

# QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ



## ВЕСЕЛА КОЛЕДА И ЩАСТЛИВА 2023 ГОДИНА!



**НИЕ МОЖЕМ И ЗНАЕМ КАК ДА ПОДГОТВИМ ВАШИЯ ПРОЕКТ**

През януари 2023 г. ще стартира тримесечен прием на проекти за финансиране на ново оборудване на лекарски кабинети в селските общини по Програма за развитие на селските райони.

Допустимо е строителство и ремонт, както и изграждане на фотоволтаици за собствени нужди.

Гарантираме лично отношение към всеки клиент и отговорност към успешната реализация на всеки проект.

**Резултатите говорят за нас!**

За контакти: office@pro-active.bg | тел.: 0878 833 693 | pro-active.bg

## МЕДИЦИНСКИТЕ СЪБИТИЯ У НАС ПРЕЗ 2022

През последните 2 години COVID-19 се беше настанил трайно в новините от областта на медицината – от трескав обмен на информация за етапите на протичане на заболяването, през решения и протоколи за лечение до ваксините и медикаментите за успешно справяне с коронавируса. Тази година, наред с усилията за възстановяване от последствията от пандемията, имахме и редица интересни и необичайни медицински случаи, както и постижения на наши лекари. Част от тях четете

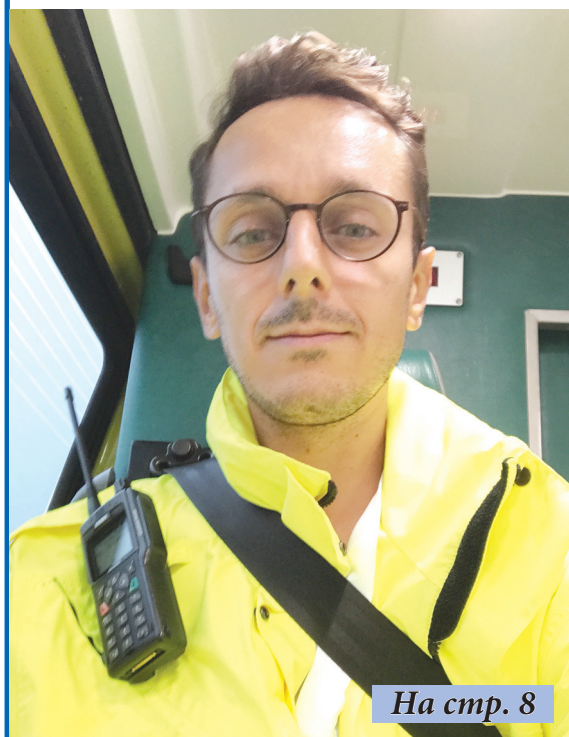
на стр. 6-7

### Д-Р АЛЕКСАНДЪР СИМОВ



На стр. 4

### Д-Р ХРИСТО СТЕФАНОВ



На стр. 8

**ЗАЩО ИЗБИРАМ БЪЛГАРИЯ**

**СПАСИТЕЛ В ИЗВЪНРАБОТНО ВРЕМЕ**

ГРИПНИ СЪСТОЯНИЯ

**ОСЦИЛО КОКЦИНУМ®**



НАГРАДА НА БФС ЗА "ХОМЕОПАТИЧЕН ЛЕКАРСКИ ПРОДУКТ ЗА 2022 ГОДИНА"



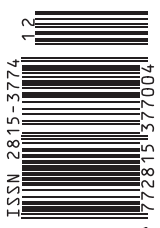
За всички от 0 до 100 години!

ЗА ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГРИПНИ СЪСТОЯНИЯ

**BOIRON®**

Високо ценен Вашето здраве

Хомеопатичен лекарствен продукт. За повече информация: Боарон БГ ЕООД, София, бул. Шипченски проход 9, тел. 02/963 45 00



ISSN 2815-3774

9 772815 377004

# БЪЛГАРСКИТЕ ЛЕКАРИ НАЙ-НАКРАЯ ИМАТ СВОЙ СОБСТВЕН ДОМ

6 декември 2022 г.

Малко преди 122-рата годишнина от основаването на Лекарския съюз българските медици най-накрая имат свой собствен дом.

Български лекарски съюз приключи сделката по придобиването на нова сграда, която да бъде своеобразен дом на медиците. Тя се намира на ул. „Доспат“ в София, до болница „Пирогов“. Предстои Централата на БЛС, която години наред се помещаваше в Националния център по общественото здраве и анализи (бул. „Акад. Иван Евстратиев Гешов“ 15), да бъде преместена в новата сграда.

Припомняме, че през месец май тази година, 74-тият Събор на съсловната организация реши да инвестира и даде мандат на Управителния съвет на Български лекарски съюз за започване на преговори за закупуване на сградата на лекарите в столицата. Така след месеци усилена работа сделката вече е факт.

Закупуването на сградата от Български лекарски съюз не е обвързано по никакъв начин с парцела в двора на Медицинска академия, който е собственост на съсловната организация и на който към този момент няма възможност да бъде построена сграда заради съдебен спор.

Български лекарски съюз е второто учредено в световен мащаб сдружение на медици с над 32 000 члена към този момент, които за първи път, след повече от век, ще имат свой собствен дом!

# Д-Р МАДЖАРОВ: ПРОДЪЛЖАВАЩОТО МЕДИЦИНСКО ОБРАЗОВАНИЕ ТРЯБВА ДА Е ЗАДЪЛЖИТЕЛНО

20 декември 2022 г.

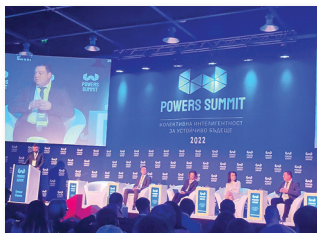
Продължаващото обучение на лекарите трябва да бъде задължително, заяви д-р Иван Маджаров по време на Powers Summit - иновативната платформа за градивен, оперативен диалог, лице в лице между властта, бизнес лидерите, науката и гражданския сектор. Председателят на БЛС участва в приоритетен панел “Здравеопазване по време на криза”.

Д-р Маджаров обяви, че държавата е длъжник за осигуряването на кадри. „Няма никъде изискване за продължаващо обучение. Смятаме, че е дошло крайно време това да се случи“, добави той и припомни, че екип от експерти е разработил проект на модел за остойностяване на лекарския труд, който предстои да бъде защитен пред министърствата на здравеопазването и на финансите, като подчерта, че продължаващото обучение на

медиците трябва да бъде задължително.

По-актуално към момента е гарантирането на капацитета на системата на здравеопазването, отколкото подобряването ѝ, защото някак изтървахме момента, в който стигнахме пропастта. Повишаването на средствата, което очакваме да се случи, трябва да е насочено към гарантиране на кадровата устойчивост на системата.

На форума „Власт, чувай!“ присъстваха народни представители, министри, дипломати и др.



# 14 ДЕЦА НА ПОЧИНАЛИ ОТ COVID-19 МЕДИЦИ С ФИНАНСОВА ПОДКРЕПА В НАВЕЧЕРИЕТО НА КОЛЕДНИТЕ ПРАЗНИЦИ

14 деца на медици, загубили битката с Covid-19, получиха финансова подкрепа в навечерието на Рождество Христово. Точно преди 2 години, в навечерието на най-светлите празници, Български лекарски съюз, с подкрепата на Ники Кънчев, Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи и доброволческите организации “Защото сме хора” и “Благодаря Ви, че Ви има” стартира инициативата за финансово подпомагане на децата на починалите от Covid-19 медици под надслов: “За децата на героите в бяло”.

През 2022 г. в дарителска сметка на кампанията бяха събрани 8 953 лв. С тях се подпомагат финансово 14 деца между 5 и 17 години.

С цел прозрачност, всички събрани средства от инициативата бяха разпределени от комисия към Българския лекарски съюз за децата на починалите български medici.

На всяко дете вече са преведени над 630 лв. По време на кампанията през миналата година събраната сума надхвърли 34 000 лв. и на всяко дете беше осигурена финансова подкрепа от над 2 100 лв.

В навечерието на светлите празници е трудно да намериш утеха, когато съдбата е белязала завинаги детските души. Инициативата „За децата на героите в бяло“ не може да върне най-ценното, но може да даде път на доброто и човешкото във всеки от нас.



Благодарим на всички дарители, фирми и частни лица, които протегнаха ръка в тежък момент. Благодарение на Вас се надяваме да подарим усмивка и утеха! Защото само заедно можем да се справим!

# БЛС ПРЕДСТАВИ МОДЕЛ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА МОТИВАЦИОННО ВЪЗНАГРАЖДЕНИЕ НА ЛЕКАРСКИЯ ПЕРСОНАЛ

19 декември 2022 г.

На 19.12.2022 г. Български лекарски съюз представи модел за мотивационно възнаграждение на лекарския персонал в болничната помощ. Моделът е разработен от Съвета по икономически и публични политики, който е изследователска и консултантска мрежа към Института по икономика и политики. Автори са д-р Йосиф Йосифов, д.м., Кузман Илиев, д-р Владимир Сиркаров, Никола Филипов и Михаил Кръстев.

“Основната ни задача беше да бъде изготвен икономически издържан модел, който трудно може да бъде компрометиран и атакуван, модел, който може да се надгражда и доразвива, но в същото време да бъде устойчив във времето”, категоричен беше председателят на БЛС д-р Иван Маджаров.

Моделът за определяне на минимални заплати на лекарите в болничната помощ предлага:

1. Минималното стартово заплащане на лекар в БП без стаж и допълнителна проф. квалификация, стъпвайки на Директивата, авторите предлагат да се изчислява като: 50% от средната работна заплата за конкретния район за конкретната специалност или 60% от стойността на медианната работна заплата отново, отнасяща се за конкретния район и конкретната специалност.

2. Предлага се класификатор на длъжностите, идентичен за всяка една лекарска специалност с 4 степени и 6 ранга във всяка степен.

3. Премаването от ранг в ранг е зависимост от минимален стаж в предходния ранг и ниво на специализация съобразно точки за професионална квалификация – CPD точки; Базовото скалиране на нивата на заплащане в ранговете и степените е взаимствено от немския опит;

4. Предлага се заплащането да е диференцирано на база специалност, ниво на компетентност на лечебното заведение и регион на планиране на ниво NUTS II;

5. С цел привличане на кадри е необходимо реализирането на целенасочена държавна политика по отношение на регионите, респективно по отношение на разположените в региона публични лечебни заведения, които функционират в неблагоприятни икономически условия. За регионите с публични лечебни заведения, които функционират в неблагоприятни икономически условия следва в резултат на държавната политика да се договори фиксирана добавка за медицинския и немедицинския персонал, подобна на ковид-добавките;

6. Предвидено е „автоматично“ индексирание на минималните заплати - ежегодната индексация следва да е с 50% от ръста на среднопретеглените реимбурсни нива на клиничните пътеки за текущата година и 50% от ръста на хармонизиращия индекс на потребителските цени през предходната календарна година, което е бюджетно неутрално решение.

За възприемането на така направеното предложение за определяне на минималното заплащане на болничните лекари авторите посочват стъпките, които необходими и трябва да бъдат направени:

1. Българският лекарски съюз, съвместно с професионалните асоциации на отделните лекарски специалности и центрове за следдипломна квалификация към медицинските университети, да разработят единна методология за присъждане на CPD точки на базата на стандартни обучения за повишаване на квалификацията;

2. Необходимо е и въвеждането на нива на компетентност на ЛЗ чрез промени в Закона за ЛЗ;



3. На базата на Закона за достъп до обществена информация трябва да се изиска от Националната агенция за приходите деперсонифицирана информация за основните заплати на лекарите специалисти по съответните специалности с разбивка по ниво на компетентност на лечебните заведения и на региони на ниво NUTS 2 (Регионален брутен вътрешен продукт (по стандарт на покупателната способност на жител по региони));

4. Данните следва да се обработят статистически съгласно общоприета методология за качество на данните, да се извършат съответните срезове по специалности, региони и ниво на компетентност на съответното звено на ЛЗ;

5. Следващата стъпка е за всяка от посочените разбивки да се изчисли максимизиращата функция – max (50% от средната работна заплата; 60% от стойността на медианната работна заплата; минимална работна заплата за страната), а в последствие така изчислените стойности да залегнат като база за минимална работна заплата в ранг 1 на лекарите специалисти от Таблица № 7 (може да я видите на www.blsbg.com). Останалите длъжности и рангове се изчисляват резултативно, на базата на заложените пропорции в Таблица № 8 (може да я видите на www.blsbg.com). При посочените стъпки ще се постигне изложената по-горе диференциация на базата на лекарска специалност, регион и лечебно заведение;

6. Разработената методология за минимално заплащане следва законово да бъде „вложена“ в Постановление на Министерския съвет, както е примерът с националното МРЗ;

7. Националната класификация на професиите и длъжностите, водена от Националния статистически институт, следва да се съобрази с предложени класификатор на длъжностите за лекарите.

Така предложената система за формиране и индексирание на основни възнаграждения в болничната помощ може да се използва/приложи и за извънболничната помощ с известни модификации.

Моделът е качен на сайта на БЛС – www.blsbg.com.

## IN MEMORIAM

### ПОЧИНА ПРОФ. Д-Р СТОЯН ДАНЕВ

На 14.12.2022 г. този свят завинаги напусна проф. д-р Стоян Данев.

Той бе изтъкнат ръководител на Катедрата по Клинична лаборатория при МФ, МУ-София и на Българското дружество по клинична лаборатория.

Ръководството на БЛС изказва своите искрени съболезнования на семейството и близките на проф. Данев.

Светлина по пътя!

### ОТИДЕ СИ Д-Р СТОЯНКА ЛЕСИНСКА

Доайенът на гастроентерологията в Кърджали д-р Стоянка Лесинска напусна този свят в средата на м. декември. Тя въвежда ендоскопските изследвания в кърджалийската болница. Лекувала е хиляди пациенти в продължение на десетилетия.

Д-р Лесинска остава дълбока дия в историята на МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“.

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството и близките на д-р Лесинска.

Поклон пред паметта ѝ!

### НАПУСНА НИ ПРОФ. Д-Р ИВАН СМИЛОВ

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството и близките на професор д-р Иван Дончев Смилов, д.м.н.

С огромна болка и прискърбие посрещнахме новината за загубата на един прекрасен лекар, дълбоко уважаван преподавател и учен – дългогодишен ръководител на Катедрата по анестезиология и интензивно лечение (1992-2008) и декан на Медицински факултет, МУ-София (1991-1999).

Проф. Иван Смилов бе международно признат учен, но и харизматична личност, обичан и уважаван преподавател. Носител е за 2009 година на наградата на МУ-София на името на „Проф. Стоян Киркович“ за цялостна преподавателска и научна дейност.

Поклон пред паметта му!

# Д-Р СТЕФАН ПАВЛОВ: НИЕ САМИТЕ МОЖЕМ ДА БЪДЕМ ЧАСТ ОТ ТАКА ЖАДУВАНАТА ПРОМЯНА В НАШЕТО ОБЩЕСТВО

Д-р Стефан Павлов определено е от хората, които знаят как да разпределят времето си ефективно.

Освен че се развива в една съвсем нелека специалност – радиационна онкология, част от ежедневието си посвещава на регионалната колегия на Лекарския съюз в Пловдив като член на нейния управителен съвет.

За да приобщи и информира все повече свои колеги за дейността на съсловната организация, той се е заел поддържането на социалните мрежи на структурата.

Наред с тези си функции от скоро има честта да бъде и преподавател в МУ-Пловдив.

Денят между рапорти, работа с пациенти, лекции и организационна дейност е интензивен, но изпълнен със смисъл.

Д-р Павлов дълбоко вярва, че промяната започва от самите нас, затова и не пропуска възможността да бъде част нея, приобщавайки все повече съмишленици.

Д-р Павлов, как и защо решихте да се занимавате със съсловна и организационна дейност?

Вярвам, че човек или се ражда и изпитва нуждата да бъде активен, или не. Още по време на обучението ми в МУ-Пловдив бях привлечен към структурите на студентския съвет, където постепенно израснах и стигнах до председател на Общо събрание. Оглавявах и спортната комисия, тъй като спортът е моя страст. За съжаление, това, което наблюдавам като голям проблем сред младите колеги, а и изобщо сред лекарите у нас, е, че не обичаме да се занимаваме със структурна и организационна дейност. От друга страна, мен това винаги ме е мотивирало. Затова, когато завърших, продължих да работя в помощ на моите колеги, за да бъдем една по-добра съсловна организация и естествено, с всеки ден да подобряваме нашата позиция в обществото.

Как станахте част от управителния съвет на Регионална лекарска колегия – Пловдив?

Имах честта да бъда предложен от нашия председател д-р Цигаровски и да бъда избран за член на УС благодарение на младите колеги, сред които съм по-разпознаваем от студентските ми години. Ние като цяло сме един доста млад управителен съвет. При нас започна една приятна поколенческа промяна на местно ниво. На Общо събрание колегите от Пловдив решиха да дадат шанс на младите, благодарение на което се получи една добра амалгама от опитни лекари, които от години се занимават с организационна дейност, и млади такива, които горят в работата си. Аз съм се ангажирал с представянето на районната колегия най-вече в социалните мрежи, тъй като това беше наш голям проблем в миналото. От разговори с млади колеги оставам с впечатлението, че те не разбират какво прави РЛК – Пловдив и изобщо БЛС.

Именно социалните мрежи са нашият инструмент да стигнем до тези хора. Вече имаме създадена страница, в която генерираме съдържание.

Какви други цели сте си поставили като част от РЛК – Пловдив?

Друга амбициозна задача, която сме си поставили занапред, е ние – младите лекари, да се обособим в допълнителна структура по примера на Столичната младежка колегия на БЛС. В общи линии, поставили сме си доста амбициозни задачи. Доволен съм, защото има доста екипна работа и успяваме да сме ефективни. Мисля, че на национално ниво бяхме първата колегия, която повдигна темата за помощ към българския Червен кръст във връзка с войната в Украйна. Направихме дарения и силен Фейсбук пост, който стигна до доста хора. Опитваме се и да бъдем актуални спрямо ситуацията, което винаги е много важно, особено в съвременния свят.

А защо според Вас е важно за един млад лекар да бъде активен, когато става дума за съсловие, към което принадлежи?

Излизайки от контекста на лекарското съсловие, мисля, че не сме достатъчно информирани като цяло. А за мен едно от най-хубавите неща, когато започнеш да се сблъскваш с информация и документация, е, че разбираш колко неща всъщност зависят от теб самия. В контекста на младите лекари, ако са малко по-запознати с дейностите на своите РЛК и БЛС, ще разберат колко важни процеси зависят именно от нашата активна позиция. Винаги апелът ми към колегите е да се интересуват и информират, а не да се примиряват с действителността и нейните недъзи. Ние самите можем да бъдем част от така жадуваната промяна в нашето общество. Аз съм разбрал всичко това по трудния начин.

Кои според Вас са най-сериозните проблеми, които стоят пред младите лекари у нас? И за кои от тях може да съдействате като съсловна структура?

За съжаление, проблемите са сериозни. Данните за съсловната структура на лекарското общество в България е фрапираща що се касае до средна възраст. Именно затова трябва сериозно да помислим как да стимулираме младите лекари занапред. Това, което зависи от нас като съсловие, е процедурата по приемането в районната структура на Лекарския съюз да бъде изчистена и да няма забавяния и проблеми. Да помагаме на младите колеги, които започват професионалния си път и изпитват липса на средства. Те могат да бъдат спонсорирани със стипендии. Важно е също да поддържаме добри отношения със студентски структури, които генерират бъдещи лекари. И не на последно място да даваме гласност на проблемите на лекарите чрез репортажи в медиите и семинари по темата. Въпросите, касаещи специализацията



и реализацията на младите, са наболели и не намират решение във времето, въпреки градивните идеи от страна на БЛС. Истината е обаче, че не всичко зависи от съсловната организация и нейните структури.

Разкажете малко повече за самия себе си. Как въобще решихте да се заминавате с медицина и по-конкретно с радиационна онкология?

Това за мен беше голяма дилема, тъй като първоначално в учебните си години се интересувах от политика и история. За съжаление, се сблъсках с медицински проблеми при мои близки, свързани с онкологични заболявания. Когато видиш как губиш свой близък, в теб се ражда мотивация да искаш да помогнеш. Мотивация, която прерасна в решението да запиша медицина и да се занимавам точно с радиационна онкология. Исках да променя ситуацията у нас. В България често карцином се тълкува като смъртна присъда, а това не трябва да е така. Напротив, има доста хора, които биват излекувани, и има страхотен напредък в тази област. Надявам се в бъдеще той да бъде още по-голям, особено в България.

Все още ли се занимавате със спорт активно?

Старая се редовно да спортувам. Винаги, когато имам възможност, ходя да плувам. Спортът ти помага да се отдалечиш от работната среда. Също така имаме честта

заедно с мои приятели да бъдем пионери в създаването на първия отбор по американски футбол в Пловдив *Пловдивските вълци*. Дейност, която развивахме активно по време на своето студентство. Участвали сме и на университетски състезания. Стигнахме до там, че на една универсиада МУ-Пловдив победи НСА и спечели първо място. Това е нещо, с което се гордеем.

Спортът е нещо особено важно. Всеки човек трябва да се опитва да спортува. За съжаление, в България процентът неспортуващи е особено висок, което, като лекар, категорично мога да потвърдя, че е ужасно вредно.

Какви краткосрочни цели си поставяте за следващата година?

Както споменах, ние от Регионалната колегия, сме си поставили няколко задачи. Аз самият ще се старая да развивам все повече образа ни в социалните мрежи. В личен план – надявам се догодина да успя да защита специалността си и естествено, да продължа да се занимавам с проблемите на моите колеги и да преподавам на студентите, нещо, което доста ми допада. Най-важното, разбира се, е да бъдем здрави. Когато си лекар и особено, когато се занимаваш с онкологични заболявания, започваш да цениш здравето. Всичко останало се постига с малко късмет, труд и усилия.

Интервю на Милена Енчева



## Д-Р АЛЕКСАНДЪР СИМОВ:

# ЗАЩО ИЗБИРАМ БЪЛГАРИЯ

- Д-р Симов, Вие сте последното попълнение на екипа в ДПБЛНА и преди да Ви питам повече за това, бихте ли казали как избрахте медицината за своя професия?

- Това датира от средното ми образование – завършил съм природо-математическа гимназия с профил биология, химия и английски. Освен това в рода ми има няколко лекари – дядо ми е стоматолог, чичо ми е лицево-челюстен хирург и за мен това беше естествен ход на нещата. Родителите ми също подкрепиха моя избор.

- А как избрахте специалността психиатрия?

- А, това е интересно – по-скоро бих казал, че тя ме избра. Когато бях 6. курс във Варна дойде проф. Маринов от София да работи в УМБАЛ „Св. Марина“. Той сформира кръжок по психиатрия. Целта беше да запознае студентите с този клон на медицината. Всички участници в кръжока си паснахме бързо и това е моментът, който считам за начална точка на моята кариера в областта. Почти всички колеги от кръжока станаха психиатри и работят у нас или някъде по света.

- Къде специализирахте?

- Аз съм родом от Варна и там е преминал в голямата си част животът ми. На 24 години вече ми беше поомръзнал градът. Много от приятелите ми по същото време бяха пръснати из Европа в търсене на професионална реализация. Моите мисли също бяха в тази посока. Започнах да търся активно къде да специализирам. Насочих се към Ирландия, която изисква само една година следдипломен стаж, а не две, както е във Великобритания. Подадох си документите – процедурата е стегната и опростена. След това ме поканиха на интервю, което предложиха да се проведе дистанционно, но аз реших, че е по-уместно да отида на място в Дъблин. Бях одобрен за програмата на Trinity College Dublin, която стартираше през юли 2015 г. Интервюто се състоя през февруари и реших да не се връщам в България, а да погостувам на мои приятели в Лондон – хем да упражня езика, хем да са адаптирам към културната среда. Юли месец бях отново в Дъблин за началото на моята специализация. Аз така взимам решенията си – спонтанно.

- А каква Ви беше първоначалната идея – да се реализирате зад граница или това да бъде за някакво определено време?

- На 24 години човек не е много наясно какво му предстои и дали ще му хареса, но в главата ми винаги е стояла мисълта, че България е моето място и ще се върна. Макар животът в Ирландия да не беше особено вълнуващ, програмата за специализация е така устроена, че на всеки 6 месеца се местиш в нова болница. Това беше интересно за мен, защото предлага нови преживявания. След 3-тата година реших, че искам да се прибера и да финализирам специализацията си в България. Започнах работа в ЦПЗ „Проф. Н. Шипковенски“.

- А каква е идеята на тази ротация в Ирландия?

- Преминва се през различни подспециалности – обща психиатрия, зависимости, геронтопсихиатрия, съдебна и т.н. Целта е придобиване на цялостен поглед върху тази специалност. Програмата в България е сходна, поне на хартия.

- По време на тези ротации коя субспециалност беше по-интересна за Вас?

- Бих казал, че зависимостите и съдебната психиатрия.

- Трудно ли е да си млад лекар в България?

- Аз мога да говоря в областта на психиатрията. Бих казал, че в България е по-интересно и могат бързо да се научат повече неща. Така мисля аз. Имаме кадри и опитни специалисти, от които можеш да научиш много. Имаш някак повече свобода на действие. Тук нещата са по-динамични, случват се по-бързо, по-бързо придобиваш умения. В Ирландия системата е много утежнена бюрократично. Отношенията лекар – пациент в България са по-органични, по-непринудени, което ми харесва.

Мога да кажа, че Ирландия постави солидни основи на моята кариера, но усещах една постоянна неудовлетвореност от живота там. Манталитетът на хората е доста по-различен от нашия, беше ми чужд и осъзнах, че няма да се почувствам в свои води. В интерес на истината, животът ми беше спокоен, работата е организирана и подредена, без проблеми и стресения, но не изпитвах особена удовлетвореност от това. Работата си е работа, но не можем да загърбим личните си преживявания и усещания. Трябва да има баланс между двете. Винаги съм се чувствал по-комфортно и приятно в България. Тук съм там е доста по-интересно, по-динамично с всичките трудности и особености.

- Финансовите аспекти не са за пренебрегва-



*Д-р Ал. Симов е родом от Варна, където завършва и висшето си образование по медицина. След дипломирането си решава да търси по-широки хоризонти и избира Ирландия да специализира психиатрия. На третата година се завръща у нас, за да продължи специализацията си в ЦПЗ „Проф. Никола Шипковенски“ – София. След успешното взимане на специалност отново отива в Ирландия вече като лекар, където работи близо 1,5 г. Оказва се обаче, че животът в България е по-интересен за младия лекар и от месец декември т.г. вече е част от ДПБЛНА в Суходол.*

*Какви мотиви стоят зад този избор, какво е качеството на психиатричната помощ у нас и с какви предизвикателства се сблъсква един лекар в началото на своята кариера, четете в интервюто, което д-р Симов даде специално за в-к „Quo VADIS“.*

не обаче.

- Да, така е. В момента и аз се сблъсквам с това, но смятам да организирам работата си така, че да се справям, защото, както казах, трябва да има баланс между удовлетвореността в професионален и личен план. Ако все пак един ден реша, че тук не ми е изгоднo да живея, трайно съм пътя зад граница. Но към момента, не желая да мисля в тази посока и избирам България.

- Трудна ли е работата в областта на психиатрията на зависимостите, каквато е специализацията на ДПБЛНА?

- Всъщност повечето заболявания в нашата специалност са хронично рецидивиращи и зависимостите не са особено изключение. Така че ние имаме настройката, че вероятно ще се срещнем с пациента в някакъв следващ момент и не трябва да приемаме рецидива на пациента непременно като професионален провал. Въпрос на настройка – да си наясно, че работиш с такъв тип заболявания и те имат своите специфични характеристики. Честа е също така коморбидността на зависимостите с други психични заболявания.

- А как попаднахте в ДПБЛНА?

- За мен това беше важен избор, защото смятам, че трябва да попадна там, където ще работиш с желание и с перспектива. Имаш добри отзиви за болницата в Суходол, интересна ми е работата със зависимости и имам желание за развитие в тази подспециалност, така че напъл-

лени от българския пазар. За съжаление, тук не съм имал възможността да работя в метадонова програма и нямам поглед.

- Как виждате бъдещето си?

- Засега го виждам в България или поне с тази настройка се върнах. Аз не планирам нещата дългосрочно. В близките година-две бих искал да се утвърдя като специалист, да се развивам в професията, защото това е важно за мен. Това си пожелавам. Все още търся обаче правилната формула.

- Значи на прага на новата година се виждате в нея като част от ДПБЛНА?

- Да, разбира се.

- Какво бихте казали на завършващите медици, които смятат да се реализират зад граница?

- Докато са млади – задължително да пробват, да преценят за себе си къде им харесва повече; да почерпят опит и да се върнат.

- Какво бихте посъветвали човек, който се сблъсква с душевни проблеми, които усеща, че не може да реши сам? Какви стъпки да предприеме?

- Добро начало е да се консултира с личния си лекар. Той е на входа на системата и е човекът, който би трябвало да може да прецени добре какъв специалист да се намеси в конкретния случай. Дори да не се попадне на точния специалист веднага, то в крайна сметка колегите ще се ориентират кой специалист е подходящ за съответното страдание. Имах такъв случай – наскоро – от кардиолог, през невролог до психиатър.

- Плашеца ли е думата „психиатър“ за пациентите у нас?

- Не бих могъл да кажа плашеца, но голяма част от хората асоциират тези специалисти изцяло с медикаментозно лечение, срещу което българинът по някаква причина има съпротиви. Притесняват се от страничните ефекти на медикаментите, мислят, че ще станат зависими от тях или ще предизвикат промяна в личността им. Това са най-честите опасения, които чувам. Понякога е трудно да обясниш, че в определени случаи адекватната и истинската помощ се състои в прием на медикаменти и само с тях може да се постигне едно добро качество на живот.

- Можем ли да направим сравнение на организацията на психиатричната помощ у нас и в Ирландия, откъдето имате преки наблюдения?

- Да, това е важен въпрос. Може би най-големият недостатък на психиатричната помощ у нас е, че е доста фрагментирана, нещата се правят на парче. Липсва подкрепа в общността. Докато в Ирландия има мултидисциплинарни екипи, състоящи се от психиатри, психолози, социални работници, трудотерапевти и най-вече солидно представени са медицинските сестри. Всеки екип обхваща една териториална единица и се грижи за съответна популация пациенти. Тяхната цел е последваща извънболнична грижа и проследяване на състоянието. Сестрите в тези екипи, т.нар. community nurses – психиатрични сестри в общността – ходят в домовете на пациентите, следят състоянието им и дали приемат медикаментите си, поставят им депо медикаменти и така пациентът има непрекъснат контакт със здравен специалист и по този начин се избягва влошаването на състоянието на пациента. Това на нас ни липсва – честата, регулярна грижа след дехоспитализацията.

- Това е грижа на държавата там?

- Да, така е организирана психиатричната им помощ. Това ни липсва на нас. Тук, след като даден пациент е стабилизирал и изписан, често се случва да остане без последваща грижа. Голяма част от психично болните пациенти са социално слаби, не работят, често с процент нетрудоспособност и по тези причини са маргинализирани. Това е солидна предпоставка да не спазват лекарските предписания, а няма кой да наблюдава състоянието им и да дава обратна връзка. За съжаление, малко са пациентите, които имат богат и подкрепящ семеен кръг, който да ги обгрижва. Често са самотни или с един близък човек до себе си. Ако успеем да въведем подобна продължаваща грижа, ще направим огромна крачка напред. Другият момент е, че психиатрични болници у нас има, но персоналът в тях не достига – няма достатъчно психолози, соц. работници, мед. сестри. Последните са на изчерпване, при това на пенсионна възраст, а ние имаме нужда от млади, амбициозни хора, които да оказват нужната помощ и извън болницата. Това за мен е правилният подход.

Интервю на Георги Радев

но пасна на търсенията ми.

- Има ли стигма върху зависимостите, какви са Вашите наблюдения?

- Това касае като цяло диагнозите, с които работим – стигма съществува не само спрямо зависимостите. Допускам, че това състояние на нещата няма да претърпи особени промени в обозрима перспектива.

- Говорите за у нас или и в Ирландия?

- И двете държави виждам. Мога да кажа за положението в Дъблин. Там проблемът с героинозависимите е изключително голям и много видим – движат на групи, облечени са по определен, еднотипен начин, сякаш си имат униформа. Често създават смут в града, случва се да нападат хора, просят по улиците. Като цяло се открояват и обществото страни от тях и местата, които обитават – така че хората реагират на това, което виждат.

- Ситуация, подобна на тази у нас?

- Бих казал, че в Ирландия проблемът е много по-видим. Аз никога не съм виждал толкова много бездомни хора в големите градове у нас, както в Дъблин. В големата си част тези бездомници са и зависими. И в този смисъл казвам, че у нас ситуацията не е толкова набиваща се на очи.

- А по отношение на лечението – има ли разлики у нас и в Ирландия?

- Има известни разлики, разбира се. В Ирландия се използват някои медикаменти които не са регистрирани в България или пък са били изтег-

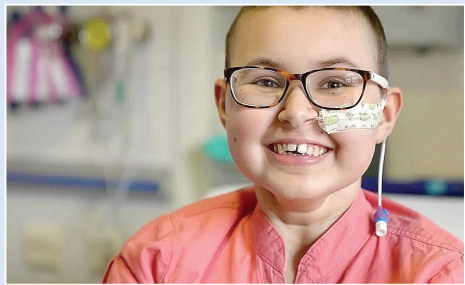
# РЕВОЛЮЦИОННО ЛЕЧЕНИЕ СПАСИ 13-ГОДИШНО МОМИЧЕ ОТ ЛЕВКИМИЯ

13-годишно момиче с рецидив на левкемия вече е излекувано благодарение на революционно лечение, съобщава BBC. Алиса от Великобритания е диагностицирана с Т-клетъчна остра лимфобластна левкемия през май 2021 г.

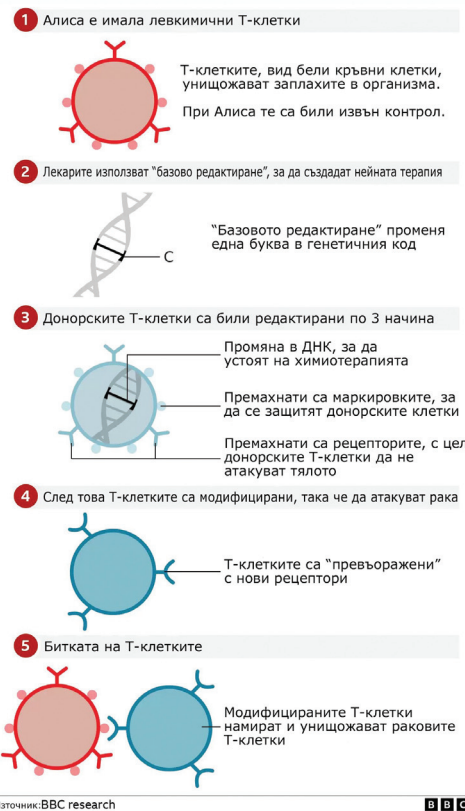
Нито едно традиционно лечение досега не е дало резултат. Проведено е цялото конвенционално лечение, включително химиотерапия и трансплантация на костен мозък, но болестта се връща.

Лекарите от болница „Грейт Ормонд Стрийт“ решили да си послужат с постиженията на биологичното инженерство, за да направят лекарство за нуждите на Алиса.

Новото лечение включва Т-клетки от здрав донор, които циркулират в тялото ѝ и убиват раковите Т-клетки. Т-клетките са вид бели кръвни клетки, които всички имаме и които обикновено се движат из тялото, за да откриват и унищожават дефектни клетки, като ни помагат да останем здрави и да се борим с инфекциите. При пациенти като Алиса обаче те атакуват тялото.



## КАК ДЕЙСТВА ТЕРАПИЯТА?



Шест месеца след проведеното лечение в тялото на момичето няма и следа от ракови клетки. Засега тя остава под лекарско наблюдение.

Алиса казва, че не се е колебала дали да участва в клиничното изпитване на новото



Ян Чу, старша медицинска сестра в Great Ormond Street, провежда терапията на Алиса през май 2022 г.

лечение: „След като го направя, хората ще знаят какво трябва да направят по един или друг начин, така че това ще помогне на хората - разбира се, че ще го направя.“

В рамките на изпитването, в което Алиса участва, финансирано от Съвета за медицински изследвания, през май тази година ѝ бяха дадени редактирани Т-клетки, които бяха предварително произведени от здрав доброволен донор. Изследователите преобразуват по химичен път части от ДНК кода на клетките, които носят инструкции.

Редактираните Т-клетки могат да бъдат инжектирани на пациента, така че бързо да

откриват и унищожават Т-клетките в организма, включително раковите, след което на лицето може да бъде направена трансплантация на костен мозък, за да се възстанови изтощената му имунна система.

Учените имат за цел да привлекат към новото лечение до 10 други пациенти, които имат Т-клетъчна левкемия и са изчерпани всички конвенционални възможности за клинично въздействие. Медиците в „Грейт Ормонд Стрийт“ се надяват, че ако то е успешно, методът ще може да се предлага на деца в по-ранен етап от лечението им, а в бъдеще при други видове левкемия.

# ПРОБИВ НА БЪЛГАРСКИ УЧЕНИ ДАВА ГОЛЯМА НАДЕЖДА ПРИ РАК НА ЛАРИНКСА



Доц. д-р Попов (в ляво) и доц. д-р Стоянов по време на операция

Екип от български учени, начело с доц. д-р Тодор Попов, хирург в УНГ клиниката на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, са направили пробив в областта на рака на ларинкса.

Българските учени са открили биомаркери, показващи полето на канцеризация при тумор на ларинкса. Получените резултати са следствие от проект към Фонд „Научни изследвания“ на МУ-София. Той е разработен съвместно с Центъра по молекулярна медицина, в който участват експерти от различни специалности, между които специали-

стите по генетика Гергана Станчева, Силва Кюркчан, Вероника Петрова, Стиляна Панова и др. Пет години денонощен труд е коствало на младия екип докато стигне до впечатляващото откритие.

## Какво представлява полето на канцеризация?

Това е оазис невидима част от лигавицата, в която се ражда ракът. При операция за рак на ларинкса целта на хирурзите е да изрежат „до здраво“ тумора на пациента и по този начин да му

## Специалистите са открили маркери за полето на канцеризация, от което зависи дали ще има разсейки

дадат шанс за максимална преживяемост. Понякога обаче, въпреки усилията на лекарите, ракът се завръща след 2, 3, 5 години и тогава може да е фатален.

Причината за това е едно невидимо поле, обикновено с големина 4-7 см., с променени дъщерни клетки, което наричаме „поле на канцеризация“.

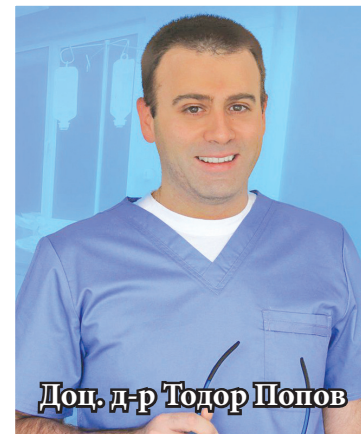
„Това иначе е нормална лигавица. Ако я подложим на хистологичен анализ, той ще покаже, че всичко е нормално. В клетките в нея обаче вече са започнали да се натрупват фатални мутации. Понякога е достатъчно да бъде добавена само още една, за да превърне тази тъкан в огнище на рака. Тези мутации са на микрониво и остават невидими за изследванията, с които разполагаме в момента. Това, което открихме, са микро рНК молекули, които ни позволяват да отграничим това поле на канцеризация“, обяснява доц. д-р Тодор Попов, който в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ работи с пациенти със злокачествени заболявания в областта на глава-

та и шията (карциноми на ларинкса, фаринкса, устната кухина).

Два екипа в света в момента работят по тази нова за медицинската наука материя. Става въпрос за българите и за италиански учени, които обаче са се съсредоточили върху рака на фаринкса.

Българските специалисти са направили още едно важно откритие. Те са успели да изолират микро рНК, които са прогностичен белег за преживяемостта при напреднал карцином на ларинкса. При едни и същи характеристики на тумора, еднакъв стадий, абсолютно еднакво лечение, тези молекули буквално разделят пациентите на две групи. Болните, които имат високи нива на тези молекули преживяемостта спада на 40%, докато другите, с ниски нива, преживяемостта е около 80%. Това дава възможност за първата група да се търсят специфични, таргетни терапии, които да променят негативната тенденция.

## Какво следва?



Доц. д-р Тодор Попов

До тук проектът е на хартия. Макар и изключително впечатляващи, данните са все още теоретични. Следващата голяма цел на българските учени е да вкарат научното си откритие в практиката като успеят да визуализират полето на канцеризация по време на операцията. „Това би ни дало възможност да променим парадигмата и да търсим нови резекционни линии за тумора (границите, в които трябва да бъде изрязан)“, убеден е доц. д-р Тодор Попов.

## За карцинома на ларинкса

Карциномът на ларинкса е едно от най-често срещаните заболявания на горните дихателни пътища. Засяга около 2% от населението. Боледуват преимуществено мъжете (10 пъти по-често от жените), а най-засегнатата възрастова група е 60-65 г. Основните фактори за развитие на заболяването са тютюнопушенето и употребата на алкохол (над 80% от пациентите са пушачи със „стаж“ в тютюнопушенето поне 10-20 години).



# СПАСИТЕЛ В ИЗВЪНРАБОТНО ВРЕМЕ

## Д-р Христо Стефанов за инстинкта да помогнеш без дори да се замислиш

Паника, пострадали и царящ хаос. Така изглежда 217-и км на автомагистрала „Тракия“ посока София в горещ августовски ден. Сръбски автобус пълен с деца излиза от платното за движение и се преобръща в канавка.

Километри по-надолу д-р Христо Стефанов шофира обратно към София след уикенд на Черноморието. Жестоката катастрофа се случва пред погледа му. Без да се замисли, той отбива в аварийното платно и изскача от автомобила си, за да влезе в обрънания се автобус.

Запазвайки самообладание в най-критичните моменти след инцидента, той помага на хората да излязат, а след това оказва първа помощ на пострадалите.

Минути по-късно в спасителната акция се включва и съдовият хирург д-р Антон Елкин. Дватама успешно си сътрудничат, за да предотвратят фатален развой на събитията.

Въпреки тежките травми на пътниците, този инцидент се разминава без жертви. За геройската постъпка двамата лекари получиха специално отличие от Български лекарски съюз „За висок професионализъм и доблест“. Д-р Христо Стефанов, който живее и работи в Норвегия, получи своята награда в навечерието на Коледните празници (на снимката).

### В критични ситуации – действаш по протокол

Заради естеството на работата си като спешен медик в Норвегия, д-р

Христо Стефанов неведнъж е трябвало да помага на пострадали вследствие на пътен инцидент. Споменът за катастрофата на автомагистрала „Тракия“ обаче е особено ярък в съзнанието му.

„Връщаме се от Бургас по магистрала „Тракия“ към София. В колата ни настроението беше доста лятно. Изненадващо, без никаква видима причина, автобусът, който караше пред нас, излезе от пътя и се преобрърна. Веднага спряхме в аварийната лента. Отне няколко секунди да разбера какво всъщност се случи. Изглеждаше доста сюрреалистично“, спомня си лекарят.

След първоначалния шок, д-р Стефанов вижда, че пътниците на обрънания се автобус са изпаднали в канавка до платното. Превозното средство се е влачило метри след обръщането си, което е предпоставка за множество травми и евентуални жертви.

Секунди, след като оценява обстановката, д-р Стефанов започва да действа по протокол. Без да обмисля в аванс на какво може да стане свидетел и дали собственият му живот не е изложен на риск, той се отправя към обрънания се автобус.

„Веднага влязох през един от счупените прозорци. Първата ми мисъл беше да изкарам хората по възможно най-бързия начин от автобуса, преди евентуално той да се запали. Не знаех какво да очаквам, предполагам, че половината от хората ще са в безсъзнание, а другата половина тежко ранени“, казва лекарят. За щастие в автобуса пътниците са в съзнание и въпреки паниката и телесни-



те наранявания, успяват да съдействат. За по-малко от 5 минути хората напускат превозното средство. Ужасът в очите на толкова много деца няма как да бъде забравен.

„Това беше доста тежко изживяване. Имаше много деца с тежки травми. Там бяха и техните родители, които крещяха от паника, виждайки децата си в подобно състояние. Особено когато си в затворено помещение, целият този ужас минава право през теб“, разказва още медикът.

### Човешки инстинкт и професионално призвание?

По-късно в спасителната акция се включва и друг лекар – д-р Антон Елкин. Той също действа непоколебимо в момента, в който разбира, че на пътя е станал тежък инцидент.

„Той дойде веднага при мен и ми каза, че е колега. Някой вече му беше казал, че съм лекар или ме беше разпознал като такъв спрямо реакциите ми. Той много помогна за стабилизирането на пътниците. Второто важно нещо, след извеждането на всички от автобуса, беше да разграничим критичните случаи от тези, които не са“, разказва още лекарят.

Към днешната дата д-р Стефанов не може да каже със сигурност, дали в създадената ситуация е надделяла вродената му нужда да помага или чувството за професионален дълг, но определено протоколите, които се е научил да следва като медик, са изиграли ключова роля, когато емоциите и адреналинът са взели връх над мислите.

„Колкото и да си свикнал с такива гледки, няма как да не се повлияеш емоционално, хора сме в края на краищата. В такива ситуации човек просто спира да мисли. Но всеки лекар с малко повече опит има изградени протоколи за действие, които следва в подобни ситуации. Аз имах изградена подобна структура в главата си и действях по

нея. Часове по-късно, едва когато линейките дойдоха, влязох в режим, в който мога да мисля и да разсъждавам над случилото се“, признава медикът.

### Да си лекар в Норвегия

Д-р Стефанов споделя, че добрите си реакции в критични ситуации дължи до голяма степен на работата си като лекар в Норвегия. Там той дава дежурства към спешна помощ, която, по думите му, е организирана доста различно спрямо тази у нас.

„Като територия Норвегия е много по-голяма държава, а населението е по-малко от това в България. Съответно не е гъсто населена страна. За да може да има медицинска помощ за всички хора, са организирани определени сектори към всяка община като това може да са болници или медицински центрове. Разликата като даваш дежурство там е, че ти си сам и отговаряш за всичко, което се случи – от престрелка до инфаркт“, казва лекарят.

Също като в България и Норвегия страда от липсата на медицински персонал, като според д-р Стефанов това е проблем навсякъде по света.

През последните години той работи хибридно, давайки спешни дежурства и на кабинет като личен лекар. Мисълта да се върне обратно в България неведнъж е пресичала ума му, но засега придобиването на специализация в Норвегия е приоритет.

### Нерешени тлеещи проблеми

В хода на разговора ни с д-р Стефанов неизбежно се стига до въпроса за приликите и разликите в системата на здравеопазване у нас и в Норвегия. Според лекаря най-големият контраст всъщност не е икономическият.

„Това, което мен ме вълнува като разлика, е отношението между лекар и пациент и най-вече липсата на доверие и негативното отношение спрямо лекарите в България. Със сигурност някои колеги не се отнасят достатъчно добре с пациентите си, но факторът медийна токсичност е огромен. Много често информация за дадено събитие се съобщава прекалено рано, без да бъде проверена. Благодарение на този подход, напрежението се подклажда допълнително“, категоричен е д-р Стефанов.



В началото на своя професионален път, той е работил в Спешно отделение към УМБАЛ „Св. Марина“ във Варна, където се е случвало да получава заплахи за саморазправа.

„Нормално е, когато пациентите са имали негативен достъп до здравната система, да подхождат с резерви. И все пак, за лекарите това е изключително демотивиращо, особено за младите, идващи от студентската скамейка. Те са изложени на толкова много нови отговорности, безсънни нощи и стрес. Когато търпят негативно отношение по време на дежурство, работният ден завършва с едно общо неудовлетворение“, казва още медикът.

От тази гледна точка Норвегия се различавала значително, тъй като в комуникацията както между лекари и пациенти, така и между самите лекари, царяло спокойствие.

„Аз разделям стреса на два типа. Този, който се създава заради естеството на работа, и този, който се генерира от комуникацията с пациенти и между колегите. За мен вторият тип стрес внася много повече напрежение. За съжаление, в България често се влиза в излишни пререкания. В Норвегия за 10 години, може би, веднъж или два пъти някой си позволявал да повиси тон“, признава лекарят.

Надява се и вярва обаче, че това ще се промени, а за празниците си пожелава да сме по-добри и да не спираме да помагаме, когато и с каквото можем, защото това не е геройство или признак на професионализъм, а човештина.



От ляво надясно: д-р Валентин Пеев – гл. секретар на УС на БЛС, д-р Христо Стефанов, д-р Иван Маджаров – председател на УС на БЛС

# ГЛАСЪТ МОЖЕ ДА БЪДЕ НОВ ВАЖЕН БИОМАРКЕР

Повечето хора минават през две основни промени в гласа през живота си: първата е по време на пубертета, когато гласните връзки се удебеляват и ларинксът нараства. След това, когато стареенето предизвиква структурни промени, които могат да отслабят гласа.

Но при някои от нас има още една промяна на гласа, когато започне заболяване или когато психичното ни здраве се влоши.

## Гласът като биомаркер

Ето защо все повече лекари разглеждат гласа като биомаркер - нещо, което подсказва, че е налице заболяване.

Жизнените показатели като кръвното налягане или сърдечния ритъм "могат да дадат обща представа за това колко сме болни. Но те не са специфични за определени заболявания", казва д-р Яел Бенсусан, директор на Центъра за диагностика на гласа (NIH) към Университета на Южна Флорида и съгласуващ главен изследовател на проекта "Гласът като биомаркер на здравето" на Националния институт по здравеопазване.

"Установихме, че има закономерности в промените в гласа, които могат да показват редица състояния, включително заболявания на нервната система и психични заболявания", казва тя.

Говоренето е сложно и включва всичко - от белите дробове и гласните кухини до устата и мозъка. "Свивът в някоя от тези части може да повлияе на гласа", казва д-р Мария Пауъл, доцент по отоларингология в университета Ван-дербилт в Нашвил, която работи по проекта на NIH.

Самият човек или околните може да не забележат промените, но изследователите твърдят, че анализът на гласа като стандартна част от грижите за пациентите - подобно на проверките на кръвното налягане или холестерола - може да помогне за по-ранното идентифициране на тези, които се нуждаят от медицинска помощ.

Често за това е необходим само смартфон - "нещо евтино, готово и което всеки може да използва", казва д-р Ариана Андерсън, директор на Лабораторията по компютърна невропсихология на Калифорнийския университет.

"Можете да предоставите гласови данни по пижама, на дивана си", казва д-р Франк Руджич, компютърен специалист в проекта на NIH. "Не се изисква много сложно или скъпо оборудване, а за получаването му не е необходим голям опит". Освен това могат да се събират многобройни проби във времето, което дава по-точна представа за здравето, отколкото една „снимка“, например от когнитивен тест.

## Изкуственият интелект

През следващите 4 години екипът на "Гласът като биомаркер" ще получи близо 18 милиона долара, за да събере огромно количество гласови данни. Целта е да се направят 20 000 до 30 000 проби, заедно със здравни данни за всяко изследвано лице. Резултатът ще бъде огромна база данни, която учените ще могат да използват за разра-



Събирането на десетки хиляди гласови проби, което може да се направи с помощта на приложение за смартфон, е първата стъпка за д-р Яел Бенсусан (вляво) и нейните колеги, които се надяват да положат основите на алгоритми, които могат да помогнат за диагностициране на заболявания въз основа на гласа.

ботване на алгоритми, свързващи здравословните състояния с начина, по който говорим.

Събирането на десетки хиляди гласови проби, което може да се направи с помощта на приложение за смартфон, е първата стъпка за д-р Яел Бенсусан (вляво) и нейните колеги, които се надяват да положат основите на алгоритми, които могат да помогнат за диагностициране на заболявания въз основа на гласа.

През първите 2 години новите данни ще се събират изключително чрез университети и клиники с голям брой пациенти, за да се контролира качеството и точността. В крайна сметка хората ще бъдат поканени да изпратят свои собствени гласови записи, за да се създаде набор от данни, взети от голям брой хора. "Google, Alexa, Amazon - те имат достъп до тонове гласови данни", казва Бенсусан. "Но те не могат да се използват по клиничен начин, защото не разполагат с нужната здравна информация."

Бенсусан и нейните колеги се надяват да запълнят тази празнина с приложения за предварителен гласов скрининг, които могат да се окажат особено ценни в отдалечени общности, които нямат достъп до специалисти, или като инструмент за телемедицина. По-нататък преносимите устройства с гласов анализ биха могли да предупредят хората с хронични заболявания, когато трябва да посетят лекар.

Изкуственият интелект (ИИ) може да бъде по-добър от мозъка в определянето на правилното заболяване. Например неясният говор може да означава Паркинсон, инсулт или АЛС, наред с други неща. Компютърът обаче може да вземе предвид цял набор от вокал-

ни маркери едновременно, като ги сглоби за по-точна оценка.

"Целта не е да надминем клинициста", казва Бенсусан. Въпреки това, потенциалът е несъмнено налице: В едно скорошно проучване на пациенти с рак на ларинкса автоматичен инструмент за анализ на гласа по-точно идентифицира заболяването, отколкото ларинголозите.

"Алгоритмите разполагат с по-голяма база за обучение", казва Андерсън, който е разработил приложение, наречено ChatterBaby, което анализира бебешки плач. "Имаме на разположение милион проби за обучение на нашите алгоритми. Не знам дали през живота си съм чувал плач на милион различни бебета."

## Гласът като симптом

И така, кои здравословни състояния са най-обещаващи за гласовия анализ? Проектът "Гласът като биомаркер" ще се съсредоточи върху пет категории.

**Нарушения на гласа** - ракови заболявания на ларинкса, парализа на гласните гънки, доброкачествени образувания на ларинкса.

**Неврологични и невродегенеративни разстройства** - Алцхаймер, Паркинсон, инсулт.

**Настроение и психични разстройства** - депресия, шизофрения, биполярни разстройства.

Не съществуват установени биомаркери за диагностициране на депресия. И все пак, ако се чувствате потиснати, има голяма вероятност приятелите ви да го разберат - дори по телефона.

Приложението ChatterBaby използва машинно обучение, за да анализира честотите и моделите в бебешките плачове, за да определи дали бебето плаче, защото е гладно

или го боли.

"Голяма част от настроението ни се съдържа в гласа ни", казва Пауъл. Биполярното разстройство също може да промени гласа, като го направи по-силен и бърз по време на маниакални периоди, а след това по-бавен и тих по време на депресивни пристъпи. Кататонният стадий на шизофренията често се характеризира с "много монотонен, роботизиран глас", казва Андерсън. "Всичко това може да се измери с алгоритъм."

**Респираторни нарушения** - пневмония, ХОББ.

Освен говоренето, дихателните звуци като задъхване или кашлица могат да насочват към специфични състояния. "Кашлицата при емфизема е различна от кашлицата при ХОББ", казва Бенсусан. Изследователите се опитват да разберат дали COVID-19 има различна кашлица.

**Педиатрични нарушения на гласа и речта** - забавяне в развитието на речта и езика, аутизъм.

Бebetата, които по-късно се разболяват от аутизъм, плачат по различен начин още на 6-месечна възраст, което означава, че приложението ChatterBaby би могло да помогне за сигнализиране на децата за ранна интервенция, казва Андерсън. Аутизмът е свързан с няколко други диагнози, като епилепсия и нарушения на съня. Така че анализът на бебешкия плач може да накара педиатрите да проверят за редица състояния.

## И това е само началото

В крайна сметка технологията на изкуствения интелект може да засече свързани със заболявания промени в гласа, които дори не можем да чуем. В ново проучване на клиниката "Майо" определени гласови характеристики, откриваеми от ИИ - но не и от човешкото

ухо - са свързани с трикратно увеличаване на вероятността от натрупване на плаки в артериите.

"Гласът е огромен спектър от вибрации", обяснява авторът на изследването д-р Амир Лерман. "Ние чуваме много тесен диапазон."

Изследователите не са сигурни защо сърдечните заболявания променят гласа, но автономната нервна система може да играе роля, тъй като тя регулира гласовия апарат, както и кръвното налягане и сърдечния ритъм. Лерман казва, че други състояния, като заболявания на нервите и червата, могат да променят по подобен начин гласа. Освен за скрининг на пациенти, това откритие може да помогне на лекарите да регулират дозите на лекарствата от разстояние, в съответствие с тези нечути гласови сигнали.

Въпреки това, пред лицето на тази надежда, опасенията за неприкосновеността на личния живот остават. Гласът е идентификатор, който е защитен от федералния Закон за преносимост и отчетност на здравното осигуряване, който изисква поверителност на личната здравна информация. Това е основната причина, поради която все още не съществуват големи бази данни за гласа, казва Бенсусан.

Но основната пречка е етичното набавяне на данни, за да се осигури разнообразие от гласови проби. За проекта "Гласът като биомаркер" изследователите ще установят гласови квоти за различни раси и етноси, за да гарантират, че алгоритмите ще могат точно да анализират различни акценти. Ще бъдат събрани и данни от хора с говорни смущения.

Въпреки тези предизвикателства, изследователите са оптимистично настроени.

## Източници:

Yael Bensussan, MD, director, University of South Florida's Health Voice Center.

Maria Powell, PhD, assistant professor of otolaryngology, Vanderbilt University, Nashville.

Ariana Anderson, PhD, director, UCLA Laboratory of Computational Neuropsychology.

Frank Rudzicz, PhD, computer scientist, Voice as a Biomarker of Health project.

Anais Rameau, MD, assistant professor of laryngology, Weill Cornell Medical College, New York.

Max Little, PhD, project director, Parkinson's Voice Initiative.

Amir Lerman, MD, professor of medicine, Mayo Clinic Graduate School of Medicine, Rochester, MN.

Journal of Clinical Medicine: "Convolutional Neural Network Classifies Pathological Voice Change in Laryngeal Cancer with High Accuracy."

Journal of Voice: "Diagnostic Delays in Spasmodic Dysphonia: A Call for Clinician Education."

IEEE Access: "Parkinson's Disease Detection Using Smartphone Recorded Phonemes in Real World Conditions."

PLOS One: "Clinical state tracking in serious mental illness through computational analysis of speech."

www.medscape.com



# МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ ЗА ЛЕКАРИ

## МЕДИЦИНСКИ НОВИНИ

**АСОЦИАЦИЯ  
МЕЖДУ  
МЕТАБОЛИТНИЯ  
СТАТУС И  
ЗАТЛЪСТЯВАНЕТО  
ОТ ЦЕНТРАЛЕН ТИП  
С РИСКА ОТ РАК НА  
ЩИТОВИДНАТА  
ЖЛЕЗА**



Все още не е напълно изяснено дали рискът от рак на щитовидната жлеза е различен при жени със или без метаболитни смущения или с вариации в телесната маса. Nguyen et al. анализират възможната асоциация между метаболитния статус и затлъстяването с риска от това онкологично заболяване в рам-



**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.**

ките на проспективното популационно базирано проучване Korean Genome and Epidemiology Study.

Получени са данни за общо 173 343 участници на възраст над 40г., включени в периода от 2004 до 2013г. За засегнати от затлъстяване се считат пациентките с индекс на телесната маса (BMI) от и повече от 25 kg/m2. Същевременно с неблагоприятен метаболитен статус са участниците с отклонения от нормата в стойностите на три от следните показатели: триглицериди, артериално налягане, HDL-холестерол, обиколка на талията и серумна концентрация на глюкозата на гладно.

В сравнение с метаболитно здравите жени без затлъстяване, тези с неблагоприятен метаболитен статус (със и без затлъстяване), са с повишен риск от рак на щитовидната жлеза (HR е съответно 1.57[1.02-2.40] и 1.71[1.21-2.41] при 95% CI). Не се наблюдава статистически значима асоциация в мъжката популация. Рискът за новообразуване на щитовидната жлеза е по-висок сред жените без затлъстяване, но с голяма обиколка на талията (т.е. над 85 cm; HR [95% CI]=1.62[1.03-2.56]) отколкото сред тези с по-малка, както и при участниците с ниска плазмена концентрация на HDL-холестерола (<50 mg/dL; HR[95% CI]=1.75[1.26-2.42]) в сравнение с жените без затлъстяване с високи стойности на HDL-холестерол.

В заключение, при пациентките с неблагоприятен метаболитен статус и затлъстяване от централен тип, би могъл да се очаква

повишен риск от рак на щитовидната жлеза дови при нормални стойности на BMI.

**Източник:**

Nguyen DN et al. Association of Metabolic Health and Central Obesity With the Risk of Thyroid Cancer: Data from the Korean Genome and Epidemiology Study Cancer Epidemiol Biomarkers Prev December 21 2021 DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-21-0255  
<https://cebp.aacrjournals.org/content/early/2021/12/20/1055-9965.EPI-21-0255?rss=1>

**ПРОМЕНИ  
В ИЗИСКВАНИЯТА ЗА  
ПРЕДПИСВАНЕ НА  
МЕДИЦИНСКИ  
ИЗДЕЛИЯ ПРИ ДИАБЕТ**



29.09.2022

Надзорният съвет на НЗОК утвърди промени в изискванията за предписване на медицински изделия за приложение с инсулинови помпи и сензори за продължително мониториране на нивото на глюкозата при захарен диабет тип 1 в извънболничната помощ.

В проекта на „Изисквания на НЗОК за предписване на медицински изделия за приложение

с инсулинови помпи и сензори за продължително мониториране на нивото на глюкозата при захарен диабет тип 1 в извънболничната помощ“ са отразени допълнения за облекчаване на административния ред за издаване на протоколите за сензорите при продължаване на лечението. Така след първи протокол, издаден от специализирана комисия в болница, се допуска алтернативна възможност протоколите да се издават и от специалист СИМП с медицинска специалност ендокринология и болести на обмяната.

За пациентите под 18-годишна възраст отпада като задължителен критерий за определена стойност на гликирания хемоглобин. Също така отпада като изключващ критерий и задължителен 6 месечен курс от поставяне на диагнозата за деца и бременни при отпускане на сензори за захарен диабет тип 1. Основната цел на промените е подобряване на достъпа до сензори за продължително мониториране на нивото на глюкозата, а с това контрола на диабета при децата със захарен диабет тип 1, отбелязват от Надзорния съвет.

С друго решение надзорът утвърди и външните експерти-основни членове на комисията по определяне на стойността, до която ще се заплащат медицинските изделия от бюджета на НЗОК за 2023 г. Те са главни експерти от дирекция „Надзор на пазара и инспекция“ в Изпълнителната агенция по лекарствата. Това са Велислава Цветкова, Юлия Неделчева и Розалина Тодорова.

## РЕГИСТРАЦИЯ

Вече над 18 000 лекари са регистрирани на Medical News.

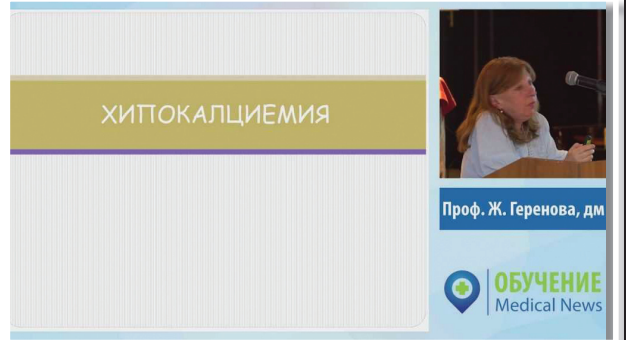
За да имате достъп до e-ПМО на Medical News, официален партньор на БЛС, моля регистрирайте се на <http://medicalnews.bg/registration/> или влезте в профила си – <http://medicalnews.bg/login/>

Регистрацията Ви дава достъп до:

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

## ВИДЕО ОБУЧИТЕЛЕН КУРС

**ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА ПРИ  
ОСТРИТЕ СЪСТОЯНИЯ, СВЪРЗАНИ  
С НАРУШЕНИЯ В КАЛЦИЕВО-  
ФОСФОРНАТА ОБМЯНА**



**Цели на курса:** Този курс цели да запознае лекарите с предизвикателствата в клиничната практика при острите състояния, свързани с нарушения в калциево-фосфорната обмяна.

**За автора:** Проф. д-р Жулиета Геренова, дм е началник на Клиника по ендокринология и болести на обмяната към УМБАЛ „Проф. Киркович“; води лекционен курс по Вътрешни болести и ендокринология към Медицински факултет, Тракийски Университет, гр. Стара Загора; отговаря за теоретичното и практически обучение на студенти, стажанти и специализиращи лекари по обща медицина и ендокринология.

**Подходяща аудитория:** Курсът е подходящ само за лекари, основно ендокринологични 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 25 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 полагането му.

Ако вече сте започнали курса е необходимо да натиснете първия модул от програмата, за да продължите.

**Съдържание на курса:**

- Предизвикателства при острите състояния, свързани с нарушения в калциево-фосфорната обмяна – абстракт
- Предизвикателства при острите състояния, свързани с нарушения в калциево-фосфорната обмяна – видео
- Предизвикателства при острите състояния, свързани с нарушения в калциево-фосфорната обмяна – тест

## УЕБИНАР

**МОЖЕМ ЛИ ДА ОПТИМИЗИРАМЕ ЛЕЧЕНИЕТО  
НА ФУНКЦИОНАЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА НА  
СТОМАШНО-ЧРЕВНИЯ ТРАКТ**

Представени са следните лекции:

“Тримебутин при лечение на функционални стомашно-чревни разстройства: Кой е най-подходящият пациент?” с лектор проф. Йоанис Папаниколау, MD, PhD, FEBGH, Университетска многопрофилна болница „Атикон“, Атински университет, Гърция

“Клинични ефекти от приложението на тримебутин при пациенти със синдром на раздразненото черво и ГЕРБ – едноцентрово клинично проследяване” с лектор д-р Камен Данов, д.м., Началник на Отделението по гастроентерология в УМБАЛСМ „Н.И.Пирогов“, София.

Модератор на събитието ще бъде проф. д-р Красимир Антонов, д.м., Началник на Отделение към Клиниката по гастроентерология на УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, София и председател на Българското дружество по гастроентерология.

За да гледате уебинара е нужна регистрация на Medical News.

Линк: <https://youtu.be/il3f3Kfap9Y>



**МОЖЕМ ЛИ ДА ОПТИМИЗИРАМЕ ЛЕЧЕНИЕТО НА  
ФУНКЦИОНАЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА  
НА СТОМАШНО-ЧРЕВНИЯ ТРАКТ**

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

**QUO VADIS**

Редакционно броят е приключен на 22. 12. 2022 г.

Адрес на редакцията:

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

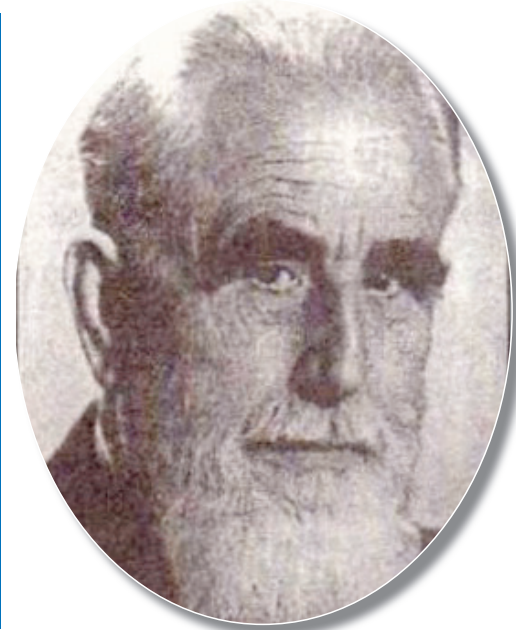
Главен редактор: Георги Радев

Репортер: Милена Енчева

Email: [quovadis@blsbg.com](mailto:quovadis@blsbg.com)

Предпечат: Ан-Ди

# Д-Р ДИМИТЪР ЧАКМАКОВ - ДА ЛЕКУВАШ ДО ПОСЛЕДНИЯ СИ ДЪХ



През 2022 г. се навършват 145 години от рождението и 60 години от кончината му

Димитър Чакмаков е роден на 3 март 1877 г. По това време бушува Руско-турската война. През м. юли същата година руските войски отстъпват към Стара планина, а заедно с тях и уплашеното българско население, което бяга от ордите на Сюлейман паша. Любенова махала вече е паднала, предстои Стара Загора.

Сред бягащите е и майка с бебе на ръце. За полата ѝ се държат още две деца - момче и момиче. Жената не издържа. В един момент, смазана от умора, се отправя към храстите, дава последна глътка мляко на бебето, прекръства се и го хвърля в тръните. Така можеше да завърши почти незапочнатият живот на бъдещия д-р Димитър Чакмаков, но съдбата решава друго. В края на опашката от бегълци язди на кон бащата на бебето — Петър.

Той вижда захвърленото дете, слиза от коня да го вземе. Настига жена си и казва:

„Абе, жена, едно беличко бебче имаме и ти го хвърли в тръните!“

„Ааа, не виждаш ли какво е положението! Не мога повече. Прекръстих се, поисках прошка от Бога...“, отговаря отчаяната майка. Тогава бебето е на малко повече от 4 месеца.

Тази история приживе разказва почетният гражданин на Раднево Алдин Алдинов. Старият учител по френски и виден общественик я научил от баща си, който бил близък приятел с доктора. (Стоилов, 2019)

Малко информация има за ранния живот на Димитър. Знаем, че е завършил медицина във френския град Лион с две специалности – детски болести и интернист. В практиката си обаче д-р Чакмаков е покривал повече специалности, вкл. хирург и акушер.

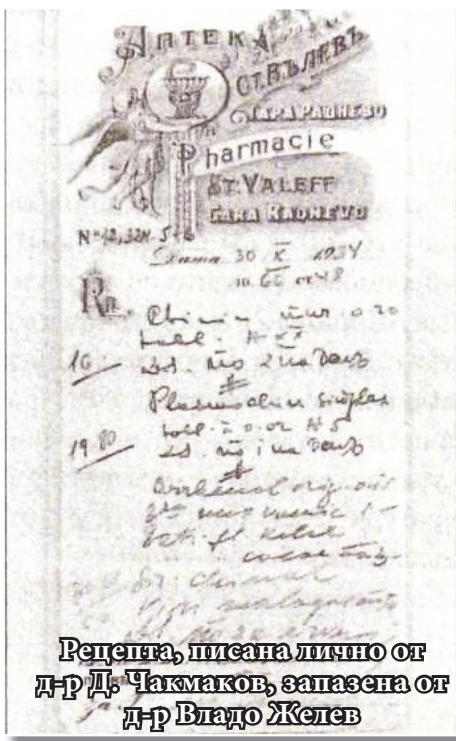
Започва работа в частния си кабинет на 9 септември 1902 г. в гаровия квартал на Раднево – къщата му била на улицата и до днес носи неговото име.

Познавали го и му се доверявали в целия регион — от Тополовград до Симеоновград. Познавал лично хората от цели родове и никога не отказвал помощ. Бил отличен диагностик и веднага щом определял диагнозата на болния, отварял дебела медицинска книга и започвал да му чете с благ глас — как противна болестта му, какви са симптомите ѝ, как се лекува. После пишел рецепта.

Винаги се интересувал от състоянието на пациентите си, докато оздравеят напълно. Често ги посещавал в домовете им. Пътувал на кон или с каруца. Когато виждал, че човекът насреща му е беден, не приемал пари, а сам му плащал лекарствата.



Д. Чакмаков - внук



Рецепта, писана лично от д-р Д. Чакмаков, запазена от д-р Владо Желев



Един от пациентите му — Драгия Колев, ключар от Раднево, разказва следната история: „Беше във време, когато вършехме фий. Работата е мръсна, жена ми се разболя. Когато д-р Чакмаков я прегледа, първо я попита: „Какво родство имаш с Мария Иван Бубалова?“ Тя се изненада, отговори, че това е майка ѝ. „Имаше същата болест“, каза тогава докторът. Някогашната акушерка Ана Гинева (на снимката), днес на 84 г., разказа пред „24 часа“: „Аз съм от Велинград, по разпределение попаднах в Раднево през 1952 г. Бях много млада, няхах никакъв опит. Родилният дом беше близо до кабинета на д-р Чакмаков и ако имах някакъв проблем, първо виках него. Веднъж трябваше да се зашие разкъсване след тежко раждане, а аз не знаех как. Извиках д-р Чакмаков, а той ми каза, че ще ме напътства, но трябва да се справя сама. Беше на 75 г., вече не виждаше добре.“

Друг път, когато се запалила къщата на д-р Чакмаков, дошли деца от близкото училище да помагат в гасенето. „Книгите, спасявайте книгите! Къща после лесно се строи, но книгите няма как да възстановим“, викал докторът, който имал една от най-богатите библиотеки в района.

Д-р Димитър Чакмаков има двама синове. По-големият - д-р Петър Чакмаков, умира на 93-годишна възраст в София като доайен на акушер-гинекозите. До края се отличавал със силна памет. Проф. д-р Васил Хаджидеков разказва, че го срещнал няколко месеца преди смъртта му. Възрастният доктор мигновено възкликнал: „Как няма да те знам... Аз съм те израздал... Беше седалищно прилежание, а и ти беше едър плод и майка ти много се измъчи.“ „Вярно е, див се проф. Хаджидеков, майка ми ми го е казала свършено същото.“

По-малкият му син - д-р Георги Чакмаков, бил преуспяващ ортопед в САЩ. След смъртта си той завещава



Анна Гинева

668 715 долара на болницата в Раднево - градът на баща му. За дарението става известно горе - долу по същото време - лятото на 2009 г. С парите са платени дълговете на медицинското заведение по онова време - към 300 хиляди лева, и закупена медицинска апаратура. В дарението било изрично посочено доларите да не се харчат за заплати на персонала.

Тогава болницата в Раднево вече носи името „Д-р Димитър Чакмаков“. Кръщават я на доктора в първите демократични години с решение на Общинския съвет, но идеята е отпреди промените през 1989 г.

В ония години местен вестник дори подема обсъждане дали докторът е достоен за патрон на болницата, без да е бил член на БКП.

И съвсем в духа на времето в биографията на медика започват да се появяват интересни и неизвестни дотогава факти: как като гимназист се увлякъл дотолкова по левите идеи, че го изключили от Пловдивската гимназия. Успял да завърши в Сливен, но като скрил фамилията си. Бил отличник и дори на тръгване за Франция самият Димитър Благоев го изпратил. Дали всичко това е истина или измислица, никой не знае. По-важното е, че хората го обичаха, казват в Раднево. (Стоилов, 2019)

Д-р Чакмаков напуска този свят на 4 септември 1962 г., докато е в кабинета си, лекувайки буквално до последния си дъх. Остава в сърцата и спомените на своите пациенти с неизменните дълга бяла брада и бастунче.

По-възрастните радневци помнят и днес всеотдайността и вниманието му към пациентите. Отзовава се независимо дали е делник, или празник и в коя част на денонощието е потърсен за помощ. В студ и пек той ходи на визити - пеша и на кон. От по-бедните не взема пари, за да могат да си купят лекарства. (Стоилов, 2019)

Днес пред входа на болницата има паметна плоча от черен мрамор в памет на фамилията Чакмакови, които през годините не спират своята подкрепа за здравеопазването в района. Къщата, където д-р Чакмаков – старши е основал частния си кабинет, продължава да бъде храм и символ на всеотдайността на лекарската професия.

Източник: Ваньо Стоилов, Д-р Димитър Чакмаков, в Записано за Раднево – сборник, съставител Минчо Атанасов, стр. 20-24

Снимки: в. „24 часа“

Редакционният екип благодари на Ралица Йорданова - гл. експерт „Култура“ в общ. Раднево за съдействието при изготвяне на статията.

