

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

КАДРОВИЯТ ДЕФИЦИТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО - НАСТОЯЩЕ И ПЕРСПЕКТИВИ

По данни на БЛС, взети от неговия регистър на лекарите в България, средната възраст на медиците в страната е 53 г., а 63% от общия брой лекари е над 50-годишна възраст по данни от февруари т.г. Прогнозата до 2037 г., показва, че лекарите специалисти с една и повече клинични специалности в пенсионна възраст ще са достигнали 54% от общия брой лекари в страната. Към момента са 7966 души или 25% от общия брой лекари. Тази тенденция за увеличаване на броя лекари специалисти с една и повече клинични специалности в пенсионна възраст, ще стигне до 64% от общия брой лекари с една или повече клинични специалности, които са 26 237 души към 2022 г. Проблемът засяга цялата държава, но в някои области е особено тежък.

Смъртността сред лекарите през последните пет години е тревожен показател за влошаване на ситуацията в съчетание с липсата на кадри и все по-големия брой новозавършили с придобита специалност лекари, заминаващи да работят извън страната.



На стр. 6, 7



Какви реалности чертаят цифрите в следващите години, разговаряме с председателя на УС на БЛС д-р Иван Маджаров.

ЦЕЛЕУСТРЕМЕНАТА

АЯ



ЗАЩО Е ВАЖНО
ДА СЕ БОРИШ ЗА
МЕЧТИТЕ СИ

На стр. 4

БОЖИДАР-АДРИАН СТЕФАНОВ ЗА



РЕВОЛЮЦИОННАТА
ТЕХНОЛОГИЯ
ПОДКОЖЕН
КЛЕТЪЧЕН ИМПЛАНТ

На стр. 10

ЗА КОНТРОЛ НА ГРИПНИТЕ СЪСТОЯНИЯ

Осцилококцидум!

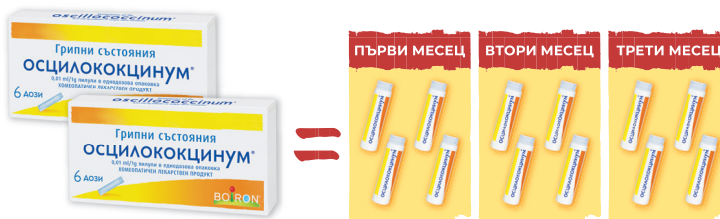
ПРОФИЛАКТИЧНО
1 гоза
седмично

ПРИ КОНТАКТ
С БОЛНИ
1 гоза на
всеки от
контактните

ИЗЯВЕНА
КЛИНИЧНА
КАРТИНА
По 1 гоза
сутрин и вечер

ПРИ ПЪРВИТЕ
СИМПТОМИ
1 гоза възможно
най-рано,
повтаря се 2-3
пъти през 6 часа

2 ОПАКОВКИ = 3 МЕСЕЦА ПРОФИЛАКТИКА!



BOIRON

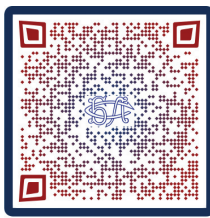
Хомеопатичен лекарствен продукт без лекарско предписване. КХП 24118/06.11.2013
За пълна информация:
Бул. Шипченски проход 9, ет. 5, офис 11, 1111 София
email: boiron.bulgaria@boiron.bg



ISSN 2534-8981

- ПОКАНА ЗА 74. извънреден Събор на БЛС
- Становище и предложение на съсловната организация относно пълното отпадане на хартиената рецепта
- Осъждаме поредния случай на агресия
- Дигитализацията в системата на здравеопазването
- Анкета проучва нагласите относно идеята за отпадане на хартиената рецепта

На стр. 2-3 и 11



СКАНИРАЙ МЕ



ГОРЕЩИ ТЕЛЕФОННИ ЛИНИИ НА БЛС: ЗА COVID - 02 907 07 08 | СИГНАЛИ ЗА АГРЕСИЯ - 02 907 07 07

ОТПАДАНЕТО НА ХАРТИЕНАТА РЕЦЕПТА НАРУШАВА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ И ЛЕКАРИТЕ

19 април 2022 г.

До
Проф. Асена Сербезова, в
качеството ѝ на Министър на
здравеопазването на Република
България

Копие

Д-р Антон Тонев, в качеството
му на председател на Комисията
по здравеопазването към 47.
Народно събрание на Република
България

СТАНОВИЩЕ

Относно: Проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти

УВАЖАЕМА МИНИСТЪР СЕРБЕЗОВА,

Във връзка с Проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти, с период на обществената консултация: 12.04.2022 г. - 26.04.2022 г. (наричана по-долу за краткост „Проекта(ът)“), Български лекарски съюз изразява следното становище, а именно:

С Проекта се предлага от 01.05.2022 г. предписването на лекарствени продукти, което се извършва на рецептурна бланка с бял цвят да се извършва само в електронна форма съобразно функционалностите на Националната здравноинформационна система (наричана по-долу за краткост „НЗИС“).

Български лекарски съюз винаги е защитавал идеята за изграждането и внедряването на НЗИС в Република България, включително и в степен на пълна електронизация, но в същото време е отчитал необходимостта това да се извършва с голяма прецизност откъм всички детайли на обществените отношения в българското здравеопазване.

Български лекарски съюз изразява



своята голяма тревога от така предложеното изменение на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти и по-конкретно - предложението от 01.05.2022 г. предписването на лекарствени продукти, което се извършва на рецептурна бланка с бял цвят да се извършва само в електронна форма съобразно функционалностите на НЗИС.

Медицината (от лат. *medicus* - „лечител“) е наука за диагностициране, лечение и предотвратяване на болести и наранявания. Тя изучава системите на човешкия организъм, заболяванията и тяхното лечение, което помага за практическото прилагане на това знание и създаването на лекарства и технологии. Всички тези знания се придобиват с години от изучаващите специалността „Медицина“ и техния практически опит след това – лекарите са тези, които знаят как да диагностицират и как да лекуват човешкия организъм.

Професията на лекарите, за разлика от тази на магистър-фармацевтите, е много по-динамична, включително от гледна точка на мястото и продължителността на нейното осъществяване – докато магистър-фармацевтът работи на точно определено място в точно определена част от денонощието, то лекарската професия се отличава с това, че се упражнява денонощно и нерядко извън лечебните заведения. С цел да се осигури право на медицинска

помощ на населението, лекарите имат право да осъществяват прегледи и съответно да назначават лечения, независимо от мястото на извършването им – осъществяването на спешна медицинска помощ в дома на пациента, домашни посещения, консултации на обществено място, налагани от състоянието на пациента, консултации в лечебно заведение между операциите, в който е взел участие лекарят и пр. Към настоящия момент в подобни ситуации, които са ежедневни, ако се въведе изцяло електронния ред за предписване на лекарствени продукти, ще настъпи парадокс, при който лекарят ще прегледа пациента, но няма да има възможност да му назначи лечение.

От друга страна, българските пациенти ще изпаднат в ситуация, при която няма да имат право да си закупват лекарства с хартиена рецепта на територията на Република България, но в същото време, ако отидат в някоя от съседните ни страни, хартиената им рецепта ще бъде изпълнена, което е меко казано лишено от логика. Фактът, че останалите държави в Европейския съюз, а и не само, са възприели хибридна система за издаване на рецепти за лекарствени продукти – хартиени и електронни, е достатъчно показателен, че този процес на дигитализация не следва да бъде извършван лекомислено, а стъпка по стъпка, за да се преодолеят евентуални проблеми и ограничения на

права.

Български лекарски съюз и неговите членове също инвестираха значителни материални и човешки ресурси в посока електронното предписване на лекарствени продукти. Български лекарски съюз отново подчертава позицията си за изграждането и внедряването на НЗИС. Съсловната организация на лекарите никога не е била против развитието на здравеопазването в електронна среда, но това не може да се случва само проформа. Всички международни, европейски, национални и пр. програми за електронизация, включително, но не само Националната здравна стратегия 2021-2030 г., Актуализирана стратегия за развитие на електронното управление 2019 – 2025 г., Приоритети на Европейската комисия в периода 2019-2025 г. за създаване на общо европейско пространство за данни в областта на здравеопазването (common European Health Data Space), имат заложен определен период на изпълнение, продължаващ няколко години, именно, за да може да се гарантира ефективно постигане на поставените цели, а не само формална резултатност.

На следващо място, към настоящия момент в българското законодателство не съществува нормативно регламентиран механизъм, гарантиращ контрол при отпускането на лекарствени продукти, предписани с електронно предписание – по никакъв начин не се гарантира забраната за отпускане на лекарствени продукти по лекарско предписание, ако лекарското предписание липсва.

С оглед на горното, Български лекарски съюз не подкрепя така предложените промени с Проекта, защото по този начин не се гарантират интересите на българските пациенти, а се ограничават правата на лекарите за упражняване на тяхната професия, което от своя страна ще доведе до ограничаване правата на пациентите.

Бел. Ред.: На сайта на БЛС (www.blsbg.com) са публикувани позиции и мнения на РЛК, пациенти и лекари в подкрепа на становището на БЛС.

ПОДНАСЯМЕ СЪБОЛЕЗНОВАНИЯ НА СЕМЕЙСТВОТО И БЛИЗКИТЕ НА Д-Р ДИМИТЪР ИГНАТОВ, ПОЧЕТЕН ПРЕДСЕДАТЕЛ НА БЛС

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството и близките на многоуважаемия лекар и приятел - д-р Димитър Игнатов, почетен председател на Съсловната организация и един инициаторите за нейното възстановяване преди 32 години.

С огромна болка и прискърбие посрещнахме новината за смъртта на нашия колега. Напусна ни изключителен лекар, човек и деец. Човек с широка душа и сърце, който винаги е отстоявал интересите на лекарското съсловие с ясното убеждение, че те са интереси на цялото общество!

Д-р Димитър Игнатов е роден на 01.12.1940 г. Хирург по специалност, човек с активна гражданска позиция.

Д-р Игнатов е един от възродителите на Български лекарски съюз. През 1992 г. е избран за председател на Съсловната организация и е начело на БЛС 10



години. По-късно е удостоен със званието почетен председател на Български лекарски съюз.

През миналата година в навечерието на Деня на българския лекар – 19 октомври и по повод 120-тата годишнина от създаването на Български лекарски съюз, д-р Игнатов получи специално изработена статуетка и грамота от Съсловната организация – Възродител на БЛС.

Отдадеността, човечността и любовта му към съсловието остават трайна следа в нашето съзнание и ще продължат да бъдат пример за нас!

Управителният съвет на БЛС изказва своите най-искрени и дълбоки съболезнования към семейството и близките на д-р Игнатов.

Мъката е непреодолима, а загубата е на цялото общество! Нито той, нито делото му ще бъдат забравени!

Поклон пред паметта му!

ПРЕДЛОЖЕНИЕ ВЪВ ВРЪЗКА С ОТПАДАНЕТО НА ХАРТИЕНАТА РЕЦЕПТА

20 април 2022 г.

ДО

ПРОФ. АСЕНА
СЕРБЕЗОВА, в качеството ѝ
на Министър на
здравеопазването на
Република България

Копие

Д-Р АНТОН ТОНЕВ, в
качеството му на
председател на Комисията
по здравеопазването към
47-то Народно събрание на
Република България



ПРЕДЛОЖЕНИЕ

Относно: Проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти

УВАЖАЕМА МИНИСТЪР
СЕРБЕЗОВА,

Във връзка с Проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 4 от 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти, с период на обществената консултация: 12.04.2022 г. - 26.04.2022 г. (наричана по-долу за краткост „Проекта(ът)“), Български лекарски съюз е предоставил писмено своето Становище с изх. № 107 от 19.04.2022г.

С Проекта се предлага от 01.05.2022 г. предписването на лекарствени продукти, което се извършва на рецептурна бланка с бял цвят да се извършва само в електронна форма съобразно функционалностите на Националната здравноинформационна система (наричана по-долу за краткост „НЗИС“).

С оглед на факта, че Български лекарски съюз винаги е защитавал идеята за изграждането и внедряването на НЗИС в Република България, включително и в степен на пълна електронизация, но в същото време е отчитал необходимостта това да се извършва с голяма прецизност откъм всички детайли на обществените отношения в българското

здравеопазване, с настоящото Ви отправяме следните предложения:

I. Предписването на лекарствени продукти с рецептурна бланка на хартиен носител или с електронно предписване

Към настоящия момент съгласно чл. 70 от Наредба № 4 от 4 март 2009 г. за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти предписването на лекарствени продукти, с изключение на лекарствените продукти по глава трета, раздели II, III и V от същата наредба, се извършва с електронно предписване. Предписването на лекарствени продукти по реда на чл. 6 от същата наредба се извършва с рецептурна бланка на хартиен носител или с електронно предписване.

Български лекарски съюз настоява настоящият нормативно установен процес относно предписването на лекарствени продукти да не бъде променян - с рецептурна бланка на хартиен носител или с електронно предписване, като мотивите на БЛС за това са изложени с гореописаното Становище с изх. № 107 от 19.04.2022г.

С оглед развитието на здравеопазването в електронна среда и в случай на запазване на хибридна система на предписване на лекарствени продукти - на хартия и електронно, предлагаме при получаване на хартиена рецепта от магистър-фармацевт в съот-

ветната аптека, като част от процеса по изпълнение на рецептата да бъде нейното архивиране в аптеката и след това въвеждане на отпусканите предписани лекарствени продукти в досието на пациента в НЗИС.

От една страна, по този начин се гарантира пълнота на НЗИС, а от друга - ще се гарантира проследимост и лекарят ще знае какви лекарства са отпускани на пациента в миналото.

II. Предписването на лекарствени продукти само с електронно предписване

В случай че бъдат пренебрегнати съображенията, посочени в становищата на Български лекарски съюз, Български зъболекарски съюз, организации и асоциации, отделни членове на съсловните организации, против въвеждането на електронното предписване като единствен начин за предписване на лекарствени продукти, настояваме да бъде въведен следният механизъм, гарантиращ сигурността на правата и здравословното състояние на пациента и спазването на нормативните разпоредби, а именно:

Механизъм, който да гарантира, че при извършена проверка срещу всеки един от отпусканите лекарствени продукти по складовата наличност на съответната аптека съответстват електронни предписания, предвиждащи отпускането именно на същите по вид и количество лекарствени продукти.

ПРЕДСТОИ ПРОВЕЖДАНЕТО НА 74-ТИ СЪБОР

УС на БЛС свиква 74-ти Събор на Български лекарски съюз (извънреден), който ще се проведе на 14.05.2022 г. (събота) в к.к. Пампорово, хотел „Перелик“, Конгресен център „Пампорово“.

Съборът ще се проведе при следния дневен ред:

1. Отчет на изпълнение на бюджета за 2021 г.
2. Актуализация на проект за бюджет за 2022 г.
3. Разни.

Началото на регистрацията на делегатите за Събора ще бъде от 16:00 часа до 18:30 часа на 13.05.2022г. (петък) и от 08:00 часа до 10:00 часа на 14.05.2022г. (събота) в к.к. Пампорово 4870, хотел „Перелик“.

Началото на Събора ще бъде обявено в 10:00 часа на 14.05.2022г. (събота).

За делегатите е предвидена официална вечеря на 14.05.2022 г. (събота) от 20:00 часа в к.к. Пампорово 4870, хотел „Перелик“.

**ПОКАНА
ЗА
74-ТИ СЪБОР
НА
БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ**

14.05.2022 г.

НАЦИОНАЛНИЯТ СЪВЕТ НА БЛС: НЕРАЗУМНО И НЕРАЦИОНАЛНО Е ПЪЛНОТО ОТПАДАНЕ НА ХАРТИЕНАТА РЕЦЕПТА

16 април 2022 г.

Националният съвет на Български лекарски съюз е категорично против пълното отпадане на хартиената рецепта. Съсловната организация подкрепя дигитализацията на сектора, но без това да бъде за сметка на ограничаването на правата на лекарите и пациентите.

Заложените промени в Наредба № 4 за условията и реда за предписване и отпускане на лекарствени продукти, публикувани за обществено обсъждане, са необмислени, неаргументирани и ще доведат единствено до възникване на допълнително напрежение по оста „лекар - пациент“.

Нещо повече: те нарушават правата на пациентите и възпрепятстват лекарите в изпълнението на служебните им задължения. С отпадането изцяло на хартиената рецепта ще се стигне до ситуации, в които лекар, извън кабинета

си, няма да може да предписва лечение и да бъде в полза на своите пациенти.

Заложените промени поставят и редица важни въпроси: Защо хартиените рецепти важат в цяла Европа, а у нас се планира да отпаднат изцяло?

Как ще бъде изписвана терапия на пациентите от екипите на Спешна помощ и по време на домашни посещения?

Как ще бъдат обслужвани чуждите граждани, които идват на почивка у нас и се налага да им бъде предписана терапия?

И още много други въпроси, които обаче остават без отговор.

Затова: Националният съвет на БЛС настоява хартиената рецепта да продължи да важи паралелно с електронната такава и напомня:

ЛЕКАРЯТ Е ЛЕКАР ВЪВ ВСЕКИ ЕДИН МОМЕНТ, НЕ САМО В РАБОТНО ВРЕМЕ, ПРЕД СВОЯ КОМПЮТЪР!

НАД 40 ФИРМИ УЧАСТВАТ В „БИЗНЕСЪТ В ПОДКРЕПА НА ГЕРОИТЕ В БЯЛО“

Месец след началото на националната кампания на БЛС „Бизнесът в подкрепа на Героите в бяло“ още редица фирми и организации се включиха в нея. Над 40 са вече партньорите, които предоставят различни преференциални условия за почивка, спорт, обучение, посещения на театър, хранене, облекчени банкови условия, възможности за улеснена покупка, както и други услуги на лекарите.

Инициативата стартира в средата на месец март и има за цел да засвидетелства за пореден път на лекарите у нас, че обществото, а и бизнесът, мислят за тях и ги подкрепят.

Пълна информация за националната кампания, за фирмите, които се включват, облекчените условия и/или преференциалните цени, които те предлагат на медиците у нас, както и как лекарите могат да се възползват от тях, е публикувана на специално създадена секция на сайта на Български лекарски съюз (www.blsbg.com) и в социалните мрежи на съсловната организация.

Кампанията остава отворена за всеки бизнес, който желае да се включи. За повече информация може да се обърнете към централата на съсловната организация на телефон: 0889 483597 и на имейл: pr@blsbg.com.

Защото продължаваме да вярваме, че само заедно можем да се справим!



ЦЕЛЕУСТРЕМЕНОСТА АЯ

Защо е важно да се борим за мечтите си – разказва бъдещият лекар Айлин Фейзуллова

Айлин Фейзуллова е от онези млади и будни студенти по медицина, в които е надеждата ни, че ще променят българското здравеопазване към по-добро.

Шестокурсничката в МУ – София е прекарала първите три години от обучението си в Медицински университет – Пловдив. През това време активно се бори за правата на студентите по медицина в града, оглавявайки „Асоциация на студентите медици – Пловдив“. След това се завръща в родния си град, за да завърши обучението си – като и там се заема с редица извънкласни активности.

Целеустремеността и усърдието са нейни неизменни спътници към сбъждането на мечтата ѝ да стане ендокринолог, защо не и преподавател по медицина. Тези ѝ качества не остават незабелязани – младата дама се нареди сред студентите, които в следващите 9 месеца, ще получават стипендия от „Български лекарски съюз“ за своята активна работа.

Лекар по призвание и лекар по наследство

Ая, както я наричат близките ѝ, е дъщеря на ендокринолога проф. Мария Орбецова и внучка на известните професори Връбка и Митко Орбецови. Генетично ѝ е заложено да лекува и тя тръгва по този път, изпълнена с амбиции и желание да покорява върхове. Насочила се е към ендокринологията.

„Майка ми винаги ме е насърчавала да се интересувам и да чета задълбочено по ендокринология. Още от малка, дори преди да постъпя в университета, съм присъствала на много нейни лекции и това определено запаля интереса ми към тази специалност. Самата аз също съм изнасяла лекции, презентации и съм представляла проекти, свързани с ендокринологията. През годините ми на обучение взех участие в конгреси, на които представях теми, свързани със захарен диабет, метаболитен синдром, синдром на поликистозни яйчници, инсулиден диабет, болести на щитовидната жлеза. Всичко това ми даде вярата в това, че и аз мога да се развивам в тази област. Но също така през последните години засилих интереса си и

към Детската ендокринология. По този начин мога както да надградя това, което моята майка е постигнала като лекар, така и да се насоча към нещо, което е малко по-различно“, разказва бъдещият лекар.

Пълен график – пълноценно развитие

Айлин е от студентите, които вярват, че е важно да си активен и всеки ден да работиш за по-добрата си версия. Затова тя не спира да се включва в най-различни инициативи, сред които е Асоциацията на студентите по медицина.

„През първите години на следването ми активно вземах участие както в национални, така и в международни събития и ръководех много социалнозначими кампании. Бях председател на Асоциация на студентите медици – Пловдив. Тази позиция допринесе изключително много за познания ми в областта на презентирането пред различни аудитории, ръководенето и поддържането на екип, създаването на събития и изпълняването на проекти. Цялостната работа в Асоциацията ме дари с шанса да науча как действат системите на здравеопазване в различни държави, тъй като благодарение на Асоциацията, участвах в два международни обмена. Първият се състоя във Валенсия, Испания, където се обучавах в Отделение по урология, а вторият ми обмен се състоя в Нижни Новгород в Русия – в Отделение по АГ. Всички тези активности благоприятстваха за моето развитие и най-вече за това да съм отворена към всички медицински дисциплини, а към края на следването ми – и да взема решение с кои от тях бих желала да се занимавам по-нататък“, разказва тя.

И така, още по-ясно в съзнанието на Айлин се открояват ендокринологията и педиатрията. За щастие, има специалност, която обединява предходните две, а именно Детската ендокринология. Която и от трите специалности да избере, винаги ще бъде на прав път – категорична е Ая.

Ежедневие в безброй направления

Другата голяма страст на



Айлин след медицината, са езичите. Поради тази причина в момента учи италиански и турски. Докато е била гимназистка пък е учила испански, английски и руски, което се оказва безценно предимство за общуването ѝ с колеги от цял свят. В свободното си време Ая дори преподава английски на малки деца, което увеличава интереса ѝ към работата с тях.

„Работата е много, но за мен най-важното е, че я върша с удоволствие. Това е мой основен принцип: когато човек харесва това, което прави, и сам е решил да тръгне по този път, всичко се получава. От друга страна, работата ми в Асоциацията ме научи да бъда организирана в ежедневието си и всеки един час от него да е уплътнен, да нямам моменти на бездействие и на мързелуване“, споделя бъдещият лекар.

Ая също много обича спорта. Още от гимназията танцува, а в университета става част от ансамбъла по народни танци и отбора по волейбол.

„Обичам да си поставям все по-високи цели и да ги постигам. Започнах да участвам в маратони и се подготвям за тях

този начин студентите, които участват в тях, придобиват безценни знания много по-рано от тези, които разчитат единствено на наученото на студентската скамейка.

„Забелязала съм, че най-стойностните ми колеги са именно тези, които са били най-активни и които не са се отказали пред нищо и винаги са имали точно този стремеж към нови познания; проявявали са интерес в много направления, не само в една област, към която са се насочили, защото сега е времето да се потопим във всички специалности и да изберем най-подходящата за нас“, заявява Ая.

Да опознаеш медицината по света и у нас

За крехките си 23 години, Айлин вече се е запознала със здравните системи както у нас, така и в чужбина. Стажувала е в

Хематологията на ВМА, а в бъдеще има план за доброволчество в Ендокринологията на „Майчин дом“ и тази на „Александровска болница“. Също така е преминала обучението в Испания и в Русия. Щастлива е, че това ѝ е позволило да научи много за нивото на здравеопазване и в други страни.

Най-впечатляваща за нея се оказва системата на здравеопазване в Испания – особено фактът, че там медицинското досие на пациента е достъпно изцяло по електронен път.

„Лекарят може да получи информация за абсолютно всички медицински прегледи, извършени манипулации, поставени диагнози и проведено лечение относно даден пациент. Диагностичният процес може бъде проследен без особени усилия, което облекчава много както пациентите и техните семейства, така и самите лекари“, признава Айлин.

Колкото до нивото на работа, Ая е категорична, че българските лекари по нищо не отстъпват на тези в чужбина. Дори фактът, че работят със сравнително по-малко модерна апаратура, се компенсира от изключителните познания, острия ум и готовността за реакция във всяка една ситуация.

„Лекарите в България имат смелостта и опита дори и в много субилмни ситуации да реагират своевременно, изцяло разчитайки на себе си и своя екип“, казва тя.

Условията на труд в Испания обаче благоприятстват за по-голямото спокойствие сред лекарите.

„Видях го с очите си – няма напрежение между персонала. Много силно впечатление ми направи фактът, че медицинските сестри, лекарите и всички, които присъстват в една операционна зала, със съвсем спокоен тон и с най-добри намерения обясняват това, което ние, като студенти, трябва да извършваме“, разказва Айлин, която споделя, че в България по-често се стига до напрежение и грубо отношение от страна на болничния персонал, което тя разбира и

оправдава, предвид трудностите, с които се сблъскват медицинските работници у нас на ежедневна база.

Именно заради това младият бъдещ лекар призовава както Министерство на здравеопазването, така и лекарските съсловия и организации да се борят за по-добрите условия за полагане на медицински труд в България, особено за младите медици, за които тепърва предстои специализация.

„Отпускат се места за специализации, но условията не са такива, които да позволяват на младите лекари да искат да останат и да преследват мечтите си тук, тъй като държавните поръчки за специализации са изключително малко, а много от студентите нямат възможност да плащат за такива. Затова много често логичният избор се оказва чужбина. Младите лекари знаят, че там ще получават възнаграждения за своя труд, а не както тук – да се налага те да плащат, за да работят“, заявява Ая.

Самата тя е категорична, че ще остане тук, защото такъв пример е видяла от семейството си, в което повечето ѝ роднини са лекари. Вярва, че е важно да лекува и да помага на българските пациенти, но казва, че може да си позволи този избор благодарение на безпрецедентната подкрепа на родителите си.

Светло бъдеще за светли умове

На Айлин и предстоят няколко важни стажа, на които се надява да научи много нови знания. Единият е по вътрешни болести, който очаква да ѝ бъде от помощ в бъдещото ѝ развитие като ендокринолог.

„Веднага след него, живот и здраве, ми предстои Еразъм в Италия. Там ще проведе стажа си по хирургия, а след това ще участвам в международен обмен в Полша, където отново ще избира ендокринологията. Ще продължа с преддипломния си стаж в България, който ще завърши с педиатрия, която е другата ми любима специалност“, казва тя.

Надява се бъде много добросъвестен и чистосърдечен лекар, който да не е изтощен от работата си, а напротив – да е мотивиран да помага на пациентите си все повече и повече.

„За мен хуманността и оказването на помощ са най-висши ценности, които човек може да възпита у себе си, и смятам, че ако притежавам тези качества и ги проявявам към своите пациенти, те ще ме уважават и обичат. Ще се стремя в бъдеще да се превърна в уважаван лекар“, заявява Айлин.

Надява се също да се развие и като университетски преподавател. Накрая, но не на последно място, за нея е важно да създаде плотено и здраво семейство, защото именно това, по думите ѝ, оставяме след себе си, а не само името си, и така осмисляме нашето съществуване.

Материал на Милена Енчева



БЪБРЕКЪТ НА 12-ГОДИШНО ДЕТЕ БЕШЕ СПАСЕН С РОБОТИЗИРАНА ХИРУРГИЯ

12-годишно дете с вродена аномалия на десния бъбрек, беше оперирано с робота „Да Винчи“. Заболяването представлява стеснение на прехода между легнето на органа и уретера. То води до задържане на голямо количество урина в бъбрека.

Единственият метод за лечение е хирургично.

„Невъзможността на урината да се отича лесно и бързо, както обичайно се случва от бъбрека, води до увреждане на функцията му и тя може да бъде загубена изцяло в годините“, обясни проф. д-р Калоян Давидов, началник на отделение по Урология и хирургия, извършил операцията.

Обичайните симптоми на подобно заболяване са болки в бъбреците и висока температура, тъй като задържането на урината причинява инфекции.

„Няколко пъти се появяваха подобни симптоми, но лекарите не успяваха да открият каква е причината за тях. Така стигнахме до проф. Давидов и неговия екип. От него разбрахме какво е заболяването на сина ни, никога преди това не сме знаели за него.“, сподели майката на 12-годишното момче.

В случая на детето са налични и придружаващи заболявания – диабет и хипертония.

„Диабетът няма общо с бъбречното заболяване, за хипертонията обаче не сме сигурни. Ще разберем скоро, ако стойностите на кръвното налягане се нормализират, тогава е възможно именно бъбречното увреждане да е било причината за нея. Поради придружаващите заболявания минимално инвазивната хирургия е най-добрият и сигурен подход за операцията. Тъй като диабетът може да бъде усложен и задълбочен в резултат на мащабна оперативна травма, същото важи и за хипертонията. В случая имаме 4 малки отвора на коремната стена, през които успяхме да спасим бъбрека на детето“, сподели проф. Давидов.

Минимално инвазивната хирургия е препоръчителна при оперативно лечение на деца. При подобно заболяване отворената хирургия се извършва през разрез, който се движи по хода на 12-то ребро, от странната на болния бъбрек, като се разрязват три слоя мускули, за да се стигне до бъбрека. В случаи, когато бъбрекът е разположен по-високо, е възможно да се наложи и отстраняване на 12-то ребро.

„Тук идва мястото на роботизираната хирургия, защото разполагаме с изключителна сръчност, със седем степени на подвижност, на свобода на манипулаторите на робота. Освен това имаме десеткратно



оптично увеличение, а при тази процедура постигаме най-добър резултат с най-малката игла и най-тънкия конец. Такива бяха използвани и в тази операция. Резултатът е едно изключително бързо и сигурно възстановяване, много по-кратко носене на катетър, много по-ранно прибиране вкъщи“, допълни проф. Давидов.

Три дни след операцията 12-годишното момче вече е в дома си и може да се придвижва самостоятелно.

Специалистите са категорични, че колкото по-рано се диагностицира това заболяване, толкова по-голяма е вероятността за възстановяване.

Дефибрилатори са поставени в част от най-натоварените станции на метрото

„Апарати за спешна помощ при сърдечна аритмия – дефибрилатори са поставени в 4 от най-натоварените метростанции – „Орлов мост“, „НДК“, „Сердика“, „Стадион Васил Левски“. Това съобщиха председателят на СОС Георги Георгиев, кардиологът проф. д-р Иво Петров. Те, заедно с изпълнителния директор на „Метрополитен“ проф. Стоян Братоев, представиха дефибрилатора, инсталиран на метростанция „Орлов мост“.

Предвижда се един дефибрилатор да бъде предоставен за използване на общинската аварийна дирекция, като с него ще се правят и обучения. Дефибрилатор вече има и в Столичния инспекторат.

По думите на проф. Иво Петров оказването на помощ в първите минути е ключово за живота на хората, получили сърдечен арест. Колкото по-бързо бъде възстановена циркулацията на кислород, толкова по-голям е шансът мозъчната дейност да се възстанови. В случай, че минат повече от 8 минути без циркулация, дори и да бъде възстановен животът, мозъчната функция е много малко вероятно да бъде възстановена. „Вероятността човек да бъде спасен е 70%, ако в рамките на първите минути му бъде оказана помощ с дефибрилация“, посочи също проф. Иво Петров.



УМБАЛ „СВЕТА МАРИНА“ – ПЛЕВЕН Е ИЗБРАНА КАТО ЕДИНСТВЕНА В СТРАНАТА С ВТОРА РОБОТИЗИРАНА СИСТЕМА



Американската компания – производител на роботизирани системи за дистанционна хирургия Да Винчи избра УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен за първата университетска болница в страната, която да инсталира и работи с втора роботизирана система от последно поколение.

Това стана факт след направен дългогодишен мониторинг и анализ на нарастващия обем робот-асистирани операции, както и вследствие на обучението и сертифицирането на екипи за роботика в гинекологията, урологията и общата хирургия. Към днешна дата за 3-годишен период в УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен са извършени общо 852 робот-асистирани операции, от които 691 в гинекологията и 161 в урологията.

От януари 2019 г. УМБАЛ „Света Марина“ – Плевен прилага натрупания 14-годишен опит в роботизираната хирургия в гинекологията при лечението на своите пациенти.

Роботизираната хирургия е нова философия, която променя бъдещето на хирургията. С въвеждането на новата роботизирана система в клиничната практика се наблюдават по-добри

резултати в оперативната и лечебната дейност. Доказани са многобройните ползи за пациентите при прилагането на роботизираната хирургия: минимално инвазивна хирургия, ергономия на хирурга и прецизност на оперативната интервенция, съкращаване на процедурата, безопасност за пациента, без разрези и белези, ниска кръвозагуба, намаляване на постоперативната болка и дискомфорт, съкращаване на болничния престой, бързо възстановяване и връщане на пациентите към нормален социален живот.

Акад. д-р Григор Горчев и неговият екип са пионерите, които за първи път в България въведоха робот-асистирания хирургия в гинекологичната практика с извършването на първата в Югоизточна Европа асистирана с робот тотална хистеректомия през януари 2008 г.

Месеци по-късно е извършена първата в Източна Европа асистирана с робот радикална хистеректомия, а през 2011 г. – първата асистирана с робот радикална параметректомия. През 2012 г. проф. Горчев извършва първата в Източна Европа роботизирана операция

на жена с рак на шийката на матката със запазване на детородните ѝ функции (роботизирана радикална трахелектомия), след която пациентката преминава успешна процедура по инвитро оплождане и днес е майка на здраво дете (м. август, 2012 г.).

През 2010 г. акад. д-р Григор Горчев успява да осигури държавно финансиране по клинична пътека на онкологичните гинекологични операции, извършвани с роботизираната система da Vinci.

Хирургът на конзола акад. Горчев коментира като естествено решение именно в Плевен да има две роботизирани системи в УМБАЛ „Света Марина“: „Ако направим сравнение с хирургията от преди 15 години и днес, ще видим, че разликата е голяма поради две причини – първата е развитието на изкуствения интелект, който е внедрен в робота, а втората – развитието на интелекта на самия хирург, в който се инвестира много чрез различните форми на обучение. Ето защо, този тип хирургия с роботизирана система е интелектуална хирургия, която все повече намира място в лечението на онкологичните заболявания преди всичко.“

УМБАЛ Свети Георги - Пловдив с изцяло реновирано отделение по патология

Отделението разполага и с иновативен микроскоп, който улеснява работата на специалистите

Отделението по обща и клинична патология към УМБАЛ „Св. Георги“ вече разполага с основно обновена и модернизирана база.

Преместването стана възможно след продължилите няколко месеца строително-ремонтни дейности в База 2 на университетската болница. Ремонтът е извършен със средства на лечебното заведение, като той включва изцяло обновяване на помещенията, подменена вентилационна система, нови секционни маси, хладилни камери и други.

„Присъствието ни тук ще ускори и повиши качеството на работата, защото вече ще имаме по-добра връзка с останалите звена в болницата. С тази промяна ще имаме възможност да развием нови, по-успешни практики“, каза началникът на отделението доц. д-р Мария Колева - Иванова.

Отделението по обща и клинична патология на УМБАЛ „Свети Георги“ вече разполага с нов микроскоп с допъл-



нителни места за наблюдение Leica DM 3 Headed Station. Той е изключително полезен, защото улеснява обсъждането на трудни и интересни биопсични случаи, както и подпомага обучението на младите специалисти.

Общата и клинична патология е медицинска специалност с висока обществена значимост. Ролята на съвременното отделение по патология е променена и налага следването на европейските тенденции и стандарти в биопсичната практика. Това е следствие на модерната техника и оборудване, както и висококвалифицирана лекарска дейност.

„През последните години нараснаха възможностите на патоанатомичната наука и практика да отговори на тези изисквания. Увеличават се иновациите и откритията в областта на морфологичната, имунохистохимичната, молекулярна и генетичната патология, и своевременно им усвояване и прилагане в практиката е голямо предизвикателство пред Клиниката по патология“, казва доц. д-р Мария Колева - Иванова.



КАДРОВИЯТ ДЕФИЦИТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО - НАСТОЯЩЕ И ПЕРСПЕКТИВНИ

В края на март т.г. се състоя дискусия на тема „Кадровият дефицит в здравеопазването - последици и нужда от промени“, реализирана в рамките на съвместния проект „Индекс на болниците“.

В пресконференцията участваха д-р Иван Маджаров, председател на БЛС с презентация за кадровата безопасност с лекари в страната (части от нея представяне тук), г-жа Милка Василева, председател на БАПЗГ с презентация за кадрова безопасност с медицински сестри в страната, Първан Симеонов, „Индекс на болниците“, Златина Шотарова, асистент в УНСС с представяне на анкетно проучване сред медицинските специалисти за нагласите им да останат да работят в страната.

Изводите от проведената анкета показват, че над 73% от лечебните заведения изпитват недостиг на лекари, а около 90% на медицински сестри. Най-голям е дефицитът на специалисти в областта на анестезиологията и интензивно лечение - в 42,9% от болниците, хирургия - 41,7%, педиатрия - 38,8%, кардиология - 34,7%, неврология - 28,6%, неонатология - 28,6%, акушер-гинекология - 26,5%, инфекциозни болести - 26,5%, клинична лаборатория - 26,5%, нефрология - 24,5%, вътрешни болести - 22,4%, спешна медицина - 22,4%, образна диагностика - 22,4%.

В 82,6% от анкетиранияте лечебни заведения до 40 medici работят на договор и на друго място. При близо 35% от болниците са налице дейности, за които не разполагат с щатен специалист и работят по договор с друго лечебно заведение. В повечето случаи - 64%, става дума за липсата на до трима щатни специалисти. Най-често те са от областите токсикология, кардиохирургия, микробиология и паразитология инфекциозни болести, съдова хирургия, онкология, анестезиология и интензивно лечение, неврохирургия, педиатрия, клинична алергология. В 85% от лечебните заведения има специалисти на граждански договор, като при повечето става дума за до 10 души. Основно те са от специалностите хирургия, акушерство и гинекология, токсикология, неврология, кардиология, анестезиология и интензивно лечение, инфекциозни болести, педиатрия, образна диагностика и гастроентерология.

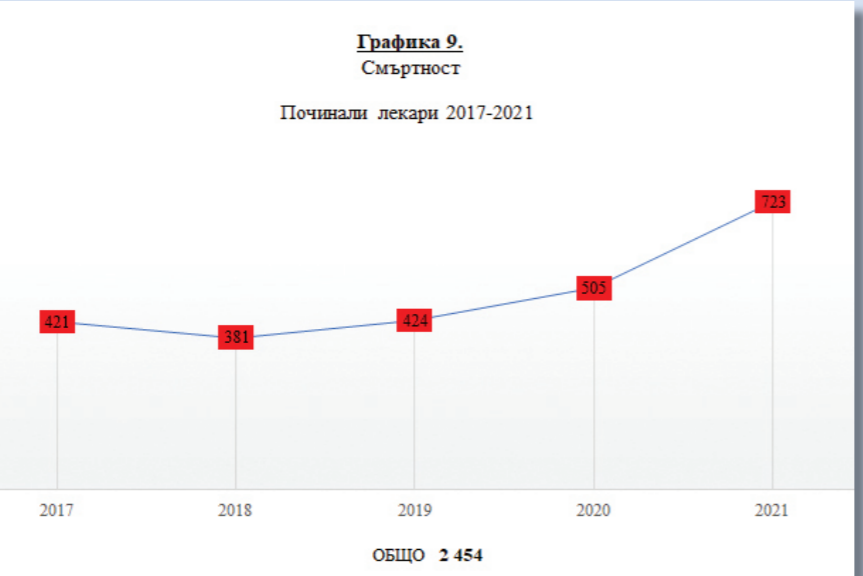
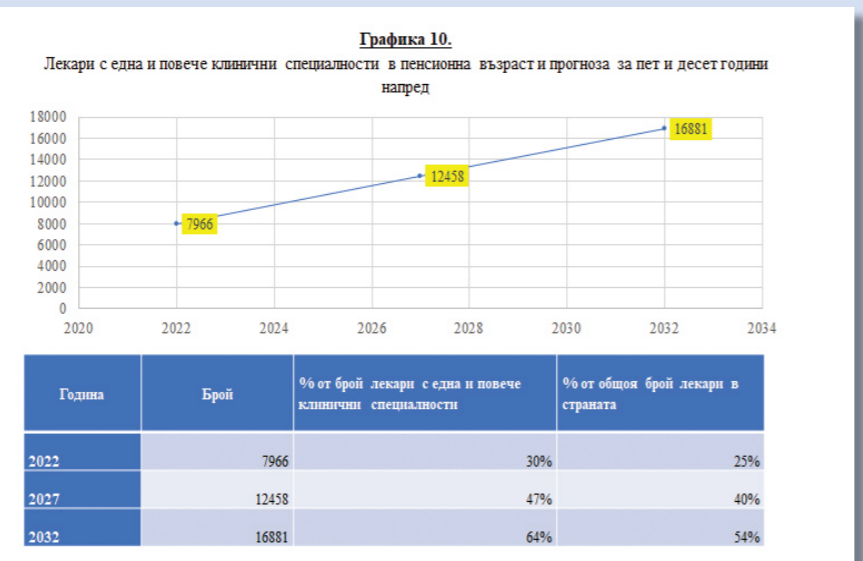
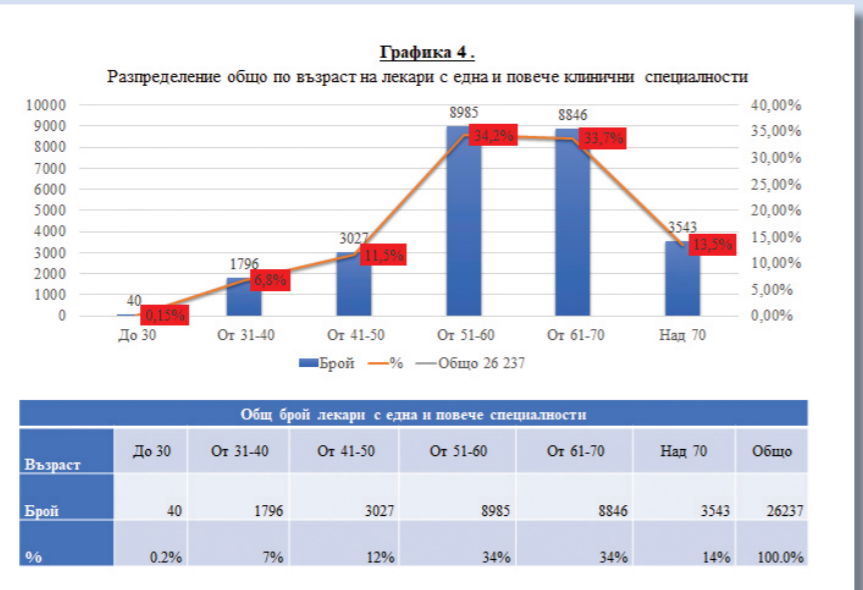
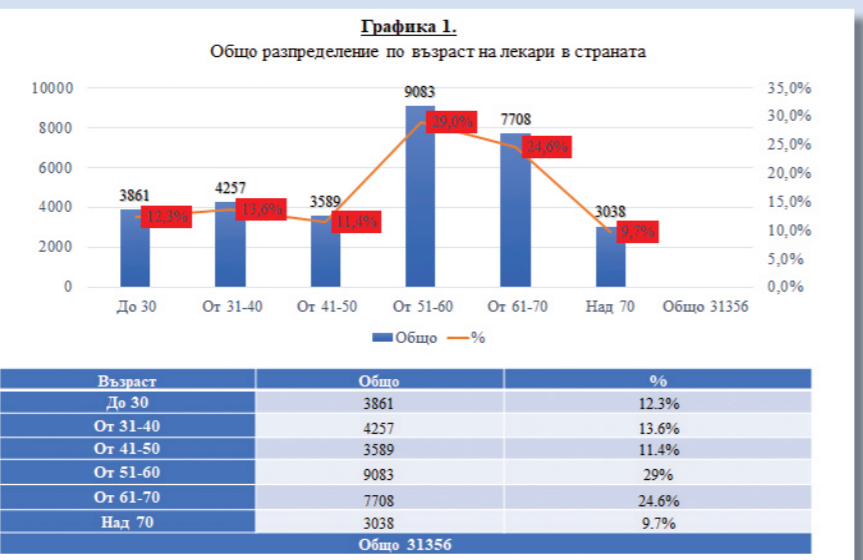
В презентацията на БЛС, представена и коментирана от д-р Иван Маджаров, към 24 февруари 2022 г. общият брой членове по РЛК е 31 356, от които лекари с една и повече клинични специалности са 26 237 души или 84% от общия брой (графика 4.). Прогнозата до 2037 г., за лекарите специалисти с една и повече клинични специалности в пенсионна възраст ще са достигнали 16 881 души или 54% от общия брой лекари в страната (графика10.).

Възрастовото разпределение сред тях е както следва (графика 1.): между 30 и 40 години - 13,6%, между 40-50 години - 11,4%, над 60 години близо 35%. Средната възраст на лекарите у нас е 53 години, а 63% от общия брой лекари е над 50-годишна възраст. Д-р Маджаров подчерта, че проблемът е особено тежък в системата на доболничната помощ.

Според БЛС липсата на политика и стратегия в системата на здравеопазване по отношение на кадровото осигуряване ще доведе до все по-голямо затруднение за лекарите, осигуряващи здравни услуги и необратимо въздействие върху населението, ползващо здравни услуги.

Ето защо провеждането на политики за стимулиране на настоящите кадри в предпенсионна възраст е от изключително значение, на което висшето управление в здравеопазването трябва да отговори в спешен порядък. Огромна необходимост и предизвикателство е провеждане на политики спрямо новозавършилите и придобили специалност млади лекари, за да усещат те сигурност и перспектива да останат и работят в България.

Какво очаква системата на здравеопазването у нас, анализирайки цифрите и статистиката, разговаряме с председателя на УС на БЛС д-р Иван Маджаров.



Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ:

ДО 10 ГОДИНИ ЛЕКАРИТЕ В ПРОФЕСИОНАЛНО НАЙ-АКТИВНА ВЪЗРАСТ ЦЕ БЪДАТ 15-20% ОТ СЕГАШНАТА БРОЙКА

- Д-р Маджаров, БЛС от години алармира за кадровия дефицит в здравеопазването у нас, но като че ли Ковид кризата направи проблема особено очевиден. Колко сериозен е той днес?

- Според мен не само заради Ковид кризата. Просто настъпи моментът, в който аргументът, че разполагаме с достатъчно брой лекари на глава от населението като цифра - който се ползваше през последните години - вече не е валиден, защото тази цифра, която към момента виждаме и която не се е променила драстично през последните 10-15 години, вече няма същата стойност. И това е така, защото понастоящем над 65% от този брой лекари всъщност скоро няма да са в състояние да практикуват тази професия заради напредване на възрастта им. Това е фактът, който трябва да ни притеснява. Затова ние алармирахме, че досегашият поглед върху регистъра на броя лекари в България само през абсолютната бройка, без да се направи възрастов разрез, вече не е актуален. Ние направихме такъв разрез и разполагаме с адекватна картина на реалностите. Резултатите показват, че до 10 години лекарите в най-активна професионална възраст ще бъдат 15-20% от сегашния брой.

- Имаше ли negliжиране на ситуацията от страна на държавата през годините?

- Със сигурност щом сме стигнали дотук е имало подценяване на заплахата. Според мен това се дължи на факта, че много пъти, в много анализи на много работни срещи, кръгли маси и форуми се изтъкваше именно фактът, че в България на глава от населението има, дори в някои случаи, повече лекари от средната цифра за Европа. Това донякъде успокояваше и обществото, и управляващите. Твърдеше се, че кадровият ресурс не се използва по най-правилния начин, не се управлява ефективно и т.н. Никой обаче не е направил именно такъв анализ и такава прогноза, за да се погледне каква би била ситуацията след 20 години, защото двадесет години вероятно са изглеждали твърде дълъг период. Сега обаче, когато ние направихме такъв анализ, се вижда, че в един средносрочен период - 5-10 години, е валидно това, което вече казах: не понастоящем, а малко по-късно в годините ще имаме твърде малко активно работещи лекари с опит. Защо казвам „с опит“ - защото знаем, че обучението на един лекар не завършва с неговото дипломиране. След завършване на университетта има още един период от минимум 5 години, в който той започва да усеща себе си като пълноценен и уверен в способностите си специалист, което означава, че трябва да смятаме, че лекарите, които ще движат системата на здравеопазването напред - като способностите, енергия и знания, са тези между 30 и 50 години.

Това е времето, в което един лекар е изключително ползотворен. След това, разбира се, той започва да предава своя опит. Далеч не става въпрос за подценяване на медиците над тази възраст, напротив - те имат голямата отговорност да обучават kolegите, които тепърва навлизат в професията и наред с това трябва да лекуват своите пациенти.

- Имате ли обяснение как се стигна до тази ситуация, какви са причините за това?

- Проблемът е многофакторен, разбира се. Спомняме си онова време с настъпването на демократичните промени, когато рязко намаля приемът на лекари в сравнение с предишните години. Има и един фактор, който е добре известен за повечето от по-възрастните колеги и по-малко за младите, а именно, че имаше години, когато с решение на държавата, за един доста продължителен период, приемът на лекари и медицински сестри беше драстично увеличен за покриване на нуждите на страната. В резултат на тази политика се формираха огромни курсове, т.нар. „Курсус магнум“ и в страната ни завършваха много голям брой лекари и сестри и ние в момента наблюдаваме „опашката“ на тези големи курсове. Те именно са тези, които днес са над 50-55 години. След тях тенденцията беше обърната и приемът на студенти в областта на медицината и здравеопазването беше драстично намален. Това пък беше последвано от период, в който специализациите в България бяха спрени за около 10 години, мисля. Влизането в Европейския съюз (ЕС) е фактор, който също повлия. Защото практически границите се отвориха, една голяма част от kolegите заминаха да работят извън страната, а след това от тази възможност се възползваха и новозавършилите лекари, което все още е налице. Наред с това се появи и възможността за обучение в западни университети и много млади хора се възползваха от нея и останаха да работят в съответната държава след края на висшето си образование. След това идват разбиранията за задължително трябва да се каже и то е свързано с факторите, свързани с влизането ни в ЕС - възможностите в нашата държава да се осигурят достойни ангажименти, които да противопоставят на желанието на лекари и специалисти по здравни грижи да работят в Западна Европа. Можем да продължим с причините, но това са властите.

- Те, младите лекари избират да работят извън България предимно заради финансови съображения?

- Да, но не само. Често те намират организацията на здравните системи в европейските държави



като по-добра и предоставяща по-добри възможности за специализация и реализация. Проучванията показват това - възнаграждения, възможности за реализация и бърза специализация, отношението на обществото към професията. Това никак не е за пренебрегване. Усещането, че в обществото в България все повече се формира едно негативно отношение към лекария в ежедневно му практика също влияе върху избора дали да практикуваш тук или да избереш държава, където, освен че ще бъдеш добре заплатен, ще бъдеш и уважаван.

- А какви според Вас са стъпките и мерките, които трябва да бъдат предприети в спешен порядък?

- На първо място трябва да не е ясно, че не можем да се затворим, ако започнем отзад напред - няма как да затворим страната и да забраним свободното движение на хората. Това означава, че по отношение на факта, че ние сме част от ЕС, мерките са в посока на това, което и досега се отчита като липса - добро кариерно развитие, повишаване на доходите и възможността за бърза реализация, наред с подобряване на обществения климат, в който контекст се практикува професията. Що се отнася до другите фактори, които изброих в началото - там мерките са същите, които навремето са били приложени - държавна политика, насочена към свърхпроизводство на кадрова криза, като това ще върви със съответните ангажименти. Който избира да се възползва от държавната програма и резултат възникват някакви договорни отношения с нея, има ангажмента да остане да работи тук. Това, разбира се, не касае тези, които са завършили свободно, финансирайки сами образованието си. Свърхпроизводството трябва да бъде според мен в рамките на два до три пъти най-малко увеличаване на броя на приема за лекари и няколко пъти повече по отно-

шесте големи курсове, които ще завършат, ще започнат да се вливат в системата ни най-рано 2029 г. И това ще бъде курс, да кажем, двойно по-голям от досегашият. Сега ако са 1000, значи ще станат 2000. Което е нищо на фона на излизациите от системата лекари, но поне ще спре намаляването, защото выпуските навремето са били приблизително такава бройка. За миналата година сме загубили 700 лекари (бел.ред.: графика 9. показва тенденцията от 2017 г. насам), които са починали и не повече от 700 са дошли. Т.е. ние не добавяме, а поддържаме едно леко стационарно и перспективите към момента не са розови. Т.е. първите плодове при лекарите можем да очакваме след 6 години, при сестрите по-малко, тъй като тяхното обучение е с продължителност 4 години. Има предложение при тях да бъде ускориено обучението и да започват стажа си в болниците по-рано. Т.е. теорията да бъде преподавана през първите две години и след това да влизат на обучение директно като работещи в университетските болници. Но това са само идеи, които биха могли да се случат, без да нарушават тяхната квалификация, защото в тези болници те ще продължат да бъдат под наблюдението на асистенти по здравни грижи и т.н. Та това е отговорът на въпроса - първите резултати ще дойдат 6 години след предприемането на адекватни мерки и като вземем предвид, че тази година няма как да стане, значи след 7 бихме могли да очакваме първите курсове новозавършили лекари - млади, амбициозни и мотивирани, но все още без опит. През последващите ги 5 години, ако приемем, че ще имаме всяка година по 2000 дипломирани лекари, при тях не всички ще бъдат по договор с държавата, т.е. да кажем, че реалната бройка ще бъде 1500 човека на година. Така за въпросния петгодишен период ще имаме 7-8 хил. нови лекари, които ще попълнят редиците. Така вече ще имаме първа тенденция за задържане и нарастване и трябва да приемем, че след 10-15 години технологичните ще са се развили и навлезли до такава степен, че на много места ще са необходими по-малко лекари за извършване на съответните процедури. Вероятно ще се оптимизира по един или друг начин самата болнична система, в която сега работят огромни брой лекари. Тя ще се саморегулира поради кадровия дефицит - първо този на медицински сестри и след това този на лекари. Така че болничната система ще се редуцира драстично в следващите 5 години в резултат на липсата на специалисти по здравни грижи. Там няма да има връщане назад, а няма и полезен ход при тях. Докато „произведем“ нови медицински сестри, вече ще са затворили една

част от тези лечебни заведения, които, ако ги посетим сега, ще видим, че медицинските сестри са над 55-годишна възраст, след 5 години вече ще са на 60. Над тази възраст, значи ще са изчерпани и физически, и психически и няма да са в състояние да държат на плещите си една активно функционираща болница с натоваарване.

- Напоследък често се говори, че България ще стане атрактивна за завърещите на сънародниците ни, работещи в чужбина. Атрактивна ли е страната ни за българските лекари, работещи на Запад?

- Ами ако трябва да повторя аргументите си за кадровия дефицит и ги приложя върху този въпрос, отговорът е не. Не, защото, пак казвам, възнагражденията за стартираещ лекар са изключително ниски, а пък за сестрите са тотално ниски - за цялата им кариера. При лекарите в една известна степен недостатъчното стартово възнаграждение се компенсира от факта, че kolegите живеят с амбицията и надеждата, че рано или късно, с натрупване на опит и търсене от страна на пациентите, те един ден ще започнат да получават по-добро възнаграждение и при тях донякъде ниското начално възнаграждение се приема като временно. При медицинските сестри това изобщо не е така. Те затаво заминават веднага след завършването си или започват да работят нещо друго - дали като козметички напр. или друга, по-добре заплатена професия. Тук е мястото да кажем - това са двете неща - възнаграждение и атмосфера, в която се работи. Българското общество трябва да разбере, че тази негативна нагласа, която непрекъснато се индуцира и все повече се нагнетавя спрямо лекарите, все повече работещи срещу него. Това няма да донесе нищо добро. Все по-малко лекарите ще имат желание да работят в държавна, в която общество не ги оценява и което се отнася към тях грубо, а в някои случаи и с физическа агресия. Не по-малко тежко е психическото и емоционалното натоварване, когато четеш тежки обвинения към лекарите, често незаслужени. Разбира се, има и лекари, които са недостойни и петни имат името на гилдията, но общаващите коментари за лекарите нараняват тези, които съвместно и със сърце упрежияват професията си. Така че това са двата фактора, които понастоящем в България са причина да няма благоприятна среда за лекарите да се завърнат да работят тук и да се чувстват добре - заплащането и негативната, отрицателна атмосфера, която се формира в обществото ни в последните, мисля си 15-ина години, като началото на тенденцията може би е отпреди двадесет години.

Д-Р МИРОСЛАВ ГЕОРГИЕВ:

СЛУЧАИТЕ НА ДЕПРЕСИВНИТЕ И ПАНИЧЕСКИТЕ РАЗСТРОЙСТВА СА СЕ УВЕЛИЧИЛИ ДВОЙНО ВСЛЕДСТВИЕ НА ПАНДЕМИЯТА

Д-р Мирослав Георгиев е специалист психиатър с над 20 години опит. Завършва Медицински университет - София през 1997 г. Своите специалности по психиатрия и социална медицина придобива през 2008 г. и 2005 г. След дипломирането си д-р Георгиев работи в Клиника по психиатрия на Александровска болница и в МБАЛНП «Свети Наум» - София. Към момента работи като психиатър и управител на МЦ Майчин дом - София.

- Д-р Георгиев, вече втора година в условията на пандемия живеем с новините за заразени, излекувани, починали и ваксинирани. На този фон се случи и войната в Украйна, която внесе допълнителна несигурност. Как се отразяват поредицата от негативни новини на среднестатистическия човек?

- Като психиатър мога да кажа, че наблюдавам изключително повишаване на тревожните, депресивните и паническите разстройства в практиката ми. Почти около 50% от пациентите ми са с подобни диагнози. Имал съм случаи дори когато на първия-втория ден при заболяване в самото Ковид отделение, хората отключват панически атаки.

- На какво го отдавате?

- Хроничния стрес, психо-травматичните събития. Това са нещата, които отключват подобен вид разстройство. Не само Ковид, а т.нар. постковид синдром, който се приема за постковидно изтощение. Нещо подобно на синдрома на хроничната умора, който е допълнен с разнородни физически и психически прояви с неясна прогноза, които не знаем колко ще продължат. Около 76% от пациентите, които са прекарвали Ковид, съобщават за такива симптоми, които продължават между два до шест месеца, а някои и до една година. Най-чести сред тях са умората или мускулната слабост - те се появяват при над 60% от пациентите. Главно болка в мускулите при около 30%. 26% пък съобщават за затруднения в съня и тук вече идва ред и на психическите разстройства. Около 23% от хората, прекарвали Ковид, имат тревожност или депресия. Данните са от списание *Lancet*, което е изключително реномирано издание, с много висок импакт фактор.

- Данните, които касаят тревожността, са съпроводени от факта, че хората константно са облъчвани с негативна информация, че не виждат нищо положително в създалата се ситуация или заради т.нар.

социална изолация?

- Разбира се, комбинацията от трите фактора води до тези резултати. Тук е и ролята на журналистите да се представят по-положителни новини. Това постоянно нагнетяване и очакване на негативни събития действа много тежко на психиката. Липсата на физическа активност и социални контакти също натоварва.

- Как пандемията се отрази на живота на хората, които решиха да стават родители в този период? Вероятно част от тях са си наложили изолация в опит да се предпазят.

- Самият факт, че ще ставаш родител, е едно от най-щастливите събития в живота на едно семейство и не забелязваме отлив от желанието на хората да имат деца. Дори се забелязва леко покачване на раждаемостта, което е положителна тенденция.

- Какво е най-важно за спокойствието и баланса на една бременна жена в този период?

- Много е важно през този период бременната жена да има добра подкрепа от своя партньор, от семейството и приятелите си. Нужно е тя да бъде приета добре в болницата и да получи максимална информация за своята бременност. Тя трябва да бъде подготвена и да знае какво ѝ предстои.

- Какво съветвате да правят жените, за да постигнат това спокойствие?

- Битуващото от поколения в общественото съзнание е, че раждането е нещо тежко, болезнено, страшно. Запечатала се е старата поговорка, че бременната жена е с един крак в гроба. Това просто трябва да бъде забравено. Съвременната медицина е толкова напреднала, че във всеки един момент може да се окаже нужната помощ, така че да бъде съхранен както животът на бебето, така и този на майката. Много е важно това, което казахме за позитивната настройка.

Когато една жена не е с тревожно очакване, а напротив - заредена с положителни емоции, мускула-



СНИМКА: СБАЛАГ МАЙЧИН ДОМ

турата на таза се отпуска и раждането протича много по-бързо много по-безболезнено за самата майка.

- Как може една бъдеща майка да се настрои положително, въпреки страховете, които има?

- От голяма помощ за това са т.нар. училища за родители, където младите родители се обучават на всичко това, което предстои - как да се справят с всяка една ситуация. Заедно с една от фармацевтичните компании издадохме наръчник, който предоставяме на всяка бременна жена. В него е описано както през какви изследвания трябва да премине тя, така и каква трябва да бъде психическата ѝ подготовка.

- Да се върнем пак на темата с Ковид. Какво, ако все пак една бременна жена се зарази преди раждане, каква психологическа подкрепа може да ѝ бъде оказана при нужда?

- Ние имаме Ковид отделение, в което идват родилки, заразени с Ковид от цялата страна. Опитът ни досега показва, че имунитетът на една бременна жена така са променя по време на бременността, че тя се справя доста по-лесно с инфекцията. На фона на стотиците раждания, които сме има-

20% от жените развиват такива симптоми. Основната разлика между родилната тъга или т.нар. 'Baby blue' е, че тя се появява в първите дни след раждането и отшумява в рамките на една-две седмици. Следродилната депресия обикновено започва след първия-втория месец от раждането и има класическата картина на една депресия. Лекува се с антидепресанти като резултатите се постигат от 2 до 4 седмици. Веднъж установена, следродилната депресия се лекува лесно. Според нови американски проучва, 10% от бащите също развиват следродилна депресия. Въпреки опитите на мъжете да прикрият това свое състояние с употреба на алкохол, дори наркотици или с по-приемливата социална мярка, която се изразява в работохолизъм, тази депресия при тях съществува.

- Какви са симптомите на следродилна депресия?

- Най-разпространените симптоми са чувството за тъга, отчаяние, празнота, безсилie и засилената чувствителност. Жената плаче повече от нормалното, без конкретна причина. Появяват се тревожност, нервност, лоши настроения, безпокойство и нарушения на съня. Жената спи много повече от нормалното или пък страда от безсъние. Не може да заспи дори когато бебето спи. Обикновено бременните жени синхронизират техния сън със съня на бебето и през 3 часа се будят, за да могат да кърмят, но тук това липсва.

- В този ред на мисли препоръчвате ли пълна изолация на бременни жени заради Ковид?

- Не, в никакъв случай. Бременността е нормално физиологично състояние, не болест. Жената трябва да води нормален живот. Доказано се чувства добре може да ходи на работа. Лично аз имах колежка, която до деветия месец идваше на работа. Единствено трябва да се вземат всички необходими мерки за безопасност - да се носи маска, да се използват препарати за дезинфекция, да се спазва социална дистанция и да се ограничи общуването с много хора.

- Наблюдават ли се повече случаи на следродилна депресия заради цялата тази тревожност, породена от пандемията?

- Състоянието на родилната тъга и следродилната депресия са доста често срещани. Средно между 10 до

Това са вече психотичните елементи на следродилната депресия и другото са натрапливите мисли на жената, че може да се само-нарани или да нарани бебето.

- Какви съвети давате на тези жени, които са усетили, че нещо подобно се случва с тяхната психика? Какво може да направят те, преди да стигнат до антидепресантите?

- Така или иначе между 10 - 20% от жените задължително отключват такива състояния. Единствено квалифицираните специалисти могат да им окажат помощ. Когато симптомите са в лека степен, те могат да преминават от само себе си или с билкови препарати, но когато имаме налице клиничната диагноза депресия, задължително трябва да се пристъпи към лечение.

- Кои жени са предразположени към подобни състояния?

- Това най-често са по-чувствителните и по-емоционалните. Другите, които попадат в рисковата група, са т.нар. перфекционисти, които имат много високи изисквания към себе си или околните. Постоянното желание за контрол над ситуацията, нещо, което е напълно невъзможно. Просто човек трябва да се опита да омокоти малко тези черти на характера си, за да не си създава предпоставки за подобен тип оплаквания.

- Какво е важно да знаят жените, които преди са се лекували от подобни състояния и в момента са бременни?

- Желателно е по време на първия триместър, да не се приема психофармака. Няма пряко доказано въздействие на голяма част от медикаментите върху плода, но тъй като тогава се развиват органите на бебето, е препоръчително приемът на подобни медикаменти да се избягва. След това всичко зависи от самото състояние на жената. Ако тя е склонна към самоубийство, по-добре е да ѝ даваме антидепресанти, като това, което рискуваме, е просто да загрудним родовата адаптация - а именно бебето става по-мързеливо, по-трудно засуква и т.н., но по този начин поне не застрашаваме живота на родилката. В такива случаи клиничната оценка е от изключително значение.

Интервюто взе
Милена Енчева

ПАГОНЪТ, КОЙТО ИЗГРАЖДА ХАРАКТЕР

За военните мисии и предизвикателствата пред един лекар на терен, разказва лейтенант д-р Петко Гинев

Лейтенант д-р Петко Гинев завършва медицина преди близо три години, като по време на следването си доброволства в Катедрата по ортопедия, травматология, реконструктивна хирургия и физиотерапия. В разгара на пандемията от COVID-19 е назначен като военен лекар в същата структура, а месеци след това е изпратен на своята първа задгранична мисия. В продължение на 4 месеца, заедно с още трима свои колеги, се грижи за здравето на Мисията на ЕС в малийската столица Бамако.



- Д-р Гинев, защо решихте да станете военен лекар? С какво Ви привлича тази специалност?

- Може би дължа своя старт в медицината като военен лекар на щастливата случайност. Две години преди да се дипломирам в МУ-София доброволствах в Клиниката по ортопедия и травматология на ВМА. През това време имах възможност да се запозная с опита на лекарите, работещи в тази клиника, както и с особеностите на специалността. Разказите за мисиите в Афганистан ме привлякоха. Така, малко след като се дипломирах, моето приключение като военен лекар започна.

- По какво основно се отличава военната медицина? Какви допълнителни качества според Вас трябва да притежава един военен лекар?

- Военната и цивилната медицина смятам, че се допълват. Много от уроците, които нашите колеги са научили по време на военните мисии, успешно са пренесени в цивилната медицина и ВМА. Освен това, бих казал, че пътнотранспортният травматизъм е не по-малко страшен от бойните травми. Що се отнася до качествата на медиците под пагон – на първо място – смелост и жертвоготовност, неща, които си проличават най-вече, когато ни извадят от обичайната ни клинична среда и заминем на мисия зад граница.

- Включихте се като национален командир на контингента в Мали. В какво се изразяваше работата Ви на терен там? Какви са спецификите на мисията в Бамако?

- В Мали лекарят счеставата задълженията на медик и на национален командир. От една страна се налагаше да съм лекар на личния състав на мисията, от друга – да съм началник на медицинския екип и старши представител на България в нея. Медицинската част беше нещо относително предсказуемо, за разлика от работата ми като национален командир. Всяка сутрин обсъждахме с Командването актуални казуси и военнополитическата ситуация в страната. В крайна сметка, най-важното беше целият екип да се прибере жив и

здрав.

- На какви случаи най-често се натъквахте по време на престоя Ви в африканската държава?

- В пункта често идваха хора с респираторни и стомашно-чревни инфекции, спортни травми. Не ни подмина и предизвикателството COVID-19. За щастие, не се сблъскахме с ендемичните за района заболявания, като малария, жълта треска, ебола и други. В крайна сметка, когато се подготвиш за най-лошото, трудно може да бъдеш изненадан.

- В какво се изразяваше най-голямото предизвикателство по време на мисията Ви там?

- Основното предизвикателство по време на мисията беше COVID-19. Имаше дни, в които екипът ми изнемогваше от работа. Наше задължение беше диагностика, лечението и администрирането на COVID болните. За щастие, всички бяхме много отдадени и задружни. Знаехме, че там, на 5000 км от дома, няма на кого да разчитаме, освен един на друг. Ето защо успяхме да се справим с всяко едно предизвикателство.

- Да работите на терен без цялата апаратура, с която си свикнал в болнични условия, предполагам, е нелека задача. Как се компенсират тези липси?

- Работата в условия на ограничения беше най-голямото приключение. Аз бях единственият лекар и разчитах само и единствено на собствените си знания и умения, подпомаган от екипа си, разбира се. Липсите на оборудване се компенсират с добра общомедицинска подготовка, за което благодаря на всички мои преподаватели от МУ-София и на моите учители във ВМА.

- Вие отивате в Мали в разгара на Ковид кризата по света. Как работихте за овладяването на епидемичната обстановка там?

- COVID-19 беше водещата патология по време на ротацията ни. Имаше моменти, в които сутрин, преди закуска, правехме по 150 антигенни теста. Когато половината личен състав вече беше под карантина, времето с тестовите намаля, но се увеличиха усилията при проследяването на болните.

Всяка една нация се интересува от състоянието на своите военнослужещи, а това изискваше да минавам ежедневни визитации и да отчитам хода на заболяването. Имаше двама офицери, които, въпреки нашите усилия, се влошиха значително и се наложи да бъдат евакуирани обратно в страните си.

- На какво Ви научи тази мисия. Кои са най-ценните уроци, които Вие получихте от Вашата първа мисия?

- С времето всеки един урок, научен там, променя стойността си. В началото съм считал едно преживяване за важно, сега друго се откроява по-ярко в съзнанието ми. В Мали за първи път се сблъсках със задължението да ръководя хора. Това ми даде възможността да проверя лидерските си качества, каквито според мен трябва да притежава задължително всеки военен лекар. Може би това беше най-полезният урок, който получих за тези 4 месеца.

- Взимането на решения по време на мисия вероятно е по-различно от това в болнична среда. Как можеш да направиш най-правилната преценка, когато си притиснат от редица обстоятелства на терен?

- Взимането на решения и носенето на отговорност за тях е дейност, която се налага и в болницата, и на мисия. Правилната преценка за всяка една ситуация е въпрос

на хладнокръвие и на трезва мисъл. Предполагам, тези качества могат да се тренират, но всеки намира собствен път при вземането на решения.

- С какво се отличава опитът, който придобихте като военен лекар в Мали, спрямо опита като травматолог във ВМА?

- Лекарският опит в Мали го оприличавам на опита, който един лекар е добивал след дипломиране преди години, когато е имало задължително разпределение по градовете и селата. Младият лекар тогава се е сблъскавал с всякакъв вид патология. Аз бях в подобна позиция в Мали, като бонус патологията в моя случай бяха тропическите заболявания, както и рискът от ранени при нападение над базата. Във ВМА опитът ми е доста по-специализиран и работя само ортопедия и травматология, но не бих казал, че стресът е по-малко.

- В какви други мисии бихте желали да се включите и готвите ли се за такива?

- Мечта ми беше да съм част от хирургичните екипи в Афганистан и там да имам възможността да работя травматология. Уви, родил съм се твърде късно за тази мисия. Ето защо, една мисия в Мали не ми стига и в момента се готвя за още две. През месец юни тази година заминавам отново за Мали, а малко след завръщането ми през месец

октомври, живот и здраве, очаквам да замина на експедиция до Антарктида. За първи път се планира Националната антарктическа експедиция да пътува със собствен кораб до Южния полюс от Варна.

- Защо се насочихте към травматологията при избора си на специалност?

- Травматологията е специалността, която ми доставя най-голямо удоволствие да работя. Това е хирургична специалност, която изисква спокойствие, пространствено ориентиране и сърчност. За мен е удоволствие да работя с ръцете си и да виждам резултата от труда ми още на първата рентгенова снимка след операцията. До голяма степен изборът ми на специалност беше подпомогнат и от факта, че неведнъж съм бил травматологичен пациент и винаги съм се вълнувал от битието на една такава клиника. Според мен опитът, в качество на пациент, помага на един лекар в комуникацията с пациентите.

- След завръщането си от Мали, помагате и в Ковид отделението, което беше образувано във ВМА. С какво опитът, който вече бяхте натрупали в африканската държава, Ви помогна тук?

- Много от колегите се включиха в борбата с COVID-19 и аз бях един от тях. Цели клиници бяха преобразувани в COVID зони и екипи от други клиници се стичаха на помощ. Имаше период, в който повече травматолози имаше в COVID клиниките, отколкото в собствената ни. Бях командирован за три месеца, като дообогатих знанията си, които вече бях натрупал при челиния си сблъсък с коронавирусната инфекция в Мали. В пика на заболяването там имаше над 50 положителни военносслужещи и макар тогава все още да нямаше ваксини, пациентите боледуваха относително леко, защото са млади и здрави. Бих казал, че предишният опит ми даде едно спокойствие, но все още нямаме „вълшебното хапче“ срещу COVID-19, пандемията не е свършила и не бива да се отпускате.

- Вие сте млад лекар, който рано се е сблъскал с редица професионални предизвикателства. На база опита си как бихте отговорили на въпроса: С какво се отличават истински добрите лекари?

- Според мен истински добрите лекари се отличават с чувството за когнитивна емпатия. Способността да съждаш през очите на болния е съществена част от терапевтичния подход към пациента. По този начин помагаш притеснението и страхът у него да намалее и той да се вслуша в думите ти. А когато пациентът е вникнал в тях, лечението му е успешно. Тази емпатия обаче си има цена и понякога лекарят я заплаща прескъпо, ако не намери подходящ отдушник за емоциите си.

- На фона на всичките Ви задължения и работа, остава ли Ви свободно време за себе си и как предпочитате да го прекарвате?

- Свободното време е лукс за един млад лекар, но все пак от време навреме мога да избягам. Обичам планината. През зимата карам ски, а през последните години наблягам на ски туринга, особено до Черни връх след работа. Доставка ми доставяше дачета, през годините сменям жанровете. Сега съм се „запалил“ по фантастика и фентъзи. Покрай работата ми в COVID отделение и мисията в Мали, инфекциозните болести също ми станаха хоби, което обаче, оказа се, и работа.

Интервю на Милена Енчева



БОЖИДАР-АДРИАН СТЕФАНОВ: РАЗРАБОТВАМЕ КЛЕТЪЧНИ ТЕРАПИИ ДА ИЗПЪЛНЯВАТ ФУНКЦИИ БЕЗ ЕСТЕСТВЕН ЕКВИВАЛЕНТ - ПЕРСОНАЛИЗИРАНАТА МЕДИЦИНА ВЕЧЕ Е НА ХОРИЗОНТА

- Г-н Стефанов, казвате, че след успеха в модифицирането на човешки Т-клетки в борбата с рака, следва ниво на клетъчните терапии, при което клетките от пациентите вече да бъдат така „програмирани“, че да разширят своите функционалности, извън биологично присъщите им. Бихте ли разяснили какво означава това?

- Има се предвид, че Т-клетките биват модифицирани чрез технологията наречена хиерен антигенен рецептор (CAR) за борбата с ракови заболявания, но това се случва благодарение на наличната биологична функция на тези клетки – например способността им да неутрализират ракови клетки, ако ги разпознаят, и този рецептор води до подобряване на разпознаването на определени антигени, но не и генерално препрограмиране на имунните клетки от пациента и създаването на нови биологични функции. И докато това все пак е страхотен успех, следващото ниво предполага да навлезат по-универсални типове клетки и използването на по-широка гама от функционални елементи от синтетичната биология. Тоест – клетъчните терапии да могат да се прилагат спрямо състояния, при които няма естествени функционални еквиваленти и това да става въз основа на генерализирани клетъчни популации, а не от всеки пациент индивидуално да се добиват и модифицират клетки за неговата терапия, което пък и ще позволи този тип терапии да навлязат по-масово.

- Прокрадва се надеждата, че изключително широк спектър заболявания могат да

Божидар-Адриан Стефанов завършва немската гимназия в София, след което заминава да учи молекулярна медицина в Констанц – Германия. Има магистърска степен от Швейцарския технологичен институт в Цюрих (ETH Zurich). От няколко години е и докторант във филиала на университета в Базел. Научните му интереси са насочени към разработването на метод, който използва топлината като начин за въздействие на човешките клетки, така че те да изпълняват нови функции. Технологията, която младият български учен и неговите колеги откриват, може изцяло да промени досега познатата ни терапия на метаболитните заболявания.

Специално за читателите на в-к „Quo vadis“ от Цюрих разговаряме с Божидар за иновативните технологии, новите хоризонти в медицината и как се „прави“ наука.



Резултатите от последния му проект са публикувани в престижното научно списание Advanced Science

пептични протеини от специални тет-промотори, когато биват изложени на температури от 38 до 40°C. Голямото предимство на нашата система спрямо предишните разработки, например базирани на промотори за температурен шок, е, че не изисква болезнени температури за контролиране на импланта. Нашата система беше използвана за производството на инсулин от този подкожен имплант, а количеството инсулин се управлява чрез електронна затопляща пластина, която се поставя върху кожата над импланта, за да повиши неговата температура. Използвахме електронно устройство, защото в най-добрия случай може да има комби-

- С цялата условност на въпроса, може ли да се прогнозира кога Вашият иновативен подход ще стигне до пациента, макар и не в неговия масов вариант?

- Технологията на клетъчните импланти е твърде нова, за да може да се прогнозира адекватно, затова може да е след 5 години, или пък след 20. Реално според мен важното в случая е да не се избързва и да се гарантира сигурността, тоест първо технологията да мине обстойно през всички съответни стъпки и клинични изследвания и да се установи дали и под каква форма тя би се прилагала оптимално в масовата практика. В крайна сметка, както в началото на разговора казахме, модифицирани клетките от пациентите вече се използват за клинични терапии, което според мен показва, че е въпрос на време и допълнителни проучвания.

- Г-н Стефанов, какво е особено необходимо, за да се „прави“ наука?

- Преди всичко всеотдайност от страна на учените, но освен това голяма доза реализъм в очакванията – все пак обикновено не се получава от първия опит и блестящо като по филмите. Но другата съществена предпоставка е наличието на съответното финансиране, било то от държавата или научни агенции, за да може един научен проект да бъде обстойно изследван и в дълбочина и резултатите да донесат съответните обществени ползи. Също така смятам, че е важно да има интерес към науката и от широката общественост за това какви са ползите от нея и като цяло критичното мислене – и по мое лично мнение способността да можеш да признаеш, че си бил в грешка, когато видиш убедителни данни, сочещи към това. Надявам се все повече хора, включително в България, да започнат да осъзнават грешките като възможност да научиш нещо ново и да се подобриш, а не като срам и нещо, което трябва да се скрие.

- Вас какво Ви мотивира, в частност и като екип, да разработвате нови методи за лечение?

- Бих казал множество и разнообразни причини. Разбира се, един от централните и водещи мотиви е желанието да допринесем за подобряването на света и възможностите пациентите да бъдат лекувани най-добре. Но също голяма движеща сила е и надеждата ми, че, чувайки за иновативни методи за лечение, повече хора в България биха се мотивирали и ангажирали с медицинските науки и че развиването на проучванията там ще бъде все по-възможно. Защото нови терапии се създават точно стъпка по стъпка в продължение на години с много труд и постоянство.

Интервю на Георги Радев

волиейно и лесно постижимо. Накратко, предимствата са по-голямата специфичност и възможността да се постигат директни метаболитни ефекти.

- Електричество, светлина, топлина – това ли са бъдещите методи за управление на функциите на клетките? Как става възможно това?

- Синтетичната биология

но, това води до необходимостта клетките да бъдат специално оборудвани с рецептори за тези методи за контрол – например светлина може да бъде използвана за контрол на клетките, експримиращи меланопсин – фотопигментен рецептор, чрез електричество могат да се стимулират клетки експримиращи калциеви канали, зависещи от



първоначално залага на контрол чрез малки молекули, тоест тогава един клетъчен имплант представлява преобразувател на един вид медикамент в друг, за да се избегнат инжекциите. Обаче по този начин остават проблемите свързани с дозиране заради различната бионаличност или пък метаболизирането, което ще доведе до различна активация на терапевтичния клетъчен имплант. Освен това, скоростта също е от значение, а от перорален прием на определена малка молекула минава значително време докато концентрациите в импланта биха достигнали активност – защото например могат да са още по-прецизно насочени към една определена изоформа на определен протеин, или пък директно да заместят в тялото липсващи ензимни или други функции. Освен това с малки молекули е по-трудно да се постигне агонизъм на целеви рецептори, докато с биологичните медикаменти това е доста пра-

напрежението, а пък за температурен контрол вече може да се използва нашият синтетичен транскрипционен фактор.

- Фокусът в работата на Вашия екип е използването на топлина. Разработили сте подкожен имплант. Разкажете ни, моля, повече – при какви заболявания бихме могли да очакваме да бъде използван?

- Идеята в случая е, че топлината е нещо, което, от една страна, може да бъде генерирано по много различни начини, било то от електричество или чрез химични реакции, или пък дори и чрез концентриране на соларна енергия, а от друга страна, хората изпитват допир до умерена топлина върху кожата като нещо приятно. Така че управлението на клетъчни терапии по този начин позволява голяма независимост и комфорт за пациентите. Ние разработихме тет-базиран транскрипционен фактор, който позволява клетките да произведат тера-

пация от например сензор за гликемия, който задава температурата в подкожния имплант. А иначе, тъй като използваме тет-промотори, възможно е практически всеки биологичен медикамент да бъде произведен от температурно контролирания ни подкожен имплант. Това включва например антигени при автоимунни заболявания или пък пептиди за регулация на кръвното налягане.

- На какъв етап са проучванията и експериментите в ETH Zurich?

- Все още на предклиничен етап, но успешни при опити с животни, като бъдещата работа по клиничните изследвания е много сериозна и би била възможна само чрез подкрепата на научни групи, специализирани в клинични изследвания и фармацевтичните компании в Базел. Резултатите, събрани до момента, бяха публикувани наскоро в престижното научно списание Advanced Science.



СЕРТИФИКАТИ ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА)

НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:

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

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

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ: Направете запитване на 0899906644 и quovadis@blsbg.com

QUO VADIS

Редакционен броят е приключен на 27. 04. 2022 г.

Адрес на редакцията:
София, бул. „Акад. Иван Евст. Гешов“ 15,
НЦОЗА Български Лекарски Съюз
Тел.: 359 8 999 0 66 44

Главен редактор: Георги Радев
Репортер: Милена Енчева
Email: quovadis@blsbg.com
Предпечат: Ан-Ди
Експонация и печат: ИПК „Родина 2“

Редакцията на в. „Quo vadis“ не носи отговорност за достоверността на публикуваните на страниците на вестника обяви.

ОСЪЖДАМЕ ПОРЕДНИЯ СЛУЧАЙ НА АГРЕСИЯ НАД ЕКИП НА СПЕШНА ПОМОЩ - ХАСКОВО

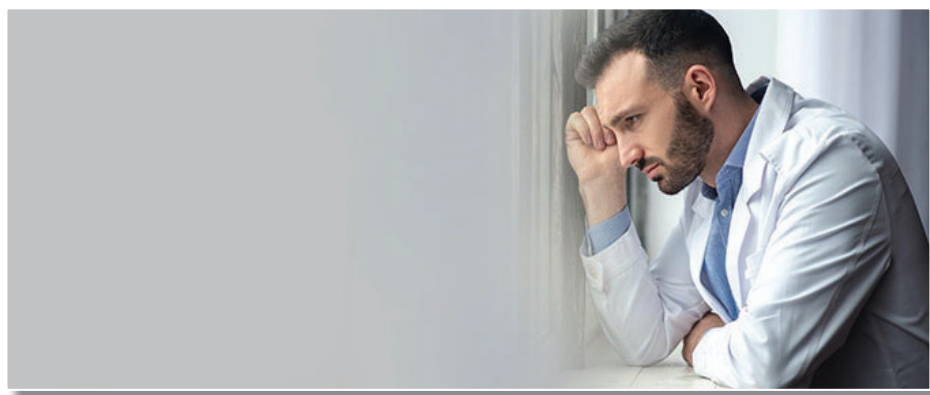
7 април 2022 г.

Български лекарски съюз осъжда поредния случай на агресия над медицински лица и изразява своята подкрепа към екипа от Спешна помощ Хасково - д-р Сибил Шабан и медицинската сестра Мариана Атанасова. Екипът се е отзовал на адрес в помощ на пострадало лице и в

замяна е станал обект на физическа и вербална агресия от близките.

Случилото се е поредната проява на осъдително и неприемливо отношение. Независимо от трудните условия на работа, в които са поставени всички заети в сектора, всяко едно медицинско лице е избрало професията за свое призвание. Припомняме, че БЛС

разкри денонощен телефон 02/ 9 07 07 07 за подаване на сигнали при упражнена агресия над лекари и специалисти по здравни грижи. Те ще бъдат незабавно предавани до Главния прокурор, съгласно подписаното на 14.01.2020 г. споразумение между БЛС, МЗ и Прокуратура на Република България.



ЮЕМФ С ЕДИНАДЕСЕТИ МЕЖДУНАРОДЕН МЕДИЦИНСКИ КОНГРЕС

Югоизточно европейски медицински форум (ЮЕМФ) възобновява своята международна дейност и ще проведе своя XI международен медицински конгрес в Р България, гр. Пловдив

и гр. Смолян, в периода 7-10 септември 2022 г.

Конгресът ще се проведе под егидата на Министерство на здравеопазването и с подкрепата на общинските администрации в гр. Пловдив и Смолян. Конгресът ще кандидатства за акредитация от Европейския акредитационен съвет за непрекъснато обучение по медицина (ЕАССМЕ). Цялата информация за събитието ще бъде публикувана на интернет страницата на организацията www.seemf.congress.com. Официални езици: български, английски и руски език.

Подобна информация за конгреса, основните теми, мястото на неговото провеждане, условия за настаняване и регистрация на участниците ще бъдат обявени на интернет страницата на ЮЕМФ.

Регистрацията на участниците ще се извършва онлайн на интернет страницата на ЮЕМФ www.seemf.congress.com.

Всеки регистриран участник ще може да приложи резюмето на своята презентация, която ще бъде публикувана в научното издание на форума.



ВАКСИНАЦИОНЕН КАЛКУЛАТОР ЗА COVID-19

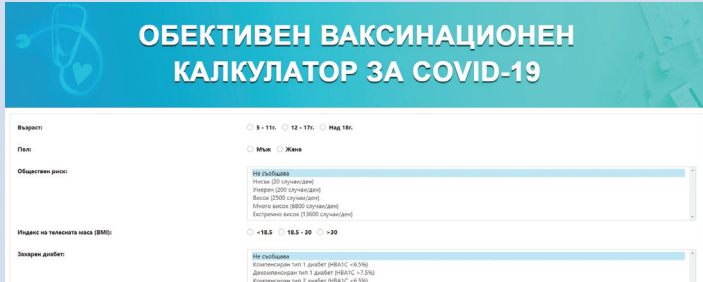
Специалисти разработиха ваксинационен калкулятор, съобщава medicalnews.bg. Той е достъпен свободно на сайта Българския лекарски съюз, а негови автори са д-р Георги Димитров, д-р Трифон Вълков, д-р Димитър Димитров, д-р Тома Томов и проф. д-р Радка Аргирова.

Калкуляторът улеснява медиците, прилагащи ваксините срещу COVID, като изчислява коя е най-подходящата вакцина за техния пациент спрямо различни индивидуални показатели. Сред тях са, освен възраст и пол на желаещия да се ваксинира, така и евентуално наличие на

съпътстващи заболявания като хронична бъбречна недостатъчност, онкологично заболяване, наличие на имунен дефицит и други.

„Поради това, след проведена среща в Министерски съвет и с подкрепата на БЛС, решихме, че създаването на „Обективен ваксинационен калкулятор“ е належащо. Такава дигитална уеб базирана платформа

предоставя възможността за бърза индивидуална оценка по отношение на критериите както при здрави хора, така и при пациенти с различни придружаващи заболявания. По този начин целият процес се автоматизира и лекарят получава най-релевантната препоръка за съответния пациент за по-малко от минута време“, поясни д-р Димитров.



Д-Р МАДЖАРОВ:

ЗАДАЧАТА НИ Е ДА ПОДСИГУРИМ ДОХОДИТЕ НА ЛЕКАРИТЕ И ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Задачата, която стои пред нас в момента, е да подсигурием заплащането и доходите на българските лекари и специалисти по здравни грижи. Това е особено важно, за да могат те безболезнено да преминават от извънредно положение, при което имаше допълнителни плащания, към заплащане за извършена дейност. Това заяви председателят на БЛС д-р Иван Маджаров по време на брифинг на здравните власти в Министерство на здравеопазването.

„Ние съзнаваме и многократно предупреждавахме, че към настоящия момент имаме плащания, свързани с извънредното положение, които до този момент осигуряваха до голяма степен „фонд работна заплата“ в цялата здравна система“, продължи д-р Маджаров.

Председателят на БЛС беше категоричен, че предложените цени за дейности от съсловната организация, които се обсъж-



дат по време на текущите преговори, целят именно компенсиране на тези плащания след отпадането им, както и полагане на първи стъпки към преодоляване на кадровата криза в сектора.

„С подписването на Анекса към НРД 2020-2022 поставяме началото на дългосрочна стратегия, с която България трябва да се справи с кадровата криза в сектора“, коментира още д-р Маджаров.

ИНСТИТУЦИИ И ЕКСПЕРТИ ТРЯБВА ДА СЕ ОБЕДИНЯТ, ЗА ДА СЕ ДИГИТАЛИЗИРА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ПО ОПТИМАЛЕН НАЧИН

Институции и експерти трябва да се обединят, за да се дигитализира системата на здравеопазването по оптимален за България начин. Около тази идея се обединиха участниците във форум, посветен на дигитализацията на сектора, организиран от Българския клъстер за дигитални решения и иновации.

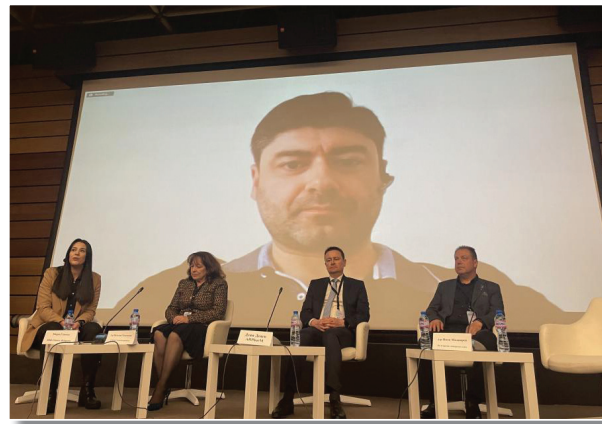
Към момента се наблюдава желание от страна на управляващите максимал-

но бързо да се осъществи дигитализацията, но проблемът е, че в такъв процес са много важни дребните подробности, които съпътстват софтуерните и нормативните промени, каза председателят на Българския лекарски съюз д-р Иван Маджаров.

Дигитализацията няма да е свързана само със засилване на контрола на процесите в системата, а ще има и база данни, която ще ни позволи да се

вземат адекватни решения, допълни той. Когато се говори за дигитализация и реформи, трябва да обсъдим проблема върху каква кадрова среда ги прилагаме, каза още той.

Ние сме в критичната точка на кадровата среда и нямаме полезен изход, ако в близките година-две държавата не предприеме мерки за справяне с кадровия дефицит, добави д-р Маджаров. В отговор на въпрос дали телемедицината може да помогне за по-добра грижа в контекста на липсата на персонал д-р Маджаров посочи, че в момента телемедицината не присъства като приоритетен въпрос. Работният процес сега е насочен към това максимално бързо всички в момента разпокъсани процеси да се включат в един общ информационен продукт, добави той.



Източник: БТА

СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ НА ЛЕКАРИТЕ С АНКЕТА ДАЛИ ДА ОТПАДНЕ ХАРТИЕНАТА РЕЦЕПТА

На сайта на БЛС е публикувана анкета, която проучва нагласите относно идеята за цялостно отпадане на хартиената рецепта.

Над 90% от участниците са „ЗА“ оставането на хартиената рецепта. Това показват резултатите по-малко от 48 часа след началото на допитването.

Към 20.04.2022 г. над 1 100 души са се включили и отговорили на въпроса: *Да отпадне ли изцяло хартиената рецепта заради въвеждането на електронната?*

Да, да остане само електронна - 8%
Не, да останат и двете 92%

Проучването продължава и в следващите дни.

Да отпадне ли изцяло хартиената рецепта заради въвеждането на електронната?

Предвижда се от 1 май 2022 г. да отпадат белите хартиени рецепти и да се въведат задължително само електронни.

Да отпадне ли изцяло хартиената рецепта заради въвеждането на електронната? *

- Да, да остане само електронната
- Не, да останат и двете
- Нямам мнение

СНИМКИТЕ - ОТРАЖЕНИЕ НА ДУШАТА

Психиатърът д-р Нели Стефанова прави красиви кадри с кауза



Снимките отразяват душата на снимачия. Зад това твърдение плътно застава психиатърът д-р Нели Стефанова. Не нарича себе си фотограф, защото не е учила фотография и не си служи с професионална техника.

Заради нестандартния ѝ ракурс и око за красивото, снимките ѝ предизвикват сериозен интерес. Логично продължение на това се отразява в самостоятелна изложба под надслов „България е в малките ми дни...“. Събраните средства отиват за благотворителна кауза в подкрепа на Медицински университет – Плевен.

Да избереш психиатрията преди медицината

Д-р Стефанова е сред лекарите, които избират да учат медицина заради определена специалност. По думите ѝ причината да избере психиатрията е по-скоро нерационална.

„Причината да искам да стана психиатър вероятно се корени в художествената литература или във филмовото изкуство. Допускам, че става въпрос за романи като „Пилето“, „Нежна е нощта“ или за филми като „Полет над кукувиче гнездо“. Наистина това е ирационална причина, чисто емоционална и много се радвам, че тогава не съм имала рационални мотиви да уча медицина и психиатрия, а именно емоциите са предопределили избора ми“, признава тя.

Завършила Медицински университет – Плевен, д-р Нели Стефанова започва първата си работа в Държавна психиатрична болница в гр. Бяла. След това се мести в тази в Карлуково, където придобива специалност.

От 2004 г. насам е управител на медицинския център в Долна Митрополия, където работи и като амбулаторен психиатър, като в същото време е и началник на отделение в ДПБ Карлуково.

Психиатричната помощ в България - очаквания срещу реалност

Причината д-р Стефанова да работи на толкова много места се корени основно във всеизвестния факт, че кадри липсват във всяко звено на медицината, като психиатрията не прави изключение.



Друг голям проблем по думите ѝ е кризата в българското общество – абдикирането от отговорност и липса на подкрепа от страна на близките изисква от нея и от колегите ѝ много често да работят и извън чисто медицинската дейност.

„Голяма част от психично болните се нуждаят по-скоро от социална и семейна подкрепа. По-големият проблем за нас е какво да правим с пациента след като го стабилизираме и той трябва да бъде изписан. Това е една огромна пропаст, заради която трябва да решаваме проблеми, които не би трябвало да са наша грижа“, признава психиатърът.

Визия пред младите?

Д-р Нели Стефанова твърди, че нейната специалност не е привлекателна сред младите хора по много причини.

„Младите хора са много по-нетърпеливи. Те искат, ако решат нещо днес, до довечера то да е станало. Очакват бърза възвръщаемост на инвестициите. Не говоря за инвестициите като средства, а за труда, който ще вложат. При психиатрията, за разлика от специалности като хирургията и кардиологията например, не може да завършите и да започнете работа, с която да изкарвате пари, с които да живеете нормално веднага. В същото време специалността е особено изпепеляваща и не всеки би могъл да я понесе“, признава д-р Стефанова.

По думите ѝ младите хора имат нужда от ясна визия за това какво да очакват.

„Няма никаква рамка, която човек знае, че спазвайки я, ще постигне първо, второ и трето. Именно това нещо кара младите хора като си вземат дипломата, да си стегнат куфарите. В момента, в който един завършил лекар разбере, че няма да може да започне да специализира и да работи по специалността си веднага, а трябва да помага на някой общопрактикуващ лекар или да дава дежурства, където намери, той се отправя някъде другаде по света, където тази възможност му е гарантирана“, разяснява лекарят.

Снимането като начин да изразиш себе си

Д-р Стефанова многократно подчертава, че не определя себе си като фотограф, защото не снима с професионална техника, а с телефон и за нея именно в това се крие очарованието.



Тя започва да снима активно заедно със съпруга си, който също е психиатър едва когато и двамата могат да си позволят да пътуват активно.

„Имах един момент, в който си дадох сметка, че когато разглеждаме това, което сме снимали, преживяванията ни се връщат. Удивителна е способността на човешкия мозък да си спомня предимно хубави неща“, пояснява д-р Стефанова.

Междувременно тя започнала да получава отзиви за своите кадри, което я накарало да стане още по-прецизна със снимането и дори вече заедно със съпруга си определят дни, които специално да посветят на това си хоби.

„Веднъж казах на съпруга си в никакъв случай да не ме пуска, ако реша да се запиша на курс по фотография. Защото, ако започна да се съобразявам с това как трябва да изглежда една снимка спрямо правилата на фотографската професия, това ще ограничи въображението ми“, казва лекарят.

„Аз обичам детайлите. Обръщам голямо внимание на геометрията в снимките. Както един приятел се шегува: „Ако една снимка е крива, това е престъпление срещу човечеството“. И тук не говорим за снимка, която е с нестандартен ракурс, а снимка в която липсва идея при позиционирането“, пояснява лекарят.

Планината като вдъхновение

България е особено интригуващо

място за д-р Стефанова и дори обикновените обекти, които снима, в контекста на красивата природа, придобиват необикновени измерения.

Самата тя намира всяко кътче в страната за очарователно, но най-голямата магия открива в планината.

„Това е нашето място за презареждане, за заземяване. Заедно със съпруга ми отиваме там, за да ограничим стреса и напрежението. Понякога просто вървим сами в планината и си мълчим. Това е усамотяване с природата, което ни е абсолютно необходимо. Не е задължително да е високо в планината, но определено нашето най-любимо място са Родопите. Аз навсякъде се чувствам добре, много съм благословена затова, че навсякъде ми харесва, но усещането от Родопите е съвсем друго. Като на принадлежност - аз ѝ принадлежа - не тя на мен, а аз на нея“, казва д-р Стефанова.

Между психиатрията и фотографията

По думите на лекаря, психиатрията и фотографията в живота ѝ нямат пресечна точка, защото двете вървят паралелно едно до друго - не се пресичат и не се разделят.

„Имах идея да подбера за кабинета ми няколко снимки, които да послу-

жат с терапевтична цел. Например да поставя снимка, в която има едва пробил в снега цвят и до нея друга, на която същото това цвете е снимано след няколко месеца, като на него вече има кацнала пеперуда. Посланието ми щеше да бъде: „Ако издържиш снега, може да дочакаш и пеперуда“, пояснява психиатърът.

Според нея именно фотографиите са още един път, чрез който можеш да достигнеш до пациента и не е случаен фактът, че сред лекарите има толкова много любители фотографи.

Изложба с кауза

Първоначално д-р Стефанова публикува своите снимки в социалните мрежи. Там те се радват на огромен интерес. Сред последователите ѝ е и кметът на Плевен – Георг Спартански, който убеждава психиатъра да изложи своите кадри.

„Първоначално не мислех, че ще го направя, защото съм много самокритична и нямам това самочувствие. В крайна сметка обаче кметът бе наистина много настоятелен и търпелив, а и други приятели ме окуражаваха, че кадрите си струва да се покажат“, пояснява лекарят.

Първоначално д-р Стефанова прави благотворителна разпродажба на свои снимки в медицинския център в Долна Митрополия.

„Снимките имаха за цел от една страна да „разчупят“ малко чакалните на медицинския център - докато чакаш хората да разглеждат снимки. От друга страна, реших със събраните средства от разпродажбата да подпомогнем лечебното заведение в началото на пандемията, когато имаше нужда от много неща“, признава психиатърът.

По думите ѝ възможността да даряваш е особена привилегия.

„Ако си в състояние да даряваш, това говори за една определена емоционалност и един определен имуществен статус“, казва тя.

А разпродажбата на снимките в медицинския център се явява генерална репетиция за първата изложба на д-р Стефанова, чиято основна цел е да се съберат средства за Медицинския университет в Плевен, където се случва пожар.

„Видях призива на професор Димитров за даряване на средства. Това поддейства като експлозия в ума ми. Казах си: Ето това е нещото, което ще направя с удоволствие“, признава психиатърът.

Следват 2 месеца труд, напрежение и въодушевление изложбата става факт, а благодарение на нея д-р Стефанова се среща с много хора, които истински оценяват творчеството ѝ.

„Там наистина бяхме хора с еднаква визия за нещата и мисля, че присъстващите получиха естетично удоволствие. Снимките се продадоха бързо, главно заради каузата. Това ми донесе оптимизъм, че нещата могат да се случват, както и убеденост, че да принадлежиш към тази група хора, които са благословени да бъдат дарители, е привилегия!“, признава лекарят.

Това ѝ дава увереност да продължи да снима с цел изложба, като вече планира следващата си такава през есента, където ще покаже всички красиви спомени от лятото.

И тъй като не вижда себе си като професионален фотограф, не смята да печели от продажбата на снимките. Събраните средства отново ще отидат за кауза, в която психиатърът вярва, защото за нея е особено щастие да можеш да даряш.

Материалът подготви
Милена Енчева

РАЗКАЖЕТЕ НИ ЗА ВАШЕТО ХОБИ:
quovadis@blsbg.com ИЛИ 0899906644.