

QUOVADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ



САМО СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ

ЩЕ РАЗРЕШАВА ПРЕХВЪРЛЯНЕТО НА СРЕДСТВА ПО ПЕРА

ХРОНОЛОГИЯ НА СЪБИТИЯТА

На 22 ноември т.г. в парламента на второ четене бяха приети държавният бюджет за 2019 г., бюджетите на Здравната каса и на НОИ. Най-об-

съждан се оказа текстът на Закона за бюджета на НЗОК. Депутатите взеха под внимание основните искания, за които пледираше Лекарският

съюз. В две декларации, както и на пресконференция в БТА лекарите заявиха: „Настояваме точно определени средства да бъдат използвани за точно определени дейности“. Постигнатото от съсловната организация потвърди древната мъдрост, че „Който се чувства прав върви твърдо към целта“.

на стр. 2, 8-9



на стр. 5

УЧЕНИ ИСКАТ ДЪЛГОСРОЧНА СТРАТЕГИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕТО НА НАСЛЕДСТВЕНИЯ АНГИОЕДЕМ

на стр. 11

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ,
председател на УС на БЛС:

НЕ БИХМЕ ПОДКРЕПИЛИ НЕЩО, КОЕТО Е НЕДОБРО ЗА СЪСЛОВИЕТО НИ

„Много позитивно е, че успяхме да се обединим – заяви д-р Иван Маджаров. - Наистина имаше моменти, когато не всички асоциации бяха съгласни по определени въпроси, но накрая разбрахме - трябва да се съсредоточим върху това, което ни сближава, а не върху това, което ни разделя. Надявам се, че постигнатото досега ще бъде допълнено с позитивните за съсловието ни предложения по НРД, които направиха бордовете и регионалните колегии. Надявам се на Събора, на 15-ти декември, т.г., да имаме основание да вземем решение за подписване на новия рамков договор.“

на стр. 8

Д-Р НИКОЛАЙ БРЪНЗАЛОВ,
зам.-председател на УС на БЛС:

ПАРИТЕ ЗА ЗДРАВЕ СА ИНВЕСТИЦИЯ, А НЕ ПЛАЩАНЕ НА СМЕТКИ

„Потребителска такса трябва да има за абсолютно всички пациенти, включително децата, пенсионерите и хората с увреждания – категоричен е д-р Брънзалов. - Този, който ги е освободил, следва да възстановява на лекарите парите за потребителската такса, която е фиксирана. За нея не важи нито инфлацията, нито увеличението на минималната работна заплата. Не е справедливо някой, особено държавен служител или депутат, чиято заплата се формира на базата на средната заплата в България, умножена неколкостранно, да решава да извършва социална дейност за сметка на лекаря и неговия труд.“

на стр. 9

БЛАГОТВОРИТЕЛНОСТТА ЖИВЕЕ В СЪРЦЕТО НА ЛЕКАРЯ

на стр. 11

ЧЕТВЪРТИ ЮБИЛЕЕН КОНГРЕС ПО ОБЩА/СЕМЕЙНА МЕДИЦИНА

Тазгодишният носител на приза на НСОПЛБ е д-р Гергана Николова



на стр. 3



Хрема, настинка



Лекувайте хрема и настинка без усещане за замаяване и сънливост

Запушен и течащ нос, често кихане...

Коризалия лекува симптомите на хрема благодарение на своята комплексна формула.

- Няма въздействие върху способността за шофиране.
- Не предизвиква загуба на активното внимание.
- Без лекарско предписание.



Хомеопатичен лекарствен продукт с 6 активни съставки, традиционно използвани в симптоматичното лечение на хрема и настинка. За деца под 1 година, таблетките се стриват и разтварят в малко вода преди прием.

НХП 24116/06.11.2013

За пълна информация:

Боарон БГ ЕООД, ж.к. Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6
тел.: 02/963-09-06, 02/963-20-91, факс: 02/963-45-00



САМО СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ ЩЕ РАЗРЕШАВА ПРЕХВЪРЛЯНЕТО НА СРЕДСТВА ПО ПЕРА



На 22 ноември т.г. в парламента на второ четене бяха пирети държавният бюджет за 2019 г., бюджетите на Здравната каса и на НОИ. Най-обсъждан се ока за текстът на Закона за бюджета на НЗОК. Депутатите взеха под внимание основните искания, за които настояваше Лекарският съюз. Така постигнатото от съсловната организация потвърди древната мъдрост – «Justum et tenacem propositi virum» («Кой-

то се чувства прав върви твърдо към целта»).

„Ние се съобразихме със становището на БЛС заяви – председателят на здравната комисия д-р Даниела Дариткова - и предложихме да няма разходване на средства, извън тези, които са отбелязани в отделните параметри за медицинска и дентална дейност и това да става само съгласувано с Управителния съвет на БЛС, респективно БЗС. Пред-

ложихме да няма задължително прелицензиране на лечебните заведения, а след създаването на новите медицински стандарти, те да имат възможност в срок до 31 декември 2019 г. да приведат дейността в съответствие с тях и тогава да бъдат проверени от Агенция „Медицински надзор“ (нова структура). Друго предложение на БЛС, което приехме, беше срокът на утвърждаване на правилата за добра медицинска практика да се удължи с три месеца и той вече е шест месеца. Съобразихме се с мнението на центровете за трансфузионна хематология и отпаднаха текстовете, които ги обединяваха и централизираха дейността.”

Сред някои от основните промени, гласувани от депутатите, са: създаването на новата Агенция „Медицински надзор“ за контрол на цялата система, в която се вливат Изпълнителната агенция „Медицински одит“ и ИАТ; закриването на Център

„Фонд за лечение на деца“ и поемане на функциите му от НЗОК. Средствата за дейност от бюджета на НЗОК няма да могат да се използват за лекарства, предважителното изпълнение на санкциите се премахва, а пререгистрацията на лечебните заведения ще се извършва по различен ред. Отваря се и „вратичка“ в условието НЗОК да не заплаща на болница за дейност, извършена от лекар, който не работи на основен трудов договор в нея. Лечебните заведения ще се създават и преобразуват с решение на Министерския съвет. То ще се дава въз основа на комплексна оценка, която включва разписаното в Националната здравна карта и някои документи, предоставени от инвеститора. Сред тях са: проект, включващ информация за вида лечебно заведение, структурата и предвиждания брой легла; тригодишен бизнес план за развитие, включително финансова обобщка и източници на финанси-

ране на дейността на съответната болница; декларация за произход на средствата за реализиране на проекта; становище на БЛС или БЗС на територията на съответната област.

От опозицията разкритикуваха промяната на толкова голямо количество закони през Закона за бюджета и заявиха, че ще подадат жалба в Конституционния съд. Председателят на Комисия по здравеопазването отговори, че право на депутатите е, ако видят нередности, да се обърнат към Конституционния съд, но напомни за предишна парламентарна практика през преходни и заключителни разпоредби на Закона за бюджета на НЗОК да се правят промени и в другите закони, когато това касае и бюджетни взаимоотношения.

„Доволни сме, че депутатите са се съобразили с всички основни неща, които Лекарският съюз искаше да бъдат коригирани в преходните и заключителни разпоредби на закона – заяви пред Zdrave.net председателят на Столичната колегия на БЛС д-р Асен Меджидиев. - Основните наши искания са изпълнени“.

ХРОНОЛОГИЯ НА СЪБИТИЯТА

УС НА БЛС: НАСТОЯВАМЕ ЗА ТОЧНО ОПРЕДЕЛЕНИ ПАРИ ПО ТОЧНО ОПРЕДЕЛЕНИ ДЕЙНОСТИ

На 20 ноември, т.г. в БТА се състоя пресконференция на БЛС. Водещ на срещата бе председателят на съсловната организация д-р Иван Маджаров. Той постави акцент върху повода за тази среща - в последните предложения по ЗБНЗОК ръководството на БЛС с **изненада е установило, че в утвърдения от партньорите вариант липсва един от основополагащите текстове, определен при преговорите като крайгълен камък.** Отнася се до гарантиране на невъзможност за прехвърляне на суми от параграф в параграф и искане веднъж гласуваните средства по пера да бъдат използвани единствено и само за обезпечаване дейността по направление. „Смятаме, че по този начин ще се изпълнява политиката, която е заложена от парламента, през бюджета на НЗОК“ - категори-

чен бе д-р Маджаров.

Председателят многократно подчерта, че „БЛС настоява точно определени средства да бъдат използвани за точно определени дейности“. Това е от полза не само за изпълнителите на медицинска помощ, но и за пациентите и цялото население. Д-р Маджаров изтъкна: „Притеснени сме от факта, че между първо и второ четене в предложенията, които се направиха по ЗБНЗОК, въпреки заявеното желание за съобразяване с предложенията на БЛС, се оказва, че точно този текст не е екзактен. Бих бил и по-директен - голяма е възможността средствата, определени в отделните параграфи, да не се използват по предназначение.“

Председателят прочете Декларация, приета на извънредно заседание на УС на БЛС. Чрез този документ ръководството на Ле-



карския съюз заявява: „В случай, че договорените предложения на съсловната организация не бъдат взети предвид, ще предприемем всички позволени законови мерки, включително искане за оставка на некоректните партньори в

сектора, които безпардонно елиминират вече договорени текстове“.

В отговорите си на журналистически питаня д-р Маджаров изтъкна, че ако възникне опит за модификация на утвърдения от

партньорите вариант в последните предложения по ЗБНЗОК, БЛС няма да предлага подписване на НРД-2019. Зам.-председателят на БЛС д-р Николай Брънзалов се спря на реалната невъзможност финансовите средства, определени за вторичен профилактичен преглед да се използват по предназначение. На въпроси от трансплантологията отговори зам.-председателят на БЛС проф. Николай Габровски. Според него, от проблемите в тази област най-трудно решим към момента у нас е въпросът за донорството. Даряването на органи би могло да се стимулира чрез изграждане доверие към лекарите и към постиженията на съвременната медицина. В това отношение съществена е ролята на медиите, категоричен бе проф. Габровски.

(Следва на стр.8-9)

НАЦИОНАЛНО ПРОУЧВАНЕ ЗА БЮДЖЕТ 2019

Във времето от 6 до 12 ноември 2018 г. се състоя национално проучване на общественото мнение на изследователския център „Тренд“. Анкетирани са 1004 пълнолетни българи. Проучването е по поръчка на вестник «24 часа». Цитираме основните изводи.

Една трета от българите се интересуват от проблемите, свързани с бюджета за 2019 г., докато 60% не следят тези въпроси. 65% обаче

мислят, че «проблемите са важни». В разбивките по демографски групи, видимо най-младите остават най-незапознати. Най-силна подкрепа сред анкетиранията среща повишението със 150 млн. лв. на парите за хора с увреждания (95%), както и увеличаването на пенсията (93%), повишаването на минималната работна заплата (92%), увеличаването на парите за здравеопазване (87%). Най-ниска подкрепа

събират параметрите, свързани с повишаването на заплатите в бюджетния сектор (50%) и увеличаването на максималния осигурителен праг (52%).

Традиционно мерките, свързани с намаляване на държавните разходи, са непопулярни сред хората, като единствената опция, която събира съществена подкрепа (75%), е намаляване на броя на заетите в държавната администрация.

Съкращаването на броя на университетите по-скоро разполовява респондентите, въпреки че по-голямата част не подкрепят мярката (45%). Съкращаването на броя на културните институти, броя на линиите и влаковете на БДЖ и броя на болниците са мерки, които срещат огромно неодобрение. Там, където българинът вижда най-големи проблеми, са сферите, в които според него трябва да се отделят

повече средства, а именно - здравеопазване, социалната сфера и образованието. Практически в нито една сфера няма превес на мнението, че парите се харчат ефективно. Това до голяма степен е следствие от ниското доверие на гражданите спрямо институциите, а не толкова върху техните наблюдения по сектори. Анкетиранията посочват здравеопазването като традиционно проблемна сфера.

НУЖЕН Е КОНСТРУКТИВЕН ДИАЛОГ

По време на конференцията "Иновации и добри практики в здравния сектор", която се състоя неотдавна в столичния хотел Балкан, **председателят на БЛС д-р Иван Маджаров** подчерта, че когато говорим за промени в здравеопазването, важно е да помним някои основни неща. Първо трябва да има обществена и политическа воля, за да се вземат трудни решения. На второ място е нужно всички с упорство и търпение да прилагаме принципите, които ще заложим в бъдещата реформа. И трето - всеки участник в системата трябва да запази своите функции, защото само така ще може да носи своите отговорности. Д-р Маджаров припомни защо е била нужна реформата, стартирала през 1999 година: „промяната се случи заради изключителното недоволство, натрупано у изпълнителите на медицинска помощ и недоброто финансиране“. „Предшната система имаше и добри страни – каза д-р Маджаров. – Имаше

добро покритие на страната, голям брой специалисти на глава от населението. Все пак тогава се реши, че ще се премине към друг начин на финансиране и ще се въведе съвсем нов модел, по който да функционира системата. Реши се въвеждането на т.нар. договорно начало или обществен договор между финансиращите институции и изпълнителите на медицинска помощ в лицето на БЛС. Ролята на държавата беше определена само като страна, която ще регулира и която ще отговаря за набиране на задължителните осигурителни вноски. Не на последно място, нейната роля беше да осигурява за всички спешната помощ, онкологията и т.н.“

По думите на председателя на БЛС тогава е заложено всеки участник в системата (т.е. държава, плащаща институция и съловна организация) да изпълнява точно определени функции. Съвсем в началото нямаше възможност никой да бъде неосигурен, държавата

плащаше своята част от осигурителните вноски на служителите, на които беше работодател. Свободните професии се осигуряваха сами, а всеки работодател дължеше здравните осигуровки на наетите от него работници – всеки, ангажиран в трудово-правни отношения беше задължително осигурен. Какво се случи във времето? Постепенно по една или друга причина се появиха нови и нови групи неосигурени или по-точно осигурени за сметка на бюджета, и в същото време ставаше все по-голям пакетът от услуги, който трябва да плаща НЗОК. „С всяка следваща година държавата навлизаше все повече в управлението на НЗОК. И все повече се опитваше да елиминира третия участник – съловните организации“ - каза д-р Маджаров. Според него това са част от причините, довели до сегашните искания за промяна.

На конференцията **проф. д-р Григор Димитров, предста-**

вители на Българската стопанска камара и член на Надзорния съвет на НЗОК, подчерта необходимостта от рационализиране на системата, като в този процес е важно да се преостойности цялата медицинска дейност у нас. „Онова, което ползваме като информация, е изключително деформирано, тъй като това е цената на клиничните пътеки от 2006 година – заяви проф. Димитров. – И ако правим разчети върху тези числа, нищо няма да се получи. Така е и в системата на осигуряването и застраховането. Трябва да има реална стойност на онова, което се предлага. Второто нещо е създаването на актюерски, математически модел. В НЗОК трябва да има звено, което да прави актюерски модел на разходите, на онова, което покриваме със суми, за да знаем колко можем да покривем и колко някой друг ще покрива.“

Проф. Димитров изтъкна: „Посочваме като добър модел

този на Холандия, но трябва да кажа само 3 цифри. БВП на Холандия е 700 млрд. долара. Те отделят 10 на сто за здравеопазване, 70 млрд. долара при 11 млн. население. Средно на един човек по 4 хиляди долара.“ Според сметките, които имаме, у нас се отделят средно по 300 евро на човек. „Ако държавата иска нейните хора да бъдат добре лекувани, трябва да направи необходимото и да пренасочи много ресурси в системата на здравеопазването“, категоричен бе проф. Димитров.

Форумът бе закрит от д-р Иван Маджаров, който изрази надежда за повече политическа и обществена воля при решаване на наболелите проблеми в сектора. „Важно е всички ние да осъзнаем необходимостта от конструктивен диалог в системата, всеки един участник да поеме своите изконно заложени функции, както и своята отговорност в сектора“, заключи председателят на БЛС.

ЧЕТВЪРТИ ЮБИЛЕЕН КОНГРЕС ПО ОБЩА/СЕМЕЙНА МЕДИЦИНА

От 22 до 25 ноември т.г. в Пловдив се състоя Четвъртият юбилеен конгрес по Обща/Семейна медицина на Асоциацията по обща/семейна медицина на Югоизточна Европа (A GP/FM SEE). Като създател и редовен член на A GP/FM SEE, представляващ ОПЛ в България, Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България (НСОПЛБ) бе организатор и домакин на конгреса, по време на който бе отбелязана 15-годишнината от създаването на Асоциацията по обща/семейна медицина на Югоизточна Европа. Приветствие към примариус д-р Любин Шукриев, председател на A GP/FM SEE и към доц. д-р Любомир Киров, д.м., зам.-председател на A GP/FM SEE отправи председателят на Лекарския съюз д-р Иван Маджаров „Имайки предвид вълнуващото мото на този форум - „Общата/Семейна медицина – предизвикателство, което си заслужава!“, богатата му програма и международно присъствие, не мога да не отбележа неговата огромна значимост – каза д-р Маджаров. - Използвам случая, за да Ви уверя, че БЛС е готов за активно сътрудничество в усилията, гарантиращи запазването на най-висшата ценност – човешкото здраве. И дано оптимизмът не ни напуска.“

„Във форума взеха участие над 1200 лекари от страната и чужбина. Научната програма включваше: лекции по актуални теми, свързани с работата на ОПЛ; workshop, както и над 100 участия на ОПЛ и представители на академичната общност в специалността обща медицина от страната и чужбина. Бяха представени доклади и постери, показващи резултати от собствени проучвания и концепции. Гост-лектори бяха изтъкнати специалисти по Обща/Семейна медицина от: Об-

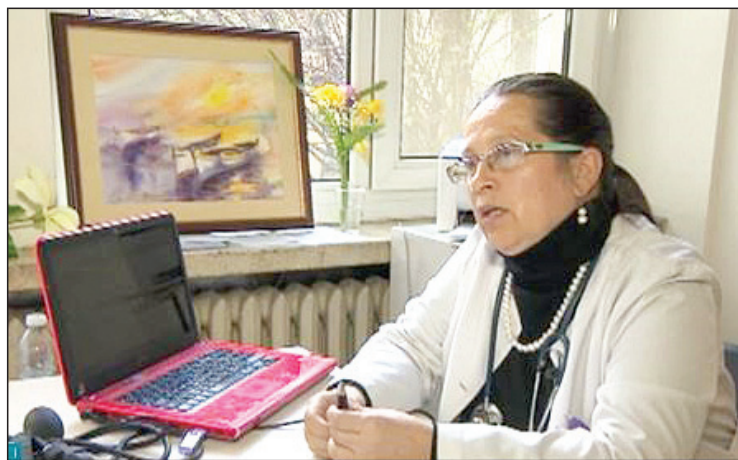


Златният приз

и модифициране на рисковите фактори - добри практики; Грижи за деца и хора в напреднала възраст; Дилеми в практиката на семейните лекари; Семейният лекар/ОПЛ и първичната медицинска помощ в обществото на 21-ви век; Интердисциплинарен подход в първичната медицинска помощ; Палиативна медицина/грижа – само в края на живота или нещо повече?

Беше проведена кръгла маса, на която бяха обсъдени настоящето и очакванията за бъдещето на първичната медицинска помощ и специалността Обща/Семейна медицина в региона на Югоизточна Европа.

По време на заключителната вечер, по традиция, бе отличен „Семеен лекар на годината“ - 2018. Тазгодишният носител на призьт на НСОПЛБ е д-р Гергана Николова - лекар с над 30 години стаж, с две специалности



Д-р Гергана Николова е „Семеен лекар на годината“ - 2018

диненото кралство, Израел, Република Хърватска, Словения, Босна и Херцеговина и др. По традиция в конгреса участваха и признати специалисти от различни области на медицината в България.

Форумът обхваща следните основни направления: Оценка

- Вътрешни болести и Обща медицина. Бяха присъдени награди за участници с най-добра устна презентация и постер, а също плакети и грамоти за активен принос в дейността на Асоциацията по обща/семейна медицина на Югоизточна Европа (A GP/FM SEE).

ЗАКЛЮЧИТЕЛНА МЕЖДУНАРОДНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРОЕКТ „ЕПСИЛОН“ НА ФАКУЛТЕТА ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ, МУ-СОФИЯ

На 7 и 8 ноември 2018 г. в София се проведе заключителна международна конференция по проект „ЕПСИЛОН“ в рамките на световен конгрес по трудова медицина, организиран от Катедрата по трудова медицина на Факултета по обществено здраве при МУ – София. Проектът е финансиран от Европейския социален фонд по ОП „Развитие на човешките ресурси“ и се осъществява в сътрудничество с Университета в Милано, Италия.

Научният форум бе открит от вицепрезидента г-жа Илиана Йотова и модерирани от ръководителя на катедрата по трудова медицина проф. д-р Невена Цачева и ръководителя на проект „ЕПСИЛОН“ – проф. д-р Каролина Любомирова.

Приветствия по случай 10-годишнината от създаването на Катедрата по трудова медицина и значимостта на постигнатите резултати от проекта поднесоха зам.-председателят на НС д-р Нияря Джафер, ректорът на МУ-София проф. д-р Виктор Златков, деканът на ФОЗ проф. д-р Цекомир Воденичаров, председателят на Българския лекарски съюз д-р Иван Маджаров, зам.-министър Светлана Йорданова, зам.министър Лазар Лазаров и ръководители на институции и организации, свързани с общественото здраве, здравната превенция и трудова медицина.

Гост-лектори на конгреса бяха д-р Иван Иванов – ръководител Екип Трудова Медицина при Световна Здравна Организация, Щабквартира, Женева; проф. Клаудио Колозио - ръководител на екип по трудова медицина при Университета

в Милано и д-р Мария Бубас-председател на работната група по обучение на трудова медицина в Международната комисиия по трудова медицина.

Проф. Любомирова запозна участниците с целите, мисиите и задачите на проекта и представи получените резултати. Тя съобщи, че в рамките на проекта са разработени две учебни дисциплини (в присъствена и дистанционна форма), които са инкорпорирани в учебната програма на магистратурата по Обществено здраве и здравен мениджмънт. Чрез тях бъдещите здравни мениджъри ще придобият знания за създаването и провеждането на здравно-промотивни и стратегическо-управленски програми за превенция на социално-значими и свързани с труда заболявания сред ранни групи от млади и възрастни работещи.

В организираната и проведена Интегрирана национална информационно образователна кампания са разработени наръчници за безопасна работа и учебно-методически ръководства за ученици и работещи от четири високо рискови икономически дейности - строителство, производство на облекло, здравеопазване и фризьорство. Чрез закупената по проекта клинично-лабораторна апаратура са изследвани 150 души и е оценен рискът от развитие на социално-значими и свързани с труда заболявания сред тях.

В знак на благодарност за ползотворното сътрудничество с университета в Милано бе връчен почетен знак и грамота от ФОЗ на проф. д-р Клаудио Колозио - международен партньор по проект „ЕПСИЛОН“.

ПРОФ. ВЕНЦИСЛАВ ЦВЕТКОВ:

УНИКАЛНИТЕ И СЛОЖНИ ОПЕРАЦИИ У НАС СА ФИНАНСОВО ГУБЕЦИ

Уникална операция за отстраняване на карцином извърши във ВМА съвместен екип от специалисти по оториноларингология и лицево-челюстна хирургия. Пациентка на 49 години потърсила помощ от проф. Венцислав Цветков, началник на Клиниката по УНГ при ВМА, след като близо година е лекувана от различни специалисти в страната, но без особен резултат. Тревожното при нея било, че е засегната от карцином, който е сравнително слабо чувствителен на лъче- и химиотерапия.

Прегледът, извършен от проф. Цветков и екипа му, показал, че злокачественият процес е обхванал ушния канал, средното ухо, процесус мастоидеус, вътрешното ухо, черепната основа, темпорно-мандибуларната става, паротидната жлеза и съдово-нервния спон на шията. „Отстраняването на такъв вид тумор е доста сложно и рисковано, тъй като ангажира лицеви нерв, големите съдове на шията и близко разположените мозъчни обвивки”, обясни за в. Quo vadis проф. Цветков. Направена била консултация с един от най-добрите специалисти в областта на лицево-челюстната хирургия - доц. Николай Янев, след което лекарите взели решение да се извърши съвместна оперативна намеса. Според проф. Цветков точно това е уникалното в случая – зоната е деликатна и само един екип не би могъл да се справи с целия проблем. Трябва да се организират няколко екипа от всички тези специалисти, включително и пластичен хирург, защото след като се отстранява целият тумор, се получава празнина, която следва да бъде запълнена. За целта при пациентката е използван тъкан от гръдния ѝ мускул. По думите на професора в условията, при които се работи в България

ТАКАВА ОРГАНИЗАЦИЯ Е ИЗКЛЮЧИТЕЛНО ТРУДНА

Необходимо е да се намерят подготвени екипи,



които да имат желание да го направят, защото самата операция е трудоемка, работи се бавно и дълго. Хирургичната намеса е продължила 12 часа, като карциномът е отстранен, след което е направена реконструкция на големия дефект на шията. Пациентката е в добро общо състояние и се възстановява успешно.

Последователността на това вмешателство пояснява проф. Цветков: интервенцията преминава през меките тъкани на шията, върви към ухото и към черепната основа. След това се отстраняват увредените структури на средното и вътрешното ухо, както и паротидната жлеза. Най-трудно се изчистват пораженията, които са в основата на черепа. Проблем е лицевият нерв. „Ние през цялото време го пазехме, но накрая се вижда, че и той е засегнат от процеса, което наложи да се премахне и част от неговия сегмент, който е реконструиран с част от друг нерв, за да може основните действия на лицевата структура да бъдат запазени”, казва проф. Цветков.

В Клиниката по ушни, носни и гърлени болести на ВМА се правят

ВСИЧКИ ВЪЗМОЖНИ ИНОВАТИВНИ ОПЕРАЦИИ

„Не отстъпваме по нищо на водещите УНГ-центрове в Европа”, не без гордост заявява хирургът. Обяснява, че тук се поставят импланти на глухи хора. От известно време се справят и с патология, която у нас е доста разпространена, а почти няма центрове, които да се заемат с нея. Става въпрос за стенозите на трахеята и на ларинкса. (Получават се при интубирани пациенти или при хора, които са засегнати от травма, след което дишането им се влошава, защото трахеята по някаква причина се стеснява или се запушва.) „Досега спасението беше в едни доста травмиращи операции в шийната област, при които се махаше сегмент от дихателната тръба. Това е вариант, но понякога не може да стане, защото стенозата е на голямо протежение. Ние имаме вече много такива пациенти, при които правим операциите през ус-

тата, а също и с помощта на бронхоскописти, които ако трябва, слагат стент”, казва проф. Цветков.

ЕНДОСКОПСКО ЛЕЧЕНИЕ НА СИНУСИТЕ

Това е изключително иновативен подход. При някои заболявания се обработва дори синусът, който е разположен централно. По същия начин се справят и с носната полипоза. „Алергията в момента е може би № 1 по разпространение поради мръсния въздух, а едно от следствията ѝ е именно полипозата. Хората, които страдат от нея знаят, че дори да се подложат 10, 20 пъти на класическите хирургични лечения полипите пак се появяват. Когато се оперира с помощта на ендоскопска техника, както се прави при нас, след като се изчистят всички синуси, полпозата може никога да не рецидивира или ако се случи, то е след доста години светъл период”, категоричен е лекарят. Дори студовата алергия, която също често се среща, ако има някакви проявления в синусите и човек диша трудно, е

възможно тъканите, които са увеличени, да се намалят леко и дишането през носа да се възстанови. При това го правим не с изрязване, както беше преди години, а с едни малки електроди - деликатно, безкръвно, като се работи с радиочестота и възстановяването след това е много бързо”. В клиниката се правят и пластични операции на носа, на ушите. „Изобщо, от раменете нагоре можем всичко да лекуваме. Дори имаше идея с неврохирурзите да създадем общ екип, който да извършва

ОТСТРАНЯВАНЕ НА ХИПОФИЗНИ ТУМОРИ

Тази интервенция с нашата ендоскопска техника се прави в Европа. За нас не е никакъв проблем, но заради така наречените пътеки, които са враг №1 на медицината в България, и т. нар. лимити, ние сме с вързани ръце”, убеден е професорът. Според него колкото един център е по-развит, толкова повече лимитите и клиничните пътеки го ощетяват. „Би трябвало лекарят да се стреми да се усъвършенства, да се учи, за да могат повече пациенти да ходят при него, но ограниченията му пречат”, категоричен е той. И дава пример точно с уникалната операция на 49-годишната жена. У нас заплащането от Касата е в размер на 1000-2000 лв., но ако пациентът се оперира в чужбина, здравният ни фонд ще трябва да плати около 30-40 000 евро. Определя това като парадокс на системата и допълва: „Редно е подобна хирургична интервенция да бъде оценена скъпо, но в България Касата изплаща някаква смешна сума, която не може да покрие само консултативите. Това са тежки операции, да не говорим колко хора са в екипа и колко се грижат за пациента след това. Ако някой иска наистина да прави реформа в здравеопазване-

то, това са първите неща, с които трябва да се започне – да се помисли как да се стимулират звената, които наистина оперират тежки и особени случаи. Защото, казвам го със съжаление, но вероятно това ще бъде първата и последна такава операция при нас. Просто защото аз не мога да наказвам хората от клиниката.”

БОЛНИЦАТА ПОНАСЯ

ЗАГУБИ

Причината е, че уникалните, изключително сложни хирургични лечения са финансово губещи при сегашния начин на оценяването им в България. Другите проблеми в сектора, по думите на професора, са свързани с остарялата техника, която болниците у нас не биха могли сами, без помощта на държавата, да подменят. Отворен остава и въпросът с кадрите. Трябва да могат по-лесно да достигат парите до такива звена, от една страна за апаратура, за инструментариум, а от друга страна за да се стимулира и добрата работа на медиците, защото според него в момента има

НОВА ВЪЛНА НА

ЕМИГРАЦИЯ

и то на утвърдени специалисти. Добрите лекари са най-ощетените, а в същото време навсякъде ги приемат на работа – и във Франция, и в Германия, и в Англия, и в Америка. Границите са отворени и лекарите ни изчезват. Според проф. Цветков здравеопазването ни е в криза и спешно се нуждае от промени. Колкото до представените нови модели на здравно осигуряване той е убеден, че: „Няма защо да откриваме топлата вода. Има страни, които просто трябва да видим и да вземем моделите от тях – дали ще е френският, германският, английският, няма значение. Просто реформата трябва да се направи.”

Нова епоха в реконструкцията на гръдната стена

С 3D реконструкция гръдните хирурзи на Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда заместиха реброто на млад пациент с рядко заболяване. Уникалната операция беше извършена от екипа на доц. д-р Цветан Минчев.

Триизмерно принтиран имплант замени отстраненото ребро, обхванато от новообразувание. В изработването на 3D модела и визуализацията участва и екипът на Клиниката по Образна диагностика, начело с националния консултант по образна диагностика

проф. Галина Кирова.

Пациентът е 35-годишен мъж с прогресираща деформация в областта на петото дясно ребро, придружена от подуване. Прегледите и рентгеновите изследвания установяват костно образувание с неизяснен произход. Хистологичният резултат дава основание да се постави диагнозата доброкачествена фиброза на плазми. Най-доброто решение в този случай е отстраняване на образуванието, поради възможност от бърз злокачествен растеж или

усложнения (затруднения в дишането, фрактури на реброто, засягане на съседни тъкани и пр.). Премахнатото ребро налага пластична реконструкция за заместването му. Именно тук доц. Цветан Минчев, началник на отделението по Гръдна хирургия в Болница Токуда, прилага иновативния подход. Операция в такъв вид до този момент не е извършвана в България, а в света е прилагана само в няколко случая с друг материал и при друг тип локализация. Новото ребро е изготвено от

синтетичен кополимерен биологично съвместим материал, одобрен за използване от Американската агенция по храните и лекарствата. Триизмерното моделиране и принтиране на импланта, който трябва да замести реброто, осигурява абсолютна анатомична съвместимост и прецизност при имплантирането.

„Това е нова епоха в реконструкцията на гръдната стена при пациенти с тумори, които изискват изрязване на костно-хрущялните структури. Този

подход дава възможност за изключително точно анатомично възстановяване на скелетната част на гръдната стена чрез предварителна триизмерна визуализация и продуциране на файл за принтиране на 3D машина. Използваният материал е с доказана тъканна съвместимост. Точността на възпроизвеждане дава възможност за големи резекции на гръдната стена и едновременно им заместване с индивидуално изготвени импланти”, разказа за операцията доц. Минчев.

ПРОФ. БОРИСЛАВ КИТОВ:

ВИСОКО ЦЕНЯ ЧЕСТНОСТТА

- Проф. Китов, като председател на Акредитационния съвет на БЛС, бихте ли посочили основните предизвикателства във връзка с продължаващото медицинско обучение?

- Искам първо да подчертая, че Акредитационният съвет не провежда продължаващото медицинско обучение. Той го акредитира на базата на представените му документи и го регистрира. Въпросното обучение се извършва от научните дружества по специалности и от медицинските университети, чиито представители са представени в Акредитационния съвет. Основното сега е да се изработят съвместно с научните дружества и медицинските университети проектно-законодателни промени, които регламентират законово продължаващото медицинско обучение и Акредитационния съвет, както и да се предоставят на българските законодатели за приемане. Другото предизвикателство е постигане на изключително добър синхрон между БЛС и академичната общност в дейностите по продължаващото обучение. Безспорен факт е, че то рефлектира позитивно не само върху компетентността на лекаря, но е от значение за самочувствието и авторитета му и в крайна сметка е от съществена полза за качеството на медицинската помощ в страната ни.

- Как според Вас следва да бъде финансирано това обучение? Трябва ли колегите да плащат за издаваните сертификати?

- Лекарите, на които се издават сертификати, не ги заплащат. Те се заплащат от организаторите на съответното обучение, а участниците в него плащат такса-участие. Въпреки че ние, от ръководството на БЛС, нямаме законодателна инициатива, ще се постараме да направим всичко възможно за инициране на законодателни промени, така че разходите, които правят колегите за продължаващото медицинско обучение, да се приспадат от данъците, както е в повечето европейски страни.

- Ще запазите ли традицията за провеждане на научно-практическа конференция на БЛС?

- Разбира се. Планираме следващият, пети форум



Проф. Борислав Китов е известен общественик и лекар, възпитаник на Пловдивския медицински университет. От дипломирането си досега работи в Клиника по неврохирургия в УМБАЛ "Св. Георги" в Пловдив. За известно време практикува в неврохирургична клиника в Колмар, във френската област Елзас. Бил е организационен секретар на БЗНС-Народен съюз. Като народен представител е участвал в 37-то, 38-то, 39-то и 40-то Народно събрание. Два пъти е бил председател и два пъти зам.-председател на парламентарната комисия по здравеопазване. Колегите му го определят като колоритен човек, роден за лидер. Критикува със замах – и собствените си началници, и управляващите, и законите. През последните години той упорито отказва медийни изяви. Екипът на вестник „Quo vadis“ благодарни на проф. Китов за това, че направи изключение и прие поканата да стане специален гост на настоящия брой.

да е през април - май 2019 година. След приключване на конференцията докладите и резюметата ще бъдат публикувани в по-редния сборник.

- Предвиждате ли международно участие в предстоящата Пета научно-практическа конференция на БЛС, както и специален акцент в програмата ѝ върху проблемите на лекарската етика?

- Темите на V-та Научно-практическа конференция на БЛС ще се определят от организационния комитет, поради което не мога отсега да кажа ще има ли и какво ще е международното участие.

Но със сигурност ще присъстват изтъкнати лектори от различни области

на медицината. И неминуемо, наред със специализираните знания, ще бъде засегнат проблемът за продължаващото медицинско обучение и начините за повишаване на качеството на оказваната медицинска помощ. За нас, като медици е важно да не забравяме, че сме хора, помагачи на други хора в тяхното страдание и болка. Въпреки проблемите ни, въпреки проявяваната към нас през последните години агресия, ние сме тези, които спасяват живота.

- Какво е Вашето виждане за цената на медицинския труд?

- В България медицинският труд няма цена, не само в преносния, но и в

най-прекия смисъл, тъй като в цените на клиничните пътеки лекарският труд не е остойностен. Трябва по-скоро да се извърши остойностяване на труда, знанията и опита на работещите в системата на здравеопазването. Това умишлено не се прави, защото веднага ще стане ясно колко са оцетени българските лекари и професионалистите по здравни грижи. БЛС разработи система за остойностяване на труда на работещите в системата на здравеопазването и го представи на обществеността за обсъждане, но до този момент нито една отговорна институция не се е произнесла. Проблемът за трудо-

вите доходи на лекарите и професионалистите по здравни грижи е свързан с бъдещето на страната ни. Обществена тайна е, че не малка част от българските лекари и то най-подготвените търсят и намират реализация в чужбина, което генерира дефицит в българското здравеопазване. Това влошава качеството на оказваната медицинска помощ и рефлектира върху пациентите. Крайно време е нашето общество да проумее, че здравеопазването е част от националната ни сигурност. Тези, които вземат решения, са длъжни да се вслушат в гласа на разума.

- Не мога да не попитам за становището Ви относно идеите за промени на МЗ...

- Определено нашето здравеопазване се нуждае от промени, които да отговорят на изискванията на времето и обществото. Бурното развитие на медицинските технологии, фармацевтичната индустрия и глобалната мрежа оказват значителен финансов натиск върху здравеопазните системи, повишават информирността на пациентите и техните изисквания. Вичко това поставя пред българските лекари допълнителни изисквания и натоварвания. БЛС приветства констатацията на Министерство на здравеопазването, че системата е недофинансирана и са необходими допълнителни средства. В предложените два варианта за промени от страна на МЗ съществуват неясноти, които тепърва ще се уточняват и БЛС заявя, че е готов да участва в разработването на окончателния модел, но личното ми мнение е, че в мандата на това правителство радикални промени едва ли ще се случат.

- Как ще коментирате анекса към НРД-2018?

- И друг път е имало анекс. Целта на сегашния документ е рамковият договор да бъде с начална дата 1 януари, а не 1 април, както беше в предходните години. Предстоят преговори с НЗОК и се надявам, че всички договорни партньори ще действат ползотворно и добронамерено. Трябва да е ясно, че дори и да имаме известни различия, имаме и обща цел и тя е подобряване качеството на

медицинските грижи и увеличаване удовлетвореността на пациентите. Много бих искал в такъв добронамерен дух и с разбирателство да продължи дейността ни по НРД за следващата година, което ще позволи постигането на общата ни цел.

- Какво очаквате във връзка с НРД- 2019?

- Какво да очаквам? Националният рамков договор от една страна е лимитиран от бюджета на НЗОК, а от друга от ръста на заболяемостта, който непрекъснато се увеличава, поради застаряване на населението. Увеличението на средствата за здравеопазване е резултат на повишаването на минималната работна заплата и събираемостта на здравните вноски, но това се случва на фона на по-скъпи енергоносители, инфлационен натиск и лимитране на медицинската дейност, което генерира задължения. В крайна сметка здравеопазването отново е недофинансирано, което се признава и от МЗ.

- Да поговорим за единството на съсловие то ни...

- Много сложен въпрос. От изключителна важност е да запазим баланса между отделните звена в системата, както в доболничната, така и в болничната и между двете. Разединението ни прави уязвими. Напрежението между нас дава повод за негативни настроения, създава терен за отправки на всевъзможни упреци към гилдията ни. А едно интелигентно съсловие като лекарското, не може и не трябва да позволява да бъде обиждано и да се чувства слабо. Това налага да се стремим към постигане на максимално единомислие и единодействие.

- Имате ли житейски девиз – фраза, верую?

- Вярвам в доброто у хората. Обичам да съм пряк в отношенията си. Отнася се както за моите близки, така и за приятелите, колегите, пациентите, за всеки, с когото контактувам. Високо ценя честността, яснотата, откровеността. Винаги се старая да върша работата на хората по начин, както искам те да я свършат за мен. Необходимо е всеки да направи усилие, да даде частица от себе си, за да постигне нещо полезно за обществото.



Донорството

Проблемите, свързани с донорството в страната, мерките за преодоляването им, добрите практики при реализирането на донорски ситуации и кондиционирането на донорите бяха обсъдени на среща между ръководството на Министерство на здравеопазването, координаторите по донорство и директорите на многопрофилните болници с над 50% държавно участие, в които има разкрити донорски и трансплантационни центрове.

„Броят на хората, които чакат за органи, се увеличава, а броят на донорите, съответно и на трансплантациите, намалява. Имаме проблем и не можем да си затваряме очите. Ето защо е важно да работим не само на национално ниво, но и по места чрез координаторите по донорство”, заяви на срещата здравният министър Кирил Ананиев. Той запозна присъстващите с действията, предприети от МЗ за насърчаване на донорството. „В момента работим по изменението на Наредба № 29, която урежда финансирането на трансплантациите. В постоянен контакт сме с най-добрите центрове по трансплантология в Европа за обмяна на опит и обучение на наши специалисти”, посочи министърът. И допълни, че здравното ведомство подготвя

НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА И

ПЪТНА КАРТА КЪМ НЕЯ

Ще бъдат създадени и три работни групи, които да предложат по-добър механизъм за организация на процесите по донорство на ниво областни структури, както и да изработят препоръки, ръководства и насоки за работата на координаторите по донорство. В същото време Министерство на здравеопазването работи и по изготвянето и утвърждаването на медицински стандарт по донорство, който да стъпи на добрите европейски практики. Министърът обясни още, че се очаква през следващия месец Негово Светейшество Патриарх Неофит и Светият синод да излязат с официално становище по порбема – нещо изключително важно, за да могат пациенти, които чакат за трансплантация, да получат шанс за живот. Предстоят разговори и с Националния съвет на религиозните общности в България. По време на срещата бе обявено, че ще се въведе

СИСТЕМА ЗА АВТОМАТИЗАЦИЯ И КОНТРОЛ

на дейността, която ще даде възможност донорите да се проследяват по интернет.

По думите на зам.-министър д-р Бойко Пенков системата ще дава информация какъв е донорът, къде се намира, кой и как го кондиционира. Д-р Пенков посочи, че министерството е в постоянен контакт с най-добрите центрове по трансплантология в Европа за обмяна на опит и обучение на наши специалисти. „Амбицираните сме в рамките на до шест месеца да стартираме предтрансплантационната подготовка и съвместната работа с други екипи тук. Мисля си, че бихме могли да се справим, гледайки високото ниво на квалификацията на лекарите, които ще участват в процеса. А дотогава трябва да сме стартирали нашата програма за донорство“, допълни зам.-министърът пред журналисти във връзка с проблемите около белодробните трансплантации у нас и вариантите за решаването им. „Обучаваш се там, където тази дейност се извършва. Да стоиш тук и някой да те обучава на нещо, което липсва, няма как да се научиш. Тъй като всяка болница има определен капацитет и не може да поеме голям брой специалисти за обучение, водим преговори не само с болницата във Виена, но и в

ХанOVER, Рим и други. Продължават и преговорите ни с турския университет“, съобщи д-р Пенков по повод изказването на проф. Валтер Клепетко от Виена. Според проф. Клепетко, за да се обучат наши специалисти, те трябва да отидат на място в клиника, която извършва такива трансплантации. Минимумът за обучение е една година. Проф. Клепетко коментира ситуацията в България по БНТ точно преди срещата по темата в здравното министерство.

„Донорството в България наистина се подобряваше в миналото, когато директор на изпълнителната агенция беше д-р Симеонова, която положи много усилия за това – подчерта проф. Клепетко. – След нея не знам какво точно става. Но България трябва да докаже, че активно дарява органи на Евротрансплант, за да имаме възможност да предложим трансплантации на някои от пациентите. Със сигурност няма да можем да помогнем на всички, но поне ще можем да направим белодробни трансплантации на някои.“ Всъщност д-р Марияна Симеонова подаде оставката си като директор на ИАТ през септември именно заради неуредиците с чакащите пациенти за белодробна трансплантация. Официалната версия, която беше изтъкната, бяха лични мотиви, свързани с нейното професионално развитие. От пациентските организации „Заедно с теб“ се обърнаха с отворено писмо до медиите, в което подчертаха: „За нас, пациентите, д-р Симеонова беше директорът и човекът, който направи изключително много за донорството и трансплантациите в България.“

На срещата в МЗ д-р Пенков заяви, че е важно да бъдат обучени не само хирурзи. Трябва да бъдат обучени

МУЛТИДИСЦИПЛИНАРНИ ЕКИПИ

Целта е те да поемат грижата за човека преди самата трансплантация и особено след нея. „Трябва да бъдат обучени белодробни лекари, патоанатоми, бронхолози, рехабилитатори и реаниматори. Това е много широк екип“, подчерта той. И допълни, че в министерството са започнали вече да правят програмата за следващата година за обучението и на националните координатори по донорство. От името на българските трансплантолози проф. Никола Владов от ВМА посочи, че са необходими изключително големи усилия за възстановяване на донорството в такива размери, които биха задоволили нуждите на нашата страна. „Второто нещо, което смятам, че трябва да се направи, е

МЗ ДА ДЕФИНИРА ЦЕНТЪРА, КЪДЕТО ЩЕ СЕ

ПРАВЯТ БЕЛОДРОБНИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ

и там вече да се хвърлят усилията, за да се подготвят хората за трансплантации. Аз съм убеден, че това нещо може да стане и то в съвсем кратки срокове. В България има достатъчно подготвени специалисти - и кардиохирурзи, и пулмолози, които биха могли да осъществят белодробната трансплантация“, заяви той.

Данните на ИАТ показват, че в момента 1030 българи чакат за присаждане на бъбрек, 45 – за черен дроб, 41 – за сърце и 16 – за бял дроб.

ДЪРВОТО НА ЖИВОТА

От най-древни времена дървото е символ на духовност. Заради небесната му корона и дълбоките корени в земята, източните народи го боготворели. Свързвали го с майката – природата, с нейните циклични промени, с раждането и смъртта. Според християнските писания дървото и неговите плодове са образ на стремежа към познание и белег на осъзнат избор. Може би всичко това е провокирало представителите на съвременната трансплантология в Европа да приемат за символ на донорството т.нар. „Дърво на живота“. Неговите листа носят имената на дарителите, на онези, чиято смърт е продължила съществуването на друг човек. Още през 2013 година Министерство на здравеопазването в България възприе същата европейска практика. По инициатива на Изпълнителната агенция по трансплантация (ИАТ), в родните лечебни заведения, които извършват трансплантации, бе поставено „Дърво на живота“, изобразено като фреска или във вид на пано. Сигурно мнозина ще кажат, че в сравнение с тази инициатива, далеч по-значими са координацията, управлението и контролът на донорството, т.е. ролята на Изпълнителната агенция по трансплантация, както и законодателните решения в тази област. Също – членството на страната ни в международната донорска организация – „Евротрансплант“. И разбира се, ще са прави. Но всички дейности, свързани с трансплантациите, не биха били възможни, без решението за даряване на органи, а то винаги е съпроводено с емоции, с мисъл за почти свръхестествена намеса – факти, за които ни подсеща „Дървото на живота“. Наистина

ВЪЗМОЖНОСТИТЕ НА ХИРУРГИЯТА ДНЕС ГРАНИЧАТ С ВЪЛШЕБСТВО

Решени са въпросите на хирургичната техника, анестезията, следоперативните грижи. Въведени са съвременни скали за оценка на пациента. По проблема за тъканната несъвместимост работят стотици учени и в бъдеще ще го преодолеят. Но въпреки това, пред донорството продължава да стои вековната бариера на предрасъдъците. В България, повечето от семействата на починалите отказват това дарителство. Защо? Какво ги спира? Прегледът на последните коментари за донорството, показва, че една от основните бариери са религиозните предразсъдъци. Добре е да се знае, че още преди пет години религиозните общности в страната ни не отхвърлиха идеята за трансплантациите. От Българската православна църква декларираха подкрепата си с думите: „Да дарим,

означава до проявиш обич и съпричастност“. Втората голяма причина за отказ е недоверието в здравната система и съмненията за спекулации. Трябва да се обяснява пред обществото, че у нас се прилагат медицински процедури за установяване на мозъчната смърт, които са световна практика. При този вид смърт централната нервна система, т.е. мозъкът безвъзвратно е загубил функциите си и практически човекът е мъртъв. Не винаги близките на потенциалните донори осъзнават това. В България за настъпила мозъчна смърт се произнася комисия от експерти. Преди свикването ѝ на донора се правят всички необходими изследвания. Те се записват на файл, който се оставя на близките на починалия. Така че във всеки момент, при каквото и да е съмнение, може да се направи справка. А с жеста на даряването се спасяват боленуващи, подложени на изтощителни медицински процедури. Помага се на пациенти, чиито бъбреци са отказали да функционират и кръвта им се пречиства от диализен апарат. Помага се на хора, които вместо сърце носят помпа под мишницата си. Помага се на мъченици, които се хранят чрез вливания, защото храносмилателната им система не работи. След един отишъл си от тази земя живот, могат да се продължат 7 други живота. Медиците следва да обясняват, че изборът на кого да се дари орган се базира на

ПРОЗРАЧНА И НАУЧНО ДОКАЗАНА СОФТУЕРНА ПРОГРАМА

Тя елиминира човешките пристрастия. При разпределението в софтуерната система са заложили редица показатели (съвместимост на тъканите и органите, както и здравословно състояние на пациента, възраст, време, прекарано в списъка на чакащите и др.). Целта е да се премахне възможността за субективно влияние на медицинския персонал. Системата прави връзка възможно най-бързо между потенциалния донор и реципиент. По този начин трансплантацията на органи се извършва без загуба на време и броят на спасените животи се увеличава. Прогнозите са, че нуждата от донорски органи ще нараства с всяка изминала година у нас, в Европа, в света. Обществото ни трябва да знае всичко това, за да преодолява съмнения и страхове, за да приеме като своя ценност „Дървото на живота“, създадено в памет на донорите, за да бъде убедено, че проява на изключителна човечност е, в момент, когато си загубил близкия си, да направиш каквото зависи от теб, за да спасиш нечий чужд живот.

Проф. БРУНО МАЙЗЕР,
президент на „Евротрансплант“:

Решението е в самостоятелни оперативни програми и споразумения за обучение

„Крайната цел е България да достигне 10 донора на милион население. Но това не означава, че трябва да стане до утре. Да, засега сте далече от целта, но с помощта на Евротрансплант може да подобрите донорството. Ще ви дам пример с Хърватска - когато те поискаха да се присъединят към нас, започнаха с 5-6 донора на милион души, а сега даряват 35! Виждате какъв напредък е това! Въпросът е да се върви в правилната посока“. Това каза пред БНТ проф. Бруно Майзер, президент на Евротрансплант за шансовете на България да стане пълноправен член на организацията за донорство. По думите на професора „Евротрансплант“ помага на непълноправните държави членки, каквато е и България, под формата на споразумение за обучение. „Това означава например болница в София да кандидатства за обучение за бе-

лодробна трансплантация. Ние приемаме кандидатурата - поясни проф. Майзер. - И ако преценим, че е успешна, се свързваме с различните центрове, които правят такава трансплантация. Ако един или повече центрове проявят интерес, подалата кандидатура болница може да избере къде да се проведе обучението. Така екип от трансплантолози от София може да отиде да се обучи. И най-важното - да вземе свои собствени пациенти.“ Той подчерта, че дългосрочното решение не е в трансплантационния туризъм и здравното мигриране. Решението е да имаме самостоятелни програми за трансплантации и споразумения за обучение на наши специалисти в чужди клиники. Проф. Майзер бе категоричен, че това е пътят и той трябва да бъде подкрепен и от лекарите, и от пациентите, и от здравните власти.



Проф. ИБРАХИМ БЕРБЕР,
ръководител на Център за трансплантация на органи в болница Acibadem International:

Търсим иновативни методи и шанс за присаждане при липса на съвместимост

За т.нар. живи донори, които се подлагат на операция и даряват част от себе си, за да спасят живота на обичан човек, специалистите се стараят да прилагат все по-щадящи и минимално инвазивни техники. Ето вижданията в тази посока на проф. д-р Ибрахим Бербер, ръководител на Център за трансплантация на органи при болница Acibadem International. В края на април, т.г. той консултира безплатно пациенти в София. Ръководеният от него екип прилага иновативни методи за бъбречна трансплантация, които позволяват по-бързо възстановяване на донора и реципиента при живо донорство, а в някои случаи дават шанс за присаждане при липса на съвместимост.

Проф. Бербер:
- През последните години в хирургичната практика навлязоха минимално инвазивни лапароскопски методи. Така например, ако в миналото отворената хирургия

и разрези с дължина 20-25 см, бяха единствената възможност при отстраняване на бъбрек, то съвременните техники позволяват същият орган да се извади през разрез от 5-6 см. Това ограничава риска от кървене, инфекции или херния в областта на оперативната рана. След лапароскопската нефректомия, донорът остава в болницата средно 1 до 3 дни. Ако няма никакви оплаквания при контролния преглед в рамките на седмица, по-нататък е достатъчно да преминава редовни прегледи на всеки шест месеца, като всеки здрав човек.

Нашият екип в Центъра за трансплантации продължава да търси отговор на въпроса как процедурата по екстракция на бъбрека да е възможно най-щадяща за живия донор. Направихме разрези от 5-6 см още по-малък. След това открихме, че изваждането на бъбрека през родовия канал при жените е осъществимо. Извършихме и първата си такава операция. Мето-

дът може да се използва при жени, които вече са раждали и осигурява бързо възстановяване за донора. Друг подход, който отива една крачка по-далече, е лапароскопската операция през пъпа. Тази операция също се прави при нас.

Понякога пациентът има близък роднина, който е съгласен да дари бъбрек, но при двамата не се установява нужна съвместимост. В такъв случай пристъпваме към бъбречна трансплантация по двойки или т.нар. „кръстосана трансплантация“. Търсим друга двойка донор-реципиент, които също нямат съвместимост помежду си, но е налице съвместимост при размяна на донорите. Тоест, органите се „кръстосват“. А когато тази комбинация се получава с размяна на донорите в повече от две двойки, става въпрос за „домино“ трансплантация. Такъв тип трансплантации не са рядкост в Турция и позволяват да се избегне проблемът с липсата на съвместимост.

Д-Р МИХАИЛ ХРИСТОВ,
изпълнителен директор на ИАТ:

Белодробни трансплантации в България, това е крайната ни цел

Какво конкретно се прави за подобряване на донорството обясни специално за QUO VADIS новият директор на ИАТ д-р Михаил Христов.

- Д-р Христов, какви са причините да се бави приемането ни като редовен член на Евротрансплант?

- Основната причина е ниското ниво на донорството. Изискват се около 10 донора на милион души население, което за България е около 70 за година. Но те даже да са 50, пак няма да е пречка. Въпросът е, че трябва да имаме голямо увеличение на донорите. През 2018 г. те са 11, т.е. средно по един на месец. Предложения за съживяване на трансплантациите ние сме изпратили в Министерство на здравеопазването. Събираме още предложения - всеки ден имаме срещи с колеги от болниците, отделно сме говорили и с пациентските организации. Проблемът е именно в осигуряването на органи, защото какъвто и договор да подпишем, ако няма какво да се трансплантира, няма как да тръгнат нещата.

- Какво трябва да се направи, за да се увеличи донорството?

- Има доста възможности. В Испания - страната с най-много трансплантации, с 40% се е повишил ръстът на донорството, след като се приема възможността да стават донори хора, които са загинали не само от мозъчна, а и от сърдечна смърт. Това у нас не е развито като идея, не е дебатирано. Друг вариант е кръстосаното донорство, при което се даряват органи между хора, които не са роднини. Въпросът е обсъждан дори в парламента преди години, но няма разрешение, въпреки че страните около нас го извършват отдавна. За подпомагане на бъбречните трансплантации в съседните държави се прави трансплантация на бъбреци и при хора с различни кръвни групи. У нас не е прието. Има и други варианти, които могат да се обсъдят.

- Ще каните ли чужди специалисти да извършват у нас трансплантациите на бял дроб?

- След като засега нямаме договор с чужда болница, най-лесно е да поканим лекари-трансплантолози, които да извършват операциите у нас. Стигнахме много бързо до група специалисти, под ръководство-

то на проф. д-р Аднан Саяр от Мемориал хоспитал в Истанбул. Те дойдоха два пъти тук, изнесоха лекции, запознаха се с възможностите ни. Разгледахме двете български болници, които имат разрешение за трансплантации - „Св. Екатерина“ и „Лозенец“, но за момента се спряхме на втората, защото там има пулмология. Имаме готовност при наличие на орган екипът да дойде, като единственото условие е след това част от него да остане, за да проследи болния. Съвсем скоро у нас ще пристигне и специалист от трансплантационния център на Хановер. Така че ще имаме възможност да работим и с екип от един от най-големите трансплантационни центрове в Европа. Голямото ни желание е да подновим договореностите и с болницата във Виена. Това са спешните мерки, но крайната ни цел е да подготвим наши специалисти да извършват белодробните трансплантации тук. Направили сме 56 трансплантации на сърце, около 150 на черен дроб, около 500 на бъбреци. Няма логика да не правим и на бял дроб. Ако трябва да вървим подред, длъжни сме да си обучим екипите. Всъщност това може да стане в чужбина, но могат да се учат и тук от специалистите, които ще пока-



ним да трансплантират органи в България.

- Какво мислите за решението да се обединят ИАТ с Изпълнителната агенция „Медицински одит“?

- Дейността на Изпълнителната агенция по трансплантации няма да бъде ограничена, същото се отнася и за одита. Мисля, че за нас това ще е от полза, защото авторитетът на Изпълнителната агенция по надзор ще е доста по-голям и ще улесни дейността ни по донорство и трансплантации в местните структури. Надявам се и да се подобрят условията, в които работим, така че не виждам никакъв проблем.

ЛЮБОПИТНО



Св. Св. Козма и Дамян присаждат на болен човек крак от починал мавър, Хайме Уез, 1460 г.

Ако в миналото способността да се присаждат органи е била привилегия на светците, то днес тя е присъща на лекарите. Например благодарение на трансплантологията и мъжете ще могат да раждат деца. Това съобщава неотдавна РИА „Новости“. В информацията се цитира мнение на президента на Американското дружество за репродуктив-

на медицина Ричард Полсън. Присаждането на матка в най-скоро време ще стане достъпно както за мъжете, така и за жените, смята той. Специалистът очаква, че търсенето на подобен вид операция ще бъде значително. „Вие можете да направите това още утре. Има определени сложности, но не виждам никакви сериозни проблеми, които биха могли да отложат задълго тази процедура“, казва медикът по време на научна среща в Сан-Антонио, Тексас, посветена на репродуктивната медицина. Полсън напомня, че притежателите на присадена матка ще могат да раждат само чрез цезарово сечение. Освен това по време на бременността подобни пациенти ще трябва да преминат и курс по хормонална терапия. Към днешна дата са известни 9 успешни операции за присаждане на матка. За водещи специалисти в тази област се смятат шведските лекари.

ТЕРАПИЯТА ПРИ ДИАБЕТ ТРЯБВА ДА БЪДЕ ИНДИВИДУАЛИЗИРАНА

Началникът на Клиниката по ендокринология на ВМА - проф. д-р Ивона Даскалова, д.м.н., представя новостите в лечението на диабета

По данни на Международната диабетна федерация в момента в света има 425 милиона болни от диабет тип 1 и тип 2, като се очаква през 2045 г. да станат 675 милиона. Всяка година броят им расте със 7-8 милиона души. Неслучайно вече говорим не за епидемия, а за пандемия. България не е изключение от тази тенденция - у нас болните са над 500 хил. души, като диабетът постепенно се подмладява. Много голям е процентът на хората в предиабетно състояние, при което кръвната захар на гладно на пациента е 6,9 - 7 ммол/л. Съветът в тези случаи е да се направи орален глюкозо-толерантен тест, който може да определи дали става дума за предиабет или има вече отключен диабет. Обикновено свързваме предиабета с метаболитен синдром, при който наблюдаваме затлъстяване с повишени нива на холестерола, триглицеридите, артериалното налягане, гранични стойности на кръвната захар, както и увеличена обиколка на талията (този маркер може най-бързо да се определи - за мъже ≥ 94 cm, за жени ≥ 80 cm). Предиабетът е критично състояние, защото ако се стигне до диабет, път назад няма. Затова много сериозно трябва да помислим за профилактиката и ранното поставяне на диагнозата. Естествено, инсулиновата и хиперинсулиновата резистентност водят до отключване на захарен диабет.

УСПЕХИТЕ НА СЪВРЕМЕННАТА ДИАБЕТОЛОГИЯ

Много съм горда от то-

ва, че ги има и при нас. В клиниката на ВМА прилагаме всичко, което е ново в света. Ние работим с всички модерни инсулини, схемите на лечение са същите като в най-големите диабетични клиники в Европа. Те включват аналогови инсулини, които вече от години се реимбурсират от Здравната каса.

Инсулиновата помпена терапия имитира физиологичната инсулинова секреция и се смята за едно от най-добрите лечения при определени групи хора. Не бива да се смята, че всички пациенти със захарен диабет трябва да се лекуват с помпи. Подходящи са за млади хора с тип 1 захарен диабет, които са били на лечение с аналогови инсулини и им са налага да си мерят кръвната захар три пъти на ден преди всяко хранене. Задължително тези устройства се прилагат при бременни и при жени с диабет, които искат да забременеят, подходящи са и за децата, засегнати от страданието. Трябва да подчертая, че в помпата се поставя само бързодействащ инсулин. Тя подава базално препарат, като при всяко хранене, в зависимост от консумацията на въглехидрати, се определя и бонуса. Трябва да сме благодарни, че Здравната каса ги реимбурсира, защото има хора, които не могат да се компенсират и с 4 - 5 апликации дневно, докато с помпената терапия постигаме много добър контрол.

Съвременен подход е и постоянното проследяване на кръвната захар с т. нар. глюкозни монитори - нещо, което за съжаление



у нас не се плаща от НЗОК, но много от пациентите, особено тези с помпи, си закупуват такива сензори и ги ползват. Те са различни по вид. Поставят се подкожно и отчитат непрекъснато стойностите на кръвната захар, така че пациентът е съвсем в час с неговия диабет. Надявам се, те един ден също да се реимбурсират, но все пак не бива да бъдем неблагодарни. Трябва да се отчита това, което е постигнато - заплащането на помпите и консумативите за тях, както и на аналоговите инсулини. Това са скъпи неща, които НЗОК успява да покрие. Благодарение на този вид терапия много жени с диабет родиха

здрави бебета, а знаете, че преди години това беше проблем.

При диабет тип 2 също има нови медикаменти, но тук трябва да се знае, че първа точка е промяната в начина на живот. След това идват лекарствата. Когато говорим за новости, трябва да отбележим, че всички групи модерни медикаменти вече ги има на нашия пазар. Да, в момента се обсъжда въвеждането на принципа на разходоефективност при лекарствата, който може би ще засегне и нас. Но засега нямам точна информация какво ще се случи, затова не искам да го коментирам. Всяка иновативна схема, всяко

модерно и добро лечение, е скъпо, но в България се реимбурсират новите модерни терапии, докато в някои страни с по-висок стандарт това не се прави.

Не обичам да говоря за финанси, защото в крайна сметка най-важно е доброто здраве на пациента. Трябва да постигнем добър контрол, да забавим тежките последици от заболяването. По този начин се намаляват инсултите, инфарктите, намалява се рискът от ампутации. Човекът, взел превантивни мерки срещу диабет, не струва на държавата толкова, колкото би струвал един диабетик с усложнения на очи, бъбреци, крака. Заболяването засяга не само пациента, но и фамилията му. Не случайно мотото на международната диабетна федерация тази година е „Семейството и захарния диабет”, т. е. всеки пациент от захарен диабет се нуждае от подкрепата на семейството си.

У НАС НЕ ДЕЙСТВА ЕДИННА НАЦИОНАЛНА ПРОГРАМА ЗА СКРИНИНГ НА ДИАБЕТ

Това е пропуск, който трябва да се реши. Но все пак в страната има скринингови програми. Специално искам да подчертая, че благодарение на ръководството на ВМА, ние всяка година преглеждаме безплатно в различни области на страната. Неотдавна, на 14 ноември - Световния ден за борба с диабета, в Клиниката по ендокринология на ВМА прегледахме над 600 души. Открихме доста хора с диабет, даже приехме по спешност двама с кръвна захар 20 ммол/л. Проведохме такива скринингови програми в Сапарева баня, Благоевград, Девин. Планираме в началото на следващата годината да отидем и в други населени места.

Освен това правим из-

следване на потта на краката, ръцете и челото. Това не е инвазивен подход. С негова помощ се поставя диагнозата предиабет или диабет. Достоверността е с доста висок процент - по литературни данни е около 78%. Прави се с лентички, с измерване на капилярна кръв. Основното обаче си остава изследването на кръвната захар и холестерол, както и на гликиран хемоглобин.

ТРАНСПЛАНТАЦИИТЕ НА СТВОЛОВИ КЛЕТКИ ЗАСЕГА НЕ ДАВАТ РЕЗУЛТАТ

Правят се различни изследвания, но все още няма отчетливи постижения в тази област. Дали в бъдеще ще постигнем напредък в това направление, не мога да кажа. Засега най-добрите постижения са в лекарствата и техническите средства за поддържане на нормална кръвна захар.

Какво трябва да се препоръчва на хората? Първото и най-важно нещо е промяна на начина на живот - здравословно хранене, намаляване на стреса, повишена физическа активност. Да не разчитаме само на медикаменти. Няма лекарство, при което да си живеем, както си искаме, да мързелуваме, да не се движим, да се храним неправилно, да се тъпчим с въглехидрати и мазни храни и да сме здрави. Разковничето е в повече профилактика, обучение и самоконтрол. Не може да има добро лечение без проследяване на кръвната захар, без контрол на теглото, без проследяване на холестерол, триглицериди и артериалното кръвно налягане, пикочна киселина. Но искам да подчертая, че терапията трябва да бъде индивидуализирана - всеки пациент да си има своя доза за медикаментите, свой инсулин, според преценката на лекаря.

ПРЕПРОГРАМИРАТ КЛЕТКИ НА ПАНКРЕАСА



Диабетът е сериозно предизвикателство пред медицината, затова непрекъснато се търсят начини за по-добрия контрол на заболяването и дори за пълното излекуване на пациентите. Надежда дава ново изследване на екип от детската болница към университета в Питсбърг. Д-р Джордж Гиит и неговият екип са открили начин да препрограмират клетките в панкреаса. Те са създали безопасен вирус, който "редактира по

подходящ начин генетичната експресия". Вирусът първо открива стволови клетки, които са способни да се превърнат в произвеждащи инсулин структури. И ги подтиква да го направят. Екипът вече има успех при експериментални мишки и маймуни и е много близо до готовност за клинично изпитване върху хора. Новият лечебен подход не потиска имунната система. Очакванията са, че ще лекува всички видове диабет.

БЕЗЖИЧНО ПРИЛОЖЕНИЕ УЛЕСНЯВА ЛЕКАРИ И ПАЦИЕНТИ

Резултати от важни за контрола на диабета изследвания, като HbA1c, ниво на кръвната глюкоза, кръвно налягане, тегло и други, се предават безжично на мобилния телефон на пациента с помощта на нова технология. След това достигат до компютърен сървър, който изпраща, също до мобилния телефон, здравни съвети, свързани със захарната болест.

Това е най-новото приложение на мобилните и безжични технологии в помощ на хората с диа-

бет, като цялата тази важна информация постъпва и се съхранява и в компютъра на лекуващия лекар. Това позволява по-добър контрол на заболяването и по-точни прогнози за лечението му. Съобщение за новото технологично решение е било направено на научна среща на Американската колегия по превантивна медицина в Маями. В проучване, използвалите новата система, са постигнали по-ниски нива на кръвната захар и по-добри познания за управлението на диабета.

БЛАГОТВОРИТЕЛНОСТТА ЖИВЕЕ В СЪРЦЕТО НА ЛЕКАРЯ



Председателят на Българския лекарски съюз д-р Иван Маджаров подкрепи кампанията „Топъл обяд“ и лично раздаде храна на нуждаещите се пред болница „Медлайн“ в Пловдив.

„Благотворителността живее в сърцето на лекаря, защото всеки от нас поне по един път на ден прави някакъв благороден жест към някой болен, а често пъти и към повече. Всеки ден даваме частица от себе си, но такива големи, високо хуманни акции като „Топъл обяд“ заслужават дълбоко уважение и огромна подкрепа“, заяви д-р Маджаров. Пред журналисти той подчерта удовлетворението си от

това, че е станала традиция кампанията „Топъл обяд“, която повече от 5 години се провежда в най-стария жив град в Европа. Реализира се по идея на пловдивския предприемач доц. д-р Невен Енчев. Акцията не само подпомага голям брой хора, изпаднали в затруднено положение, и им съдейства да преживяват по-лесно ежедневието си, но ги дарява с топлота и им вдъхва увереност, че не са сами, не са изоставени, че някой мисли за тях и им предлага своята ръка за помощ. Въпреки че доц. Енчев живее в Германия от доста време, кампанията продължава, а неговата благотворителност печели одобрението и се споделя

от много лекари, както и от известни общественици в страната и чужбина.

Д-р Маджаров сподели, че БЛС и Българският Червен кръст пилотно ще стартират инициатива в 2 региона – Пловдив и Хасково, където стават най-много катастрофи. „Идеята е от двете области да се „заделят“ по 15-20 лекари, на които ще се осигурят оборудвани чанти за спешна помощ и при пътен инцидент намиращият се най-близо ще бъде извикан да окаже съдействие на пострадалите, преди да пристигне линейката, която в някои случаи се бави, защото идва отдалеч“, сподели председателят на съсловната организация.

УЧЕНИ ИСКАТ ДЪЛГОСРОЧНА СТРАТЕГИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕТО НА НАСЛЕДСТВЕНИЯ АНГИОЕДЕМ

Между 16 и 18 ноември т.г. в НДК, София се състоя VII Национален конгрес по алергология. На този форум бяха представени най-новите тенденции в алергологията. Коментираха ги учени от България и чужбина. В рамките на конгреса проф. Марко Чикарди (един от най-известните учени и изследователи в сферата на ангиоедема, автор на международния консенсус за лечение и диагностика на заболяването) представи пред българските специалисти всички новости в своята област. „Необходимо е изготвяне на дългосрочна стратегия при лечение на наследствения ангиоедем, което също трябва да се съобрази, предвид конкретното състояние на пациента. Някои хора имат редки пристъпи на ангиоедем, но за съжаление при други ходът на болестта може да бъде значително по-тежък. Важно е да се проследява активно тяхното състояние от добре подготвени специалисти, които притежават, както знание, така и готовност да се грижат дългосрочно за тези пациенти“, категоричен бе проф. Чикарди. Проф. Хелена Пите, представител на Европейската академия по алергология и клинична имунология (ЕААСИ), докладва едно от своите впечатляващи проучвания, свързани със съвременни биометоди за диагностика и лечение. „Горда съм, че приех поканата и че днес съм тук – каза проф. Пите. -Тези



срещи са от основна важност, защото алергичните заболявания са в топ 5 на заболяванията във всички възрасти.“ Проучването, което тя представи, касае основно заболяемостта от астма при децата и подрастващите. Един от водещите алерголози в света проф. Урих Ван (двукратно президент на ЕААСИ) коментира данни от изследване сред подрастващите с алергичен ринит. Според него при голям процент от тях ринитът с времето прераства в астма. На форума бе обсъдена нуждата от бърза лечебна намеса чрез алергенна имунотерапия, която единствена е способна да промени естествения ход на болестта.

От страна на родните алерголози проф. Васил Димитров коментира необходимостта от продължаващо обучение и редовна актуализация на медицинското познание. Акад. Богдан Петрунов говори по

темата за съвременното значение на имунологичните механизми в алергичните заболявания, а д-р Анна Валериева от УМБАЛ „Александровска“ представи биологичното лечение на тежката астма и прецизирането на терапията. Екип от специалисти начело с д-р Елена Петкова изнесоха лекция на тема: „Психоемоционален стрес и тревожност като предиктори за тежестта на заболяването при пациенти с уртикария“. Д-р

Златко Димитров обясни в детайли ситуацията около алергиите към мляко при малките пациенти. Д-р Силвия Новакова от „Вътрешно консултативно отделение“ в УМБАЛ „Свети Георги“, Пловдив постави акцент върху корелациите между алергичния ринит и респираторните заболявания. Как имунотерапията води до дългосрочно облекчаване на алергичните състояния, разгледа доц. д-р Георги Николов от Националния център по заразни и паразитни болести. „Лекарствените средства, водещи до имунна модулация с цел облекчаване и предотвратяване на алергичните симптоми, са естествени алергенни екстракти“, подчерта той. Психосоматичните аспекти на бронхиалната астма представи д-р Теодора Вълчева. Бяха коментирани и интересни теми във връзка с влиянието на генно-модифицираните храни, както и възможностите да подобрим сътрудничеството между пациент и лекар, като основен проблем в случаите, когато психосоматика, астма и алергии вървят ръка за ръка.

В края на форума, точно в 19:30 часа сградата на НДК светна в лилаво в присъствието на лекари, пациенти и медии. Така специалистите още веднъж изразиха желанието си хората да бъдат по-добре информирани за симптомите и терапията на алергиите и редките форми на ангиоедем.

Няма победител в битката между микро и макро света

Заплашват ни супербактерии, възникнали в резултат от антибиотична резистентност. Тя е причина за близо 33 000 смъртни случая годишно в ЕС, а в световен мащаб – за над 700 000. Ако не се вземат мерки, към 2050 г. устойчивостта към антибиотици ще се превърне в по-често срещана причина за смърт, отколкото онкологичните заболявания. Такава прогноза направи председателят на Световната здравна организация (СЗО) д-р Скендер Сила на пресконференция, посветена на осведомеността за отговорно прилагане на антибиотиците. По думите на д-р Сила пациентите с инфекции, причинени от устойчиви на лекарства бактерии, са изложени на повишен риск от по-лоши клинични резултати и смърт. За тях се изразходват и повече ресурси в сравнение с

лечението на нерезистентните щамове на същите бактерии. „България трябва да продължи допълнително да укрепва надзора и лабораторния капацитет в тази област. Особено важно е да се регламентира и насърчава оптимална употреба на лекарства, включително при животните, и да се осигури подходяща грижа за пациентите при гарантирано качество. Подобрете профилактиката и контрола на инфекциите в България!“, каза още д-р Сила.

Данни от най-новото европейско проучване, публикувани в „The Lancet Infectious Diseases“, представени на пресконференция доц. Иван Иванов, завеждащ Национална референтна лаборатория по контрол и мониториране на антимикробната резистентност при Националния център по заразни и

паразитни болести (НЦЗПБ). Според изследването 75% от 33 000 смъртни случаи в ЕС са следствие от вътрешболнични инфекции. 39% от инфекциите, причинени от резистентни бактерии, са резултат от бактерии, нечувствителни на антибиотици последно поколение. На първо място в ЕС по тежест на инфекциите, причинени от резистентни бактерии, са Италия и Гърция. Една трета от смъртните случаи в ЕС са само в Италия, съобщи доц. Иванов. Тежестта на тези смъртни случаи вече надхвърля тежестта на умирианията от СПИН, туберкулоза и грип взети заедно.

„България е една от първите страни по консумация на т. нар. третогенерационни цефалоспорици в болниците – предупреди директорът на Националния център по заразни и паразитни болести

проф. Тодор Кантарджиев. - Това е най-тежкият проблем за ситуацията с резистентността у нас. Употребата е широка както в доболничната, така и в болничната помощ“. Но имаме и успех, подчерта той – намалено е приложението на макролиди у нас, което е показател за правилното предписване на антибиотици в доболничната помощ. През 2016 г. е разработен Национален план за действие с мерки, насочени към свеждане до минимум на неправилната употреба на антибиотици. Този план обаче трябва да бъде приет и съгласуван с други министерства, напомни проф. Кантарджиев.

Известно е, че антибиотичната резистентност възниква, когато различни микроорганизми започват да се променят след излагането им на антимикробни средства. С

течение на времето тази устойчивост настъпва естествено, в резултат от генетични промени в микроорганизмите. По показателя антимикробна устойчивост сред животните, от които се произвеждат хранителни продукти, България е една от шестте европейски страни с най-печални резултати, изтъкна проф. Христо Даскалов, ръководител на Националния център по безопасност на храните. Той отбеляза, че ефективен начин за защита на човешкото здраве е да се намалят възможностите за развитие на резистентност у животните. В Холандия например, където са приели и вече шест години действа междуинституционална програма за правилна употреба на антибиотици, са намалели с 65 на сто случаите на този вид лекарствена злоупотреба.

ПРЕДСТОЯЩИ НАУЧНИ СЪБИТИЯ

XXI НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ДЕРМАТОЛОГИЯ

Хотел „Калина Палас“, Трявна

29 ноември - 2 декември 2018 г.

Организатор:
Българско дерматологично дружество



ДЕВЕТА НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ НА БССА: СЪВРЕМЕНИ АКЦЕНТИ В СЪРДЕЧНАТА И СЪДОВАТА ПАТОЛОГИЯ



Хотел „Хилтън“, зала „Мусала“, София

30 ноември - 1 декември 2018 г.

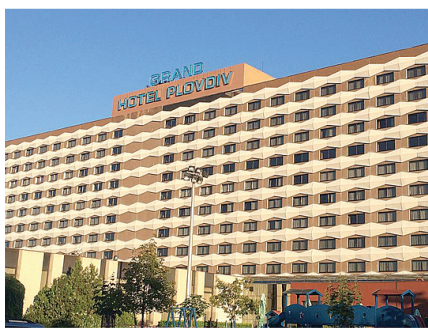
Организатор:
Арбилис

НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ MEDICRON RHEUMATOLOGY & ONCOLOGY & NEUROLOGY CONFERENCE 2018

Гранд хотел „Пловдив“, Пловдив

6-9 декември 2018 г.

Контакти:
СIC



ЧЕТВЪРТА НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ХЕПАТОЛОГИЯ

Национален дворец на културата, София
7 - 8 декември 2018 г.

Организатор:
БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ЗА ИЗУЧАВАНЕ НА ЧЕРНИЯ ДРОБ;
БЪЛГАРСКО ДРУЖЕСТВО ПО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ, ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНА ЕНДОСКОПИЯ И АБДОМИНАЛНА ЕХОГРАФИЯ



ОБУЧЕНИЕ „РАБОТА В ЕКИП. ИНФОРМИРАНост НА ЕКИПА“



Учебна зала на Алфа Куолити, София, кв. Лозенец, бул. Никола Вапцаров 27

13 декември 2018 г.

Организатор:
Алфа Куолити България

VIII БЪЛГАРСКИ КУРС ПО БИФУРКАЦИИ И КОМПЛЕКСНИ КОРОНАРНИ ИНТЕРВЕНЦИИ

Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда, София

25 - 27 януари, 2019 г.

Организатор:
Фондация Инвазивна кардиология

Контакти:
denitza@cmebg.com, тел: (+359) 896 700 952



СЕРТИФИКАТИ ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА

НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:

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

За контакти:

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

Яна Тасева
0899 90 66 47

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник „QUO VADIS“

Национално издание на Българския лекарски съюз

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

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

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

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

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

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

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

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

Отстъпки:

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

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

ЗА САЙТА НА БЛС

I. Информация за сайта:
www.blsbg.com е официалният сайт на Българския лекарски съюз. Той съдържа информация за:
- БЛС (създаване и история, СДО, асоциирани членове, УС, НС)
- Нормативни актове

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

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

банери	Размери:	без		с
		препращане		
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.				

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 рекламата.

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%

Норвегия продължава да стимулира финансово проекти в здравния сектор

За периода от 2017 до 2024 г. Норвежкия финансов механизъм са отделени 2,8 млрд. евро за 15 държави бенефициенти. За България ресурсът е 210 млн. евро и е разпределен в сектори като правосъдие, вътрешен ред, здравеопазване, околна среда, образование, културно наследство и за подкрепа на бизнеса. Това съобщи Венцеслава Янчовска, мениджър Innovation Norway Sofia, по време на конференцията „Иновации и добри практики в здравния сектор“.

Тя припомни, че за периода от 2013 г. до 2017 г. по Норвежкия финансов механизъм са били разпределени над 1,5 млрд. евро в програми и проекти в 16 страни бенефициенти, сред които са България, Румъния, Полша, Чехия, Унгария. За този период в България бяха реализирани шест програми, сред които и „Инициативи за обществено здраве“ с програмен оператор Министерство на здравеопазването.

„Работим в България от

2007 г., откакто страната става член на ЕС и на Европейското икономическо пространство (ЕИП). Норвегия не е член на ЕС, но е член на ЕИП и съответно има достъп до европейските пазари. Цената, която Норвегия плаща за това, е подпомагане на проекти в различни области“, допълни Янчовска.

Дейностите, които ще бъдат подкрепени в новия програмен период, ще са свързани с разработване на иновативни технологии и услуги на продукти в сферата на социалния и здравния сектор, с технологични решения, разработени за персонала в сектора, както и с дигитализацията. „Очакваният ефект от проектите е програмата да допринесе за създаването на условия, свързани с качеството на живот, както и на качествени продукти. Иновациите са ефикасни и ефективни решения, само когато могат да бъдат реализирани на пазара“, подчерта Янчовска.

ЗЛАТЕН ПОЧЕТЕН ЗНАК НА МЗ ПОЛУЧИ Д-Р ГУИДО ЩЬОКЛИ

Министърът на здравеопазването Кирил Ананиев награди със Златен почетен знак на Министерство на здравеопазването д-р Гуидо Щьокли – директор на Фондация „Помощ и съдействие“ към Малтийския орден. Отличително се връчва на д-р Щьокли за активната му ангажираност и проявения професионализъм при организирането на хуманитарни операции в помощ на лечебните заведения в България.

„Благодарение на Вашите усилия съвместно с Посолството на нашата страна в Берн за последните три години бяха осъществени 13 хуманитарни акции. Вашата дарителска дейност доведе до осигуряването на болнични легла и обзавеждане в лечебни заведения в Бургас, Варна, Елин Пелин, Казанлък, Петрич, Пловдив, Русе, Силистра, София, Харманли и Кърджали“, заяви министър Ананиев по време на официалната церемония по награждаването.

Д-р Щьокли е роден в Швейцария на 15 март 1949 г. От 1997 г. до 2007 г. работи като инструктор за медицинските звена на швейцарската армия, след което се заема с хуманитарната дейност в структурите на Малтийския орден, като организира събирането и изпращането на болнично оборудване и апаратура. Носител е на различни ордени и награди, сред които Орден за заслугите от президента на Словашката Република; Златен медал от Словашкия министър на Външните работи; Орден на Почетния легион на Чили; Орден Casimir, Полша; Велик кръст за заслуги на Малтийския орден; Плакети от кмета на град Дунавска Среда и от кмета на град Леока (Словакия) и Плакет на Министерството на здравеопазването. В момента е директор на Фондация „Помощ и съдействие“ („Help and Assistance“), основана през 1994 г. като клон на болничната служба на Малтийския орден в Швейцария. Фондацията осигурява болнично оборудване и апаратура в източна Европа, Африка, Южна Америка и Азия.



Суверенният военен хоспиталиерен орден на Св. Йоан от Йерусалим, Родос и Малта, наричан още Малтийски орден, е един от най-старите католически монашески ордени, с почти десет вековна история. Има членове в 56 страни. Днес орденът поддържа двустранни дипломатически отношения със 107 държави. Хуманитарната му дейност започва преди повече от 900 години и се реализира в болници, медицински центрове и клиники в над 120 страни по света. Поддържана е от 12 500 члена и 80 000 постоянни доброволци, подпомагани от над 15 000 лекари и медицински сестри. Република България установява дипломатически отношения с Малтийския орден през ноември 1994 г. През 2005 г. Орденът открива свое посолство в София, което оттогава до сега е реализирало около 500 различни хуманитарни акции и инициативи, свързани с дарения за болници, социални проекти в помощ на изоставени деца, възрастни хора и бежанци.

Награди на ЕК за борба с тютюнопушенето - 2018

Ирландия бе удостоена с най-високия за 2018 г. приз на Европейската комисия за борба с никотиновата зависимост, връчен лично от еврокомисаря по здравеопазване Витенис Андриякайтис. Стойността на тази първа награда е 20 000 евро. Получи ги местното онкологично общество за иновативната си кампания, ориентирана към младежите. Още през март 2004 г. в Ирландия са въведени строги закони, чрез което се прекратява пушенето в кръчми, ресторанти и други затворени работни места. Всеки, хванат с цигара на забранено място, е принуден да заплати глоба, равна на 3000 евро.

Втора награда получи Германия с инициативата си „Образование срещу цигарите“. Призът е на стойност 15 000 евро.

Третото отличие е за словенците. Получават 10 000 евро за техния проект „Младежка мрежа без извинение“. Инициативата е насочена към младежите в основите и средните училища и ангажира вниманието им с различни активности, включително и за законодателни мерки срещу тютюнопушенето.



У нас – „Няма по-лош закон от неприложимия закон!“. Това заявиха неотдавна от Българската стопанска камера (БСК). В официална позиция на БСК се казва: „Неприложимият закон ражда нелепна конкуренция и корупция“. И още: „Като отчитаме необходимостта

от ограничаване на вредните навици, не можем да не отбележим със съжаление, че провежданата до момента политика срещу тютюнопушенето е неефективна, основно поради факта, че залага на рестрикциите, а не на насърчителните мерки“. Според БСК, ако не се

промени това, ползите за общественото здраве ще продължат да бъдат измамни и „на хартия“.

В Обединеното кралство поставят акцент на обществената нетърпимост към вредния навик. В Лондон има хотели, където е абсолютно забранено да се пуши. Ако някой от персонала или от гостите надуши миризмата на тютюнев дим и докладва за това, нарушителят бива незабавно изгонен от хотела. В един от районите на Шотландия е въведена награда: всеки, който остави цигарите, получава хранителни продукти на стойност 150 паунда.

Италия възпитава деца и възрастни в нетърпимост към

тютюнопушенето. Не липсват и санкции. В Тренто, Парма и Варезе наказанието за хвърлен на земята фас е 500 евро.

Швеция. Там дори пушенето в собствения дом може да навлеche глоба, ако димът достигне до прозореца на съседите.

Канада. Освен наказателните мерки, в Канада работят множество програми за помощ на всички, които са готови да оставят цигарите. Държавата субсидира покупката на никотинозаместващи препарати и лекарства, които помагат в борбата срещу вредния навик.

В САЩ за програми и никотинозаместващи лекарства се харчат до 100 млн. долара годишно.

УКРЕПВАМЕ ПРОФИЛАКТИКАТА НА МОРБИЛИ И РУБЕОЛА

През последното десетилетие епидемични подеми на морбили и рубеола се регистрират в редица европейски държави. В България, през 2009-2011 г., след дълъг междуепидемичен период (от седем години), се разви епидемия от морбили - с 24 365 заболяли и 24 смъртни случая. В периода 2011-2013 г. епидемии от морбили бяха регистрирани във Франция, Украйна, Грузия и Турция. Епидемии от морбили в Европа има и сега, като само за първите пет месеца на тази година са отчетени 8 343 случая,

с най-голям брой заболяли във Франция, Гърция, Италия и Румъния.

У нас правителството прие Национална програма за елиминация на морбили и рубеола 2019-2022 г. Основните дейности на програмата са насочени към осигуряване на допълнителна възможност за имунизация на групи с повишен риск от заразяване чрез целеви ваксинални кампании, укрепване на системата за надзор на морбили и рубеола и достигане показателите на Световната здравна организация за ефективност

на надзора, подобряване на достъпността и качеството на информацията по отношение на заболяванията, разясняване ползата и риска от имунизацията срещу морбили и рубеола. Необходимите средства за изпълнение на Програмата са за сметка на утвърдения бюджет за съответната година на Министерство на здравеопазването. Финансирането на разходите за ваксини ще се извършва в рамките на осигурения бюджет за доставка на ваксини за дълготелни и целеви имунизации и реимунизации.

СТРАНАТА НИ ИЗОСТАВА ПО ИМПЛАНТИРАНЕ НА КАРДИОВЕРТЕР ДЕФИБРИЛАТОРИ

През ноември, т.г. Асоциация „Детско сърце“ и Сдружение по кардиостимулация и електрофизиология започнаха кампания „За всеки един удар на сърцето“, посветена на профилактиката на внезапната сърдечна смърт. От асоциацията организираха арт ателиета и дискусии, свързани с рисковите фактори за неочакваната смърт - прекаран инфаркт, сърдечна недостатъчност, заболявания на сърдечния мускул, вродени заболявания на йонните канали на сърцето, вродени сърдечни малформации. Естествено бе поставен въпросът за имплантирането на кардиовертер дефибрилатори и допълването им от страна на пациентите, което варира от 2 500 до 5 000 лева. НЗОК не заплаща напълно имплантируемите устройства и не уве-

личава процента на реимбурсацията им, напомниха д-р Васил Трайков и доц. д-р Васил Велчев от Сдружението по кардиостимулация и електрофизиология. Проблем е също батерията на устройството, която може да издържи максимум 7 години и след това трябва да се замени. Тя също е много скъпа. „Случва се така, че пациентът тъкмо е изплатил кредит за своя дефибрилатор и взема нов кредит за батерия“, коментира д-р Трайков.

Лидери в този съвременен подход за запазване живота на пациентите са Германия и Италия с поставени 700 кардиовертер дефибрилатори на 1 милион население при средноевропейско ниво - 300-400 на 1 милион. В България този показател е 10 на 1 милион души.

ЛЕКАРЯТ, КОЙТО ИСКАШЕ ДА БЪДЕ ПРИЯТЕЛ НА НАРОДА

Сред историческите събития, които никога не губят своето значение, е Великата френска революция. Представата за нея обикновено се свързва с картината на Йозеф Дьолакроа „Свободата на барикадите“, с тържествените думи на Марсилезата („Напред, деца на родината!“), с имената на Максимилиан дьо Робеспьер, Жорж Дантон, Камий Демулен, с плеада от личности - камбани и жертви на революцията. Един от тях е лекарят Жан-Пол Марат.

275 години от рождението на Жан Пол Марат

Жан-Пол Марат



През 2018-та се навършиха 275 години от рождението и 225 години от смъртта му. Той се ражда на 24 май 1743 година в Будри, Швейцария. Неговият баща е известен лекар. Жан Пол Марат получава много добро образование и още в началото на медицинската си практика се справя успешно и става известен като лекар. Но младият човек се отличава с неспокоен дух. Не му харесва да живее на едно място. Той предприема дълги пътешествия. Издържа се с лечебна дейност. Постепенно започва да се изявява

и като оратор. Прави и първите си стъпки в публицистиката. Критикува обществените порядки на времето, в което живее. Неговите нестандартни и често бунтовни виждания му донасят популярност, но също и гнева на едни от най-влиятелните хора през тази епоха. Марат не признава авторитетите. Влиза в остра полемика с Франсоа Мари Волтер, подлага на съмнение научните разработки на Исак Нютон и Антоан Лавоазие. Демонстрира високо самочувствие. Той публикува не само научни трудове

по физиология и медицина, но изразява все по-категорични становища за социалните проблеми.

В продължение на осем години работи като лекар в двора на графа на д'Артоа - бъдещият крал на Франция Шарл X. През 1775 г. Марат става лекар в университета в Единбург. Година преди това издава една от най-силните и най-популярните си книги, озаглавена "Веригите на робството". Чрез нея авторът не само отрича остарялата система на управление, но предлага ново изграждане на обществото с равни икономически и политически права за хората. Мнозина го определят като последовател на идеите на Жан Жак Русо. В антагонизма между богатите и бедните Жан-Пол Марат вижда най-сериозната опасност за мира в Европа.

Животът му се променя драматично след като избухва Великата френска революция. Медикът, който до този момент съчетава лечебната си дейност с писането на радикални теории за преустройство на обществените отношения, през 1789 година се хвърля във водовъртежа на събитията. Марат създава собствен проект за установяване на конституционна монархия. Издава вестник, озаглавен „Приятелят на народа“, който се превръща в камбана на революцията. От страниците на вестника си лекарят - публицист критикува всички власти, разобличава престъпленията на режима, клейми кралския двор, продажните министри, корумпираните депутати. Влиянието му расте с изключителна сила. „Приятелят на народа“ става толкова популярен, че се появяват фалшиви издания, които се опитват да му отнемат читателската аудитория или да го дискредитират. Увеличават се и враговете му. Монархистите и умерените революционери не крият ненавистта си към него. През 1791 година Марат е принуден за известно време да емигрира в Лондон. След завръщането си във Франция, отново се заема с предишната си дейност. Открито заявява, че борбата с контрареволуцията трябва да е жестока, до смърт. Във вестника си той започва да публикува списъци с "врагове на народа". С възторг се изказва

за екзекуцията на Луи XVI. Обвиняват го, че тиражира призови към тероризъм.

През 1793 година се развихря борба за надмощие между якобинците, водени от Робеспьер и Марат, от една страна и по-умерено настроените жирондисти от друга. (Още през 1791 година депутатите-якобинци в Законодателното събрание и Конвента се разделят на две фракции - монтаняри и жирондисти. Последните се борят за интересите предимно на провинциалната търговско-промишлена и земеделска буржоазия.) Стига се до там, че жирондистите довеждат до съд издателя на "Приятелят на народа", като го обвиняват в подстрекателство за убийство. Обаче Революционният трибунал напълно отхвърля обвиненията срещу Марат.

На 24 април 1793 година Жан Пол Марат е оправдан и триумфира. Но здравето му е силно разклатено. Засегнат е от тежко кожно заболяване, което прогресира. Медикаментите не му помогнат и за да облекчи страданията си, той постоянно се къпе. Оставайки дълго във вана, журналистът не само пише при тези условия, но дори приема и посетители. Точно в таква състояние, на 13 юли 1793 година се среща с Мари-Ан-Шарлот де Корде д'Армон, останала в историята просто като Шарлот Корде. Тя е потомка на обедни дворянски род, възпитаничка на бенедиктинския манастир „Света Троица“ в Кан. През 1790 година, в духа на революционните преобразования, манастирът е затворен и Шарлот Корде се прибира в дома си. По това време Кан вече е център на жирондистката опозиция. Вероятно под тяхно влияние Шарлот Корде решава, че насилието може да бъде спряно с насилие и поема мисията да убие Жан-Пол Марат. Когато пристига в Париж на 11 юли 1793 година, тя започва да търси начини, за да се срещне с него. Накрая успява като твърди, че му носи списък с имена на жирондисти от Кан, които готвят метеж. Младата жена се заема да диктува имената им. Докато журналистът ги записва, тя изважда предврително приготвен кухненски нож и хладнокръвно пробжда Марат в гърди-

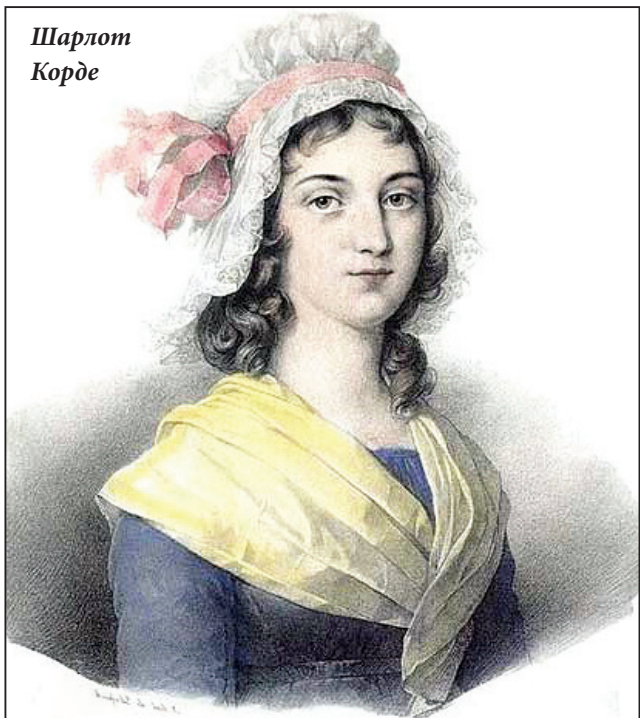
те. Не прави опит да избяга от местопрестъплението. Заловена е и предадена на Революционния трибунал. Следствието и съдебният процес срещу нея приключват много бързо, а присъдата е смърт. Жената не моли за милост, но категорично настоява, че е замислила и осъществила убийството сама. В Париж започват арести на предполагаеми нейни съучастници.

Сутринта на 17 юли, облечена в червена рокля (така според традицията изпращат убийците), Шарлот

застава на ешафода. Ден преди тази екзекуция, на 16 юли 1793 година, е погребан Марат в градината на клуба на „Обществото за правата на човека и гражданина“. С неговото име са наречени Монмартър и град Хавър. Но след време са възстановени първоначалните им названия. През 1794 година, след рухването на якобинската диктатура, тялото на Марат е пренесено в Пантеона, а още по-късно е положено в гробището Сент Етиен дю Мон.

И днес отношението към личността на Жан-Пол Марат продължава да е нееднозначно, независимо от най-голямото му желание – да бъде приятел на народа. Нееднозначен е и отговорът на много въпроси: кой е победителят в тази революция; утопия ли е девизът, изречен за първи път от Робеспьер - „Свобода, равенство, братство“; какво всъщност се случва, когато изригне гневът на потиснатите; защо постоянно пренебрегваме уроците на историята...

Шарлот Корде



Жак-Луи Давид „Смъртта на Марат“



Мозъчни клетки от ... урина

В института Гуангзу в Китай биолози са модифицирали клетки от урина чрез използване на ретровируси. Така били създадени прогениторни структури, които тялото използва като градивни елементи за мозъчните клетки. Най-ценната полза на този метод е, че новосъздадените неврони не са причинили тумори при никоя от лабораторните мишки, използвани при тестовите. Експерименти с ембрионални стволови клетки са били правени и в миналото, но един от установените тогава странични ефекти е, че след трансплантация се появяват тумори. В института Гуангзу само след три седмици клетките от урината започнали да се трансформират в неврони, при това без да се стига до нежелани мутации. Очакванията са да продължи работата върху развитието на невроните, които са с произход от едно и също тяло. Това увеличава шанса, след трансплантация да не бъдат отхвърлени поради несъвместимост.

Защо някои депресии не се повлияват от конвенционалните медикаменти

Японски учени от Института за наука и технологии в Окинава и университета в Хирошима са идентифицирали три подвида прояви на депресия. Единият от тях не може да бъде лекуван с конвенционални медикаменти. Тези подвидове са определени въз основа на връзки между отделни полета в мозъчната кора. А въпросните връзки са анализирани в зависи-

мост от наличието или липсата на психотравми в детството. Оказало се, че хората без ранна психотравма реагират добре на антидепресанти и състоянието им може да се овладее. Същите лекарства обаче нямат ефект при пациенти, чиято психика е била наранена тежко в ранната им възраст. Заключениеята са направени въз основа на изследване на 134 души.



Откриха точната връзка между температурните промени и инфаркта

В Университетската болница на Антверпен били анализирани медицинските досиета на 16 000 пациенти с анамнеза за сърдечно-съдови заболявания. След това специалистите съпоставили своите резултати с данни от 73 метеорологични станции, разположени в близост до болници.

В допълнение към сведенията за температурата и влажността на въздуха, в анализа били включени още замърсяването на въздуха с частици, изгорели газове и сажиди. Изводът бил, че замърсяването не влияе върху прекия риск от инфаркт, затова пък намаляването на температурата

с 10 градуса води до 7% увеличение на риска. Освен това, тази разлика не се отнася само до прехода от лято към есен или към зима. Значение имала температурната разлика между два последователни дни и дори при преминаване в едно помещение от топла в студена стая.

Причината, според изследователите, е в стимулиране на студовите рецептори, разположени върху кожата. Те влияят върху симпатиковата нервна система и така повишават риска от образуване на кръвни съсиреци и инфаркт. Най-застрашени са хипертоници, пациенти с диабет и хора в напреднала възраст.

Размерът на тялото няма значение, когато става въпрос за дълголетие

Ново изследване открива, че продължителността на живота на хората и множество топлокръвни животни зависи повече от мозъка им, отколкото от тяхното тяло. Резултатите от това проучване са публикувани в списание „Comparative Neurology“. Автор е Сузана Херкулано-Хузел - доцент по психология и биология при Университета Вандербилт. Тя твърди, че броят на невроните в мозъчната кора на вида, прогнозира около 75 процента от всички вариации в продължителността на живота. Авторът проучва над 700 топлокръвни животински видове от база данни за продължителността на живот при животните и сравнява тези записи със собствените

наблюдения за броя на невроните в мозъка при различни видове. Според Херкулано-Хузел хората не са изключение от другите бозайници.

Предвид броя на невроните в човешкия мозък, времето, необходимо за достигане до полово зрялост, е точно очакваното. Дълголетието на Хомо сапиенс също е стандартно за този брой неврони. „Колкото повече неврони има в мозъчната си кора един вид, толкова по-дълго живее - без значение дали е птица, примат или друг бозайник, без значение колко е голям и колко бързо изгаря енергията си“, пише Херкулано-Хузел. По-рано антрополози и изследователи, изучаващи еволюци-

ята и човешкото поведение, предполагали, че една от уникалните особености на нашия вид е фактът, че хората имат необичайно дълъг период на детство и юношество, през които преминават през процеси на учене и социализация. Работата на Херкулано-Хузел обаче опровергава това.

Според нея точният отговор на въпроса каква е връзката между наличието на по-голям брой неврони в мозъчната кора и очакваната продължителност на живота, предстои да бъде даден в бъдеще, но сега може да сме сигурни, че грижата за мозъка и постоянната подкрепа на работата на невроните е гаранция за дълголетие и качествен живот.

Сезонността е универсална характеристика на инфекциите

Това твърди д-р Микаела Мартинес от Американското училище по обществено здравеопазване при Колумбийския университет. В публикацията си, поместена в списание „PLOS Pathogens“ д-р Мартинес използва данни на Световната здравна организация и Центровете за контрол и превенция на болестите в САЩ.

Въз основа на тях тя е създала календар на епидемиите за 69 зарази, вариращи от най-честите инфекции до редки тропически болести. Авторката поставя акцент върху няколко основни фактори за сезонността на инфекциите. Например: условията на околната среда, като температура и влажност, регулират сезонните огнища на грип, както и разпространени-

ето на заразата, причинена от вируса Zika, свързана с мултиплицирането на неговите носители - комарите; екологичните фактори, влияещи върху сезонното възпроизводство на водорасли, играят роля при появата на огнища на холера. „Сезонността е универсална характеристика на инфекциозните заболявания, въпреки че научната общност до голяма степен пренебрегва този фактор, когато разглежда повечето инфекции.“

Необходими са много повече усилия, за да се разбере как действат силите, причиняващи заболявания, свързани с околната среда и след това да се разработят превантивни мерки срещу епидемии и лечение на хронични инфекции“, казва д-р Мартинес.

Лечение със сок от канабис

Директорът на медицински център в Люксембург - проф. Уилям Къртни, лекува своите пациенти с пюре и сок от пресни листа на канабис. Той твърди, че в сурова форма листата и съцветията са наситени с непсихоактивни съставки. Такъв е канабидиолът, който има противовъзпалителен антиоксидантен и противораков ефект. Освен това в суровия канабис, както във всяка друга зелена трева, се съдържа хлорофил, известен със своите отлични лечебни свойства. Ето защо проф. Къртни счита, че пюрето и сока от суровите листа и цветове на пресния канабис са „супер храна“, способна не само да предотврати, но и да излекува тежки заболявания като множествена склероза, междукулетъчни дисфункции, хронични възпаления и злокачествени образувания. Пациентите могат напълно да облекчат симптомите си като просто приемат канабиноиди. „Най-добрият начин за това е консумация на сок от свежи листа, или съцветия на екологично чист канабис“, съветва проф. Къртни.



При пълен стомах се чувстваме добре. Защо?

В проучване, публикувано в „Scienc“, се твърди че червата имат много пряка връзка с мозъка чрез нервна верига, която им дава възможност да предават сигнали само за секунди. Констатациите са стъпка към нови лечения на затлъстяването, нарушения в храненето и дори депресия и аутизъм. Причината е, че всички тези увреждания по различен начин са свързани с неправилното функциониране на червата. Друго изследване поместено неотдавна в „Cell“, показва ин-

тересен ефект от действието на сензорните клетки на червата. Изследователите използваха лазери, за да стимулират въпросните неврони в червата на мишки, което обаче създавало приятни усещания. Така че гризачите усилено се опитвали да повтарят дразненето. Оказало се, че лазерната стимулация повишава нивата на допамин. Тези две проучвания обясняват защо стимулирането на блуждаещия нерв с електрически ток може да лекува тежка депресия при хората,

коментира Ivan de Araujo, невролог от Школата по медицина Айкан в Ню Йорк, който е ръководител на изследването, публикувано в „Cell“.

Резултатите обясняват и защо пълният стомах ни кара да се чувстваме добре. „Въпреки че разглежданите неврони са извън мозъка, те напълно се вписват в определението за неврони, отговарящи за възнаграждението“, които стимулират мотивацията и увеличават удоволствието, отбелязва неврологът.

ЛЕКАРСКИ РАЗКАЗИ

МИРОСЛАВ

В началото на дейността си комисията по изписване на скъпоструващи лекарства в ревматологията, на която бях член десет и повече години, преглеждаше едновременно деца и възрастни, болни от артрит. На едно от първите й заседания бащата го въведе – ниско слабо дете с изкривени от артрит пръсти и подути колена, високо не повече от метър.

- На колко си години, моето момче? – попитах.

- На деветнайсет – отговори то.

С усилие прикрих изненадата си – синът ми, тогава на десет години, бе по-висок от него.

- От кортизона е, докторе – отгатна учудването ми бащата.

Разбира се, знаех, че кортизонът приложен в най-млада възраст, забавя растежа на децата, но за първи път се сблъсках с толкова фрапантен случай – все пак съм интернист, който лекува възрастни, а не деца и ми липсва опит в педиатричната възраст.

за първи път. Винаги спретнат, винаги добре облечен – с дънки, яке и маратонки, винаги усмихнат с уморената усмивка на страдалците.

Всеки път на преглед го водеше бащата – среден на ръст, изпит мъж на около петдесет. Със сини очи, скулесто лице и прошарени коси. И той спретнато облечен като сина си – с дънки, яке и маратонки. Сдържан, мълчалив, готов всеки момент да помогне на сина си да се качи на стола или на болничната кушетка. И после да го свали от нея и да го изведе от стаята за ръка, като внимава залетелите се по коридора придружители и болни да не видят сина му и да го блъснат в бързината. Попитах го веднъж какво работи. Каза, че е домашен асистент на сина си. За тази дейност получаваше сто и нялко лева, след това увеличиха социалните помощи и, може би, заплатата му стигна двеста лева. Със социалната пенсия на сина приходите им стигаха до триста и няколко лева. За цял месец, за двама души, от които единият се

Проф. Златимир Коларов е едновременно ревматолог и писател. Носител е на множество награди, включително на Съюза на българските писатели. Литературното творчество на проф. Коларов е известно на нашите читатели – представяли сме негови новели, откъси от романи, разкази. Днес се спираме на две от неговите творби, публикувани в последния му сборник „Нови лекарски разкази“.



Бащата го вдигна на ръце, сложи го на кушетката и му помогна да се съблече. С педиатъра го прегледахме, изписахме нужното лекарство и двамата излязоха от кабинета. Бащата го водеше за ръката като дете.

Така се запознах с Мирослав.

След това го преглеждах още много пъти. Артритът се обостряше и затихваше. Появяваха се усложнения от болестта и лечението, овладявахме ги с моите колеги. За седем-осем години Мирослав не порасна и сантиметър. Остана си нисичкото дете на около пет-шест години с буден поглед, немутирал детски глас и тънки, изкривени пръсти, непроменени от времето, когато го прегледах

нуждае от лекарства, нестандартна помощ, грижи... Недоумявах как се справя.

- Справям се, докторе – лаконично отговори той. Повече и не питах – явно не искаше да обсъжда темата. В поведението му почувствах гордостта на мъж, който не иска да обсъжда живота си с другите, за да не ги наговарва със своите проблеми. Но не и на примирен със съдбата си човек.

За времето, през което лекувах Мирослав, нито веднъж не видях майката. Това ме озадачи и попитах доцент Михайлова, която го лекуваше от едногодишната му възраст, защо майката не идва. Тя ми каза, че майката напуснала семейството не-

известно защо, другите им две деца били по-големи от Мирослав, работели някъде из София и живеели отделно, адвокатите присъдили апартамента на жена му и сега бащата живеел с Мирослав в един фургон. Зиме, лете – там, в жега, в пек и мраз, във виелици и летни бури – пак там – във фургона, някъде в покрайнините на града. Майката не се интересувала от най-малкия си син – живеела си безпроблемно в апартамента, без да плаща издръжка и да иска да вижда сина и бившия си мъж. Бащата и не търсел полагащите му се пари, отгледал сина си от най-ранна възраст – във фургона. Бях удивен – през целия си професионален живот не съм срещал подобно нещо. Всъщност – още един път, но за него не искам да разказвам. А, може би, някой ден ще разкажа и за Зевса – моят съученик от гимназията и за тримата му сина? Както и да е – не Зевса е тема на този разказ.

В продължение на няколко години доцент Михайлова писала писма до всички възможни социални институции и институции за лошите условия, в които расте детето и за ниските приходи на сина и на бащата. Накрая от Столична община им отпуснали гарсонiera някъде в крайните квартали. Мирослав и баща му изоставили фургона и заживели като нормални хора – с триста и няколко лева на месец... Това станало някъде около деветнадесетата година на Мирослав, времето, когато го срещнах за първи път.

След няколко години артритът позатишна, междуременно Мирослав завърши гимназия, кандидатства и го приеха студент в Икономическия институт. Всеки ден бащата го водеше за ръка до института и го връщаше

след лекциите. Колкото и банално за звучи – той нямаше личен живот, беше се посветил изцяло на сина си, всяка минута, всеки ден, двацет и няколко години. Целият му ден минаваше в грижи за Мирослав – от събуждането сутрин, обличането и закуската до слагането в леглото вечер и изгасване на лампата в стаята. Пране, честене, пазаруване, готвене – всичко той.

Срещнах ги преди седмица във файето на клиниката – бащата водеше сина си да мине на поредната комисия за скъпоструващите лекарства. Мирослав чакаше реда си, прилепен до стената. Пак спретнат, пак добре облечен – в дънки, яке и маратонки, пак усмихнат.

- Как си, Мирославе? – подадох му ръка и се приведох, за да стисна леко неговата.

- Добре съм – показва ми той тънките си, изкривени пръсти.

- Завърши ли? – попитах аз.

- Да – в един глас отговориха той и баща му.

Бащата се усмихна със сдържаната усмивка на отруден, но щастлив човек.

- Бакалавър? – продължих да питам.

- Защитих магистърска степен – гордо ме погледна в очите Мирослав.

Бащата отново се усмихна – със същата усмивка.

- Честито! Супер! Каква специалност?

- Мениджмънт и бизнес отношения – отговори той.

- Жив и здрав да си! И баща ти... – допълних и излязох бързо, за да не види, че очите ми се навлажниха. Не можех да определя какво изпитвах – състрадание, преклонение или катарзис. И трите, всъщност...

БУТИЛКА РАЗТОПЕНО ЗЛАТО

От миозита краката му бяха изтънели, от кортизона бе напълнял в ханша, от болестта изглеждаше уморен, отпаднал. Влезе в кабинета да ми благодари за грижите. Носеше найлонова торбичка. Поканих го да седне. Той се отпусна тежко на стола и въздъхна. Разприказвахме се.

- Разболях се, синът почина и се почна... – сподели той. Погледнах го с изненада и той допълни: - Катастрофа, с мотор. Карал с трийсет километра, от бензиностанция го засека кола, друга го помела... – очите му се навлажниха.

Загледах се настрани, за да не го смущавам.

- После жената ме напусна – къде ще се грижи за болен човек?... – поглади с длан изтънелите си бедра. – Живее си живота тя. Другият син се ожени в Козлодуй и там живее сега. Излязах на квартира – не й го ща апартамента на жена ми – и замълча. След малко продължи: - Понякога така започва – изведнъж, по много. После така върви с години...

Несъзнателно разтривахме бедрата си с длан, все едно че ги масажираше, за да върне предишната им сила.



- След това взех една разведена като мен. За три години дъщеря й завърши и тя замина за Германия. И пак останах сам... – очите му пак се насълзиха.

И отново се загледах настрани да не го смущавам.

- Баща ми ме кара да отида при него на село, в Тетевенско. Осемдесет и пет годишен е, но се държи. Тази ракия е от него, двойна преварка – извади от торбичката еднолитрова бутилка и я остави на бюрото.

- Ще я запазя за себе си – уверих го аз, за да го зарадвам, че жестът му е оценен.

- Като се закрепя да мога да се справям сам, да не му тежа на баща ми, ще се върна на село. Там, на чист въздух, с екологична храна, може пък да ми е по-добре, може да се отрази добре на болестта? – погледна ме той в очите.

- Може – уверих го аз.

- И аз така си мисля. Ще се върна... – замълча и допълни: - Е, да не ти отнемам повече от времето – надигна се той с усилие и излезе от кабинета.

Еднолитровата бутилка жълтееше върху бюрото, все едно че беше пълна с разтопено злато.

Автор на илюстрациите: Елена Шумилова