

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

НЕДОСТИГЪТ НА КАДРИ КОЛКО СЕРИОЗЕН Е ПРОБЛЕМЪТ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ



Продължаваме темата от бр. 4. и 5. за кадровата обезпеченост в здравеопазването у нас. В настоящия брой на фокус е специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП).

Сред клиничните специалности, които се открояват като най-засегнати от липсата на лекари, са педиатрията, пневмологията и фтизиатрията, както и специалистите в клинична лаборатория.

Специалистите в СИМП са крайно недостатъчно в по-малките населени места за



Д-р Валери
Веселинов



Д-р Галия
Андреева

сметка на областните градове, където има медицински учебни заведения. Често се налага пациенти да пътуват с километри, за да бъдат прегледани на кабинет или в крайна сметка постъпват в болница, прибегвайки до хоспитализация, която не е наложителна. Според специалисти, развиващи се в СИМП, това звено на здравеопазването е подценявано и negliжирано.

Какви са основните трудности, които срещат лекари, избрали да работят на кабинет и колко сериозен е проблемът, когато става дума за СИМП – разговаряме с д-р Валери Веселинов и д-р Галия Андреева.

На стр. 6, 7

Д-Р ХРИСТИНА ХРИСТОВА



ИДЕАЛИСТ СРЕЩУ СТАТУКВОТО

На стр. 4

ПРОФ. РАДОСТИНА АЛЕКСАНДРОВА



ПО ТЕМАТА: МАЙМУНСКА ШАРКА

На стр. 8

- Настояваме за незабавни действия по случая с проявена агресия над медици
- За здравеопазването трябва надпартиен консенсус
- БЛС подкрепя исканията на лекарите от РЗОК и НЗОК за по-високи заплати
- Поредна инициатива в подкрепа на кампанията „За децата на героите в бяло“

На стр. 2-3

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 предписане. КХП 24118/06.11.2013
За пълна информация:
Бул. Шипченски проход 9, ет. 5, офис 11, 1111 София
email: boiron.bulgaria@boiron.bg

ПОБОЙ НАД ЛЕКАР И ПОГРОМ В СПЕШНА ПОМОЩ – САМОКОВ

Отново агресия над лекар и медицински персонал. Близки на починал пациент атакуваха Центъра за спешна помощ в Самоков, съобщава samokovest.com. Нападнат е лекар, който е успял да се барикадира заедно с медицинска сестра в една от стаите.

53-годишният пациент, който е починал, е докаран от близките си в състояние, несъвместимо с живота. Бил е с тежък диабет и белодробен оток.

Лекарят в спешния център е извикал двама негови колеги от болницата, включително реаниматор. На пациента са направени множество изследвания и пълен обем реанимационни действия, но състоянието му е било критично, казват медиците.

След като е станало ясно, че той е починал, негови роднини и близки са нахлули в болницата в града. Дежурният лекар е бил ударен, а обект на агресията са били и медицински сестри, и фелдшер. За да се спаси от агресивните нападатели, екипът се е барикадирал до идването на полицията.

Целият филиал е изчупен – апаратура, ампули, столове, изкъртени са 3 врати. Три патрулни коли на полицията са се отзовали на място, опитали са и тях да нападнат, разказват свидетели.

Пристъпило се е към засилено полицейско присъствие, като освен екипите на МВР-Самоков са включени и техни колеги от близки районни управления.

Камери са заснели случая. Задържани са синовете на починалия.

След инцидента две фелдшерки и една медицинска сестра са депозирали молби за напускане, съобщава д-р Ивалина Трендафилова, отговорник на филиала в града. Битият лекар е в отпуската по болест.

Районният съд в града наложи най-тежката мярка за неотклонение на 32-годишния Иво Петров, позовавайки се на свидетелски показания, видеозаписи и разпознаване, че именно



Източник: samokovest.com

особена дързост.

И двамата ще обжалват мерките си за неотклонение чрез адвокатата си Аделина Наташа, която определи мерките като „абсурдни“.

„Законодателят предвижда такава възможност за изготвяне на споразумение и одобряването му от съда, но при положение, че са извършени всички действия по разследването. Дори да има изявление на обвиняемите, че се признават за виновни, те трябва да бъдат подкрепени от всички доказателства. Така че по делото трябва да се извърши обективно и всестранно разследване“, заяви Ваня Панева, районен прокурор на Самоков.

И според съда признаването на вина на този етап не е достатъчно основание за определяне на по-лека мярка. Според доказателствата при задържането обвиняемият Иво Петров се е държал грубо дори с полицаите, скъсал е бележниците си и е избягал. Брат му Янко обаче не бил агресивен и съдът прецени, че може да бъде под домашен арест.

Съдебният състав прие, че с поведението си в събота вечер, когато двамата са разбили вратата на Спешния център и са нападнали медиците, Иво и Янко са попречили други хора да получат навреме медицинска помощ. Това според съда подкрепя тезата на обвинението, че двамата са обществено опасни.

Решението може да бъде обжалвано пред Окръжен съд – София.

той е ударил по главата д-р Любомир Ал – Хакак и е блъскал по вратата на Центъра за спешна медицинска помощ в Самоков. Брат му Янко Петров ще е под домашен арест.

Според съда, на този етап разследващите са събрали достатъчно доказателства и по двете обвинения – за нанасяне на лека телесна повреда на лекар по време на работа и за хулиганство с

РЛК - ВЕЛИКО ТЪРНОВО ОТДАДЕ ПОЧИТ ПРЕД ДЕЛОТО НА Д-Р ДИМИТЪР МОЛЛОВ

9 юни 2022 г.

За дванадесета поредна година РК на БЛС – Велико Търново, съвместно с Община Елена поднесе венци и цветя на бюст-паметника на д-р Димитър Моллов в неговото родно село Беброво, общ. Елена. Да отдадат почит пред делото на великия българин бяха д-р Христо Димитров, д.м. - председател на лекарската колегия във Велико Търново, заместник-кметът на община Елена г-н Йордан Димитров, кметът на с. Беброво г-н Николай Колев, наследникът на Молловия род – Димитър Моллов, жители и гости на селото.

Д-р Димитър Петров Моллов е съосновател и пръв председател на Български лекарски съюз (1901 г.). През периода до 1947 г. се приемат много важни правила за практикуването на лекарската професия, морално - етични норми и финансови взаимоотношения между лекар и пациент. Членството в този период е било задължително. Поради липса на министерство на здравеопазването по това време, БЛС дори определя здравната политика.

Д-р Димитър Моллов е положил основите на Александровската болница в София. На базата на Временните правила за устройството на медицинското управление на Република България непосредствено след Руско-

турската освободителна войната, с писмо за откриване на Първостепенните окръжни болници през м. юни 1879 г. са открити болниците във Видин, Велико Търново, Варна и Елена. Създал първата химическа лаборатория към Върховния медицински съвет.



БЛС ПОДКРЕПЯ ИСКАНИЯТА НА ЛЕКАРИТЕ ОТ РЗОК И НЗОК ЗА УВЕЛИЧЕНИЕ НА ЗАПЛАТИТЕ

16 юни 2022 г.

На свое заседание УС на Български лекарски съюз взе следното решение:

БЛС подкрепя справедливите искания на колегите, работещи в РЗОК и НЗОК. Оценка за труда им е оскърбителна и показва непознаване на отговорностите, които носят. Заплащането им не отговаря по никакъв начин на огромното натоварване, на което са подложени.

Наред с необходимостта от увеличение на заплатите, от БЛС сме на мнение, че е необходимо реформиране и рационализиране на щата в РЗОК в страната, оптимизиране и улесняване на процесите на работа на колегите, работещи в тези структури. Решаването на проблема не минава през назначаването на стотици нови служители, на обидно ниски заплати. Подобна стъпка няма да доведе до по-добра организация на работа и няма да удовлетвори работещите там, а напротив - ще утежни и без това тровавата структура.



ЮЕМФ С ЕДИНАДЕСЕТИ МЕЖДУНАРОДЕН МЕДИЦИНСКИ КОНГРЕС



Конгресът ще се проведе в „Конгресен център“ – Международен панаир гр. Пловдив. Осигурена е възможност за настаняване на атрактивни цени в няколко хотела в гр. Пловдив и Смолян.

Цялата информация за форума – регистрация и хотелско настаняване ще е достъпна на сайта на Югоизточно Европейски Медицински Форум: www.semfcongress.com.

След близо двегодишно прекъсване, дневният ред на Конгреса интегрира дискусия за неизбежните последици на коронавирусната инфекция във всички аспекти на медицината.

Научната програма е интердисциплинарна и включва различни аспекти на клиничната медицина.

ОСНОВНИ ТЕМИ НА КОНГРЕСА:

- ИНФЕКЦИОЗНИ БОЛЕСТИ;
- КАКВО ПРИЧИНЯВА COVID – 19.

ОТВЪД НАУКАТА;

- КАРДИОЛОГИЯ;
- COVID - 19 СЪДОВА ТРОМБОЕМБОЛИЧНА БОЛЕСТ;
- ОНКОЛОГИЯ;
- ТРАВМА, ХРОНИЧНА БОЛКА, СПЕШНА МЕДИЦИНА

КРЪГЛА МАСА: ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ - НАЦИОНАЛНИ, РЕГИОНАЛНИ И ЕВРОПЕЙСКИ ПРИОРИТЕТИ.

Конгресът ще се проведе с подкрепата на Министерство на здравеопазването и с участието на видни представители и ръководители на Световната Медицинска Асоциация, Европейският Форум на Медицинските Асоциации, Постоянният Комитет на Европейските Лекарски и други.

Югоизточно европейски медицински форум (ЮЕМФ) възобновява международната си дейност и ще проведе своя Единадесети международен медицински конгрес в Република България, гр. Пловдив и гр. Смолян, в периода 08-11 септември 2022 год.

„БЛАГОРОДНИ СЪРЦА СЪС ЗОНТИАНСКИ ДУХ“ ОТНОВО ПОДКРЕПИ „ЗА ДЕЦАТА НА ГЕРОИТЕ В БЯЛО“

Благотворителен концерт под надслов „БЛАГОРОДНИ СЪРЦА СЪС ЗОНТИАНСКИ ДУХ“ събра плеяда от изпълнители, сред които Маги Джанаварова, Хор „Гласовете на Орфей“, Хор „Родина“, Балет от Националното училище за танцово изкуство, Самуел Соломон, Георги Петров, Мадлен Томова, Sweet Teens и други. По волята на организаторите - Ареа 05, Дистрикт 30, Зонта Интернешънъл, част от събраните средства за втори път ще бъдат дарени за кампанията на Български лекарски съюз „За децата на героите в бяло“. Инициативата е създадена, за да помага на децата на медиците, починали от Covid-19. Другата кауза, която ще бъде подкрепена със събраните от концерта средства, е за децата - жертви на войната в Украйна.

Благодарим на всички дарители, фирми и частни лица, които протегнаха ръка в тежък момент.



Кампанията остава отворена и всеки, който желае да се включи:

Титуляр: **Български лекарски съюз**

Банка: **УниКредит Булбанк АД**

IBAN: BG55UNCR70001523991300

BIC: UNCRBGSE, Основание: МЕДИЦИ COVID-19

IN MEMORIAM

БЛС ИЗКАЗВА СЪБОЛЕЗНОВАНИЯ НА СЕМЕЙСТВОТО И БЛИЗКИТЕ НА Д-Р ПЕТЪР ВЕЛИКОВ



14 юни 2022 г.

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството и близките на многоуважаемия лекар и приятел - д-р Петър Великов, ортопед - травматолог в болницата в гр. Добрич.

С огромна болка и прискъръбие посрещнахме новината за смъртта на нашия колега.

На 67-годишна възраст ни напусна изключителен лекар и човек, посветил целия си професионален път на пациентите от Добрич и областта.

Мъката е непреодолима, а загубата е за всички нас!

Поклон пред паметта му!

БЛС НАСТОЯВА ЗА НЕЗАБАВНИ ДЕЙСТВИЯ ОТ СТРАНА НА ПРОКУРАТУРАТА ВЪВ ВРЪЗКА С ПРОЯВЕНАТА АГРЕСИЯ НАД МЕДИЦИ В САМОКОВ

4 юни 2022 г.

Български лекарски съюз ще сезира Прокуратурата на Р България и настоява за незабавни действия от страна на компетентните органи заради упражнената агресия срещу медици от центъра за спешна помощ в Самоков.

Подобно поведение е грозно, крайно неприемливо и прекрачва всички граници на нормалността!

Български лекарски съюз е категоричен, че няма да търпи медици да бъдат унижавани, подлагани на тормоз и атакувани, докато се опитват да изпълнят служебните си задължения и настоява законът да бъде приложен с цялата му строгост!

Припомняме, че на теле-



фон 02/ 9 07 07 07 могат да бъдат подавани сигнали за упражнена агресия над лекари и специалисти по здравни грижи. Те ще бъдат незабав-

но предавани на Главния прокурор, съгласно подписаното споразумение между БЛС, МЗ и Прокуратура на Република България.

СЕКТОРЪТ КЪМ ПОЛИТИЦИТЕ: ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ТРЯБВА НАДПАРТИЕН КОНСЕНСУС

21 юни 2022 г.

Здравеопазването трябва да е примерът за надпартиен консенсус и приоритет. Около това мнение за поредна година се обединиха участниците в Четвъртата национална конференция „Заедно за повече здраве“, съобщава medicalnews.bg. Тя събра представители на законодателната и изпълнителната власт, както и на съсловните организации.

Те бяха категорични и че дигитализацията в сектора трябва да е дългосрочна стратегия, която да изсветли процесите в здравеопазването и да е основа при взимането на ефективни управленски решения. Приоритет според тях трябва да е и залагането на критериите за качеството на полагащите грижи за пациентите и прилаганата им терапия.

„Здравеопазването може да е примерът за политическо обединение и надпартиен консенсус“, заяви председателят на Български лекарски съюз д-р Иван Маджаров. „Трябва да се опитаме да внушим на всички в страната, най-вече на политическия елит, че ако около други неща не могат да се разберат, около темата здравеопазване би трябвало да могат и тя да е крайгълният камък в политическите отношения в страната и пример за политическо обединение и надпартиен консенсус“, коментира той, отбелязвайки, че предвид днешната ситуация (конференцията се състои ден преди внасяне на вот на недоверие към кабинета на К. Петков – бел.ред.), трябва да се отдаде значение на думата „заедно“.

Д-р Маджаров коментира и темата за залагане на индикатори за качеството, отбелязвайки, че добрият лекар не би се притеснявал от тях.

Той допълни и че е важно да се убедят както специалистите, така и самите пациенти за ползите от дигитализацията.

Изпълнителният директор на Асоциацията на научно-изследователските фармацевтични компании Деян Денев заяви, че днес надпартият консенсус е още по-необходим. За някои теми и здравеопазването парламентарно мнозинство от 121 депутати не е достатъчно, за да има прогрес и напредък, отбеляза



той. „Инициативата „Заедно за повече здраве“ може да е гарант за постигането на подобни цели, независимо кой е на власт и кой е опозиция“, изтъкна Денев, допълвайки, че за да се постигне резултат, са нужни десетилетия.

„Трябва да бъде отчетен фактът, че пандемията оказва негативно влияние на някои сегменти на здравната система, свързани с високата прекомерна смъртност и изоставането в лечението на хронично болните пациенти. Редица данни и анализи сочат, че покачането на цените на горивата и породената инфлация във всички сфери изправя здравната система и в частност лечебните заведения, пред невъзможност да покриват разходите си. Необходимо е да бъдат осигурени допълнителни инвестиции, за да се осигури адекватна медицинска помощ за пациентите и достойно заплащане на лекарите. В същото време, вследствие на войната в Украйна и пристигналите в България хиляди бежанци, е необходимо да бъдат осигурени допълнителни инвестиции за оказването на нужните им здравни грижи“, допълни още Денев.

Мира Ганова, изпълнителен директор на Български клъстер за дигитални решения и иновации в здравеопазването (Digital Health and Innovation Cluster), бе категорична, че дигиталната трансформация на сектора не трябва да е проект, а еволюционен процес и дългосрочна стратегия. За тази цел обаче, изтъкна тя, е нужна политическа воля извън мандата на едно правителство и държавата да се ангажира сериозно с това да дефинира рамка за секторно развитие на дигиталното здравеопазване.

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ: 63% ОТ ЛЕКАРИТЕ У НАС СА НАД 50-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

7 юни 2022 г.

„Дълги години специалисти ни убеждаваха, че в България не само има достатъчно лекари, но и дори в сравнение с европейските държави са повече на глава от населението. Никой не обръщаше внимание на възрастовата структура и перспективата в следващите 5, 10, 15 години. Сега, когато вече е късно, трябва да си признаем: в България вече няма лекари. Само на нас ни се струва, че има. Няма и медицински сестри. В следващите две години няма да има никакви, защото медицинските сестри в своята масовост са над 60-годишна възраст“, коментира председателят на БЛС д-р Иван Маджаров по време на дискусиата „Болнична помощ след COVID-19 – шанс за трансформация“ организирана от Българска болнична асоциация и Investor Media Group.

Той съобщи, че към момента лекарите в България са 31 356, от които 63% са над 50-годишна



възраст. Средната възраст на лекарите е 53 години.

„Само след 10 години 60% ще са в пенсионна възраст. Ако следвахме инфлацията и повишавахме цените както трябва, сега щяхме да повишим цените само с 10%. В момента медицинските дейности имат нужда от повишаване със 100% на цените, за да покрием нещо от това, което практически сме загубили през годините“, допълни д-р Маджаров.

БЛС ДО НЗОК: НЕСЪОТВЕТВИЕТО НА ДАННИ, ПОСТЪПИЛИ В НЗИС И ТАКИВА ПОДАДЕНИ В МЕСЕЧНИТЕ ЕЛЕКТРОННИ ОТЧЕТИ НА ЛЕКАРИТЕ КЪМ НЗОК, ДА НЕ СЕ СЧИТА ЗА ОСНОВАНИЕ ЗА ОТХВЪРЛЯНЕ НА ЗАПЛАЩАНЕ НА ОТЧЕТЕНА И ИЗВЪРШЕНА ДЕЙНОСТ ЗА МЕСЕЦ ЮНИ

20 юни 2022 г.

ДО
ДОЦ. ВАСИЛ ПАНДОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА НС НА НЗОК

ДО
ПРОФ. ПЕТКО САЛЧЕВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК
УВАЖАЕМИ ДОЦ. ПАНДОВ,
УВАЖАЕМИ ПРОФ. САЛЧЕВ,

Съгласно § 97. ал.1, т.1 от Договор РД-01-04-13 от 29.04.2022 г. за изменение и допълнение на НРД за медицински дейности 2020-2022 г., изпълнителите на извънболнична медицинска помощ от 01.06.2022 г., издават електронно първични медицински документи („Амбулаторен лист“ (бл. МЗ-НЗОК № 1), „Медицинско направление за консултация или провеждане на съвместно лечение“ (бл. МЗ-НЗОК № 3), „Медицинско направление за високоспециализирани дейности“ (бл. МЗ-НЗОК № 3А), „Направление за медико-диагностична дейност“ (бл. МЗ-НЗОК № 4) и „Талон за медицинска експертиза“ (бл. МЗ-НЗОК № 6)) и подават информацията в Националната здравна информационна система (НЗИС).

А от 01.07.2022 г., влиза в сила условието по

§ 44. (нова ал. 9а в чл. 206) от договора, за контрол от НЗОК на съответствието между подадената с електронните отчети на лекарите, работещи в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, оказана медицинска помощ и извършена медико-диагностична дейност с подадената информация към НЗИС.

Както Ви е известно, по независещи от тях причини, изпълнителите на извънболнична медицинска помощ срещнаха съществени затруднения при изпълнение на условията по § 97 ал. 1, т. 1, във връзка с § 45 от договора, за издаване и отчитане на електронни направления и подаване на информацията в НЗИС

Във връзка с изложеното Ви предлагаме само за месец юни 2022 г., при установено несъответствие на данните постъпили в НЗИС и данните от месечните електронни отчети към НЗОК (XML файлове), да не е основание за отхвърляне на заплащане на отчетена и извършена дейност за месеца.

По този начин, ще се избегне създаването на допълнително напрежение при колегите изпълнители на първична извънболнична и специализирана медицинска помощ.

С УВАЖЕНИЕ,

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС

БЛС ЩЕ СЪДЕЙСТВА ЗА ЗАВЕЖДАНЕТО НА КОЛЕКТИВЕН ИСК СРЕЩУ КОМПАНИИТЕ, КОИТО НЕ СА ИЗГОТВИЛИ В СРОК ПРОГРАМНИТЕ СИ ПРОДУКТИ

3 юни 2022 г.

Управителният съвет на Български лекарски съюз взе решение да съдейства за завеждането на колективен иск от името на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ срещу компаниите, които не са изготвили в срок програмните си продукти.

Причината: създалият се хаос в системата, невъзможността колегите, работещи в ПИМП и СИМП да изпълняват своите задължения след 01.06.2022 г. заради напълно блокирана работа с отделните софтуерни програми. Недопустимо е дни

наред български граждани да не могат да получат необходимите им направления за прегледи и изследвания, а лекарите да бъдат подложени на допълнителен стрес и да понасят всички негативи от създалата се ситуация.

БЛС настоява компетентните органи да направят необходимите проверки и да установят кои компании не са изгот-

вили в срок програмните си продукти. Настояваме още и за въвеждането на строг лицензионен режим с ясно разписани отговорности за всички компании, които изработват медицински софтуер.

Български лекарски съюз се обръща към всички колеги, засегнати от проблема, да изпращат своите сигнали за

фирмите, които не са изготвили в срок програмните си продукти до централата на БЛС: гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ 15 или на имейл: blsusb@blsbg.com. Сигналите ще бъдат включени в колективните иски, за чието завеждане Съсловната организация ще съдейства.



ИДЕАЛИСТ СРЕЩУ СТАТУКВОТО

Д-р Христина Христова и мисията ѝ да се бори за по-доброто бъдеще на младите лекари у нас

Тя е сред младите медици, които обичат да инвестират от времето и енергията си там, където виждат смисъл.

В началото на месец май д-р Христина Христова пое поста на секретар към новоучредената младежка секция към Столичната лекарска колегия (СЛК). Заставайки на тази длъжност, тя избира да се бори за по-доброто бъдеще на младите лекари в София.

Завършва медицина в столицата и вече година и половина работи в най-малката общинска болница в града, където специализира кардиология. Признава, че намирането на място, където да продължи професионалното си развитие, се е оказало недотам лесна задача. Това е и един от мотивите ѝ да участва в промяната на статуквото.

Съосновател е и на компания, която улеснява административно релокацията и достъпа до здравни услуги на хора, решили да заживеят в друга държава, а много скоро и осъществяването на планирано лечение зад граница.



Д-р Христова, защо избрахте да се занимавате с медицина и с какво Ви привлича тази специалност?

- За мен медицината беше естествено продължение на това, което учих в училище и към което имах интерес, а именно естествените науки. А от всички тях именно медицината има най-пряко и голямо приложение за повишаването на стандарта на живот. Чрез нея най-лесно можеш да повлияеш на човешкото здраве, което винаги е в основата на качеството на живот.

След първия Ви челен сблъсък с реалността, все още ли Ви привлича тази специалност?

- Определено, въпреки че със сигурност не съм идеалистът, който бях, преди да започна да уча медицина. На този етап идеите и мечтите ми, свързани с професията, са доста по-реалистични.

Защо се насочихте конкретно към кардиологията?

- Кардиологията ми беше интересна още по време на следването, защото срещам трудности с конкретна материя – а именно електричеството в човешкото тяло. Така съм устроена – когато нещо ми се струва лесно, спира да ми бъде любопитно. В същия момент, когато нещо ми е по-трудно, насочвам интереса си именно там.

В началото на м. май бяхте избрана за секретар на Младежката секция към СЛК. Какви ще бъдат Вашите основни функции там и какви цели си поставяте?

- Функциите ми ще бъдат организационни. Като

секретар моята задача е да осъществявам връзката между членовете на управителния съвет за постигането на нашите цели и представянето им пред обществото като реализирани идеи. Моите цели са свързани с оптимизирането на процесите в здравеопазването, което се превърна и в лийтмотив на моята работа като лекар.

Кои са процесите, които спешно трябва да се оптимизират според Вас?

- Младежката секция се създаде заради крещящата нужда от предоставянето на повече възможности за развитието на младите лекари. По една или друга причина моменталното започване на специализация у нас е изключително затруднен процес. Младият лекар не само трябва да си търси сам място, където да започне специализация, но и да намери сам курсовете, които да покрие като част от изискванията за придобиване на специалност. В крайна сметка той се оказва самотен и изгубен в пътя си да получи нужното продължаващо образование. Именно затова една от основните цели на Младежката секция е да осигурим на младия български лекар в столицата повече възможности и варианти, с които да подобри своите знания и умения, без да се безпокои, че пропуска нещо.

- Т.е. тези лекари ще могат да се обръщат към Вас за съдействие или ще си служат с кампании за постигане на повече информираност сред младите медици?

- Със сигурност информираността на младите колеги ще бъде от първостепенно значение. Предоставянето на информация за техните права и възможности. Нашата цел ще бъде и чисто нормативно да успеем да постигнем промени в законодателството, касаещо работата на младите лекари и тяхната специализация, като по този начин обхванем по-цялостно процеса. В нашия обхват влизат лекарите под 40 години, които ние сме дефинирали като млади лекари.

Защо решихте да посветите времето си на неправителствена дейност?

- Защото прецених, че мога да си го позволя като време. Освен това, защото съм пряко потърпевша, тъй като самата аз започнах специализация трудно. Общо взето, докато човек не стане жертва на статуквото, не се замисля дали трябва да се бори да промени нещо. Именно затова, когато чух за създаването на тази организация, реших че мога да се включа с опит и дейност, а колегите ми ми гласуваха доверие, избирайки ме за тази длъжност.

Кои според Вас са най-големите проблеми, с които се сблъскват българските лекари, освен трудностите при започване на специализация?

- Намирането на поприще, месторабота и печеленето на

доверието на по-възрастните колеги – това е много трудно и много изтощително, защото трябва да се доказваш постоянно. Това всъщност е валидно за всяка една професия и за всеки млад човек, който опитва да си проправи път в живота. Много е лесно, когато имаш ментор. Много е трудно, когато сам трябва да го намериш. Ако успееш да се пребориш за доверието на своя ментор, оттам нататък нещата се развиват много по-леко.

Как мислите да организирате Вашата работа?

- Досега у нас не е имало подобна младежка организация. СЛК е първата, която инициира създаването на подобна секция. Нашата идея е да започнем срещи, в хода на които да очертаем наболели проблеми и планове за справянето с тях. Има въпроси, които са идентифицирани още преди учредяване на организацията, по които вече работим. Чрез кампании ще информираме нашите колеги за възможностите, които предоставяме като младежка организация. Планирали сме срещи и конгреси, които да бъдат насочени към младите лекари, които се оказва, че нямат лесен достъп до научни форуми, защото нямат нужната мрежа от контакти.

Какво Ви мотивира да се развивате в тази област

и защо според Вас това е важно?

- Мотивира ме вътрешното ми желание да искам да бъда по-добра версия на себе си. Същевременно човек никога не трябва да стои на едно място в развитието си. Ако усещаш, че боксува, просто трябва да си зададе въпроса: „Защо го правя?“. Отговорът може да доведе до нов въпрос и така, задавайки си въпроси, спираме да се въртим в кръг. В крайна сметка всички си имаме идеи за бъдещето, които не трябва да бъдат жертвани в името на временния комфорт.

А защо избрахте да се борите за правата на медиците в България, вместо например да приемете оферта за работа зад граница?

- Стандартът на живот в определени държави със сигурност би бил по-висок за един млад медик, заплащането също. Отвъд личното ни благодетелстване обаче трябва да помислим и за родителите ни, които също трябва да бъдат лекувани, а в крайна сметка по-възрастните лекари също в даден момент ще имат нужда да се отдадат на заслужава почивка.

А стояла ли е някога пред Вас дилемата дали да отидете в чужбина или да останете тук?

- О, да, и напук на своите

родители казах, че ще остана. За съжаление, това беше случай при мен и беше може би глупаво от моя страна да направя напук, но ето, че има с какво да съм полезна у нас.

- Съосновател сте на компания, която помага на гражданите да се справят с административния хаос, особено в сектор здравеопазване. Разкажете ни малко повече за нея.

- Компанията е основана от мен и Грета Стефанова. Всъщност тя е управителят на стартапа. Тя е живяла много години извън България в различни европейски държави и се е сблъсквала с редица проблеми, съпътстващи релокацията. Въпреки идеята за свободно движение на хора в ЕС, процесът по административното преместване на живота и достъпа до здравеопазване в друга страна още е сравнително усложнен. С общата ни инициатива искаме да улесним този процес за нашите клиенти, които се местят от една държава в друга. Нашата цел е всеки дългосрочно пребиваващ чужденец, където и да е в Европа, да има възможността да се възползва от държавната система на здравеопазване.

Защо решихте да се впуснете в това приключение?

- Когато Грета ми представи идеята си, аз вече бях част от другата страна и виждах с колко административни недомислици се сблъскват пациентите. Недопустимо е да си си плащаш всички осигуровки и накрая да ти се наложи да доплатиш за определени услуги заради даден казус. Ако пациентът е чужденец и идва за нещо, което не е спешно и въпросният човек няма личен лекар, той може да бъде третиран по неадекватен начин, вместо да бъде насочен към нужните специалисти. Всичко това ме наведе на мисълта, че в проекта на Грета има много смисъл и бих искала да я подкрепя.

На фона на всички дейности, с които сте се захванали, успявате ли да намирате време за себе си?

- Някак все още успявам да балансирам. Четох, че ако човек смята, че му трябва 25 часа в денонощие, за да свърши всичко, значи не прави нещата, както трябва и се радвам да зная за себе си, че 24-те часа, които са ми отредени, ми стигат за всичко. Успявам да планирам, обичам да спортувам, да излизам, обожавам да се разхождам вечер из София, когато не съм нощна смяна.

Интервюто взе:
Милена ЕНЧЕВА

БРИТАНСКИ ЛЕКАРИ ТРАНСПЛАНТИРАХА ДВЕ РЪЦЕ НА МЪЖ С РЯДКО АВТОИМУННО ЗАБОЛЯВАНЕ

Пациент от Великобритания, чиито ръце били почти неизползваеми вследствие на склеродермия, получи нов шанс за живот след успешна трансплантация, извършена на Острова, съобщава британското издание „Индипендънт“.

Благодарение на пластични хирурзи от екипа на проф. Андрю Харт от болницата в Глазгоу, Стивън Галахър получава нови ръце.

Склеродермията е автоимунна болест, която предизвиква нарушения в съединителната тъкан и атакува кожата, кръвоносните съдове и вътрешните органи. В резултат мъжът не може да използва ръцете си. Пациентът бил диагностициран със заболяването преди 13 години, вследствие на което е изпитвал ужасяващи болни в ръцете.

Стивън първоначално се страхувал за резултатите от операцията, тъй като съществувал риск вследствие на нея да загуби и двете си ръце.

„Когато лекарите ми споменаха за тази възможност, първоначално се изсмях, тъй като ми звучеше доста космическо, но после размислих. Изговорих го със съпругата си, тъй като операцията криеше рискове, но в крайна сметка взех решение да се подложя на нея“, разказва пациентът.

Галахър е опериран от екип от 30 специалисти в продължение на 12 часа. По време на интервенцията му присаждат ръце от трупен донор. Лекарите изчакват 6 месеца, преди да обявят трансплантацията за успешна.

Това е първата операция, при която на пациент със склеродермия е направена двойна трансплан-



тация на ръце.

Въпреки че все още не е възстановил своята сръчност от преди заболяването, Галахър е възвърнал част от своята независимост и чувствителност на пръстите.

„Тези ръце са невероятни, всичко с тях се случва толкова бързо. Веднага, след като се събудих от операцията, можех да ги мърдам“, заявява пациентът и допълва „Това ми даде нов шанс за живот. Все още част от дейностите ме затрудняват, но се подобрявам с всяка изминала седмица“.

Мъжът, който по професия е майстор на покриви, се надява след време да се върне отново на работа.

Успехът на медиците от Глазгоу дава надежда за много хора, които страдат от тежки автоимунни заболявания, че имат шанс да се върнат към обичайния си живот.

НОВ БЕЗМЕМБРАНЕН ОРГАНЕЛ МОЖЕ ДА ПОМОГНЕ ЗА ЛЕЧЕНИЕТО НА АЛЦХАЙМЕР

Изследователи от лабораторията по неврология на Кенет С. Косик към Калифорнийския университет в Санта Барбара са открили нов органел - непозната досега клетъчна структура, чиято функция е да помага за „почистването“ на дефектни протеини по време на стрес и да поддържа клетките в добро състояние. Оптимизирането на този безмембранен органел, който те наричат кондензат на BAG2, може да доведе до лечение на състояния, които са резултат от неправилно нагънати протеини, включително болестта на Алцхаймер, болестта на Паркинсон и други невродегенеративни състояния. Техните резултати са представени в статия на ръководителя на проекта Даниел К. Каретиеро и публикувана в списание „Nature Communications“.

„От доста време знаем, че в клетките, които нямат мембрани, плуват няколко обекта“, казва Косик. „И досега не беше ясно как се задържат заедно, какво представляват и какво правят. Досега“.

Благодарение на усъвършенстваните техники за визуализация учените разкриха структури, които преди са били невидими, разкривайки по този начин клетките като наистина сложни и комплексни системи, каквито винаги сме знаели, че са.

Особен интерес представляват биомолекулярните кондензати, които нямат разпознаемата клетъчна мембранна обвивка, а вместо това са отделени от заобикалящата ги цитоплазма чрез разлика в плътността, която може образно да се сравни с капка масло във вода. Това разделяне на фазите течност-течност създава специализирана, относително концентрирана среда за определени функции и реакции. Например гранулата на стреса е безмембранен органел, който се появява, когато клетката е под стрес - може би има твърде много глюкоза, може би е твърде гореща или студена, може би клетката преживява дехидратация - и неговата задача е да „помита“ плаващата в цитоплазмата РНК, като съхранява тези генетични инструк-

ции и спира транслацията им в протеини.

„Ако клетката е подложена на стрес, целта е да се спре производството на протеини, за да може да се запази енергията и да се преодолее стресът“, обяснява Косик.

Но според изследователите това е само част от картината.

„Когато има стрес, какво се случва с протеините, които вече са в клетката?“ се пита Косик. „Ако те са подложени на тези стресови условия, някои от тези протеини могат да се повредят и да се нагънат неправилно.“ Неправилното сгъване на белтъка тау, например, може да стане патологично и да се превърне в неврофibrиларни заплитания, характерни за болестта на Алцхаймер.

Тук се намесва новооткритият от изследователите кондензат BAG2. Те откриват, че органелът, наречен така заради съдържащия се в него протеин BAG2, е способен да събира тези дефектни протеини в цитоплазмата и да ги „изхвърля“ в протеазома - клетъчната версия на контейнер за боклук, разположен в органела.

„Няколко белтъка образуват малък цилиндър и докато белтъкът се прекарва през този малък цилиндър, той се разгражда“, казва Косик. По този начин протеинът се инактивира и разпада. Във всеки един момент в клетките присъстват много протеазоми, допълва той, но това, което прави тази конкретна протеазома (с обозначение 20S) специална, е, че тя може да приема про-

теини, които вече са донякъде неправилно нагънати и не биха се вместили в другите клетъчни „кофи за боклук“.

„Ограничителната капачка, която има в много протеазоми, не е налице в кондензатите на BAG2“, обяснява Косик. Освен това този метод на разграждане на протеини не разчита на процеса на убиквитиниране, при който протеините, предназначени за унищожаване, се маркират с малък белтъчен етикет убиквитин, преди да бъдат захванати от протеазома.

Ролята на протеина BAG2 в този контекст все още не е напълно изяснена, но Косик поддържа, че той може да има роля в организирането на разхвърляния протеин, преди да попадне в 20S протеазома.

„BAG2 работи с молекулярните шаперони, за да помогне на протеините да се сгънат“, казва той. В предишно изследване лабораторията на Косик демонстрира способността на BAG2 да се насочва към заплетени тау протеини в клетъчни култури и да ги изчиства.

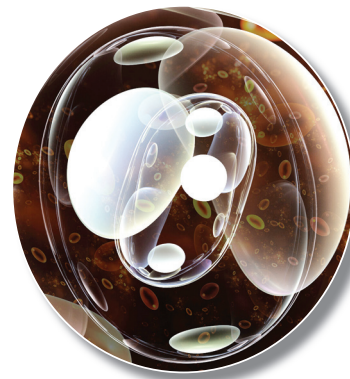
„Това, което тези кондензати на BAG2 изглеждат правят, поне в случая с тау, е, че те могат действително да се придвижват до увреденото тау и да го „погълщат“, каза Косик.

Тези обещаващи резултати биха могли да насочат към начин за прекъсване на развитието на болестта на Алцхаймер, която се характеризира с натрупване на неправилно сгънат тау.

„Кондензатът на BAG2 наистина е идеално място за увреденото тау“, казва Косик. „Би било наистина хубаво да разберем как можем да прехвърлим тау в този кондензат в ранните етапи на увреждането му, за да може клетката да се отърве от него, преди да се влоши.“

Изследванията за това проучване са проведени и от: Мария К. Алмейда, Андрю П. Лонгини, Дженифър Рауч, Дасол Хан, Сюмей Джан и Саид Наджафи в UCSB; и Джейсън Е. Гестуики в UCSF.

Източник: medicalxpress.com



УНИКАЛНА ОПЕРАЦИЯ СПАСИ ЖИВОТ НА НЕДОНОСЕНО БЕБЕ

Екип от лекари от Националната кардиологична болница спаси живота на дете с критично ниско тегло, извършвайки интервенционална процедура по стентирание на стеснение на аортата.

Малкият Виктор* се ражда преждевременно в 32. гестационна седмица по оперативен път поради прееклампсия, разказва д-р Любомир Димитров, началник на Отделението по детска кардиология и ръководител на екипа, извършил процедурата.

На втория час след раждането детето е преведено в критично състояние в клиниката по неонатология към СБАЛ по детски болести „Проф. Иван Митев“.

След като лекарите от там го стабилизирали, се появило съмнение за наличието на вродена сърдечна малформация, което в крайна сметка е потвърдено от консултант детски кардиолог. Това налага малкият пациент да бъде преведен в отделението за интензивно лечение към Клиниката по детска кардиология на Националната кардиологична болница.

Състоянието на детето - коарктация на аортата - представлява вродено стеснение на участък от аортата. Степента на стеснението може да варира от леко стеснено до значително, като съответно с тежестта на стеснението варира и клиниката на болестта - от „необяснима“ артериална хипертония при възрастни до критично, животозастрашаващо състояние при новородени. Лечението е оперативно или интервенционално - стентирание на стеснения

участък. За съжаление, значително по-щадящият неоперативен метод е приложим само при пациенти с тегло над 20 кг.

„Бяхме в много трудна ситуация“, споделя д-р Димитров, „от една страна поставянето на стент при дете с тегло 1100 грама е невъзможно по традиционния начин през феморалната артерия поради много малкия й размер, от друга оперативното лечение при това тегло и възраст е свързано с висок оперативен риск както по отношение на резултата, така и по отношение живота на детето.“

Именно затова лекарите решават да заложат на друг подход - хибридна процедура, включваща стентирание на стенотичния участък на аортата с хирургичен достъп от каротидната артерия. Методът се прилага за първи път в България и е разумно палиативно решение при недоносени деца.

„Избрахме нетрадиционен подход, който се практикува в някои клиници в Европа и САЩ при пациенти с екстремно ниско тегло - палиативно (временно) стентирание на стеснения участък на аортата с коронарен стент. Чрез достъп от каротидната артерия, който ни осигуриха детските кардиохирурзи, имплантирахме 3,5 мм стент на мястото на коарктацията“, пояснява лекарят и допълва, че процедурата е преминала бързо и без усложнения.

Дни по-късно детето е преведено в клиниката по неонатология, а малко повече от месец след интервенцията Виктор е удвоил



теглото си под грижите на екипа на националния консултант по неонатология доц. Ралица Георгиева.

По думите на д-р Димитров обаче на малкия пациент теърва му предстоят още редица изпитания, сред които неврохирургична операция в УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, операция в клиниката по детска кардиология за отстраняване на имплантирания стент и оперативно лечение на стеснения участък на аортата.

И все пак най-трудното препятствие в живота на Виктор е успешно преодоляно, благодарение на екипната работа на много лекари от различни специалности - акушери, неонатолози, анестезиолози, реаниматори, детски кардиолози и кардиохирурзи, интервенционални кардиолози.

„Вярвам, че при такива професионалисти малкият Виктор ще премине успешно и през останалите изпитания“, заключава д-р Димитров.

* Името на детето е променено, информацията е предоставена със съгласието на майката.

ДВЕ БОЛНИЦИ ОБЕДИНИХА УСИЛИЯ В ОПЕРАЦИЯ НА МОМИЧЕ С РЯДЪК ТУМОР

УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ и екип на Университетската специализирана болница за активно лечение по онкология (УСБАЛО) - София обединиха усилия в уникална операция на момиче с рядък тумор.

Интервенцията беше извършена от д-р Янко Пъхнев - хирург в Клиниката по детска хирургия на болница „Пирогов“ и д-р Далал Ал-Зайат - хирург и мамолог в УСБАЛО.

Заболяването на 17-годишното момиче е доброкачествено (туморът се нарича филоиден цистосарком) и засяга почти изключително млечната жлеза.

Пациентката се чувства добре, а екипът на „Пирогов“ й пожелава скорошно възстановяване и гладко протичане на следоперативния период.



УЧЕНИ СЪЗДАДОХА НАНОЧАСТИЦА, КОЯТО ПОМАГА В БОРБАТА С РАКА

Изследователи от медицинския факултет на университета „Уейк Форест“ са открили нов подход за лечение на солидни тумори чрез създаването на нова наночастица. Този тип тумори се срещат при ракови заболявания напр. на гърдата, главата и шията и рак на дебелото черво.

В проучването д-р Син Минг, доцент по биология на рака в Училището по медицина на университета „Уейк Форест“, и неговият екип използват наночастица за доставяне на малка молекула, наречена ARL67156, за насърчаване на противотуморен имунен отговор при миши модели на рак на дебелото черво, главата и шията и метастатичен рак на гърдата, което доведе до увеличаване на преживяемостта.

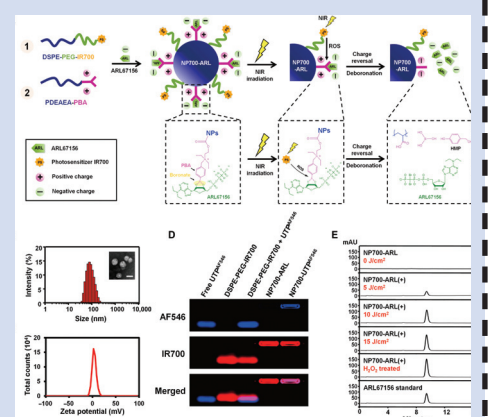
Изследването е публикувано онлайн в списание „Science Translational Medicine“.

Имунотерапията предложи нов подход в третирането на рака, но за съжаление само около 20% от пациентите реагират на лечението.

„Повечето солидни тумори имат лоша микросреда, която може да ги направи неподатливи към конвенционалните терапии за рак, включително имунотерапията“, казва Минг. „Но това проучване показва, че терапии с наночастици са обещаващи.“

Според Минг нивата на аденозин трифосфат (АТФ), молекула, пренасяща енергия, са високи в туморите, лекувани с противоракови терапии, и бързо се разгражда до аденозин от серия ензими, които са силно експресирани в туморите. Наличието на аденозин в микросредата на тумора може да допринесе за слаб терапевтичен отговор. Съединения като ARL67156 не могат да навлязат в солидните тумори самостоятелно поради лошите си физикохимични свойства. Дизайнът на наночастиците обаче позволява селективно натрупване и освобождаване на ARL67156 в тези тумори.

В проучването учените използват наночастицата като средство за доставяне на ARL67156



ензимен инхибитор, който предотвратява разграждането на АТФ в аденозин. Наночастицата е тествана в няколко модела на тумори при мишки.

„Установихме, че наномедициментът значително потиска растежа на тумора и води до удължаване на преживяемостта“, казва Минг.

След това изследователите проверяват как наночастицата работи в комбинация с анти-PD-1 антитяло - често срещана имунотерапия. Те обтебляват, че лечението е работило добре и синергично с анти-PD-1 терапията.

Накрая учените оценяват наномедицимент в триизмерен ин-витро модел на тумори от пациенти с рак на дебелото черво или гърдата. Наблюдавани са сходни ефекти - засилен смърт на туморните клетки чрез противораков имунен отговор.

„Нашето проучване показва, че има потенциал за използване на нашия терапевтичен продукт с наночастици за лечение на човешки ракови заболявания и че той може също така да повиши ефективността на съществуващите лечения“, казва Минг. „Тези открития изискват обаче по-нататъшна оценка.“

НЕДОСТИГЪТ НА КАДРИ

Колко сериозен е проблемът в извънболничната помощ

Недостигът на медицински специалисти е наболяла тема не от вчера. Същото важи и за въпроса със застаряването на лекарите. За всеки един от тези проблеми си има редица фактори, които са отделни ключови теми като емиграцията на млади кадри и смъртността в лекарското съсловие през последните години например.

Според данни на НЦОЗА средната възраст при лекарите в страната е 53 г., а 63% от общия брой лекари е над 50г. възраст. Прогнозата е, че до 2037 г.

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. Към момента са 7966 души или 25% от общия брой лекари.

Проблемът засяга цялата държава, но най-силно се отчита влиянието в области, като Смолян, Кърджали, Видин и Ямбол. Подобни са случаите с Търговище, Силистра, Разград, Видин.

Сред клиничните специалности, които се открояват като най-засегнати

от липсата на лекари са педиатрията, пневмологията и фтизиатрията, както и специалистите в клинична лаборатория.

Не по-малко сериозен е проблемът, когато става дума за специализирана извънболнична помощ. Специалистите в това звено са крайно недостатъчни в по-малките населени места за сметка на областните градове, където има медицински учебни заведения. Често се налага пациентите да пътуват с километри, за да бъдат прегледани на кабин

ет или в крайна сметка постъпват в болница, прибягвайки до хоспитализация, която не е наложителна. Според специалисти, развиващи се в СИМП, това звено на здравеопазването е подценявано и negliжирано.

Какви са основните трудности, които срещат лекари, избрали да работят на кабинети и колко сериозен е проблемът, когато става дума за СИМП – разговаряме с д-р Валери Веселинов и д-р Галя Андреева.

Д-Р ГАЛЯ АНДРЕЕВА: ПЕДИАТРИТЕ ТРЯБВА ДА УСЕТЯТ СВОЯТА ЗНАЧИМОСТ

Според последните данни на Националния център по обществено здраве и анализи, най-остър недостиг на специалисти се наблюдава в областта на педиатрията. Немалка част от педиатрите у нас са в пенсионна възраст. Защо именно тази специалност се оказва недотам привлекателна – решихме да попитаме д-р Галя Андреева, която упражнява тази професия вече 40 години. За нея педиатрията е била мечта и никога не си е представяла, че ще работи друго. Доверието, което гради с малките пациенти и техните родители, определя като безценно. Именно затова обикновено не изключва телефона си и се опитва да помогне винаги, когато някой от пациентите ѝ има нужда.

Да лекуваш децата на децата, които си лекувал

Д-р Андреева се грижи за над 100 деца в област Русе. Не се чувства претоварена от работата, тъй като по думите ѝ, въпреки недостига на кадри, не ѝ се налага да обслужва повече пациенти от необходимото.

„Когато става дума за отношенията майка-дете-лекар, те се изграждат много трудно, с взаимно доверие. Обикновено хората не си сменят педиатрите, на които веднъж са се доверили. Тъй като се занимавам това вече 40 години, често се случва да лекувам децата на моите предишни пациенти. Обикновено родителите идват непознати и не съм забелязала увеличение на хората, които търсят педиатри“, признава тя.



Необясним ли е отливът от специалността?

Именно защото толкова обича специалността си, д-р Андреева не може да разбере защо крайна дата тя се явява толкова рядко избирана и има отлив на желаещи да я учат.

„Защо става така – трябва да попитаме хората, които не искат да стават педиатри. В разговори с колеги, те са ми споделили, че им е трудно да работят с деца. Истината за тези пациенти е, че за да ти позволи едно дете да бъде прегледано, трябва да го спечелиш и може би това е малко по-трудно. Често това е нещо, което имам отвърже“, категорична е докторката.

Не изключва и възможността обаче причините да са чисто комисиални, тъй като заплащането при педиатрите, без да е правила кой знае какво проучване по темата, ѝ се струва по-ниско.

„Аз се възхищавам на колегите, които са около 80 години и все още работят като педиатри в Русе. Имаме такива и са прекрасни лекари, от които аз съм се учила“, споделя д-р Андреева.

Питам я обаче какво ще случи ако и тях, и нея ги няма.

„И аз съм се замисляла много и всъщност не знам какво да отговоря“, казва тя и споделя момент от миналото, когато след основаването на Сдружението на педиатрите от доболнична помощ, от което самата тя била част, новосформираното звено отправило въпрос към представителите на Парламента как ще бъде решен проблемът със застаряването сред педиатрите. Депутат от комисията по здравеопазване тогава бил категоричен, че такива специалисти ще си доставим от емиграция.

„Съвсем в прав текст ни го каза. Колкото и грозно да звучи. И

ето виждате какво се случи. Не знам дали дори има политика, която да привлече младите хора да се занимават с тази специалност“, заключва медикът.

По думите ѝ педиатрите, макар и подценявани, са изключително важна част от здравеопазването на една държава.

„Детето не е един малък възрастен. При него се срещат специфични заболявания, които стават видими едва когато манифестират. Все пак е важно подобни проблеми да бъдат регистрирани още в началото, за да не прогресират в бъдеще“, пояснява педиатърът.

Да помогнеш на един родител да отгледа здраво дете

Въпреки недостига на специалисти, които лекуват деца, д-р Андреева не може да каже, че по някакъв начин това се е отразило на подрастващите.

„Децата получават обслужване. Поне в кабинета ми не идват занемарени деца и бих казала, че в сравнение с миналото, децата се подобряват като общо състояние. По-малко от техните заболявания хронифицират и все по-малко са подрастващите, страдащи от затлъстяване, които идват в кабинета ми“, пояснява тя.

За качеството на услугата и достъпа до подобни специалисти обаче повече според нея можели да говорят родителите.

Самата д-р Андреева е избрала да бъде на пълно разположение за своите пациенти.

„Аз рядко си изключвам телефона. Винаги съм на линия за обаждания и съобщения, което на моменти натоварва, когато отговарям, преглеждам и пишем рецепти. Но така се случва при мен, защото такъв е моят избор“, казва медикът и допълва:

„Това, което детето ти дава в общуването ти с него, тази чистота, доверие и възхищение, което получаваш от него, това на друго място не можеш да го получиш. В мое съзнание от първостепенно значение е здравето на детето. Как то да остане на първо място здраво благодарение на профилактиката. Другото ценно е, когато спечелиш доверието на родителите, да видят как една майка се успокоява и добива смелостта да се грижи за детето си“, заявява д-р Андреева.

Нейна основна мисия е да помогне на родителите да отгледат едно здраво дете и да придобият увереност, че могат да се справят, защото често по думите ѝ майките имали съмнение за своето поведение като такива.

За толкова години практика, д-р Андреева се чувства оценена като професионалист. Миналата година е наградена от колегите си в категорията „Отличен лекар РЛК-Русе 2021“. Все пак, когато става дума за педиатри, апелира:

„Надявам се властимащите да направят така, че педиатрите да усетят значимостта си, защото ние я усещаме основно благодарение на родителите. Нашата работа често се negliжира, защото е смятана за лесна, но това е една отговорна работа – мисия всъщност. Да бъдеш педиатър определено е мисия. Затова е редно тези, от които зависи развитието на специалността като такава, да ни помогнат да усетим значимостта на мисията, която изпълняваме“, завършва д-р Андреева.

Д-Р ВАЛЕРИ ВЕСЕЛИНОВ: СПЕЦИАЛИСТИТЕ ПО ПУЛМОЛОГИЯ, ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ, РЕВМАТОЛОГИЯ И ХЕМАТОЛОГИЯ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА ПОМОЩ СА КАТО БЕЛИ ЛЯСТОВИЦИ

Колко е сериозен недостигът на кадри в специализираната извънболнична помощ в Добрич и кои са основните причини довели до това в града да има само един специалист по хематология? Ще помогнат ли промените, договорени чрез анекса към Националния рамков договор за справяне с проблема?

По темата разговаряме с д-р Валери Веселинов, член на Управителния съвет на Български лекарски съюз и управител на регионалната колегия на онкологичната специалност в Добрич. Той е специализиран хирург с над 30 години стаж и управител на ДКЦ в Добрич.



Д-р Веселинов, смятате ли, че 30% увеличение на цените на дейностите в СИМП ще окаже ефект върху проблема с липсата на кадри?

Променилите условия на работа няма да решат кадровия проблем, но според мен са една изключително добра стъпка в правилната посока. Създавайки по-добри условия на заплащане, се създава една по-благоприятна и по-мотивираща среда за работа. И все пак, въпросът със сериозната липса на кадри, за съжаление, няма да бъде решен само с тази стъпка. Макар и добро начало, това увеличение на цените няма да доведе до увеличение на възнаграждението, защото разходите за електроенергия в лечебните учреждения са тройно по-високи в сравнение със същия период на миналата година. Считам, че при подписването на следващото НРД трябва да се прецизират освен цените и дейностите, които могат да се извършват допълнително от специализираната извънболнична помощ. Това ще мотивира колегите, освен в чисто финансово изражение, и по отношение на карьерното им развитие.

Как може да се направи така, че средствата, които се отделят допълнително, в крайна сметка да могат да доведат до повишаване на цените?

Въпрос на проста аритметика. Тук могат да споделя моя опит като управител на ДКЦ, в което заплащането на всички медицински специалисти са свързани процентно с приходата, който генерират. Абсолютно нормално е при положение, че приходът е бил Х и заплатата на колега се формира на 40% от Х, тази заплатата да се промени. Но тъй като наскоро бях на общинска сесия, където се разглеждаха тримесечните отчети на болничните заведения, мога да ви кажа, че ако за първото тримесечие на миналата година разходите за ток и газ са били 1500 лв., то за същия период на тази година говорим за сума от порядъка на над 5 хиляди, което неумоверно ще доведе след себе до поскъпване и на водата, която

в Добрач така или иначе е с най-висока цена.

Нека очертаем сериозността на проблем с липсата на кадри. Каква е ситуацията в град Добрич?

Недостигът на лекари в областта е изключително наболял. В цяла област Добрич има един специалист по хематология, в пенсионна възраст. Имаше една-единствена лекарка със специалност ревматология. Давам ви най-фрапирещите примери. Кадровата криза е много голяма, както в болничната, така и в извънболничната специализирана помощ. Много по-лесно ще бъде за мен да ви изброя специалистите в нашето ДКЦ, които не са в пенсионна възраст, за сметка на тези над 55-годишна възраст, които преобладават. Тези процеси не са от вчера, но управляващите не подхождат с нужната сериозност и резултатът е налице. Има, меко казано, сериозни критики спрямо наредбата за специализация например.

Какви са основните критики там?

Ами ние до миналата или по-миналата година карахме специализацията едва ли не да заплащат за това, че специализират. Като държава ние имаме поведение на страна, в която има излишък на медицински кадри, който трябва да бъде ограничен. Преди 30 години, когато аз започвах да работя, на никой въобще не му минаваше през ума, че ще му се наложи да заплаща, за да специализира. В същото време беше изградена добра система, предоста-

вяща варианти на лекарите да запишат да специализират, каквото пожелаят. Сега нещата са много по-различни, но във всички случаи начинът, по който е уреден въпросът със специализацията у нас, е неадекватен.

А как според Вас един млад лекар може да бъде мотивиран да започне работа в малък град като Добрич? След завършване студентите се ориентират ако не навън, то поне към някой от по-големите градове.

Младите колеги могат да бъдат мотивирани по два основни начина, като първият безспорно е по-добро заплащане, а вторият – перспектива за развитие. Т.е. този млад човек, който е решил да специализира хирургия в добричката болница, където има място и има нужда от специалисти по хирургия, той първо трябва да дойде при достатъчно сериозно възнаграждение, така че да не се налага да мисли за друго, освен собственото си усъвършенстване. Второто нещо, което този човек очаква, е, че след като придобие нужната квалификация и специализация, той ще стане специалист, а след още известно време и шеф на екип.

Т.е. според Вас е нужна най-вече някаква предвидимост и гаранция за кариерно развитие.

Точно така, но предвидимост се гарантира с добра нормативна база и разбира се, по-добро възнаграждение. Факт е, че тук нещата стоят по различен начин, но в същото време

разходите на един човек в град като Добрич са осезаемо по-ниски. Сигурен съм, че ако се направят нужните промени, за много хора подобни възможности (да работят в Добрич например) биха представлявали интерес. А и така в крайна сметка се създават школи. Преди 50 години имаше изключително талантливи лекари, които правиха стомашни резекции. Сега в гр. Тервел болница няма.

Затова ли според Вас на места недостигът е толкова видим?

Това е един от основните пропуски на родното здравеопазване, а именно, когато малките регионални болници започнаха да намаляват дейността си, държавата реши проблема по най-лесния начин – закрирайки ги. Това е грешна политика. В Германия например има малки работят перфектно в една или три области. Но ние държим една болница да е МБАЛ, смятайки, че това е жизненоважно. И още по-пагубното в превръщането на статута на болниците в търговски дружества, никой вече не се интересува за качеството на услугата, което предоставя дадено лечебно заведение – важни са само приходите, които постъпват към него.

Можем ли да очертаем специалности, където недостигът е по-осезаем?

Има сериозен недостиг на специалисти по пулмология, гастроентерология, ревматология и хематология. В извънболничната помощ те са като бели лястовици. А самата специализирана извънболнична помощ като цяло според мен е доста подценена като възможност за работа. Мисля, че в СИМП при съответните условия и изисквания, може да се върши в пъли по-голям обем дейност на много по-достъпни начини, без да се налага ненужна хоспитализация, която оскъпява лечението. Спестяването от това перпо пък ще позволи да се насочат средства към недофинансираните болнични дейности. От дълго време работим от от дълго време ги наблюдаваме тези процеси. Да ви кажа честно, може би ще прозвучи малко наивно, но на нас все още ни пука за тази работа и затова ме е яд като виждам какво се случва.

Мислите ли, че всичко, което изброихте като проблеми, е функция от това, че здравеопазването сякаш не беше припопознато като приоритет от управляващите през последните 30 години?

Абсолютно съм съгласен с това, което казвате. От 89-та година насам държавата гледа на здравеопазването като на донорско дете. Да бе, дете, ама не е моето. Ето му 5 лв.

и да се оправя. За здравеопазване започна да се говори от бюджет на бюджет, защото са се били давали промени, за много хора подобни възможности (да работят в Добрич например) биха представлявали интерес. А и така в крайна сметка се създават школи. Преди 50 години имаше изключително талантливи лекари, които правиха стомашни резекции. Сега в гр. Тервел болница няма.

Затова ли според Вас на места недостигът е толкова видим?

Това е един от основните пропуски на родното здравеопазване, а именно, когато малките регионални болници започнаха да намаляват дейността си, държавата реши проблема по най-лесния начин – закрирайки ги. Това е грешна политика. В Германия например има малки работят перфектно в една или три области. Но ние държим една болница да е МБАЛ, смятайки, че това е жизненоважно. И още по-пагубното в превръщането на статута на болниците в търговски дружества, никой вече не се интересува за качеството на услугата, което предоставя дадено лечебно заведение – важни са само приходите, които постъпват към него.

Можем ли да очертаем специалности, където недостигът е по-осезаем?

Има сериозен недостиг на специалисти по пулмология, гастроентерология, ревматология и хематология. В извънболничната помощ те са като бели лястовици. А самата специализирана извънболнична помощ като цяло според мен е доста подценена като възможност за работа. Мисля, че в СИМП при съответните условия и изисквания, може да се върши в пъли по-голям обем дейност на много по-достъпни начини, без да се налага ненужна хоспитализация, която оскъпява лечението. Спестяването от това перпо пък ще позволи да се насочат средства към недофинансираните болнични дейности. От дълго време работим от от дълго време ги наблюдаваме тези процеси. Да ви кажа честно, може би ще прозвучи малко наивно, но на нас все още ни пука за тази работа и затова ме е яд като виждам какво се случва.

Мислите ли, че всичко, което изброихте като проблеми, е функция от това, че здравеопазването сякаш не беше припопознато като приоритет от управляващите през последните 30 години?

Абсолютно съм съгласен с това, което казвате. От 89-та година насам държавата гледа на здравеопазването като на донорско дете. Да бе, дете, ама не е моето. Ето му 5 лв.

и да се оправя. За здравеопазване започна да се говори от бюджет на бюджет, защото са се били давали промени, за много хора подобни възможности (да работят в Добрич например) биха представлявали интерес. А и така в крайна сметка се създават школи. Преди 50 години имаше изключително талантливи лекари, които правиха стомашни резекции. Сега в гр. Тервел болница няма.

Затова ли според Вас на места недостигът е толкова видим?

Това е един от основните пропуски на родното здравеопазване, а именно, когато малките регионални болници започнаха да намаляват дейността си, държавата реши проблема по най-лесния начин – закрирайки ги. Това е грешна политика. В Германия например има малки работят перфектно в една или три области. Но ние държим една болница да е МБАЛ, смятайки, че това е жизненоважно. И още по-пагубното в превръщането на статута на болниците в търговски дружества, никой вече не се интересува за качеството на услугата, което предоставя дадено лечебно заведение – важни са само приходите, които постъпват към него.

Можем ли да очертаем специалности, където недостигът е по-осезаем?

Има сериозен недостиг на специалисти по пулмология, гастроентерология, ревматология и хематология. В извънболничната помощ те са като бели лястовици. А самата специализирана извънболнична помощ като цяло според мен е доста подценена като възможност за работа. Мисля, че в СИМП при съответните условия и изисквания, може да се върши в пъли по-голям обем дейност на много по-достъпни начини, без да се налага ненужна хоспитализация, която оскъпява лечението. Спестяването от това перпо пък ще позволи да се насочат средства към недофинансираните болнични дейности. От дълго време работим от от дълго време ги наблюдаваме тези процеси. Да ви кажа честно, може би ще прозвучи малко наивно, но на нас все още ни пука за тази работа и затова ме е яд като виждам какво се случва.

Мислите ли, че всичко, което изброихте като проблеми, е функция от това, че здравеопазването сякаш не беше припопознато като приоритет от управляващите през последните 30 години?

Абсолютно съм съгласен с това, което казвате. От 89-та година насам държавата гледа на здравеопазването като на донорско дете. Да бе, дете, ама не е моето. Ето му 5 лв.

и да се оправя. За здравеопазване започна да се говори от бюджет на бюджет, защото са се били давали промени, за много хора подобни възможности (да работят в Добрич например) биха представлявали интерес. А и така в крайна сметка се създават школи. Преди 50 години имаше изключително талантливи лекари, които правиха стомашни резекции. Сега в гр. Тервел болница няма.

Затова ли според Вас на места недостигът е толкова видим?

Това е един от основните пропуски на родното здравеопазване, а именно, когато малките регионални болници започнаха да намаляват дейността си, държавата реши проблема по най-лесния начин – закрирайки ги. Това е грешна политика. В Германия например има малки работят перфектно в една или три области. Но ние държим една болница да е МБАЛ, смятайки, че това е жизненоважно. И още по-пагубното в превръщането на статута на болниците в търговски дружества, никой вече не се интересува за качеството на услугата, което предоставя дадено лечебно заведение – важни са само приходите, които постъпват към него.

Можем ли да очертаем специалности, където недостигът е по-осезаем?

Има сериозен недостиг на специалисти по пулмология, гастроентерология, ревматология и хематология. В извънболничната помощ те са като бели лястовици. А самата специализирана извънболнична помощ като цяло според мен е доста подценена като възможност за работа. Мисля, че в СИМП при съответните условия и изисквания, може да се върши в пъли по-голям обем дейност на много по-достъпни начини, без да се налага ненужна хоспитализация, която оскъпява лечението. Спестяването от това перпо пък ще позволи да се насочат средства към недофинансираните болнични дейности. От дълго време работим от от дълго време ги наблюдаваме тези процеси. Да ви кажа честно, може би ще прозвучи малко наивно, но на нас все още ни пука за тази работа и затова ме е яд като виждам какво се случва.

Мислите ли, че всичко, което изброихте като проблеми, е функция от това, че здравеопазването сякаш не беше припопознато като приоритет от управляващите през последните 30 години?

Абсолютно съм съгласен с това, което казвате. От 89-та година насам държавата гледа на здравеопазването като на донорско дете. Да бе, дете, ама не е моето. Ето му 5 лв.

и да се оправя. За здравеопазване започна да се говори от бюджет на бюджет, защото са се били давали промени, за много хора подобни възможности (да работят в Добрич например) биха представлявали интерес. А и така в крайна сметка се създават школи. Преди 50 години имаше изключително талантливи лекари, които правиха стомашни резекции. Сега в гр. Тервел болница няма.

Затова ли според Вас на места недостигът е толкова видим?

Това е един от основните пропуски на родното здравеопазване, а именно, когато малките регионални болници започнаха да намаляват дейността си, държавата реши проблема по най-лесния начин – закрирайки ги. Това е грешна политика. В Германия например има малки работят перфектно в една или три области. Но ние държим една болница да е МБАЛ, смятайки, че това е жизненоважно. И още по-пагубното в превръщането на статута на болниците в търговски дружества, никой вече не се интересува за качеството на услугата, което предоставя дадено лечебно заведение – важни са само приходите, които постъпват към него.

Можем ли да очертаем специалности, където недостигът е по-осезаем?

Има сериозен недостиг на специалисти по пулмология, гастроентерология, ревматология и хематология. В извънболничната помощ те са като бели лястовици. А самата специализирана извънболнична помощ като цяло според мен е доста подценена като възможност за работа. Мисля, че в СИМП при съответните условия и изисквания, може да се върши в пъли по-голям обем дейност на много по-достъпни начини, без да се налага ненужна хоспитализация, която оскъпява лечението. Спестяването от това перпо пък ще позволи да се насочат средства към недофинансираните болнични дейности. От дълго време работим от от дълго време ги наблюдаваме тези процеси. Да ви кажа честно, може би ще прозвучи малко наивно, но на нас все още ни пука за тази работа и затова ме е яд като виждам какво се случва.

Мислите ли, че всичко, което изброихте като проблеми, е функция от това, че здравеопазването сякаш не беше припопознато като приоритет от управляващите през последните 30 години?

Абсолютно съм съгласен с това, което казвате. От 89-та година насам държавата гледа на здравеопазването като на донорско дете. Да бе, дете, ама не е моето. Ето му 5 лв.

и да се оправя. За здравеопазване започна да се говори от бюджет на бюджет, защото са се били давали промени, за много хора подобни възможности (да работят в Добрич например) биха представлявали интерес. А и така в крайна сметка се създават школи. Преди 50 години имаше изключително талантливи лекари, които правиха стомашни резекции. Сега в гр. Тервел болница няма.

Затова ли според Вас на места недостигът е толкова видим?

Това е един от основните пропуски на родното здравеопазване, а именно, когато малките регионални болници започнаха да намаляват дейността си, държавата реши проблема по най-лесния начин – закрирайки ги. Това е грешна политика. В Германия например има малки работят перфектно в една или три области. Но ние държим една болница да е МБАЛ, смятайки, че това е жизненоважно. И още по-пагубното в превръщането на статута на болниците в търговски дружества, никой вече не се интересува за качеството на услугата, което предоставя дадено лечебно заведение – важни са само приходите, които постъпват към него.

Можем ли да очертаем специалности, където недостигът е по-осезаем?

Има сериозен недостиг на специалисти по пулмология, гастроентерология, ревматология и хематология. В извънболничната помощ те са като бели лястовици. А самата специализирана извънболнична помощ като цяло според мен е доста подценена като възможност за работа. Мисля, че в СИМП при съответните условия и изисквания, може да се върши в пъли по-голям обем дейност на много по-достъпни начини, без да се налага ненужна хоспитализация, която оскъпява лечението. Спестяването от това перпо пък ще позволи да се насочат средства към недофинансираните болнични дейности. От дълго време работим от от дълго време ги наблюдаваме тези процеси. Да ви кажа честно, може би ще прозвучи малко наивно, но на нас все още ни пука за тази работа и затова ме е яд като виждам какво се случва.

Мислите ли, че всичко, което изброихте като проблеми, е функция от това, че здравеопазването сякаш не беше припопознато като приоритет от управляващите през последните 30 години?

Абсолютно съм съгласен с това, което казвате. От 89-та година насам държавата гледа на здравеопазването като на донорско дете. Да бе, дете, ама не е моето. Ето му 5 лв.

ПРОФ. РАДОСТИНА АЛЕКСАНДРОВА:

БИХМЕ ОЧАКВАЛИ ВИРУСЪТ НА МАЙМУНСКАТА ШАРКА ДА ПРИДОБИЕ ТАКЪВ БРОЙ МУТАЦИИ ЗА ОКОЛО ПОЛОВИН ВЕК, А НЕ ЗА 4 ГОДИНИ



Проф. Радостина Александрова е магистър и доктор по вирусология и професор по морфология. Почти 30 години работи в БАН, от 1998 г. е хоноруван преподавател в Биологическия факултет на СУ „Св. Кл. Охридски“, а от 2012 г. води курсове към Центъра за обучение на докторанти към БАН. Специализирала е в Словакия, Унгария и Дания. Има над 150 публикации в наши и международни списания и сборници от конференции, 5 глави в книги, над 60 научнопопулярни статии и повече от 650 участия в научни форуми.

С проф. Александрова разговаряме за т.нар. маймунска шарка, чието необичайно разпространение наблюдаваме напоследък.

- Проф. Александрова, СЗО съобщи, че случаите на маймунска шарка нарастват, при това разпространението на заразата изглежда необичайно. Но да започнем от това какво представлява патогенът, причиняващ заболяването, какво знаем за него?

- Причинителят на маймунската шарка е вирус (ВМШ), чийто геном е ДНК молекула, принадлежи на род *Orthopoxvirus*, семейство *Poxviridae*. Наречен е така, защото е изолиран за пръв път от маймуни, внесени за изследователски цели в Дания, през 1958 г. Вирусът засяга и редица други животни, включително различни видове плъхове и катерици. Основният му резервоар в природата не е известен. През 1970 г. е регистриран първият случай при човек – дете в Република Конго. ВМШ е ендемичен в Централна и Западна Африка. До началото на 2022 г. са докладвани стотици случаи при хора, описани са вериги на предаване, включващи до 9 човека. Засегнатите са основно в Африка. Регистрирани са и малък брой случаи извън ендемичните райони – във Великобритания, САЩ, Израел и Сингапур. Всички те обаче са свързани с посещение в ендемични зони или контакт с внесени от тях животни.

- Как става заразяването и какви са първите симптоми?

- ВМШ се разпространява чрез близък контакт с лезиите, телесните течности и дихателните капчици на хора и животни. Дрехи, спално бельо, кърпи или предмети (прибори и съдове за хранене, електронни устройства, секс играчки), които са били заразени с вируса, също може да са източник на инфекция. Не е ясно дали хора без клинични прояви може да разпространяват болестта. Ролята на спермата и вагиналните течности при предаването на вируса също не е установена.

От съобщените случаи (468 от 2103 потвърдени случая, от 14 държави), за които разполагаме с необходимата информация, 99% са докладвани при мъже на средна възраст 37 години, повечето се самоопределят като мъже, които правят секс с мъже. Не е изключено ВМШ случайно да е попаднал в тази общност и да се е разпространил, за което са допринесли някои събития с голям брой участници (сауна в Испания, участие във фестивали). Към тази информа-

ция обаче трябва да подхождаме изключително внимателно, защото всеки (независимо от пола и сексуалната си ориентация), който е бил в близък контакт с човек с маймунска шарка, е изложен на риск. Сексуалният контакт със сигурност е близък контакт, но не всеки близък контакт е свързан със сексуална дейност.

Класическата картина на маймунската шарка ни е позната основно от случаите при млади жители на ендемичните райони в Африка. Изразява се в обрив, който започва от лицето и се разпространява към останалата част на тялото (особено дланите и ходилата), висока температура (38.5°C), подути лимфни възли, отпадналост, болки в мускулите и гърба. По данни на СЗО от 17.06.2022 г. към днешна дата се наблюдават редица атипични проявления на болестта, като локализиран обрив, който може да е представен само от една лезия. Появата на лезии може да бъде асинхронна и да е с предимно или изключително перигенитално и/или перианално разпределение, свързано с локални, болезнени подути лимфни възли.

- Изглежда сякаш вирусите напоследък са доста агресивни спрямо човешката популация. Дали еволюцията им и търсенето на нови гостоприемници е причина за това?

- Ние не сме сами на планетата, свързани сме с останалите й обитатели много повече, отколкото предполагаме. Неслучайно се говори за единно здраве, обхващащо човека, животните и природата. Че тази концепция е вярна и важна, ни напомни и пандемията КОВИД-19. Прекалено агресивното ни отношение към природата нарушава деликатния баланс в нея с непредвидими последствия. Климатичните изменения, превземането на нови и нови територии, изтласкването на животните от естествените им местообитания, подлагането им на стрес и поставянето им в необичайна близост до хората няма как да остане безнаказано.

- Вирусът на едрата шарка, която официално смятаме за изкоренена, и този на маймунската са сходни. В какво се изразява това сходство и възможно ли е маймунската шарка да се настани на мястото на едрата шарка?

- Вирусите, причиняващи тези две заболявания, си

приличат по редица показатели – морфология, състав, организация на генома, стратегия за репликация и др. Още преди години специалисти изказаха предположение, че изкореняването на едрата шарка може да „стимулира“ причинителя на маймунската шарка да заеме освободената се ниша. Природата не търпи празни пространства.

- Маймунската шарка не е непознато заболяване, но какво е различното понастоящем?

- Между 1 януари и 15 юни 2022 г., в СЗО са регистрирани общо 2103 лабораторно потвърдени случая на маймунска шарка, един вероятен случай и един смъртен случай от 42 държави в пет региона (Америка, Африка, Европа, Източното Средиземноморие и Западна Тихоокеански регион). 98% от тях са докладвани през май 2022 г. Най-голям (84%) е делът на случаите в Европа.

Напълно възможно е действителният брой на инфектираните хора да е по-висок поради това, че някои от тях са останали неразпознати преди първите обявени случаи във Великобритания през май 2022 г., които привлякоха вниманието на световната медицинска общност; сравнително нетежката клинична картина при повечето инфектирани; ограниченото наблюдение и липсата на широко достъпни средства за диагностика.

Това, което прикова вниманието на специалистите, е, че случаите нямат доказана връзка с ендемичните райони в Африка. Потвърдението на един случай на маймунска шарка в дадена страна се приема за огнище. Допуска се, че ВМШ се е разпространявал известно време скрито сред хората и не знаем колко далече е стигнал. На пръв поглед това изглежда малко вероятно, тъй като класическата клинична картина на маймунската шарка няма как да остане незабелязана. Но! Наблюдават се случаи с ати-

пична симптоматика. Освен това ВМШ засяга различни дивни бозайници и не е изключено при някои от тях инфекцията да протича асимптомно. Засега няма документирани доказателства за домашни или селскостопански животни, засегнати от ВМШ. Няма данни и за предаване на маймунска шарка от човек на животно. Хипотетичен риск обаче съществува, поради което се препоръчва физическо дистанциране на хора с маймунска шарка от домашни любимци и правилно управление на отпадъците, за да се предотврати преминаването на заразата от хора към чувствителни животни (особено гризачи) у дома, в зоологически градини и резервати, както и в природата.

Впечатление прави засягането предимно на мъже, които правят секс с мъже, които са съобщили за скоршен секс с нови или множество партньори. Това е тема, която трябва да се обсъжда по подходящ начин с всички заинтересовани страни, за да се повиши информираността, да не се стигне до заклеймяване на определени групи от обществото и фалшиво успокояване на други. Механизмите на предаване на ВМШ се нуждаят от допълнително изясняване.

Все още не знаем дали вирусът се е разпространил, защото е еволюирал в пощата в момента на способността му за предаване от човек на човек или защото е попаднал в мрежа от хора, които са имали контакти с много други хора.

Проследяването на еволюцията на ВМШ се затруднява от факта, че през годините не е осъществяван системен генетичен анализ. Геномите от епидемията в момента споделят помежду си 40 мутации, отличаващи ги от най-близките им „роднини“, които са от 2018 г. Интересното тук е, че бихме очаквали ВМШ да придобие такъв брой мутации за около половин век, а не за 4 години. Тъй като все още не знаем как този вирус взаимодей-

ва с гостоприемника, ролята на тези мутации също не ни е известна.

- Кога заболяването става опасно? Има ли данни за смъртността?

- Обикновено маймунската шарка е самоограничаващо се заболяване и най-често възстановяването става в рамките на 2-4 седмици. Повечето случаи сега са с леки симптоми, но ВМШ може да причини тежко протичащо заболяване при малки деца, бременни жени и имунокомпрометирани лица, включително хора с нелекувана ХИВ инфекция (в световен мащаб числеността им е около 10 млн.). Към момента вероятността за настъпване на тежко заболяване не може да бъде оценена.

Опитът е показал, че смъртността варира в зависимост от вируса (при Централноафриканската линия смъртността е по-висока), географското положение и наличието на медицинска помощ.

- Колко генетични линии на този вирус са ни познати и пази ли ваксината срещу едра шарка срещу тях?

- Познати са две генетични линии на вируса – централноафриканска (от басейна на река Конго, смъртността достига до 10.6%) и западноафриканска (смъртността е 1-3.6%, по последни данни под 1%). Двигател на огнищата в момента е Западноафриканският вариант.

Ваксината срещу една шарка осигурява 85% защита срещу ВМШ. Засегнатите от ВМШ са основно хора на възраст от 20 до 50 години, едно от обясненията е, че при тях ваксина срещу вариола не е поставена. Налични са усъвършенствани нови ваксини срещу едра шарка, една от които е одобрена за превенция срещу маймунска шарка. Тя може да се използва за постекспозиционна профилактика (при контактни лица, най-добре е да бъде поставена до 4-тия ден след срещата с вируса) и предекспозиционна профилактика (при медицински персонал,

изложен на въздействието на вируса). В момента СЗО не препоръчва масова ваксинация.

- Има ли сезонност инфекцията?

- Причините за сезонността на вирусните инфекции не са напълно изяснени, включително при вируси, с които се „познаваме“ доста отдавна. ВМШ засяга плъхове, катерици, маймуни – за да изучим по-добре биологията и поведението му, трябва да „навлезем“ във взаимоотношенията му с тези животни, да съобразим техните особености и цикли на развитие, да включим в общата картина влиянието на конкретната среда (географско положение, климат), ролята на вирусния геном и др. Това е задача с много неизвестни.

- Какви мерки са най-резултатни за предпазване от заболяване?

- Ограничаване на броя на сексуалните партньори; избягване на близък контакт с хора, които имат симптоми, съответстващи на възможна инфекция с ВМШ както и на споделяне на лични вещи (прибори за хранене, дрехи, спално бельо); добра хигиена на ръцете и респираторен етикет.

Изключително важно е идентифицирането на случаите и проследяването на контактите. Предпазните мерки (изолация) трябва да се спазват докато лезиите не се покрият с коричка, струпеите не паднат и отдолу не се образува нов слой кожа.

Съществува риск за здравните работници, ако са в контакт с пациент, без да носят подходящи лични предпазни средства.

Въз основа на наличната информация към момента, СЗО не препоръчва предпазване на каквито и да било мерки за ограничаване на международния трафик за входящи или заминаващи пътници.

Към 17.06.2022 г. СЗО оценява риска на глобално ниво като умерен, необходими са бързи и координирани действия, за да попречим на ВМШ да се утвърди като успешен в предаването си между хората патоген както в ендемичните райони, така и в новозасегнатите страни.

КЛИНИЧНО ИЗПИТВАНЕ НА МЕДИКАМЕНТ ИЗЛЕКУВА 100% ОТ ПАЦИЕНТИТЕ С РАК

Повече от дузина пациенти с рак на ректума в Съединените щати са в ремисия след експериментална имунотерапия. Лекарите определят това като изумителен резултат.

Пациентите, които са участвали в малко клинично изпитване, ръководено от изследователи от Нюйоркския раков център Memorial Sloan Kettering (MSK), са били подложени на лечение с експериментално лекарство, наречено dostarlimab, в резултат на което туморите им са изчезнали.

Подробности за проучването са публикувани в „New England Journal of Medicine“.

В статията се описват резултатите на 12 пациенти с рак на ректума и при всички ракът е изчезнал след лечение с dostarlimab.

На участниците в клиничното изпитване им е давана доза dostarlimab на всеки три седмици в продължение на шест месеца, като идеята е била, че след лечението ще трябва да се подложат на стандартните лечения - химиотерапия, лъчетерапия и операция.

Изследователите обаче установяват, че във всички случаи ракът е изчезнал само чрез експерименталното лечение.

ПЪРВИ ОПИТ В ЛЕЧЕНИЕТО НА РАК

Изследването е обявено за първото в областта на лечението на рака, като един от авторите на статията, д-р Луис Диас младши от Memorial Sloan Kettering, заявява пред New York Times, че не знае за друго проучване, при което дадено лечение напълно да е унищожило рака при всички пациенти.

"Смятам, че това се случва за първи път в историята на рака", казва той.

Имунотерапията използва собствената имунна система на организма, за да идентифицира и унищожи раковите клетки.

Изпитването е фокусирано върху подгрупа пациенти с рак на ректума, чийто рак е имал специфична мутация, се казва в извешение на MSK.

Този вид рак на ректума, известен като „ректален рак с дефицит на поправка на несъот-



Четири души, които са били успешно лекувани от рак на ректума в рамките на проучването на Memorial Sloan Kettering заедно с двамата от главните изследователи на проучването. АВТОРСКА СНИМКА НА MEMORIAL SLOAN KETTERING CANCER CENTER

ветствията" (MMRd), обикновено реагира слабо на стандартните режими на химиотерапия. В проучването изследователите искат да проучат дали само имунотерапията може да победи рака на ректума, който не се е разпространил в други тъкани, заявиха от организацията.

В рамките на изследването, което продължава, туморите са изчезнали при най-малко 14 пациенти, като никой от тях не е имал значителни странични ефекти, добавят изследователите. Не се е наложило стандартно лечение с радиация, операция или химиотерапия, а ракът не се е върнал при нито един от пациентите, които ще са в ремисия до две години, заявяват от организацията.

„Невероятно удовлетворяващо е да видиш съзлзи на щастие и благодарствени имейли от пациентите в това проучване, които приключват лечението и осъзнават: "О, Боже, мога да запазя

всички нормални функции на тялото си, които се опасявах, че мога да загубя при облъчване или операция", казва д-р Андреа Церчек от Memorial Sloan Kettering, която е ко-изследовател в проучването.

КАК ДЕЙСТВА

ТАЗИ ИМУНОТЕРАПИЯ?

Вдъхновението за проучването идва от предишно проучване, ръководено от д-р Диас, в което пациентите приемат лекарство, наречено пембролизумаб, съобщава „New York Times“. При това изпитване, в което са участвали пациенти с напреднал рак, който не се поддава на стандартното лечение, туморите на участниците са се стабилизирани, свили и дори изчезнали.

В настоящото изпитване изследователите са искали да проверят как би подействало подобно лекарство, dostarlimab, ако се използва преди раковите клетки да имат възможност да се разпространят.

Според Националния институт по рака на САЩ този вид лечение се фокусира върху определени протеини, наречени контролни точки, които се произвеждат от някои видове клетки на имунната система, както и от някои ракови клетки. Контролните точки, които предпазват от имунна реакция, понякога могат да попречат на имунните клетки да убиват ефективно раковите клетки.

Подобно на пембролизумаб, dostarlimab е "инхибитор на контролните точки". Той по съще-

ство „освобождава спирачките“ на имунната клетка, за да може тя да разпознава и атакува раковите клетки, според MSK.

"Когато спирачките на имунните клетки се деактивират, клетките MMRd изглеждат особено странно, защото имат много мутации. Така че имунните клетки атакуват с много по-голяма сила", казва д-р Черчек.

НЕОБХОДИМОСТ ОТ ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Резултатите са предоставили „нещо, което може да е ранен етап към революционна промяна в лечението“, пише д-р Хана Саноф, онколог в Центъра за комплексни изследвания на рака „Линебергер“ в Университета на Северна Каролина, която не е участвала в проучването, в редакционна статия, придружаваща текста в New England Journal of Medicine.

Въпреки това тя добавя, че макар резултатите да са „повод за голям оптимизъм“, подобен подход „все още не може да замени сегашния“.

„Не е известно и дали резултатите от това малко проучване, проведено в Memorial Sloan Kettering Cancer Center, ще могат да се обобщат за по-широка популация пациенти с рак на ректума“, каза тя.

„За да се предостави повече информация относно това кои пациенти биха могли да се възползват от имунотерапията, последващите проучвания трябва да се стремят към хетерогенност по отношение на възрастта, съпътстващите заболявания и обема на тумора“.

Изследователите от MSK заявиха, че клиничното изпитване продължава да включва пациенти и се разраства. Те също така проучват дали същият метод може да победи други видове рак и се насочват към пациенти с рак на стомаха, простатата и панкреаса.

Източник: euronews.com

Майка и бебето ѝ бяха спасени със сложна операция в УМБАЛ „Света Марина – Плевен“

32-годишна пациентка с карцином на шийката на матката успя да износи и роди момченце. Жената била диагностицирана с онкологично заболяване. След това разбрала, че е бременна, съобщава plevenzapleven.bg.

В този момент случая поемат лекарите от УМБАЛ „Света Марина – Плевен“.

Жената решава да износи детето, въпреки рисковете. С помощта на акад. д-р Григор Горчев, доц. д-р Надежда Хинкова и д-р Пепо Партенов тя преминава успешно високорисковата бременност, докато дойде момент, подходящ за раждане. Накрая, екипът на акад. Горчев извършва сложна хирургична операция на два етапа, в която първо се ражда момченцето, а след това туморът на майката е отстранен. Детето и майката са добре.

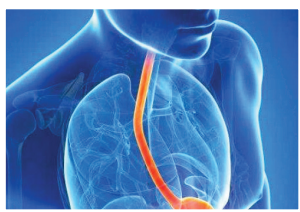
„Тези случаи са много тежки, тъй като туморът носи сериозни рискове от кървене по време на бременността и операцията. Предизвикателство е да опазиш такава бременност до момента, в който бебето е готово да се роди. Щастливи сме, че два живота бяха спасени. За нас като лекари по-голямо удовлетворение няма“, сподели акад. д-р Григор Горчев (на снимката).



МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ ЗА ЛЕКАРИ

МЕДИЦИНСКИ НОВИНИ

АСОЦИАЦИЯ МЕЖДУ ГЕРБ И ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ОБРАЗОВАНИЯ НА ГЛАВАТА И ШИЯТА



Гастро-езофагеалната рефлуксна болест (ГЕРБ) е асоциирана с ракови заболявания на главата и шията (РЗГШ), включително в областта на ларинкса и фаринкса. С цел изучаване на тази асоциация, Eells et al. разглеждат статии от базите данни Medline, Web of Science, Scopus, и Embase използвайки ключови думи като „ГЕРБ“, „ларинго-фарингеален рефлукс“, „злокачествени образувания на главата и шията“ и др. Сред критериите за включване в мета-анализа са



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

Платформата за лекари Medical News е водеща в различните методи на електронното продължаващо медицинско обучение (e-ПМО) у нас и е официален партньор на БЛС в e-ПМО.

участието на хора с ГЕРБ, контролирани проучвания с проследяване за появата на РЗГШ сред болни от ГЕРБ и др. Включени са 39 824 пациенти от 13 проучвания.

Според направените изводи, наличието на ГЕРБ е асоциирано с повишен риск от развитие на РЗГШ (OR = 1.86, 95% доверителен интервал [CI] = 1.27–2.74). Тази асоциация запазва своята статистическа значимост при раковите заболявания на ларинкса (OR = 1.95, 95% CI = 1.33–2.86), но не и на фаринкса (OR = 1.56, 95% CI = 0.86–2.83). Подгрупов анализ, фокусиран специфично върху хипофарингеалния (OR = 2.26, 95% CI = 0.67–7.68) и орофарингеалния регион (OR = 1.39, 95% CI = 0.51–3.84) не демонстрират статистическа значимост. Мета-анализа на проучвания, оценяващи рефлукса обективно, показват статистически значима асоциация (OR = 2.81, 95% CI = 1.36–5.81), докато тези, използващи субективно съобщаване, не откриват такава (OR = 1.46, 95% CI = 0.89–2.40). Асоциацията между инфекцията с H. pylori и РЗГШ, не е статистически значима (OR = 2.66, 95% CI = 0.59–11.97).

В заключение, поставянето на диагнозата ГЕРБ е асоциирано с по-нататъшно диагностициране на РЗГШ, като тази асоциация не важи за рака на фаринкса и най-вероятно е специфична за онкологичните заболявания на ларинкса.

Източник:
Eells AC, Mackintosh C, Marks L, Marino MJ, Gastroesophageal reflux disease and head and neck cancers: A systematic review and meta-analysis, American Journal of Otolaryngology, Volume 41, Issue 6, 2020, 102653, ISSN 0196-0709, <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102653>.

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0196070920303471?dgcid=rss_sd_all

ПРОГНОСТИЧНА СТОЙНОСТ НА КОЛАТЕРАЛНАТА СУПРЕСИЯ ЗА РЕМИСИЯ СЛЕД ХИРУРГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПЪРВИЧЕН ХИПЕРАЛДОСТЕРОНИЗЪМ

Първичният хипералдостеронизъм (ПХ) е най-честата причина за хипертония с ендокринна генеза, а адrenaлектомията е лечение от първа линия при унислатерален ПХ. Супресията на алдостероновата секреция на недоминантната надбъбречна жлеза при изследване на венозна кръв от жлезата (adrenal venous sampling/AVS) т.е. контралатерална супресия (КЛС) се предлага като маркер на активност на болестта.

Въпреки това, въпросът дали фактори като КЛС, възраст, пол или придружаващи заболявания са асоциирани с ремисия, остава без отговор.

Целта на разглежданото проучване е да определи прогностичната стойност на КЛС, възрастта, пола, отношението алдостерон/ренин, антихипертензивни медикаменти и комобридитета за клиничната и биохимичната ремисия след унислатерална адrenaлектомия при пациенти с ПХ.

Разглежданото ретроспективно проучване обхваща 84 пациенти с ПХ, насочени към AVS в датска болница в периода от май 2011 до септември 2020,

които в следствие преминават към адrenaлектомия. Клиничната ремисия се дефинира спрямо критериите за постоперативна прогноза докато пълната биохимична ремисия се дефинира като нормализиране на плазмените стойности на калия без субституция.

Сред пациентите с КЛС 28 от общо 58 (48.3%) постигат пълна клинична ремисия след хирургично лечение в сравнение с 10 от 26 (38.5%) без ЦЛС (p=.40). Пълна биохимична ремисия се постига при 55 от 58 (94.8%) от участниците след КЛС, съпоставено с 25 от 28 (89.3%) без КЛС (p=.44). Женският пол и по-малкият брой назначение антихипертензивни медикаменти в началото на проследяването са асоциирани с по-голяма вероятност за пълна клинична ремисия като същевременно нито една от изследваните променливи не е свързана с биохимична ремисия.

В заключение, КЛС не е значително асоциирано с пълна клинична или биохимична ремисия в рамките на разглежданата кохорта. Получените резултати потвърждават, че женският пол и по-ограничената антихипертензивна терапия са предиктори на клиничната ремисия.

Източник:
Mørup S, Voss N, Clausen C, et al. Prognostic value of contralateral suppression for remission after surgery in patients with primary aldosteronism. Clinical Endocrinology First published: 20 January 2022 <https://doi.org/10.1111/cen.14678>
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cen.14678?af=R>

ОНЛАЙН СПИСАНИЕ

Всеки брой на списание Medical News Новости обединява най-новите проучвания и препоръки в дадена медицинска специалност от последните 12 месеца.

Динамичното ежедневие на съвременния лекар води до невъзможността да се следят най-важните научни статии в съответната област. Именно по тази причина Medical News цели да помогне на лекарите “да са в

крак” с най-актуалните проучвания за клиничната им практика.

Всяко едно списание се разпространява до мейлите на всички регистрирани в Medical News.

Броеве на Medical News: Новости
Април – Неврология и УНГ
Май – Алергология и дерматология
Юни – Ендокринология

ВИДЕО ОБУЧИТЕЛЕН КУРС

СПЕШНИ ГЛАВОБОЛИЯ

Цели на курса:
Този курс цели да запознае лекарите със съвременните възможности за диагностика и лечение на спешните главоболия.



За авторите:

Акад. Иван Миланов – председател на Българско дружество по неврология, изпълнителен директор на МБАЛНП по неврология и психиатрия „Свети Наум“

д-р Елена Чорбаджиева, д.м. – невролог в МБАЛНП по неврология и психиатрия „Свети Наум“
д-р Михаела Сергеева, д.м. – невролог в МБАЛНП по неврология и психиатрия „Свети Наум“

Подходяща аудитория:

Курсът е подходящ само за лекари, основно невролози, спешни медици и общопрактикуващи лекари.

Допълнителна информация:

Курсът е част от програмата за онлайн продължаващо медицинско обучение за лекари на Български лекарски съюз и Medical News. Продължителността му е около 20 мин.

Материалите и използваната информация в курса са подготвени през 2018 г.

След курса предстои тест, за преминаването на който е нужен правилен отговор на над 70% от въпросите. При успешно преминаване на теста, всеки участник получава сертификат с 1 кредитна точка за продължаващо медицинско обучение. Ако не преминете успешно теста от първия път, ще имате още 2 опита за полгането му.

УЕБИНАР

КОВИД 19 – ДВЕ ГОДИНИ СЛЕД НАЧАЛОТО. НАКЪДЕ ВЪРВИМ – ХИПОТЕЗИ И ПРЕПОРЪКИ „ПО СВЕТА И У НАС“

Изминаха повече от две години от срещата на човечество с епидемията КОВИД 19.

Повече от две години, които преобърнаха света, с който бяхме свикнали да живеем. Повече от две години, през които медицината, която познавахме, вече не е съвсем същата.

Трима известни в своята област български експерти представят тяхната гледна точка към фактите и отговорите им на предизвикателствата от пандемията КОВИД 19, базирани на българската практика и пречупени през глобалната перспектива за справяне с последствията.

Гост-лектори участници в обсъждането:

Модератор:

Д-р Л. Маринова, д.м.н, зам. директор на Столична РЗИ

Лектори:

Проф. д-р Ани Кеворкян, Катедра „Епидемиология и Медицина на бедствените ситуации“, МУ Пловдив

Доц. д-р Любомира Гломб, завеждащ отдел „Вирусология“ в Националния център по заразни и паразитни болести, София

За да гледате видеото е нужно да имате регистрация в Medical News.



Д-Р ЛИЛИ МАРИНОВА, ДМ
ПРОФ. Д-Р АНИ КЕВОРКЯН, ДМ
ДОЦ. Д-Р ЛЮБОМИРА НИКОЛАЕВА-ГЛОМБ, ДМ

<https://youtu.be/8QtxNdYowRA>

КОВИД 19 – ДВЕ ГОДИНИ СЛЕД НАЧАЛОТО. НА КЪДЕ ВЪРВИМ – ХИПОТЕЗИ И ПРЕПОРЪКИ „ПО СВЕТА И У НАС“

РЕГИСТРАЦИЯ

Вече над 18 000 лекари са регистрирани на Medical News.

За да имате достъп до e-ПМО на Medical News, официален партньор на БЛС, моля регистрирайте се на <http://medicalnews.bg/registration/> или влезте в профила си – <http://medicalnews.bg/login/>

Регистрацията Ви дава достъп до:

- Всички научни статии на Medical News
- Списания „Medical News: Новости“
- Семичния ни бюлетин „Медицински новини“
- Акредитирани от БЛС онлайн обучителни курсове
- Уебинари
- Тема на месеца



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

QUO VADIS

Редакционно броят е приключен на 28. 06. 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“

МБАЛ „Д-Р АТАНАС ДАФОВСКИ“ АД – КЪРДЖАЛИ ОТБЕЛЯЗВА 90 ГОДИНИ ОТ ОСНОВАВАНЕТО СИ

90 години от създаването си отбелязва МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД – Кърджали с поредица от събития: Юбилейна научна конференция на тема: „Човек, общество, медицина“, представяне на биографичния сборник „Пограничните пътища в биографията на един лекар“, посветен на съдбата и дейността на д-р Сергей Ростовцев и издаване юбилейен сборник „90 години – Пътят към юбилея“.

Идеята за основаване на болница възниква през 1927 г., когато тогавашната Дирекция „Народно здраве“ към Министерския съвет изпраща делегация, която да установи здравното състояние на населението. Проверката показва драматична картина – около 60-70 процента от хората боледуват и умират от коремна или петнист тиф, дизентерия, малария. Туберкулозата засяга около 85 на сто от населението.

През 1924 г. са констатирани 4 000 болни от сифилис в региона. Смъртността достига 506 на 1000 души, средната продължителност на живота е едва 42 години. Здравното наследство е много тежко, а населението се намира в окаяно материално положение след войните и спешно се налага намеса на държавата. Но все пак инициативата идва от местните власти. Околийската управа стига до извода, че трябва да се построи болница. Първата копка е направена през 1928 г., а откриването е на 1 април 1932 г.

Болницата е малка, с двайсетина легла, двама лекари, пет медицински сестри и трима санитарни. Ако в първите години трудностите съпътстват тежката здравна ситуация, впоследствие възникват други. През 40-те години населението на областта започва да се увеличава и материалната база се оказва недостатъчна. В периода след 1945 г. потребността от изграждане на по-съвременна сграда е очевидна.

В периода от 1945 г. до 1950 г. се обособяват отделението по акушерство и гинекология, както и детското и вътрешното отделения. Организира се кръводаряване, въвежда се кръвопреливането, създава се кръвна банка.



Втората болница - 1959 г.

В средата на 50-те години Кърджали вече наброява 21 018 жители и болничната база и медицински състав не съответстват на обществените нужди.

През 1955 г. е направена първата копка на новата болница, където днес се помещава АГ отделението. С нова-

та болница се решава проблемът с легловия фонд, което е върхов момент в развитието на медицинското обслужване тогава – през 1959 г. лекарите са вече 55, медицинският персонал 113, санитарите 55. По същото време през отделенията преминават 9586 болни със 106 430 леглодни, детската смъртност е сведена до 70.3% на хиляда. Към съществуващите Вътрешно отделение, Детско отделение, Хирургично отделение с операционна зала, АГ се прибавят и новооткритите очно и ушно отделение /1959 г./, кожно-венерологично, нервно и ревмокардиологично отделения.

През 1959 г. Кърджали е обявен за окръжен център и болницата става окръжна. Разширяват се поликлиничната и стационарната дейност. Главен лекар става д-р Атанас Дафовски. Той е създател на терапевтичната помощ в кърджалийската болница, както и на съвременната база на здравеопазването в града. В средата на 60-те години нуждата от разширяване на легловата база е главният проблем, защото окръжната болница обслужва район с над 200 000 население, а многопрофилното развитие изисква още нови отделения. През този етап отново назрява идеята за строеж на болницата – трета по ред.



Първата копка е направена на 17 януари 1971 г. от зам.-министъра доц. Сибила Радева



Откриването на болницата: днешната 10-етажна сграда под формата на разтворена книга е на 29 април 1977 г.

С новата сграда леглата се увеличават общо на 900 бр., разкриват се нови звена – гастроентерология, детско инфекциозно, урология. Болницата се налага като водещо и авторитетно заведение в Източните Родопи. От 1984 г. като главен лекар на Окръжна болница е назначен д-р Желязко Джангозов. Продължава развитието на лечебното заведение като водеща здравеопазна структура.



От 1998 г. главен лекар на здравното заведение става д-р Васил Ликоманов. Болницата навлиза в етапа на здравната реформа.

С приемането на Закона за лечебните заведения през 1999 г. болницата е преименувана в Многопрофилна болница за активно лечение, а през април 1999 г. – медицинският съвет приема предложението МБАЛ да носи името на д-р Ат. Дафовски.

От 26.04.2002 г. и към настоящия момент изпълнителен директор е проф. д-р Тодор Черкезов, д.м., с чиято дейност се свързва съвременното развитие на болницата като мултикомплекс и пълното обновяване на материалната база и медицинска апаратура.



Днес МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД – Кърджали разполага с 340 легла и 621 души персонал, от които 129 лекари и 264 специалисти по здравни грижи. Болницата покрива широк спектър от потребности на населението – от раждането до залаза на човешкия живот. Средно годишно в лечебното заведение се лекуват между 16 и 17 хиляди души.

В структурата на лечебното заведение има 28 отделения в различните профили на медицината. Има изграден МЦ „Авицена“ и хоспис „Добролюбие“. Тя е единствената областна болница, която има разкрит хоспис като дъщерно дружество още преди дванайсет години – структура, която придобива все по-голямо значение на фона на застаряващото население. Лечебното заведение е първото в Родопите, въвело инвазивната кардиология преди 12 години и постигнало значително намаление на смъртността от инфаркт на миокарда. Тромболитичната терапия на исхемичния мозъчен инсулт е друго основно направление за модерен подход към

това тежко и инвалидизиращо страдание с големи последици за индивида и обществото. Реакцията при пътнотранспортни инциденти от двете страни на южната граница е друго важно направление в работата, разработено чрез европейски трансграничен проект в сътрудничество с болницата в гр. Комотини, Р. Гърция. Развива се травматологията, хирургията и реанимацията, които разполагат с високотехнологична материална база и отлично подготвени медицински специалисти. Офталмологичното отделение е оборудвано с най-модерната апаратура за роботизирана хирургия. В него работят опитни и много търсени специалисти, всички възпитаници на проф. д-р Ива Петкова. Магнитно-резонансната диагностика в болницата е на високо ниво. Пациентите са от целия родопски регион, като областната болница е първата, извън УМБАЛ „Св. Георги“ – Пловдив, която закупи ядрено-магнитен резонанс още през 2008 г. Важен приоритет в работа на лечебното заведение е утвърждаването на продължителното лечение, рехабилитацията и палиативните грижи.



Цялата тази история е свързана с труда, усилията, постоянството на поколения лекари и медицински сестри, които е трябвало да работят адекватно, за да отговорят на повишените потребности и очаквания на населението. Въпреки превратностите на съдбата и сложната политическа обстановка, болницата посреща достойно своя 90-годишен юбилей с чувство за изпълнен дълг и успешно реализирана мисия в специфичната регионална среда, споделя проф. д-р Тодор Черкезов, д.м.

Редакцията на в-к „Quo vadis“ благодари на екипа на МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ за любезното съдействие при изготвянето на материала.

ФУТБОЛНИТЕ СРЕЩИ НА СТОЛИЧНИТЕ ЛЕКАРИ

За поредна година столичните медици премериха сили на терена

За втора поредна година по инициативна Български лекарски съюз и УМБАЛ „Св. Анна“ се проведе футболен турнир между лекари в София. Надпреварата е своеобразно продължение на миналогодишния турнир „Заедно срещу болестта“. Мачът се проведе на стадион Бистрица и продължи през целия ден до излъчването на отбора шампион.

Футболната среща тази година предизвика още по-сериозен интерес, като в нея се включиха повече столични болници. Предизвикателството прие и отборите на УСБАЛССЗ „Св. Екатерина“, УМБАЛ „Лозенец“ и МБАЛ „Св. София“. Турнирът донесе много емоции на медиците, които сформираха отбори с лекари от различни отделения.

Най-активни се оказаха лекарите от УМБАЛ „Св. Анна“, които се включиха във футболната среща с цели два отбора – единият, от които стана победител в надпреварата.

Във финалната среща УМБАЛ „Св. Анна“ 2 се наложи над МБАЛ „Св. София“, а срещата завърши 2:0. Така отборът на МБАЛ „Св. София“ зае второто място. Бронзът отиде при 1-ви отбор на УМБАЛ „Св. Анна“.

Организаторите на инициативата си поставят за цел Благотворителният футболен турнир за лекари да стане традиционен, като целта е всяка година да се включват все повече болници.

Д-р
Емилиян
Гулев



Спортът като оръжие срещу стреса

Младият невролог
д-р Емилиян Гулев
в ролята на вратар

Победителите от отбора на УМБАЛ „Св. Анна“ 2, могат да се похвалят със силна защита в лицето на д-р Емилиян Гулев. Младият медик е завършил Медицински университет – София през 2019 г., като в момента специализира нев-



рес. По думите му, подобни футболни срещи са чудесно място както за събиране на положителни емоции, така и на контакти.

„Имаше много повече участници. Включиха се представители от три различни болници. Имаше доста повече

хора и доста повече публика“, казва той.

По думите му, в забързаното ни ежедневието често социалните контакти са ограничени в една или друга степен. На събития като това обаче медици от различни специалности имат възможност да се срещнат и да се опознаят като хора без белите престилки и табелките с имената им.

„Ползите са безспорни. Освен чисто физическите – човек да се раздвижи като поспортува, по този начин се сплотява и колективът. В един отбор се събрахме колеги от отделенията по неврология, хирургия и образна диагностика. Това са хора, повечето от които в болницата се срещаме само по коридорите. Ако не се събираме да поритаме, сигурно няма и да се познаваме“, признава той.

Определя футболните срещи като тази като чудесна форма на тимбилдинг, където, освен с колегите си от болницата, можеш да се запознаеш и със специалисти от коренно различни области в други болници, което в дадени ситуации може да се окаже особено полезно.

„Ако някога се случи да приемем пациент, с който ние не можем да се справим, можеш да вдигнеш телефона и да обясниш: „Имаме такъв и такъв случай, можете ли да съдействате? – „Да мога“ или „Не, не мога“, „Имаме такъв случай, дайте предложението как да подходим“, ето това е вид колаборация“, пояснява младият лекар.

Самият той е категоричен, че медицината не е спринтова дисциплина, а отборна игра.

„Това е един марафон, който сам не може да го мине човек. Трябва да има отбор зад себе си, трябва да има екип“, казва д-р Гулев.

Младият лекар разказва, че поне веднъж седмично се събира заедно с няколко свои колеги от „Св. Анна“, за да поритат и да се отърсят от негативните емоции.

„Гледаме да го правим всяка седмица. Запазили сме си игрище в София и всяка сряда в рамките на

2-3 години вече се събираме различни хора от болницата и правим един приятелски мач“, казва още бъдещият невролог.

Емоциите от турнира

В ролята си на вратар на печелившия отбор „Света Ана 2“ д-р Гулев е изключително доволен от представянето на всички свои колеги.

„Отбор „Света Анна 2“ беше съборен между неврология, хирургия и образна диагностика, докато отбор „Света Анна“ 1 беше по-представителният отбор от ортопедите, чиято специалност малко или много е свързана с хора от спортните среди“, пояснява лекарят.

Именно отборът на ортопедите печели миналогодишния, първи по рода си такъв турнир, но тази година колегите им от сборния отбор ги изненадваат.

„Аз бях вратар и се представих добре. Не допуснах много голове, все пак завършихме на първо място, но ако говорим за индивидуални отличия, не мога да не спомена постиженията на съотборниците ми от отбор „Света Ана“ 2: д-р Георги Найденов, образна диагностика и д-р Момчил Манчев, хирургия. Няма как да си скрия душата и за д-р Виктор Стаменов от отбора на ортопедите „Света Ана“ 1, както и д-р Александър Илиев – началникът на Второ отделение на клиниката по ортопедия в нашата болница, който също показва доста добро ниво“, разказва д-р Гулев, споделяйки емоции и впечатления от срещата.

„Спортът е здраве“

Всяка една минута, отделена за спорт, е от категорична полза, заявява д-р Гулев и допълва:

„Един лекар на дневна база взема между 150 и 200 решения и ако няма момент, в който да може да разпусне и да разтовари от това чисто емоционално напрежение, което се натрупва, ще се получи дисбаланс, което е опасно, ако прогресира.“

По думите му, разходките в парка са полезни, но не могат да заменят отборните или индивидуалните спортове.

„Едно 40-минутно спортуване един-два пъти в седмицата е повече от желателно както за психоемоционалното, така и за физическото ни здраве“, казва лекарят.

Именно затова се надява все повече лекари и болници да се включват във футболния турнир всяка година, с надеждата инициатива да се разрасне, излизайки от пределите на София.

рология. Започва да работи в клиниката по Нервни болести в УМБАЛ „Света Анна“ в София, а в разгара на пандемията лекува пациентите в COVID отделението на болницата.

Играта, която обичаме от деца

Д-р Гулев никога не се е занимавал професионално със спорт, но футболът определено се явява негова особена страст.

„Още от ранна детска възраст малко или много всяко момче в даден момент е искало да бъде футболист. По стечение на обстоятелствата, ние поехме по друг път, но като цяло спортът е нещо, което помага на всеки да избяга малко от ежедневието си. Именно затова идеята за футболния турнир ни допадна и нямаше как да не се организираме“, признава той.

Самата инициатива за „Футбол на първа линия“ се ражда в отговор на пораженията, които нанесе COVID-19 на цялото лекарско съсловие.

„Идеята беше да се обединим. Да застанем заедно срещу COVID инфекцията, заедно срещу болестта. Да покажем, че нашето съсловие може да се изправи срещу доста сериозни трудности от медицинска гледна точка“, пояснява той.

Футболът, който събира

Д-р Емилиян Гулев се включва във футболната среща за втора поредна година, като тази е приятно изненадан от засиления инте-

