Wish	HUVEC
Curcumin	42	54	37	32	42	22	22	NT	16
Cis-Pt	73	28	11	24	35	28	56	67	42
CBD	16	8	NT	11	NT	NT	12	NT	21
Tam	17	35	19	21	18	26	18	23	26
Tam-OH	18	28	NT	NT	NT	28	16	NT	NT

Резултати от действието на канабидиола върху ракови клетки

Другата задача на работния пакет е разработването на влакнести материали от биосъвместими и биоразградими полимери, съдържащи изолираните екстракти, разработване на „интелигентни“ наноносители с включени в тях екстракти – БАВ и получаване и охарактеризиране на полимерни криогелове и сегментирани съполимерни мрежи като техни носители.

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

РАБОТЕН ПАКЕТ 7: **Р-л проф. С. Константинов** **Представен от проф. Георги Момеков**

Изследване на новите нискотоксични биологично активни средства/системи, от гледна точка на приложимостта им в биофармацевтичната промишленост

Изследване на новите нискотоксични биологично активни средства/системи, от гледна точка на приложимостта им в биофармацевтичната промишленост

Изследване на новите нискотоксични биологично активни средства/системи, от гледна точка на приложимостта им в биофармацевтичната промишленост

Изследване на новите нискотоксични биологично активни средства/системи, от гледна точка на приложимостта им в биофармацевтичната промишленост

Изследване на новите нискотоксични биологично активни средства/системи, от гледна точка на приложимостта им в биофармацевтичната промишленост

Изследване на новите нискотоксични биологично активни средства/системи, от гледна точка на приложимостта им в биофармацевтичната промишленост

Изследване на новите нискотоксични биологично активни средства/системи, от гледна точка на приложимостта им в биофармацевтичната промишленост

Изследване на новите нискотоксични биологично активни средства/системи, от гледна точка на приложимостта им в биофармацевтичната промишленост

РАБОТЕН ПАКЕТ 6: **Р-л доц. Н. Илиева**

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

РАБОТЕН ПАКЕТ 8: **Р-л проф. Ст. Шишков**

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Изследване на антиинфекционния потенциал на създадените нискотоксични биологично активни средства/системи

Доц. д-р Валерия Калева, дм – ръководител на Катедра по педиатрия и медицинска генетика, МУ – Варна

ПРОЕКТ НА НАРЕДБА НА МЗ ПРЕДВИЖДА ПАЦИЕНТИТЕ С ХЕМОФИЛИЯ И КЪРВЕНЕ ДА СЕ ТРЕТИРАТ КАТО „СПЕШНИ“

1. Какво е хемофилия?

Хемофилията са едни от най-често срещаните болести от групата на вродените коагулопатии. Те възникват в резултат на вроден дефицит на коагулационен фактор VIII или IX и в зависимост от това се разделят на два типа – хемофилия А и хемофилия В. И двете са полово свързани (със X-хромозома) рецесивни заболявания, но могат да възникнат и спонтанно (около 30% от случаите). Засягат изключително само мъже. Майките и дъщерите са носителки на хемофилната наследственост. Клинично се представят с различни по вид и продължителност кръвоизливи. В зависимост от степента на дефицит на кръвосъсирващия фактор, болестта може да се прояви още в кърмаческа възраст. Най-често кръвоизливите засягат коленни, лакетни и глезенни стави. Крайният резултат от рецидивиращото кървене е развитие на прогресиращо ставно и костно увреждане, осакатяващи артрити и тежка инвалидизация. Мускулните хематоми са втората по честота проява на кървене, следвани от кръвоизливи в меките тъкани.

2. Каква е честотата на заболяването?

Хемофилията се среща с еднаква честота във всички етнически групи и раси, която за хемофилия А е приблизително 1 на 6 000 мъжко население, а за хемофилия В – 1 на 30 000. В България броят на пациентите с хемофилия е около 630, като 110 от тях са на възраст до 18 години.

3. Защо я наричат „кралска болест“?

Много често хемофилията се нарича „кралска болест“, тъй като значителен брой членове на различни европейски кралски фамилии са засегнати от нея. Заболяването води началото си от Кралица Виктория – кралица на Обединеното кралство Великобритания и Ирландия (1837 - 1901) и се разпространява в коронованите фамилии в Германия, Испания и Русия, предавайки дефектния ген чрез 3 от нейните дъщери. Към тези фамилии принадлежи и може би най-известният хемофилик в историята – княз Алексей, син на внучка й Александра и руския цар Николай II.

4. Лечението на българските пациенти сравнимо ли е с това на останалите европейци?

В основата на терапевтичното поведение при пациентите с хемофилия е заместителното приложение на фактор VIII или фактор IX за достигане на хемостатично адекватни плазмени нива с цел предотвратяване (профилактика) или лечение на кръвоизливи (т.нар. „лечение при нужда“). Безспорно за пациентите с тежка форма на хемофилия и чести кръвоизливи се предпочитат профилактичното приложение, което има 50-годишна



Доц. д-р Валерия Калева завършва с отличен успех Медицински университет – Варна през 1979 г. Започва своя професионален път като ординатор в Детско отделение, гр. Омуртаг. За периода 1981 – 1984 г. е клиничен ординатор в Катедрата по педиатрия на ВМИ – Варна. През 1987 г. е назначена за редовен асистент в същата катедра. Има придобити специалности по детски болести (1984 г.), клинична хематология (1992) и детска клинична хематология и онкология (2007 г.). През 2004 г. придобива научна степен доктор по медицина въз основа на защитена дисертация на тема Фебрилна неутропения и инфекциозни усложнения при онкологично болни деца; през 2007 г. – научно звание доцент по педиатрия. От 2005 г. ръководи Специализирана детска клиника по клинична хематология и онкология в УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна. От 2012 г. е избрана за ръководител на Катедра по педиатрия и медицинска генетика, Медицински университет – Варна.

Има над 70 научни публикации и над 140 участия в български и международни научни форуми.

Член е на Консултативния съвет към УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна и консултант за Североизточна България по детска онкохематология и педиатрия. Председател е на Работна група по таласемия и Работна група по хемофилия за деца към Българско медицинско сдружение по хематология (БМСХ). Член е на Консултативен съвет по редки болести към МЗ и външен експерт по таласемия и хемофилия към НЗОК. Член е на УС на Българска педиатрична асоциация и на УС на БМСХ. Член е на Българско онкологично дружество, Дружество по медицинска онкология и Европейска асоциация по хематология.

история в Европа и САЩ и се препоръчва като първи избор при деца. Целта е предотвратяване появата на хемартрози и развитието на артропатия чрез поддържане на постоянно хемостатично ниво на липсващия коагулационен фактор. Профилактичното лечение в България стартира в началото на 2011 г. с постепенно включване на всички деца с тежка хемофилия и понастоящем всички нуждаещи се пациенти до 18 годишна възраст получават оптимална профилактика. От миналата година възрастовата граница започна да се увеличава и все повече възрастни пациенти с чести епизоди на кървене вече имат възможност да прилагат профилактични режими.

По отношение на лекарствените препарати, в България са реимбурсирани почти всички регистрирани в Европа плазмени и рекомбинантни концентрати на коагулационни фактори, като предстои реимбурсиране и на най-новите терапевтични молекули (мо-

ноклонални антитела и др.) за провеждане на т.н. „заместително лечение“. На този етап проблемите с лекарственото лечение са свързани с лимитирания бюджет на НЗОК за лечение на пациентите с вродени коагулопатии и невъзможността за осигуряване на необходимите количества за провеждане на следните терапевтични процедури: (1) адекватно домашно лечение „при нужда“ при пациенти над 18-годишна възраст; (2) профилактика за всички нуждаещи се възрастни; (3) имунотолерансно лечение при инхибиторна хемофилия и (4) профилактика по време на рехабилитационно лечение. Освен това, предвид по-високата цена на рекомбинантните фактори, приложението им в нашата страна е ограничено само за деца и подрастващи до 18 годишна възраст.

5. Преди около 10-12 години проблем беше снабдяването с недостатъчно единици лекарствени коагулационни фактори VIII и IX. Сега дос-

татъчни ли са? Отговарят ли на международните изисквания?

Проблемът не е решен и, както стана въпрос преди малко, е свързан с невъзможността да бъде осигурен финансов ресурс за осигуряване на необходимото количество коагулационни фактори за лечение и профилактика. Приемат се, че минималното количество коагулационен фактор, необходим за лечение на болни от хемофилия в дадена страна, е 4 единици на глава население (Е/глава) за фактор VIII и 0.5 Е/глава за фактор IX. За 2018 г. изразходваните количества в България са около 3 Е/глава за фактор VIII и 0.3 Е/глава за фактор IX и са от 1.5 до 3 пъти по-малко в сравнение с останалите европейски страни.

6. Достатъчни ли са сертифицираните експертни центрове по хемофилия в България?

В европейски и световен мащаб грижите за пациентите с хемофилия се осъществя-

ват в специализирани центрове, които са доказали своето голямо предимство както по отношение на качеството на медицинското обслужване, така и по отношение на икономическата ефективност, свързана с тяхната диагностика, проследяване, профилактика и лечение. Този вид лечебни заведения вече са регламентирани и в България (Наредба 16/30.07.2014 за условията и реда за регистриране на редките заболявания и за експертните центрове и референтните мрежи за редки заболявания). Понастоящем в нашата страна има само два сертифицирани експертни центъра по хемофилия – в УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна и НСБАЛХЗ – София. През 2014 г. двата центъра бяха приети и в Европейската мрежа по хемофилия (EUHANET) със сертификат и статут съответно на Център за комплексно лечение на хемофилия и Център за лечение на хемофилия, а през 2016 г. – в Европейската референтна мрежа за редки хематологични болести (EuroBloodNet). В началото на 2014 г. Центърът по хемофилия в УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна и Центърът по хемофилия на Университетската болница в Бон, Германия, стартираха туининг-программа със спечелена субсидия от Световната федерация по хемофилия (СФХ). Две години по-късно тя бе удостоена с най-високото отличие на СФХ – Twins of the Year 2015.

7. При спешни ситуации към кого се обръщат пациентите?

Първо, искам да направя уточнението, че при пациентите с хемофилия всички ситуации, свързани с кървене се приемат за спешни. Разбира се, някои от тях могат да бъдат овладени в домашна или амбулаторна обстановка чрез приложение на коагулационни фактори, които пациентите получават за домашно лечение с протокол от НЗОК. Има обаче състояния, които изискват задължително болнично лечение, което в някои случаи включва не само вливане на коагулационни фактори, но и провеждане на определени инвазивни терапевтични процедури.

До края на 2018 г. болничното лечение, условно прието като „лечение по спешност“, можеше да се осъществи само в болнични отделения, в които работи най-малко един специалист-хематолог. Лечението на пациентите се провеждаше в рамките на клинична пътека или амбулаторна процедура, като дейността по пътеката се отчиташе към НЗОК, а стойността на приложените фактори – към МЗ. От 01.01.2019 г. този статут е променен, като клиничната пътека и коагулационните фактори се финансират изцяло от НЗОК. Освен това в момента се обсъжда Проект на Наредба за медицинските дейности извън об-

хвата на задължителното здравно осигуряване, за които Министерството на здравеопазването субсидира лечебни заведения и за критериите и реда за субсидиране на лечебни заведения, в която наредба е заложено, че всички пациенти с хемофилия и кървене се третират като „спешни“ случаи и пациентите имат право да получат безвъзмездно лечение с коагулационни фактори във всяко едно болнично заведение в страната. Друг е въпросът, че не във всички болнични заведения има налични коагулационни фактори и се изисква време за тяхното осигуряване от аптеките на 6-те болници в България, сключили договор с НЗОК – НСБАЛХЗ, СБАЛДОХЗ и университетските многопрофилни болници във Варна, Пловдив, Плевен и Стара Загора.

8. У нас кой плаща физиотерапевтичните процедури на опорноставния апарат на пациентите с хемофилия? Когато е необходима смяна на става, кой поема разходите?

Както вече споменах, най-честата клинична проява на заболяването са рецидивиращите хемартрози, които водят до тежки и невъзвратими увреждания на костноставния апарат, познати като хемофилна артропатия. В този смисъл, физиотерапевтичните процедури са неотменна част от комплексното лечение при хемофилия. В европейските страни те са безплатни и се провеждат неограничено по брой и продължителност в зависимост от индивидуалните нужди. Българските пациенти са лишени от тази възможност поради това, че те могат да бъдат проведени само веднъж годишно за 7-10-дневен срок в рамките на клинична пътека.

Вторият голям проблем е свързан с липсата на нормативна възможност за осигуряване на коагулационни фактори, необходими за периперативно приложение и рехабилитация в случаите на планово оперативно лечение, вкл. ставно протезиране. Точно преди една година Българската асоциация по хемофилия организира кръгла маса по този проблем, на която бяха обсъдени и изпратени към министъра на МЗ конкретни предложения за справяне с този въпрос, но до този момент отговор и решение няма.

9. Кои са предизвикателствата пред българските пациенти с хемофилия и техните лекари?

Предизвикателствата, свързани с лечението и здравните грижи за пациентите с хемофилия в България могат да бъдат резюмирани по следния начин: (i) липса на национална програма за лечение на вродени коагулопатии; (ii) липса на регистър на пациентите с хемофилия; (iii) необходимост от изграждане на нови Центрове по хемофилия и

създаване на национална мрежа от експертни центрове; (iv) липса на достатъчно количество коагулационни фактори, възпрепятстващо провеждане на адекватно лечение при голяма част от възрастните пациенти и в случаите, изискващи имунотолерантна терапия; (v) липса на нормативна възможност за предоставяне на коагулационни фактори при провеждане на планово оперативно лечение, вкл. синовиалектомия и ставно протезиране; (vi) дълга и тровава процедура за получаване на коагулационни фактори за домашно лечение; (vii) липса на нормативна възможност за осъществяване на адекватна физиотерапия/рехабилитация.

10. Работи ли т.нар. триединство на домашно, болнично и спешно лечение на хемофилията?

В България са налични и трите възможности за лечение на пациентите с хемофилия, но има какво още да се желае както по отношение на специфичните проблеми, свързани с домашното, болнично и спешно лечение, така и по отношение на тяхната приемственост, координиране и контролиране и цялостната организация на медицинските грижи в регионален и национален мащаб. Според мен, грижата за пациентите с хемофилия би се подобрила значително, ако с волята на МЗ се създаде Национална програма за лечение на хемофилия и изграждане на Центрове за хемофилия в университетските градове, регистриране на всички пациенти в избран от тях център и предоставяне на законова възможност цялата дейност, свързана с лечение, профилактика, физиотерапия и проследяване да се осъществява пряко от специалистите на мултидисциплинарните екипи на съответните центрове.

11. България вече разполага ли с Национален регистър на пациентите с хемофилия? За какво допринася той?

През април 2018 г. стартира национален регистър за редки болести, в който бяха включени и вродените коагулопатии. Проектът беше изработен от Националния център по обществено здраве и анализи, но реални резултати от неговото въвеждане още не са известни.

12. България разполага ли с достатъчно квалифицирани специалисти?

Понастоящем пациентите с хемофилия и други коагулопатии се диагностицират, лекуват и проследяват в специализираните клиници по хематология/детска хематология и онкология в УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ" – София, УМБАЛ "Св. Георги" – Пловдив, УМБАЛ – Плевен, УМБАЛ – Стара Загора и експертните центрове по хемофилия в НСБАЛХЗ – София и УМБАЛ "Св. Марина" – Варна. В посочените болнични структури функционират интердисциплинарни екипи, в които са включени квалифицирани хематолози и други профилни специалисти в областта на вродените коагулопатии. Диагностиката и лечението се провеждат съобразно изискванията на съвременните европейски стандарти и Ръководство за диагностика и лечение на хематологични заболявания, издадено от Българското медицинско сдружение по хематология.

ДОСТЪПНИ ЛИ СА ИНОВАТИВНИТЕ ТЕРАПИИ У НАС?

Технологиите и науката в медицината и фармацията се развиват с изключително бързи темпове. В следващите 5 години предстои масово навлизане на иновативни комплексни терапии при не-лечими заболявания.

Да вземем за пример рядката болест хемофилия тип Б, при която близо 60% от болните са в тежка форма, със спонтанни животозастрашаващи кръвоизливи. В момента те се лекуват с вливане на кръв, чрез която се доставя липсващият на болните кръвен фактор 9, на всеки 3 до 7 дни. Това струва около €6 млн. за доживотно лечение на човек.

Надежда за хората, които се борят с тежката диагноза, са именно иновативните терапии. Според д-р Светослав Ценов, представител на фармацевтичния гигант „Астелас“, в лечението на заболяването се очаква пробив, чрез който дефектният ген ще бъде „поправян“ чрез генна терапия.

Към днешна дата около 40 клинични изпитвания на генни терапии са в последна фаза. Според д-р Ценов това означава, че тези терапии могат да навлязат в практиката след по-малко 5 години.

В рамките на семинара „Лекарствата на бъдещето – научни открития, които ще променят света“, организиран от Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители, експерти

разказаха за няколко лечения, които дават обнадеждаващи резултати.

Една от най-перспективните нови терапии в света е CAR-T терапията. Тя се прилага от 2012 г. при онкозаболявания на кръвта по определени медицински критерии. При нея се извличат имунните клетки Т-лимфоцити от кръвта на болния и се препрограмират да разпознават и елиминират раковите клетки, след което кръвният продукт се влива на пациента. Според д-р Росен Димитров, представител на фармацевтична компания „Новартис“ терапията води до излекуване на пациента, а в света вече има стотици излекувани.

На фона на оптимистичния тон, зададен от фармацевтичната индустрия, се оказва, че наличните нови лекарства идват значително по-бавно при българските пациенти в сравнение с тези от Европа. Според резултатите от проучване на независимата агенция IQVIA, при сегашната регулация забавянето на достъпа на пациента е с 547 дни – средно толкова време минава от разрешаването на ново лекарство за Европа до включването му за реимбурсиране у нас.

България е сред най-бавните страни в Европа по включване на иновативни лекарства за реимбурсиране и според досегашната нормативна уредба, категорични са експерти в бранша.

Нова лекарствена регулация, която влиза в сила от 1 април, ще забави още повече достъпа на българските пациенти до нови лекарства. Това съобщи Деян Денев, изпълнителен директор на Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители (ARPharM).

С последните промени в нея, тя става още по-рестриктивна и се очаква срокът за навлизане на иновативна терапия да се удължи от средно около 550 дни на 700-800 дни. За да кандидатства с нов медикамент, компанията производител трябва да представи положителна оценка на здравни технологии от поне една страна между страните Швеция, Великобритания, Франция и Германия.

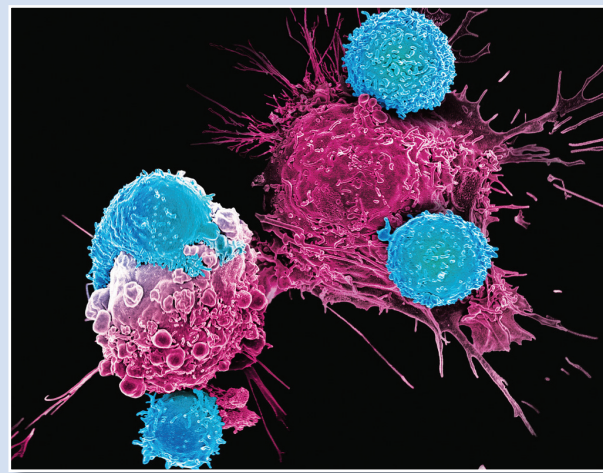
Ново изискване е лекарството да се заплаща от най-големия публичен здравноосигурителен

фонд в 5 от 17 европейски страни. Условието досега беше заплащане с публични средства в 5 от 27 страни.

„Това означава, че ако медикаментът се плаща от специализиран фонд в някои от тези страни, това няма да важи у нас“, обясни Денев.

Друга промяна, която би затруднила достъпа до иновативно лечение според фармацевтичния бранш, е изискването компаниите да плащат на Здравната каса още една сума над тази, която в момента връщат като договорена отстъпка от цената на медикамент.

За миналата година в бюджета на НЗОК са постъпили 160 млн. лв. от договорени отстъпки, а след 1 април компаниите ще трябва да плащат допълнително, ако се надвиши планираният разход за лечение с даден медикамент.



Ваксината срещу морбили не причинява аутизъм

Ваксината срещу морбили, паротит и рубеола не увеличава риска от аутизъм и не предизвиква това заболяване при деца, които са изложени на риск. Това доказва проучване, проведено сред над 650 000 деца.

Изследователите са използвали регистър на населението, за да преценят дали МПР ваксината е повишила риска от аутизъм при децата родени между 1999г. и 2010г. в Дания. До август 2013 г. са проследени повече от над половин милион деца. Учените са изследвали епикризи, свидетелстващи за наличие на разстройства от аутистичния спектър, както и рискови фактори, които могат да доведат до аутизъм - възраст на родителите, братя и сестри, диагностицирани със заболяването и ниско тегло при раждане.

Над 95% от децата са били ваксинирани срещу морбили, а близо 6 хиляди са диагностицирани с аутизъм. Според заключенията, пуб-

ликувани в списанието "Annals of International Medicine", МПР ваксината не увеличава риска от аутизъм при децата, за които не се смята, че са изложени на риск от диагнозата и не повишава риска, за тези, които са предразположени към този вид разстройство. Учените посочват, че изследването е продължение на подобно голямо проучване, проведено през 2002 година.

„Идеята, че ваксините причиняват аутизъм все още витае в общественото пространство и предизвиква дискусии в социалните мрежи.“, заяви Андерс Хвиид, водещ автор и старши изследовател в Statens Serum Institute в Дания. По думите му, родителите все още се сблъскват с подобни твърдения, изказани от политици и известни личности.

Авторът на проучването Андерс Хвиид се надява, че констатациите в новия труд ще успокоят хората. "Родителите не трябва да избягват да

ваксинират децата си заради страх от аутизъм", казва той.

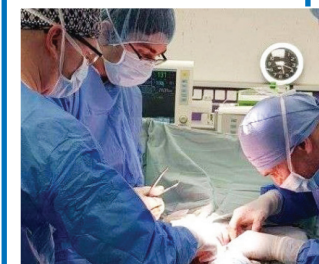
Случаите на морбили в световен план се са увеличили с 48.4 % между 2017 и 2018 година, според изчисления на УНИЦЕФ по данни, предоставени от Световната здравна организация.

От СЗО нареждат отказа от имунизация, въпреки наличието на ваксини, сред една от най-големите заплахи за глобалното здраве през 2019 година.



Лекари от „Пирогов“ спасиха дете с много рядка аномалия

Операцията е продължила 12 часа



Началникът на детската урология д-р Стоян Пеев и началникът на травматологията проф. Диян Енчев извършиха сложна интервенция на момче в неонатална възраст, което се ражда с екстрофия на пикочен мехур. По време на операцията лекарите изградиха нов пикочен мехур и извършиха сложна реконструкция на тазовите кости. Сложната интервенция продължи над 12 часа.

Целта на операцията е да постигне континентност (задържане) на урината и да се осигури стабилност на таза за бъдещите движения в тази област.

1 на 100 000 деца у нас се ражда с екстрофия на пикочен мехур, което е една от най-тежките малформации в детската урология. Това е комбинирана малформация, при която липсва предна стена на пикочния мехур, част от коремната стена, а тазовият пръстен не е затворен.

При екстрофия на пикочен мехур се налагат поредица от последващи операции с цел постигане на нормален здравен и социален статус.

В момента детето се възстановява в детската урология на "Пирогов". Майката подчерта, че в навечерието на Световния ден на здравето - 7 април, изказва огромни благодарности към целия екип, който се грижи за детето ѝ и по-специално към лекарите, които са извършили сложната операция. Тя им пожела да са здрави, за да могат да даряват здраве на пациентите си.



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

ПРЕДСТОЯЩИ НАУЧНИ СЪБИТИЯ

XIII ПРОЛЕТНИ ВАРНЕНСКИ ДЕРМАТОЛОГИЧНИ ДНИ



х-л Марина, к.к. Слънчев ден

18.04.2019 - 21.04.2019

Организатор:

<http://www.varnaderma.com/>

TRAKIA MEDICAL CONGRESS

гр. Стара Загора, Медицински факултет на Тракийски университет

19.04.2019 - 21.04.2019

Организатор:

Медицински факултет към Тракийски университет



Организатор:

Българско дружество по гастроентерология

НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ НА ТЕМА „ПРЕКАНЦЕРОЗИ НА ГАСТРО-ИНТЕСТИНАЛНИЯ ТРАКТ“

х-л Мелиа Гранд Ермитаж, к.к. Златни пясъци

09.05.2019 - 11.05.2019

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник „QUO VADIS“

Национално издание на Българския лекарски съюз

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

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

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

ПЪРВА СТРАНИЦА

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

Цвят	Вътрешна страница	Цвят	Последна страница
Черно-бяла	1,20лв./кв. см	Черно-бяла	1,50лв./кв. см
Плюс един цвят	1,60лв./кв. см	Плюс един цвят	1,80лв./кв. см
Четири цвята	2,00лв./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%
4500 - 6000 лв. - 13%

3000 - 4500 лв. - 10%
6000 - 10 000 лв. - 20%

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

ЗА САЙТА НА БЛС

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

Той съдържа информация за:

- БЛС (създаване и история, СДО, асоциирани членове, УС, НС)

- Нормативни актове

- Закони
- Подзаконовни нормативни актове
- Медицински стандарти
- ПДМП
- НРД
- Актове на ЕС и БЛС

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

банери	Размери:	без препащане	
		без	с
JPEG	195 x 105 px	15 лв.	20 лв.
банер	200 x 133 px	18 лв.	25 лв.
(статичен)	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.					
до 450 знака	15 лв.	10% отстъпка	15% отстъпка	20% - 30%	от 450 до 1000 знака	22 лв. отстъпка	над 1000 знака	34 лв.	с включен текстов линк	плюс 5 лв.						

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

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

2. При 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 договоряне

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

7 април 1948 г.:

КОГАТО ПОЛИТИЦИТЕ ПОВЕЧЕ МИСЛЕХА ЗА ЗДРАВЕТО

По време на конференция на Организацията на обединените нации за международната организация през 1945 г., делегатът на Китай д-р Симинг Ши (Szeming Sze) се среща с норвежки и бразилски делегати в международната здравна организация под егидата на ООН. Ши и други делегати лобират за приемането на декларация по въпросите на здравето. В онези следвоенни години се решава в названието на този координиращ орган на международното здравеопазване да фигурира думата „свят“, а не „международен“, за да бъде подчертан глобалния характер на това, което организацията ще се стреми да постигне. Организацията е своеобразен приемник на Международната организация на здравеопазването, създадена в края на 1907 г. Година по-късно, на 22 юли 1946 г., е подписана Конституцията (или уставът) на Световната здравна организация (СЗО) от всичките 51 страни на ООН и от 10 други държави. Така се ражда първата специализирана агенция на ООН. България е член на СЗО от 1948 г. Дефиницията за здраве е предложена от хърватския пионер на общественото здраве Андрия Стампар: „Здравето е състояние на пълно физическо, психическо и социално бла-

гополучие, а не просто липса на болест или недъг“. Тогова това е качествен скок от по-ранни концепции, а за много правителствени експерти е трудно да разберат неговото значение.

На 7 април 1948 г. е учредена СЗО, а първото ѝ заседание е на 24 юли 1948 г., когато е осигурен бюджет от 5 млн. щатски долара за 1949 г. За председател е избран Стампар, за генерален директор на СЗО е назначен Брок Чишолм.

Първите му приоритети на СЗО са да контролира разпространението на малария, туберкулоза и полово предавани инфекции, както и да бъде подобро здравето на майките и децата, храненето и хигиената на околната среда. Първият законодателен акт е за съставянето на точни статистически данни за разпространението и заболеваемостта от различни болести. Информацията се обменя по телекс.

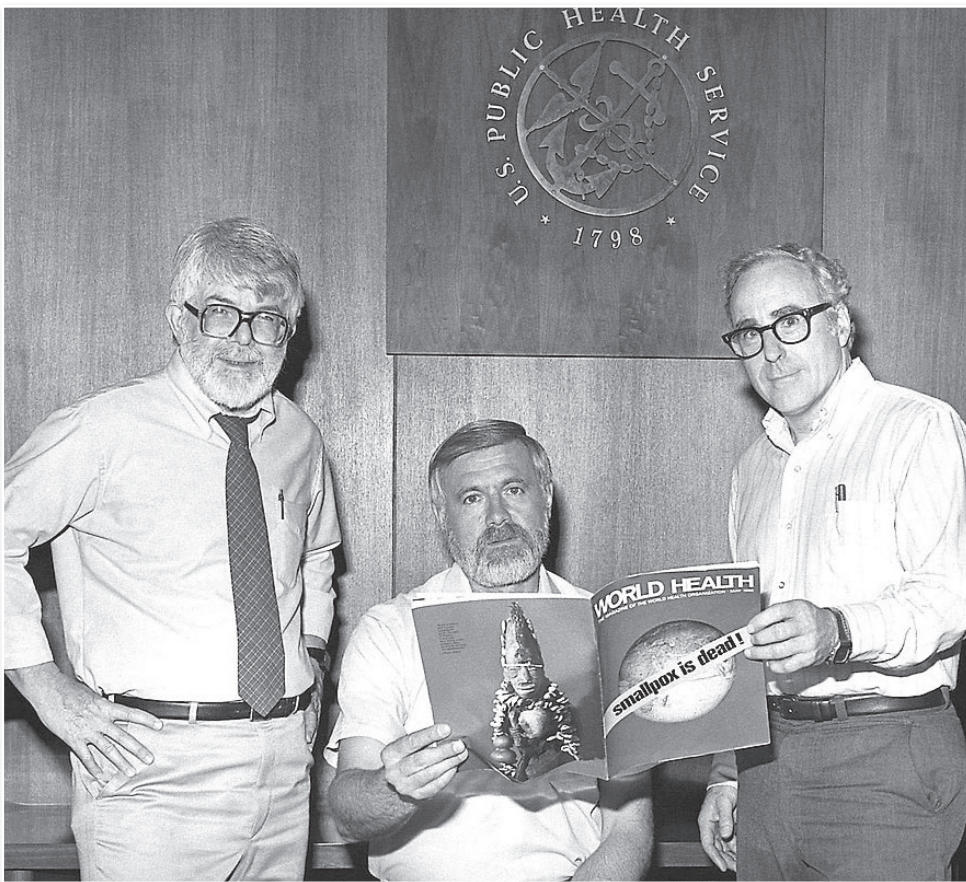
През 1958 г. съветският учен от Института по вирусология „Д. И. Ивановски“ Виктор Жданов призовава СЗО да предприеме глобална инициатива за изкореняване на едрата шарка. Не може да не споменем с гордост, че последните случаи на вариола в България са регистрирани през 1928 г., след като Законът за общественото здра-



От ляво: Първият председател на СЗИ проф. Андрия Стампар и канадецът д-р Джордж Брок Чишолм, първият генерален директор на СЗО



Генералният секретар на ООН Трюгве Ли (вляво) и генералният секретар на СЗО д-р Брок Чишолм подписват протокола за влизането в сила на споразумението между ООН и СЗО, Организация за отношения с ООН



От ляво на дясно: Д-р Дж. Доналд Милар, д-р Уилям Х. Фоге и д-р Дж. Майкъл Лейн – тримата бивши директори на Програмата за изкореняване на едра шарка четат новината, че болестта е унищожена в световен мащаб

ве от 1093 г. у нас налага масова имунизация! Иначе през 1980 г. – 8 години след последната в Европа епидемия от едра шарка, СЗО обявява, че болестта е изкоренена. Това е и първата болест, „изчезнала“, благодарение на човешките усилия...

От 1950 г. Световният ден на здравето се отбелязва всяка година на 7 април с различна тема, която отразява приоритетна област, която засяга здравето на човечеството и дава възможност обществото да се съсредоточи върху

тези ключови въпроси.

Днес членове на СЗО са 191 от държавите-членки на ООН, както и островите Кук и Ниуе.

С Разпореждане 32 на Министерския съвет от 6 февруари 1964 г. 7 април се отбелязва у нас като Ден на здравния работник. По това време министър на народното здраве и социалните грижи е Кирил Игнатов. С Решение 184 на Министерския съвет от 5 април 2006 г. 7 април става или професионален празник на работещите в здравеопазването.

История за хармоничното съжителство между медицина и литература

„Трябва да влезеш и с двата крака в живота, за да си истински“ - това е една от формулите за успех, която изповядва ревматологът д-р Златимир Коларов. Целият му живот е свързан с медицина, но страстта му към литературата е негов вечен спътник. Отгледан е от лекари, а темата за болестите винаги е присъствала в ежедневието му.

Като доцент по лицево-челюстна хирургия, баща му пише книги. Говори на Коларов младши за стила в писането – научния и художествения. И така интересът на нашия лирически герой към словото нараства. Дотогава, че днес за гърба си 65-годишният ревматолог има повече от 20 романа и над 300 публикации.

„Аз съм зодия близнаци – не знам дали са един или двама, но определено са няколко. Единият е оптимист, другият скептик. Единият е педантичен, другият е разпилян. Единият иска да чете за медицина, другият за художествена литература. Знаете ли колко ми е трудно да ги съчетавам?“, шегува се д-р Коларов.

Очевидно обаче ревматологът успява да постигне баланс. До обяд се грижи за пациентите си в клиниката по ревматология на МБАЛ „Св. Иван Рилски“. Съумява да открадне време за писане на медицински трудове между визитациите, а щом се прибере вкъщи, се отдава на художествена литература.

„Невероятно добре съм подреден и не губя и секунда. Въпрос на подредба, пренастройка и самодисциплина.“

Така лекарят успява да вмести в живота си както пациентите, така и словото. Показва ни вълшебен бележник, в който са описани задачите му за годината, които трябва да бъдат свършени до определени месеци и дни. Така всеки ден знае какво трябва да свърши – без оправдания и извинения.

Ударите на живота, които ни учат

Когато е на 11 години, малкият Златимир Коларов е преместен в едно от т.нар. базови училища. Попада сред деца на заможни родители, а той самият ходи с преправените панталони на баща си. Това оказва удар по самочувствието на бъдещия лекар, а самият той споделя, че децата могат да бъдат много жестоки.

Самотен, на задния чин, д-р Коларов започва да пише роман за цар Калоян. Обичал историята, а литературата му позволявала да бяга от реалността - да създава свой собствен свят. И въпреки че бил обвинен от учителката си в плагиатство след като й показал черновата си, това не убило желанието на лекаря-писател. В старите му записки прозира неистовото желание на едно чисто дете да се изразява с думи върху лист.

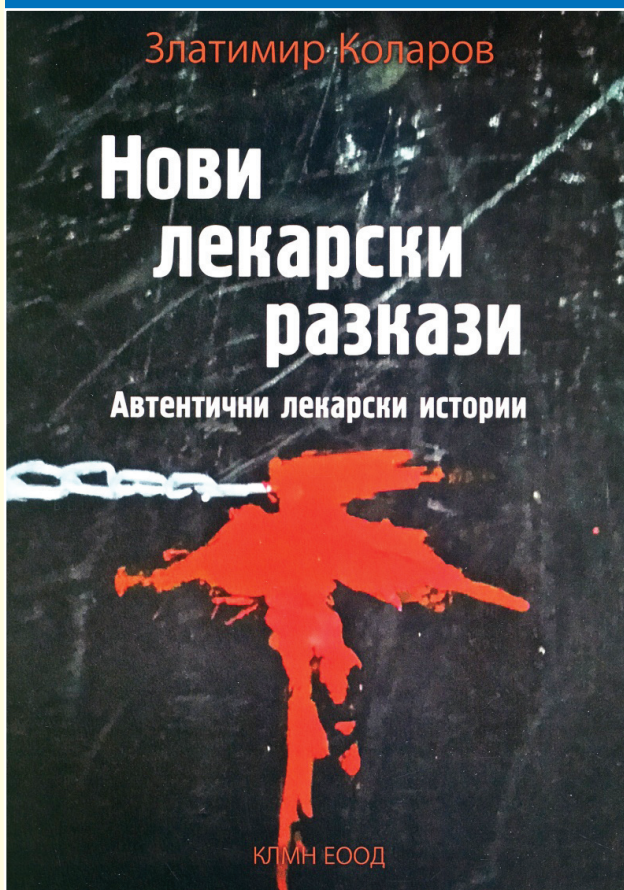
„Човек трябва да знае какво иска и как да го постигне.“

В една от последните си книги „Сиво, черно и свещица“ Златимир Коларов пише за т.нар. „схема на успеха“ – как да го изградиш, планираш и реализираш до поне 80%. Лекарят вярва, че ако знаеш какво искаш и как да го направиш, ако имаш конкретни цели и задачи – схемата работи безотказно.

С живота се бори сам, не се възползва от контактите на баща си, който навремето е бил зам.-декан на стоматологичния факултет. Коларов-младши завършва медицина в София,



Или защо д-р Златимир Коларов не може без нито едно от двете



практикува в Бяла Слатина, Пазарджик и Пловдив.

„Когато съдбата ни дава трудности – тя го прави по две причини. За да ти пробва силното желание – ако е слабо, значи не си достоен за това място. И второ - да отдели тези, които имат силно желание, от тези, които имат слабо желание. Защото всеки иска да стане нещо. Трябва сила, инат и работа.“, казва д-р Коларов.

По време на практиката си, лекарят се е запознал с много хора и е видял доста от живота, което се оказва огромно богатство за литературата. Сред произведенията му има кватрилогия от лекарски разкази, където д-р Коларов е описал автентични истории от практиката си. Между пациентите му попадат както интелектуалци, така и хора с криминално досие. Лекувал е истински ексектор. Душевните болки на въпросния пациент така и не излекувал. Но ги описал в книгите си.

За първите стъпки и първите неуспехи

Първите авторски опити остават недовършени, а и незапомнени. Смътно д-р Коларов си спомня, че първата му творба, появила се на бял лист, е разказ – не може да се сети какъв. Спомня си обаче първата си публикация – „Джамбазин“ - битов разказ, отпечатан във вестник „Литературен глас“

„Писането на научнопопулярна литература и на художествена литература е коренно различно. Единствено материалът – езикът, с който работим е един и същ. Подходът е различен, коренно различен. В науката обясняваш, в литературата внушаваш. Няма стил и жанр, в който не съм писал.“

Както в живота, така и в книгите си д-р Коларов залага на многообразието. Един от романите му – „Безкрайните бели полета“ получава годишната награда на Съюза на българските писатели.

АВГУСТИНА

Намерили са ме при кофите за боклук през август. За това съм Августина. Не знам рождения си ден – било е в началото на месеца. Била съм на няколко дни и са ме оставили в дома – разказала на брат ми Августина. Била е на петнайсет години.

Из „Сините канарчета“, Златимир Коларов

Любопитно е, че сред лекарите има много пишещи. Любомир Коларов разказва, че в медицината трупаш много, заради човешките съдби. Страданието на хората разяжда, а пресата върху лекуващия е голяма. Затова литературата се явява отдушник.

„Понякога през деня мога да седна за 30 минути да редактирам някоя страница, да напиша нещичко малко, това действа като балсам. Това спасява моята психика, защото аз с едно не мога да се занимавам, иначе медицината би ми станала безкрайно

скупна. Като се занимавам с литературата, започвам да мисля и за медицината, като се занимавам с медицината, мисля за литературата.“

Д-р Златимир Коларов застава зад думите на Антон Чехов, според който „медицината е законната му съпруга, а литературата неговата любовница“. Но най-големият му съдник и човекът, който следи максимално близко неговото развитие, е съпругата му Валя Фиданова. Тя е режисьорът, с който заедно успяват да направят 14 документални и 1 игрален филм. А този месец започват снимките на втория игрален филм, на който д-р Коларов е сценарист – „Пепел върху слънцето“, по книгата му „Illusio magna“.

А за далечното бъдеще д-р Коларов си пожелава животът му да минава спокойно, приятно и градивно. Да продължи да лекува и да пише както за медицината, така и художествена литература. Надява се единствено на здраве, защото е сигурен, че желанието и любовта му към двете линии на живота му, никога няма да се изпари.