

# QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

## ДИАБЕТИТ

На стр. 6-7



**З**ахарният диабет е едно от най-честите и бързо разпространяващи се заболявания в световен мащаб. Счита се, че при тази тенденция, до 2030 г. близо 10% от населението на света ще страда от него.

В България има около 500 000 хора с тази диагноза. Приблизително 300 000 българи все още не знаят, че имат диабет или имат предиабет. Аналогични са данните на Международната диабетна федерация. В същото време България е на последно място в Европа по качество на диабетните грижи според международни проучвания, въпреки високия стандарт на подготовка и компетентност на българските ендокринолози.

## ТИХИЯТ УБИЕЦ НА СЪВРЕМЕННИЯ ЧОВЕК

### БЪЛГАРСКИ НЕВРОЛОЗИ

На стр. 5



**са част от екип,  
открил ново  
генетично заболяване**

Проф. д-р Ивайло  
Търнев, дмн и  
доц. д-р Теодора  
Чамова, дмн

### Специален гост Д-р Симона Краева:

На стр. 4



**България - това са корени,  
приятели, семейство и е хубаво  
да се предложи нещо повече  
на българския пациент**

Натъртвания, синини?

Мускулна умора?



**Арнигел,  
живот без болка и синини!**



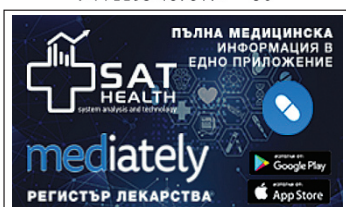
ХОМЕОПАТИЧЕН ЛЕКАРСТВЕН ПРОДУКТ

**BOIRON**

Хомеопатичен лекарствен продукт. Без лекарско предписание.  
КХП 32762/14.03.2016. Не се прилага под 1 годишна възраст!

За пълна информация:  
БОИРОН БГ ЕООД, 1408 София, Южен парк бл. 28 вх. А, тел.: 02/ 963-20-91, факс: 02/ 963-45-00

ISSN 2534-8981



**• Новият Анекс към НРД  
влиза в сила от 1 юни 2019 г.**

**• НЗОК с разсрочено плащане на  
надлимитната дейност**

Още на  
стр. 2 и 3



# БЛС ПОЧЕТЕ ДЕЛОТО НА Д-Р ДИМИТЪР МОЛЛОВ

## ЗА ДЕВЕТИ ПЪТ СЕ ПРОВЕДОХА ТРАДИЦИОННИТЕ „МОЛЛОВИ ДНИ“

За девета поредна година БЛС почете делото на лекаря с възрожденски дух д-р Димитър Моллов - хирург, учен, литератор, държавник, общественик, участвал в борбите за независимост на родината. Той е сред строителите на следосвобожденска България, един от организаторите на здравното дело у нас, съосновател и първи председател на Български лекарски съюз.

„От името на УС на БЛС и лично от мое име искам да Ви поздравя, че поддържате традицията и почитате делото на д-р Димитър Моллов. Когато в натовареното ежедневие ние с право се ядосваме на съвременното здравеопазване, е добре да си спомним какво са усещали, какво са чувствали и пред какво са били изправени д-р Моллов и неговите съмишленици. Тези хора са имали вдъхновението и силите да положат основите на здравеопазването у нас. Искане ми се и ние да работим с техния плам, устрем и вдъхновение.“ Това заяви председателят на БЛС д-р Иван Маджаров при откриването на форума.

По време на събитието (7-9 юни) в Арбанаси, имаше два основни акцента. Първият - свързан с представянето и приноса на видния лекар и общественик д-р Моллов в създаването на Търнов-



ската конституция. Вторият акцент беше адресиран към здравето на лекарите. Затова и две от темите, по които бяха изнесени лекции и се проведоха дискусии, бяха: „Депресиите след лекарите“, „Синдромът на изпепеляването, или познатият непознат“.

РЛК на БЛС във Велико Търново излъчи носител на наградата на името на д-р Димитър Моллов. Това е д-р Маргаритка Йонова - дългогодишен педиатър, ръководител на ДКЦ 1 във Велико Търново, един от медиците, участвали във възстановяването на лекарската колегия след промените.

По традиция представители на УС на БЛС, заедно с организаторите на събитието, поднесоха венци и цветя пред паметника на д-р Моллов в родното му село Беброво.

## БЛС ПОЗДРАВИ СПЕЦИАЛИСТИТЕ НА СБАЛГ „МАЙЧИН ДОМ“



Председателят на БЛС д-р Иван Маджаров и главният секретар на съсловната организация д-р Стоян Борисов бяха сред гостите на официалната церемония по откриването на роботизираната хирургична система за безкръвни операции „Da Vinci“ в Университетска АГ болница „Майчин дом“.

„За всички българи „Майчин дом“ не е просто болница, а институция. Ние обаче знаем какво стои зад този успех - всеотдаен труд, усилия и неуморна дейност, които в нашата професия нямат работно време. Доверието, на което се радва Вашата болница, е резултат от екипния дух и последователната стратегия в годините, които са базисни за добрите резултати в медицината. Въвеждането на робота Da Vinci е поредното потвърждение на моите думи - това е най-известната съвременна апаратура за роботизирана хирургия, чрез която се осъществяват минимално-инвазивни операции с компютърна прецизност“, пише в поздравителния адрес до проф. Иван Костов.

В рамките на събитието беше открито обновеното фойе на болницата и представено новоучреденото болнично настоятелство.

## Нови правила за изчисляване на инвалидността за ТЕЛК

Правителството одобри изменение и допълнение на Наредбата за медицинската експертиза. Целта е да се прецизират текстовете при определяне на крайния процент трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане при лицата с повече от едно заболяване, всяко едно, водещо до увреждане.

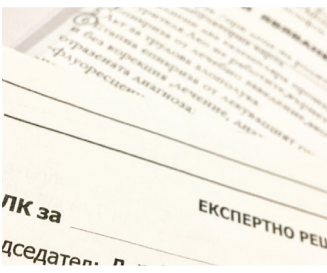
Друг проблем, който се решава с промяната, е липсата на проследимост и прозрачност, а оттам и на ефективен контрол по отношение на вписаните в експертното решение заболявания. В момента те се представят описателно, без да се вписва кодът за конкретно заболяване съгласно Международната класификация на болестите (МКБ) - 10. ревизия.

Целта на промените е постигането на по-пълно съответствие между оценката на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане и обективното здравословно състояние на лицата, при които са налице две или повече увреждания, за всяко от които в отправните точки за оценка на трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане е посочен отделен процент и най-малко две от тях са с определен процент трайно намалена работоспособ-

ност/вид и степен на увреждане - 50% или над 50%.

Вписването на МКБ кода на заболяванията и на съпътстващите увреждания ще гарантира значително по-голяма прецизност в работата на ТЕЛК и НЕЛК, уточнява правителствената пресслужба.

С цел гарантиране правата на хората с увреждания, попадащи в групата на освидетелствани или преосвидетелствани от ТЕЛК в периода от 3.08.2018 г. до влизането в сила на това постановление, се регламентира тяхното право да подадат заявление-декларация за преосвидетелстване, извън случаите по чл. 56 от Правилника за устройството и организацията на работата на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи, като е определен едномесечен срок от влизането в сила на това постановление.



## IN MEMORIAM



## ПОЧИНА ДОЦ. НИКОЛА ДАГОРОВ

На 94-годишна възраст този свят напусна доц. Никола Дагоров - основоположник на спортната травматология у нас.

Доц. Дагоров е роден през 1925 г. Спортува лека атлетика, конкретно троен скок. Като състезател е спечелил 6 титли за България. След края на спортната си кариера става лекар в „Пирогов“, а след това - в Института по възстановителна хирургия. Има специализация в САЩ. През 1981 г. става доцент.

Доц. Дагоров е автор на 4 книги и има 2 сертификата от Института по изобретения и рационализация. Награден с орден „Кирил и Методий“ I степен.

Поклон пред паметта му!

## НЗОК С РАЗСРОЧЕНО ПЛАЩАНЕ НА НАДЛИМИТНАТА ДЕЙНОСТ

Надзорният съвет на НЗОК обмисля да изплати разсрочено надлимитната дейност на лечебните заведения. Причината - много-то заведения дела.

От 2015 до 2018 г. исковете от болниците са на стойност 155 млн. лв., като повечето решения на съда са в тяхна полза. Част от делата не са приключили на втора инстанция, но ако Касата ги изгуби, общата дължима сума може да достигне 200 млн. лв., съобщава medicalnews.bg.

От стенограмата на заседанието на НС на НЗОК от 08 май т.г. се разбира, че неговият член д-р Кокалов е предложил делата да се прегледат случай по случай и там, където се прецени, че съдът ще осъди НЗОК и на втора инстанция, да се пристъпи към договаряне с болниците, за да се избегне поне плащането на лихви. Управителят на НЗОК коментира, че „казусът е много тежък, защото е противоречива практиката на

съда“, но въпреки това се съгласява с предложението му и предлага от 2020 г. в бюджета да започнат да се предвиждат пари за тази дейност.

До момента, на различни инстанции, дела са спечелили редица лечебни заведения в София, Шумен, Силистра, Тутракан, Габрово.

До това се стига, след като през януари миналата година ВАС окончателно обяви за нищожно решение на Надзорния съвет на Националната здравноосигурителна каса от 2015 г., с което бяха определени лимитите на лечебните заведения.

По данни на Центъра за защита правата в здравеопазването, заради ограничението на Касата от въвеждането му досега, не са изплатени над 50 млн. лв. на различни лечебни заведения в страната.

Позицията на председателя на УС на БЛС четете на стр. 3.

## СЪСЛОВНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ НА ЛЕКАРИТЕ, ЗЪБОЛЕКАРИТЕ И ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ СЕ СРЕЩНАХА С ОМБУДСМАНА МАЯ МАНОЛОВА

Срещата бе организирана по инициатива на Български лекарски съюз

Съсловните организации изложиха пред омбудсмана съществуващите проблеми в системата на здравеопазването, които рефлектират върху правата на представяните от тях професии и подробно информираха Манолова за тяхната дейност и предприетите действия и инициативи за защита на членовете им.

Председателят на БЛС д-р Иван Маджаров заяви, че съсловните организации имат своята роля в системата на здравеопазването и пазят интересите не само на техните членове, но и на пациентите, гарантирайки им качество.

Д-р Маджаров изрази готовност за партньорство и диалог с омбудсмана за разрешаване на наболелите въпроси.

Общественият защитник от своя страна отбеляза необходимостта от цялостна реформа в здравния сектор и ролята на МЗ, което трябва да я осъществи.

„Аз наблюдавам случващото се в здравния сектор вече 10 години. Факт е, че проблемите съществуват, че се решават на парче, че няма последователност в политиките, които се започват. Единственото е, че



средствата за здравеопазване се увеличават с всяка година, но реформи няма“, изтъкна Манолова и допълни, че не е оптимист по отношение политическата воля за радикални действия за промяна на системата, което провокира напрежение в сектора.

Омбудсманът се ангажира да срещне всички заинтересовани страни, преди инициране на нормативни промени. Манолова бе категорична, че съсловните организации и техните членове не трябва да се настройват едни срещу други, а да се намери баланс, който да удовлетвори справедливо исканията на страните.

## УЧАСТНИК В УИМБЪЛДЪН СПЕЧЕЛИ ТУРНИРА ПО ТЕНИС ЗА ЛЕКАРИ

На 30 юни т.г. приключи традиционният тенис турнир за лекари, който тази година беше организиран от БЛС и Националния ОББ тенис център.

Участниците премериха сили в три категории: мъже, жени и двойки. Най-оспорвана беше надпреварата при мъжете, като до финала достигнаха д-р Атанас Михов от

УМБАЛ „Св. Георги“ - Пловдив и д-р Георги Куков от „Прохелт“. Решителният мач бе с много обрати, но състезателят от Пловдив успя да надделее и спечели титлата. Д-р Атанас Михов е първият българин, участвал като юноша на Уимбълдън. На второ място при мъжете се нареди д-р Георги Куков, а бронзовите медалисти

станаха д-р Иво Дойчинов МБАЛ „Сити Клиник“ Монтана и доц. д-р Асен Алексиев УМБАЛ „Александровска“.

Златният медалист при мъжете д-р Михов грабна и още едно отличие - приза в турнира на двойки, където заедно с д-р Емануил Йорданов от УМБАЛ „Св. Георги“ Пловдив се наложи над д-р Аркади Иванов от „IV МБАЛ - София“ и доц. д-р Николай Дамянов от МВР болница. Проф. д-р Цветомир Димитров „I МБАЛ - София“ и д-р Веселин Милев - председател на Комисията по здравеопазване към Столичния общински съвет заеха третото място.

Златния медал при

нежния пол завоюва д-р Павлина Мичева, а второ и трето място заеха д-р Станислава Андонова и д-р Илона Дамянова.

Наградите бяха връчени от д-р Нели Нешева, член на УС на БЛС и от управителя на Националния тенис център Георги Дончев. Съсловната организация подкрепи спортната надпревара като част от Националната кампания на БЛС срещу насилието над медици #ПребориГнева, която беше рестартирана с инициативата „Добрата дума лекува“.

Рестартът на Националната кампания на БЛС срещу насилието над медици се осъществява с подкрепата на „АстраЗенека“.





# Д-р Иван Маджаров: Изплащането на надлимитната дейност на болниците ще бъде сериозна крачка напред



Председателят на УС на БЛС д-р Иван Маджаров

Това заяви председателят на БЛС по повод обсъжданятия на Надзорния съвет на НЗОК да изплати разсрочено надлимитната дейност на лечебните заведения.

„Това би дало възможност на мениджърите на болниците да повишат заплатите и не само това – би гарантирало пред кредиторите платежоспособността на лечебните заведения“.

Д-р Иван Маджаров до-

бави, че съсловната организация многократно е настоявала да се изплати надлимитната дейност на болниците.

„Нещо повече - на 70-ия Извънреден събор на БЛС беше решено да се настоява изплащането на 153-е млн. лв. да стане с икономии, реализирани от бюджета за болничната помощ за 2019 г., което становище съсловната организация ще про-

дължи да отстоява. В противен случай, за заплащането на надлимитната дейност на болниците след спечелени съдебни дела, ще са необходими повече от реално дължимите средства“.

Принципната позиция на БЛС е, че разходите за лечение на пациенти, които са направени и отчетени към НЗОК, трябва да бъдат изплащани своевременно.

## Новият Анекс към НРД влиза в сила от 1 юни 2019 г.

### Частта с разделените пътеки за възрастни и деца - от 1 юли

„Подписаният от УС на БЛС днес (19 юни, т.г.-бел. ред.) Анекс влиза в сила от 1 юни за частта, която не касае променени КП. Тази част, която касаеше разделянето на пътеките, които бяха общи за възрастни и за деца, ще влезе в сила от 1 юли“, каза председателят на БЛС д-р Иван Маджаров и добави: „Единственото предложение на БЛС, което беше частично прието, касае КП, по които работят в голяма степен Общинските болници – това са пътеки, изпълнявани в отделенията по „Кардиология“, „Вътрешни болести“ и „Анестезиология и интензивно лечение“ от I и II ниво на компетентност. Там предлагаме 20% увеличение, но се оказа, че НЗОК може да си позволи 10%“.

НЗОК ще плаща повече за детско здравеопазване, за раждания и инфекциозни болести.

Цената на клиничните пътеки за детско здравеопазване ще бъдат увеличени от 1 юни с около 20-30%.

Двойно е увеличена и клиничната пътека за септични (бактериални) артрити и остеомиелити при деца под 18 годишна възраст - 2400 лв. С 30% се увеличават пътеките за диагностика и консервативно лечение на онкологични и онкохематологични заболявания, възникнали в детска възраст - 1 300 лв.

В подкрепа на демографската политика, със 100 лв. е увеличена цената на клинична пътека „Раждане“ - от 750 на 850 лева.

В областта на пулмологията ръстът ще бъде с 10%, като там, където има разделение на пътеки за деца и за възрастни, детските пътеки ще бъдат завишени с 20%.

Председателят на БЛС уточни, че ако има неусвоени средства към 30 август, то е възможно увеличение на клинични пътеки, но и на дейности. „Както знаете тази година подписахме за първи път невъзможността да се прехвърлят средства от един параграф в друг и, доколкото имам информация, почти във всяка от дейностите се оформят известни икономии. Там, където има спестени пари, ще настояваме за увеличение на прегледите в СИМП, а за болничната помощ ще поискаме да се изплати надлимитната дейност“, поясни д-р Маджаров.

Нов момент в Анекса е и следната възможност, която досега създаваше проблеми на редица места – вече участието на републиканските консултанти и лекари-специалисти, оказващи консултативна помощ, които не са на основен трудов договор в болниците, не е основание за незаплащане на дейността им.



## Ръководството на БЛС се среща с представители на СЗО

Ръководството на БЛС беше домакин на работна среща с представители на СЗО, сред които доц. Михаил Околийски от офиса на организацията за България. От страна на БЛС в срещата участваха д-р Иван Маджаров - председател на УС на БЛС, д-р Николай Брънзалов – зам.- председател

на съсловната организация и членове на Управителния съвет. По време на разговорите беше дискутирана ролята на съсловната организация в правеното на политика в сферата на здравеопазването и възможностите за партньорство със СЗО. „Ние имаме амбицията да сме активен участ-

ник в правеното на политика. БЛС има предимството, че не е организация по специалности, а можем да предлагаме общовалидни принципи, както и да следим за добрите медицински практики. Лекарският съюз е на разположение да съдейства на СЗО и да бъдем партньори“, коментира д-р Маджаров.

Делегацията на СЗО е в страната ни по повод началото на програмата й за превенция и профилактика на незаразните хронични заболявания. Предстоят работни срещи с МЗ и други организации. Към момента е в сила двугодишното споразумение за сътрудничество между МЗ и Регионалния офис на СЗО за Европа в периода 2018-2019 г.



По време на срещата с представители на СЗО

## СТАРТИРА ИЗЛЪЧВАНЕТО НА КЛИП ПРОТИВ АГРЕСИЯТА НАД МЕДИЦИ

Инициативата на БЛС „Добрата дума лекува“, част от Националната кампания срещу насилието над лекари #ПребориГнева продължава с клип против агресията над медици. Видеоето е заснето в УМБАЛ „Св. Анна“. БЛС благодарни на екипа, който стои



Видеото срещу насилието над медици се завъртя в национален ефир

зад реализацията му – оператор, сценарист, монтажист, режисьор, както и на актьора Владимир Карамазов.

Всички те приеха каузата като своя и се включиха безвъзмездно в нея. Клипът се разпространява благодарение на медийното партньорство на Нова Броудкастинг Груп.

По-долу представяме новите 8 участници във фотоконкурса.



Актьорът Вл. Карамазов е лице на кампанията „Добрата дума лекува“ #ПребориГнева

## ДОБРАТА ДУМА ЛЕКУВА #ПРЕБОРИГНЕВА

ПРЕДСТАВЯМЕ НОВИТЕ УЧАСТНИЦИ ВЪВ ФОТОКОНКУРСА НА БЛС. В РАМКИТЕ НА ИНИЦИАТИВАТА „ДОБРАТА ДУМА ЛЕКУВА“, ЧАСТ ОТ НАЦИОНАЛНАТА КАМПАНИЯ #ПРЕБОРИГНЕВА



Майката на Емона пише:

„Дъщеря ми тренира художествена гимнастика и имаше жестока травма на стъпалото. Повечето специалисти бяха на мнение, че трябва да спре със спорта. Единствено той не се отказа и след 4-ри месечно лечение тя отново прави това, което най-много обича и печели медали“.



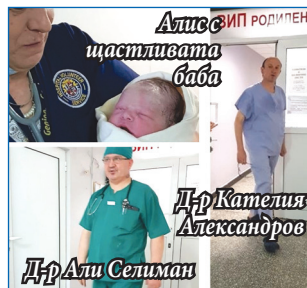
Теодора ни написа:

„Благодаря на д-р Стаменов, че е до мен с надежда и усмивка! Когато правихме снимката, сърцето ми щеше да пръсне от вълнение. Бъдете здрави и се усмихвайте!“. Участничката сама е дала името на снимката.



Румяна Боянова -

съпругата на Владимир ни написа, че са изключително признателни и безкрайно благодарни за голямото сърце и висок професионализъм на д-р Дарданов и целия екип. „Дълбок поклон пред Вас и сърдечна благодарност за проявеното хуманно отношение, човечност и висока компетентност! Благодаря!!!!“



Бабата на Алекс:

„Аз не можах да си направя

снимка с лекарите, които доведоха на този свят моята внучка Алис, но съм им много благодарна и на успех да ги снимам, когато излязоха уморени от операцията. Това са д-р Али Селиман и д-р Кателия Александров. Благодаря на техният екип за успешното раждане и доброто отношение!“, пише ни щастливата баба на Алис.



Д-р Васил Василев и Валентин Илиев

„Дали ще позира за импровизирана фотосесия в лавандуловите полета, облечен с жълта тениска или е на трудовият си пост в лекарския кабинет като личен лекар, или дежурен в спешна или неотложна помощ, д-р Васил Василев винаги е едно голямо сърце. Отзивчив, човечен и точен в преценката си. Благодарим му от все сърце за всеотдайността, с която се отнася към нас - неговите пациенти. Ние се гордеем с такъв семеен лекар и му благодарим“, пише Ралица Илиева, която е заснела фотографията.



Иван Иванов и д-р Драгомир Дарданов

Ето какво ни написа Иван Иванов: „След година ходене по различни болници и доктори, които просто ме приемаха и изписваха без никакво подобрение, този голям Човек се заинтересува от моя случай и ме вдигна на крака. Благодаря за професионализма, доброто отношение, човечността и сърцатостта, които притежава д-р Дарданов“.



Лорета: „Благодаря им от сърце, те са моите ангели за винаги! След три операции на краката, счупена китка, разтежения и още куп страни неща, аз съм изумена, но те не се отказаха. Минаха 6

години, а страдах 9. Девет години, в които се наслушах на всякакви диагнози, абсурди и изтърпях всякакви експерименти върху тялото си. Имаше моменти, в които си мислех, че колкото и да изтърпя, решение няма. Но както казват хората - решението се намира малко преди отчаянието! Мога много да разказвам за това, има какво да се научи за здравната система, за границата между абсурда и реалността, за търпението и вярата... за човечността. Аз предпочитам да благодаря, за мен това е по-важното. Благодаря на ЧОВЕКА, който не се отказва от мен и направи чудеса - ДОКТОРЕ, велик си! И тази сутрин първите хора, които ме срещнаха за пореден път ме попитаха: "Защо си толкова щастлива, от къде я вадиш тази голяма усмивка, толкова рано сутринта?"... И пак се замислих - Нима нямам повод да съм щастлива и усмихната? Та аз ходя нормално, здрава съм и въпреки всичко мога да обичам силно, страстно и искрено. Обикновено хората искат да забравят трудните моменти в живота си. Аз искам да ги помня. Така винаги ще бъда здраво стъпила на земята и ще си повтарям, че няма невъзможни неща. Истината е, че всичко това не е случайно. Намерих приятели и хора, които много обичам, затова имам повод за усмивка и причини да благодаря!“



Д-р Константин Петров

Благодарна пациентка на д-р Петров ни написа:

„БЛАГОДАРИЯ е малко за д-р Константин Петров. Благодарение на него аз и семейството ми се радваме на две прекрасни деца. Той ни взе под крилото си и направи и невъзможното да задържа двете си породени деца. Лекар с голямо сърце! БЛАГОДАРИЯ!!!“

Изпращайте и Вашите снимки с кратък текст към тях на фейсбук страницата на Български лекарски съюз и на pr@blsbg.com.

Изпратените материали ще се публикуват на сайта на БЛС, на ФБ страницата на организацията и във в. „Quo Vadis“. Жури в състав ръководството на БЛС и фотограф ще определят най-вздействащите фотографии и с тях ще бъдат направени редица изложби.



## Д-Р СИМОНА КРАЕВА:

# БЪЛГАРИЯ – ТОВА СА КОРЕНИ, ПРИЯТЕЛИ, СЕМЕЙСТВО И Е ХУБАВО ДА СЕ ПРЕДЛОЖИ НЕЩО ПОВЕЧЕ НА БЪЛГАРСКИЯ ПАЦИЕНТ

ТЪРПЕНИЕТО И УМЕНИЕТО  
ДА „ВЛОЖИШ СЕБЕ СИ“ В  
ЛЕЧЕНИЕТО Е ПОЛОВИНАТА ОТ  
ТЕРАПИЯТА. ТОВА Е „НЕЩОТО“,  
КОЕТО СЕ УЧИ В ЧУЖБИНА. В  
КРАЙНА СМЕТКА ЗАЛОГЪТ Е  
ЕДИН ЧОВЕШКИ ЖИВОТ.

Д-р Краева, разкажете ни за начало  
то на Вашата кариера зад граница.

През 1985 г. завърших медицина в  
България и 4 години по-късно заминах  
за САЩ. Там започнах с приравняване  
на дипломата, което отне около 3 годи-  
ни. Изисква се отново да извървиш пъ-  
тя на начинаещ лекар. Трябваше да бъ-  
да разпределена да практикувам в друг  
град, но цялото ми семейство беше в  
Лос Анджелис, не можех и да помисля  
да отида някъде другаде, затова започ-  
нах да търся какво мога да правя там,  
на място. Започнах работа във военна  
болница като асистент на един профе-  
сор по неврология, който правеше на-  
учни проучвания за хора с гръбначни  
травми, следствие от войната във Ви-  
етнам. Интересен факт е, че ползвахме  
препарата 4-аминопиридин, а негов от-  
кривател е именно българин. Първоначално  
лекарството е прилагано в анестезията  
през 60-те. Смяташе се, че този  
продукт може да послужи за създаване  
на изкуствена „обвивка“ на гръбначния  
стълб, където той е прекъснат. Прием-  
ът му позволява да бъде възстановено  
предаването на импулси и пациентът  
започва да се движи или да има чувст-  
вителност. Година по-късно се насочи-  
х към други научни изследвания – в  
областта на онкологията. Минала съм  
през много курсове, специализации и  
т.н., а резултатът – качих се на високо  
професионално и корпоративно ниво  
в 5 от най-големите компании във фар-  
маиндустрията в света. От 2017 година  
съм консултант на компании, които  
създават разработки и предлагат експе-  
риментално лечение чрез нови онколо-  
гични продукти – лекарства за лечение  
на туморни заболявания. Консултирам  
пациенти в клиниките, където се про-  
веждат проучванията. Реално, моята  
работа е да следя за това дали имат и  
какви са страничните ефекти и балан-  
са – полза/ вреда на тези медикаменти.  
Мога да кажа, че се разработват много  
успешни препарати с изключително до-  
бри лечебни резултати.

Една от компаниите, с които работя, е  
от САЩ. Тя е пионер във въвеждането  
на т.нар. адаптивна клетъчна терапия.  
При този иновативен подход собстве-  
ните лимфоцити се използват по опре-  
делен начин, умножават се и се връщат  
в тялото. Терапията дава добри резул-  
тати в областта на рак на глава и шия,  
цервикален карцином, меланом (рак  
на кожата), белодробен рак и др. Така  
успявам да се докосна до един много ви-  
сок стандарт на лечение на онкологични  
заболявания на световно ниво.

**Как се озовахте в Швейцария?**

През 2008 – 2009 г. ми предложиха  
да замина като експерт в областта на  
иновативни онкологични продукти в  
голяма фармацевтична компания в Ба-  
зел, Швейцария. Дълго се колебах, но  
реших да приема това предизвикател-  
ство. Исках да бъда по-близо до Бълга-  
рия и това наклони везните. Останах  
в Швейцария 4 години, след което отно-  
во за кратко се върнах в САЩ да рабо-  
тя за голяма биотехнологична компа-  
ния, която имаше клон в Базел. Съдбата



обаче отново ме върна в Швейцария.  
Причината – изграждането на нейния  
департамент там. Работата ми беше да  
преценявам ползата от лечението при  
пациенти, които участват в изпитани-  
ята на нови онкологични продукти.

**Кога и как решихте да се върнете  
в България?**

Със съпруга ми решихме, че всич-  
ко онова, което сме научили профе-  
сионално по света, би трябвало в един  
момент да се върне там, откъдето сме  
тръгнали. Там, където има нужда, къ-  
дето има страдащи хора, които нямат  
достъп до такива съвременни лечения.  
Бих казала, че в България дори няма и  
информация за тях. Бях много изнена-  
дана, че когато става въпрос за експе-  
рименталното лечение тук в България,  
много пациенти възприемат себе си  
като „опитно зайче“. Обяснявам си го  
с липсата на информация и страх да се  
поеме рискът от такова лечение, недо-  
верие в начина, по който се провеж-  
да лечението, опасения за странич-  
ни ефекти, недобра информираност.  
Видях една ниша, в която бих могла  
да помогна. Надявам се да имам въз-  
можността да насоча пациентите към  
включването им в такива експеримен-  
тални лечения по света. Да ги инфор-  
мирам за тези клиники, в които биха  
били лекувани безплатно. Паралелно  
с това изпращам пациенти и към коле-  
ги в България, които биха могли да по-  
могнат. Най-важното е да се прецени  
кое терапевтично решение е най-до-  
брото в конкретния случай. Като цяло  
основната ми идея е да дам цялата  
информация на пациента за дадено  
стандартно лечение и заедно с това за  
възможно и експериментално лече-  
ние, така че да няма опасения, страх  
и недоверие. Разбира се, крайното ре-  
шение, изборът е на пациента. Никак  
не е за подценяване фактът, че много  
хора не успяват лесно да достигнат до  
тази информация. Затова връщането  
ми в България бих го определила като  
запълване на този вакуум, защото не-  
щата, които са възможни по света не-  
винаги са достъпни и налични у нас.  
Тази част от работата ми е така да се  
каже рго bono. Чувствам се длъжна да  
дам тази възможност на хората тук.

**Вие заминавате за САЩ скоро след  
завършването си. Какви бяха моти-  
вите за това решение?**

Това беше едно друго време, всич-  
ки се вълнувахме от промяната, на-

стъпващата демокрация. Прецених, че  
шансовете ми за професионално раз-  
витие в далечната 1989-1990 навън  
са по-добри, че така ще имам по-го-  
леми възможности за реализация, но  
някак си усещах, че това ще е дълъг  
процес. Работих около 2,5 години по  
разпределение в Радомир, после в IV  
-та градска болница анестезиология и  
реанимация, но трябваше да спра, за-  
щото бях алергична към медикамен-  
тите в операционна зала. Преместих  
се за кратко в I-ва градска б-ца, но и  
там не се чувствах на мястото си като  
участък лекар - това не беше мое-  
то призвание. Тогава осъзнах, че ис-  
кам да търся нови хоризонти, които  
медицината в България не би могла да  
ми предложи. Това беше моят подтик.  
По онова време у нас възможностите,  
които западният свят предлагаше, не  
бяха достъпни.

**Усещали ли сте дискриминативно  
отношение спрямо Вас?**

Не. Никога не съм усещала подобно  
нещо. Може би, защото Америка е ед-  
на доста различна страна. За сравне-  
ние, на емигрантите в Европа се гледа  
по малко по-различен начин. В Аме-  
рика идеята е, че всички са равни, те  
високо ценят разнообразието в отно-  
шенията. Харесват „многоцветните“  
мнения, идеи, хора. Дава се шанс на  
всеки в условията на конкуренция. А  
тя е огромна и жестока. Тя или те по-



С домашния любимец

Д-р Симона Краева е завършила МА в София през 1985 г.  
Работи по разпределение в болницата в Радомир 3 години.

След това последователно  
става част от IV -та град-  
ска и I-ва градска болници в  
София.

Омъжена, с две деца. Не-  
ин съпруг е д-р Александър  
Краев. В края на 1989 г. сем.  
Краеви заминава за САЩ, а  
през 2016 г. двамата лекари  
се завръщат в България и ос-  
новават болница „Америмед“  
– София.



Д-р С. Краева и съпругът ѝ  
д-р Ал. Краев

глъща, сдъвква и изхвърля, или те  
взима, качва те на колелото си и те из-  
дига на най-високите нива, до които  
можеш да стигнеш професионално.  
Може би е въпрос на шанс, смелост  
и късмет, но и на професионални ка-  
чества – дисциплина, желание за ра-  
бота и развитие, мотивация и амби-  
ция. Мисля, че комбинацията от тези  
неща помогна и на мен. Там всеки  
втори човек говори с акцент, но не те  
възприемат като човек, който „мисли  
с акцент“.

В контраст с всичко казано по-го-  
ре, медицината в Америка е доста  
„еднотипна“. Там лекарите са мно-  
го тясно специализирани. На нас  
България това ни е дала – да можеш  
да виждаш „цялостната картина“. В  
болницата в Радомир натрупах ценни  
знания и опит. Видях неща от всякак-  
во естество – травми, хора с тежки  
поражения от машините в близкия  
завод, родилки. Това ми даде един до-  
бър старт. Практически съм видяла  
и пипнала всичко, което бих могла –  
шила съм рани, буквално съм съби-  
рала парче по парче пациент с теж-  
ка професионална травма, помагала  
съм на пациенти при тежки пътни ка-  
тастрофи и т.н. Може би това ми да-  
де самочувствие да поискам и повече.

Да се върна обаче на времето пре-  
карано в САЩ. Често казвам за Аме-  
рика, че това е моята втора родина,  
защото там практически живях по-  
вече години от съзнателния живот.  
Заминах на 29 г. възраст и останах 30  
години. Никога не съм се чувствала  
подценена или отритната от обще-  
ството. Аз обичам Америка, тя ми да-  
де много и с радост си спомням за го-  
дините, прекарани там. Но България  
е моята родина, в която се завърнах.

**Какво е нивото конкретно във  
Вашата специалност у нас и в чуж-  
бина?**

Тук има много да се работи. Ни-  
щата е огромна. Би било добре да  
има модел, който да се следва. Имам  
усещането, че в България се привна-  
сят различни готови форми на здра-  
веопазване от разни места по света.  
Комбинацията им обаче се оказва не-  
работеща. Това не е добро решение,  
според мен. Хората, които се зани-  
маваме със здравеопазване, сме на-  
ясно как трябва да бъде построена  
системата. Моделът в България е дос-  
та специфичен и той трябва да бъде  
построен, така че да работи именно  
тук. Би трябвало това нещо в след-  
ващите години да се промени. Смя-  
там, че медицината в България не се

поощрява достатъчно, лекарите не  
са стимулирани да четат, да се разви-  
ват, да подновяват знанията си. На-  
ред с това са налице и очаквания за  
по-добри компенсации, за по-добро  
заплащане. (Напр. в Америка, за да  
можеш да поддържаш специалността  
си, трябва да се явяваш през 3-5 годи-  
ни (в зависимост от специалността)  
на опреснителен изпит. Така че, ако  
си завършил преди 20-30 години, за  
този период има много нови неща,  
които са се появили и е възможно  
да не ги знаеш, ако не си актуализи-  
раш знанията постоянно.) У нас по-  
стоянно се прави сравнение с Евро-  
па, но за това трябва да има някаква  
почва, да бъде поставено на някаква  
база. Днес вече има много и различ-  
ни възможности младите лекари да  
специализират в чужбина. Като че ли  
обаче липсва желание и е налице една  
нагласа у лекарите, че нещо трябва да  
им бъде дадено. Да де, но въпросът е:  
„Те какво са дали и направили за това  
да бъдат топ медици, да имат същи-  
те познания, както и нашите „запад-  
ни“ колеги и да се стремят да станат  
наистина експерти в дисциплината,  
която практикуват? Какво са напро-  
вили, за да знаят неща, които се при-  
лагат като съвременно лечение, стан-  
дарт в останалия свят?“ Разбира се,  
и слава Богу, има и лекари, които не-  
прекъснато инвестират в себе си, за  
да бъдат на световно ниво.

Сравнението между здравеопазва-  
нето у нас и в Европа е трудно да се  
направи... трябва да се отчете и на-  
личието понякога на известно безха-  
берие, комерсиализиране на профе-  
сията, отдалечаването ѝ от науката и  
Хипократовата клетва. Може да зву-  
чи като клише, но желанието да по-  
магаш на болните и нуждаещите се,  
това е смисълът на тази професия. Аз  
дълбоко вярвам в тези неща. Тая на-  
дежда, че един ден, в бъдеще, нещата  
ще се променят. Вероятно, когато то-  
ва стане, аз няма да практикувам ве-  
че, но мисля, че началото е поставено.

С голяма радост забелязвам, че  
много лекари като мен взимат реше-  
ние да се върнат и да приложат тук  
наученото. Според мен вече може да  
се говори за тенденция. Все пак Бълга-  
рия – това са корени, приятели, се-  
мейство и е хубаво да се предложи  
нещо повече на българския пациент.  
Колкото повече такива медици има,  
толкова по-голям е шансът да проме-  
ним нещо.

Продължава на стр. 8



# БЪЛГАРСКИ НЕВРОЛОЗИ СА ЧАСТ ОТ МЕЖДУНАРОДЕН ЕКИП, ОТКРИЛ НОВО ГЕНЕТИЧНО ЗАБОЛЯВАНЕ

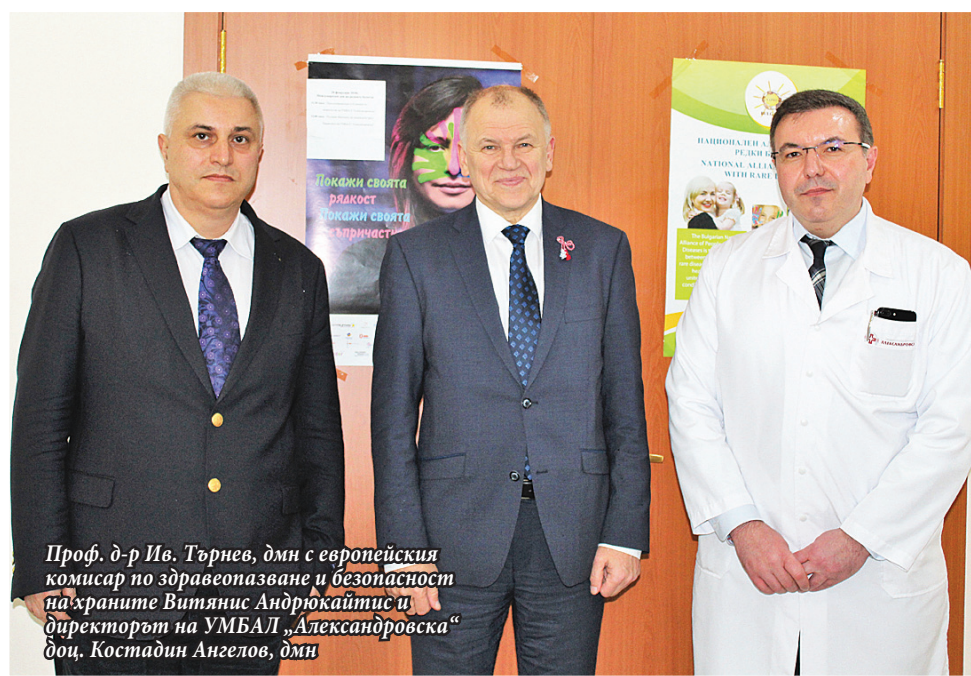
Проф. д-р Ивайло Търнев е ръководител на неврогенетичен екип, който работи от повече от 25 години в областта на наследствените нервни и метаболитни заболявания. Това е тяхното 14. научно откритие. През годините са идентифицирали различни наследствени заболявания за първи път в света: наследствени периферни невропатии, невромиотония, дистални миопатии, вродени атаксии, наследствени спастични паразепари и др. Екипът на проф. Търнев се ползва с голям международен научен авторитет, работи съвместно по различни научни тематики с водещи учени от цял свят. Създатели са на Експертен център по наследствени нервни и метаболитни заболявания, който е член на две европейски референтни мрежи - по невромускулни и по метаболитни заболявания.



Българският екип, включващ проф. д-р Ивайло Търнев, доц. Теодора Чамова и доц. Албена Йорданова, идентифицира нова автозомно-доминантна форма на наследствена спастична паразепара в нов ген UBAP1, кодиращ ubiquitin-associated protein 1 в колаборация с изследователи от САЩ, Иран, Белгия, Италия, Испания, Германия и Канада. Изследвани са 10 семейства, две от които български, с различни мутации в рамките на UBAP1. Изследването на българските семейства започва през далечната 1997 г. и приключва сега. UBAP1-генът участва в регулацията

на транспорта на везикули и в протеазомната деградация на убиквитинизирани повърхностни клетъчни протеини. Научното откритие е публикувано в авторитетния и високоимпактфакторен Американски журнал по генетика на човека. Екипът получи Първа награда на XVIII Национален конгрес по неврология, проведен от 16 до 19 май, 2019 г. в к.к. Златни пясъци, по време на който беше отбелязан 90-годишен юбилей на Българското дружество по неврология. Тази нова форма се характеризира с ранно начало и тежка инвалидизация. Различни мутации в гена водят както до чист клиничен фенотип на наследствена спастична паразепара, така и до комплицирана форма със засягане на малкия мозък с прояви на динамична атаксия

## Досега то грешно се е смятало за форма на детска церебрална парализа



и нистагъм. Всички пациенти с наследствени спастични паразепари се диагностицират с помощта на различни клинични, лабораторни, неврофизиологични, невропсихологични и образни методи, но окончателната диагноза се поставя с молекулярно-генетично изследване. Установяването на мутации

в този нов ген - UBAP1, при пациентите с наследствени спастични паразепари (НСП), разширява генетичния спектър на автозомно-доминантните НСП с ранно начало. Тези тежки форми, започващи в ранното детство, често се диагностицират погрешно като детска церебрална парализа и се пропуска възможността за пренатална диагностика и

профилактика при следващи бременности в засегнатите семейства. В България са открити две независими семейства с тази форма, причинени от една и съща мутация. Едното семейство е от с. Йоаким Груево, Пловдивска област, а другото - от Провадия. Напълно възможно е в бъдеще да се открият и други семейства.



## НЗОК ВЕЧЕ ФИНАНСИРА ПРОЦЕДУРИТЕ ПО ДЪЛБОКА МОЗЪЧНА СТИМУЛАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТИ С ПАРКИНСОН И ДИСТОНИИ

Доц. д-р Кр. Минкин: „Ползваме най-добрите устройства, няма да има Европа на две скорости!“



Европа на две скорости”, заяви ръководителят на единствения екип, който извършва иновативната терапия в България - доц. д-р Кр. Минкин. Преди да въведе модерното лечение у нас, той се е обучавал във Франция, а заниманията му в областта датират от 2003 г. ДМС е метод за лечение на болестта на Паркинсон. Представлява имплантиране на електроди в специфични мозъчни центрове, които са постоянно стимулирани от подкожно имплантиран генератор, напомнящ сърдечните пейсмейкър. ДМС е предначертан за пациенти, които са в т.нар. средна фаза на Паркинсон. Тя настъпва между 5 и 10 г. от появата на болестта, когато повечето медикаменти престават да действат. За съжаление не всеки пациент е подходящ за иновативната процедура. Затова е изработена специална методика, съвместно с експерти от НЗОК,

на 7 юни 2019 г. в УМБАЛ „Свети Иван Рилски“ бе даден старт на реимбурсирането от НЗОК на процедурите по дълбока мозъчна стимулация (ДМС). Досега имплантите бяха финансирани лично от пациентите, като стойността им е около 40 000 лв. Интервенцията по ДМС в България се прилага само в УМБАЛ „Свети Иван Рилски“ от април 2013 год., а преговорите за реимбурсиране на мозъчните пейсмейкър продължават цели 6 години. Договореният брой процедури, които ще бъдат финансирани до края на годината, е 18 като част от тях са за първична имплантация, а другата - за смяна на батериите на ве-

че поставени устройства. Стойността на батериите не се различава съществено от тази на новите устройства. Първите пациенти със сменени батерии, финансирани от НЗОК, са вече факт - 68-годишна жена от Плевен и 71-годишен мъж, който е с тежка скованост, вследствие на спиране работата на устройството заради изчерпан заряд. „НЗОК чу молбата на лекари и пациенти. Макар че България е последната страна в ЕС, в която ще има тази опция, нашите пациенти с Паркинсон получават лечение, сравнимо с това в най-развитите страни по света. Ползваме само най-модерните устройства. Няма да бъдем

специалисти по неврология и неврохирургия, чрез която да се подберат тези болни, които биха се повлияли най-добре и да се ограничат страничните ефекти. Стандартите са подобни на останалите експертни центрове по света - пациентите да са до 75 години, да са в добро когнитивно състояние и да нямат тежки придружаващи заболявания. Към момента дванайсет нови пациенти са преминали всички предварителни изследвания и са доказано подходящи за имплантиране, а осем предстои да бъдат тествани. При някои от болните единствено финансовият момент е пречка за прилагането на интервенцията досега: имплантите струват около 40 000 лв. - сума непосилна за повечето пациенти.



то хора. Общо трийсет и двама са пациентите, които са се подложили на дълбока мозъчна стимулация за шест години, откакто интервенцията е въведена в България. Всички те са финансирани мозъчните пейсмейкър със собствени средства. Резултатите при тези трийсет и двама болни са съпоставими с пациентите по света. 90% са с много добро повлияване от ДМС, а другите 10% са с подобро здравословно състояние. При 60% от тях се е подобрила двигателната функция, а 70% са имали намаление на невол-

ните движения след интервенцията. Това обясни неврохирургът д-р Калоян Габровски, част от екипа прилагаша иновативната терапия в България още от първия ден. Освен за пациенти с напреднал Паркинсон, НЗОК ще плаща и за лечението с ДМС на такива с дистонии (неволни мускулни или контракции) и есенциален тремор. „ДМС е с доказани резултати и при някои други социално значими заболявания като обесивно-компулсивни разстройства, тежки депресии, зависимости“, разказа доц. Минкин. Известният неврохирург се надява в един бъдещ момент финансирането от НЗОК да обхване и тези диагнози.





# ДИАБЕТЪТ - ТИХИЯТ УБИЕЦ

Той се промъква тихо и незабелязано и излиза наяве внезапно, за да се настани в живота ни... винаги. Познаваме го, защото имаме поне 3-ма познати, страдащи от същото заболяване. Игнорираме симптомите – докато не станем пленници на болестта. След което подчиняваме цялото си ежедневие на дозите инсулин и нивата кръвна захар.

Захарният диабет е едно от най-честите и бързо разпространяващи се заболявания в световен мащаб. За съжаление с всеки изминал ден броят на диабетичите се увеличава. Счита се, че при тази тенденция до 2030 година близо 10% от населението на света ще страда от диабет.

# Над 1600 деца у нас страдат от диабет

- Проф. Константинова, какъв е броят на децата, страдащи от диабет?

Считаме, че от 0 до 18-годишна възраст в България има около 1600 пациенти с диабет, най-вече тип 1 /тип 1 ЗД/ – по-рано наричан инсулин-зависим захарен диабет. Всяка година в Университетската детска болница в София – СБАЛДБ „Проф. Иван Митев“, където съществува единственият за страната отделение за диабет в рамките на Клиниката по ендокринология, диабет и генетика, се регистрират между 100 и 120 пациенти с новотворен захарен диабет. В останалите университетски болници във Варна, Пловдив, Плевен и Стара Загора също се регистрират новозаболените пациенти с диабет на посочената възраст, чийто общ брой е 80-100 годишно. Следователно всяка година в страната се диагностицират по 200 нови пациенти със захарен диабет. Във връзка с подобренията диагноза през последните десетилетия, включително ДНК анализ, освен най-честия тип 1 ЗД, са установени и други, по-редки типове на захарния диабет в детската възраст – моногенни форми /неонатален диабет, МОДИ/ и др. Макар и все още рядко, започваме да наблюдаваме и деца, най-често в пубертетна възраст, които страдат от тип 2 диабет, характерен за по-възрастните пациенти и особено тези с наднормено тегло.

- На каква възраст се отключва заболяването и пада ли възрастта на заболяемост?

Най-често тип 1 диабет започва в периода на интензивен растеж – това е пубертетната възраст. През последните 10 години обаче, определено зачестява сред децата на възраст под 4 – 6 години. Тази тенденция се наблюдава както в световен мащаб, така и у нас. Причините са несни, но диагнозата понякога е по-трудна в ранната възраст, поради по-рядкото начало с бързо настъпваща диабетна кетоацидоза /ДКА/. Това е тежко, остро състояние, резултат на остър недостиг на инсулин, изискващо интензивно лечение.

- Кои са симптомите, които могат да подсказват на родителите, че детето им страда от диабет?

При извено заболяване това са: силна жажда, често уриниране с големи количества светла урина, повишен апетит, особено към сладки храни и течности и въпреки това – слабее. Ако диагнозата не се постави своевременно и не се започне инсулиново лечение, се развива състоянието на ДКА, при която апетитът намалява, появяват се гадене и повръщане, коремни болки и влошаване на общото състояние и на съзнанието до пълен кома.

Желателно е, при наличие на дори един от изброените признаци, да се направят необходимите изследвания за потвърждаване или отхвърляне на диагнозата.

- Какви са рисковете и предпоставките за развиването на болестта?

Тип 1 ЗД е полигенно заболяване, поради което не би могло да се прави генетичен анализ за прогнота на риска нито пренатално, нито след раждането. За моногенните форми на диабета обаче, това е напълно възможно за формите с установено гена мутация. Ето защо е изключително важно при всеки пациент с диабет да се направи необходимо за изясняване на точния вариант на заболяването, за което има всички възможности в нашата страна.

По отношение на рисковете за тип 2 диабет – наднорменото тегло и затлъстяването са сериозен риск за него. Ако това не стане през детството, той може да се развие в по-късната възраст – но това е млада или зряла възраст. Ето защо поддържането на адекватно тегло за ръста и възрастта е много важен предпазващ от тип 2 диабет фактор.

За да се минимализира рискът от развиване на подобно заболяване, е необходимо да се спазват правилата на рационален начин на живот не само от раждането, но и преди това: да се осигури нормална бременност, раждане по естествен път, кърмене за определен период.

Освен това е редно лечението с антибиоти-

Според събраните в Национален диабетен регистър данни, в момента в България има около 500 000 хора с диабет – тип 1, тип 2 и гестационен диабет. Още около 300 000 българи все още не знаят, че имат диабет или имат предиабет. Аналогични данни дава и Международната диабетна федерация. В същото време, България е на последно място в Европа по качество на диабетните грижи, според международни проучвания, въпреки високия стандарт на подготовка и компетентност на българските ендокринолози.

Причините за отключване на заболяването са изключително много. От нездравословен начин на живот и хранене,

затлъстяване, метаболитен синдром до сърдечно-съдови заболявания, вирусни инфекции и гена предразположеност. А след отключването на болестта идват редица усложнения и рискове за диагностицираните. Възможно е да настъпят остри усложнения като хипогликемии, хипергликемии, кетоацидоз, осмоларни коми, както и хронични диабетни усложнения в основните системи на организма – очи, бъбреци, периферни и вегетативни нерви. Може да се стигне и до сърдечно-съдови заболявания, запушвания на кръвоносни съдове, диабетно стъпало, гангрена, ампутации, дори сърдечен инфаркт и мозъчен инсулт.

## Проф. д-р Мая Константинова: „Заболяването изисква грижа и внимание 24 часа в денонощието“

*Проф. д-р Мая Константинова е специалист по педиатрия и детска ендокринология. Защищава последователно дисертации за "доктор" и "доктор на науките", посветени на затлъстяването в детска възраст. Завеждащ е на отделение "Диабет" в СБАЛДБ-ЕАД-София. Председател на Българското национално сдружение по детска ендокринология.*

то не са развили усета си и не могат да алармират по-възрастните, когато настъпи промяна в състоянието им. Родителите трябва да преценяват промените в състоянието на пациентите, да предприемат своевременно изследване на кръвната глюкоза и да вземат съответните мерки, за да предпазят детето от остри усложнения. Страхът от хипогликемия, особено през нощта, е изключително голям бич за родителите, най-вече в първите месеци след поставяне на диагнозата.

За щастие вече има съвременни средства – т.н. глюкозни сензори за непрекъснато мониториране на интерстициалната глюкоза, които изследват на всеки 5 мин. нивата на глюкозата и при риск от преминаване на желаните граници, алармират със звуков сигнал. Чрез интернет връзка родителите /или други заинтересовани лица/ са в състояние да следят в реално време стойностите на глюкозата от разстояние и да предприемат необходимите мерки за предпазване от по-тежки усложнения.

В световен мащаб пациентите в пубертетна възраст са с най-лош контрол и нашите в България не правят изключение. Следователно, тъкмо родителите са си откъхнали малко, защото децата са станали по-самостоятелни, могат да провеждат лечението си без непрекъснатия надзор и участие на родител – и в пубертетната възраст настъпва поредното предизвикателство. Необходимо е голямо търпение, разбиране и подкрепа на детето с диабет, за да се подсили възможно най-добрият контрол.

- Как стои въпросът с медицинските специалисти в училищата и детските градини?

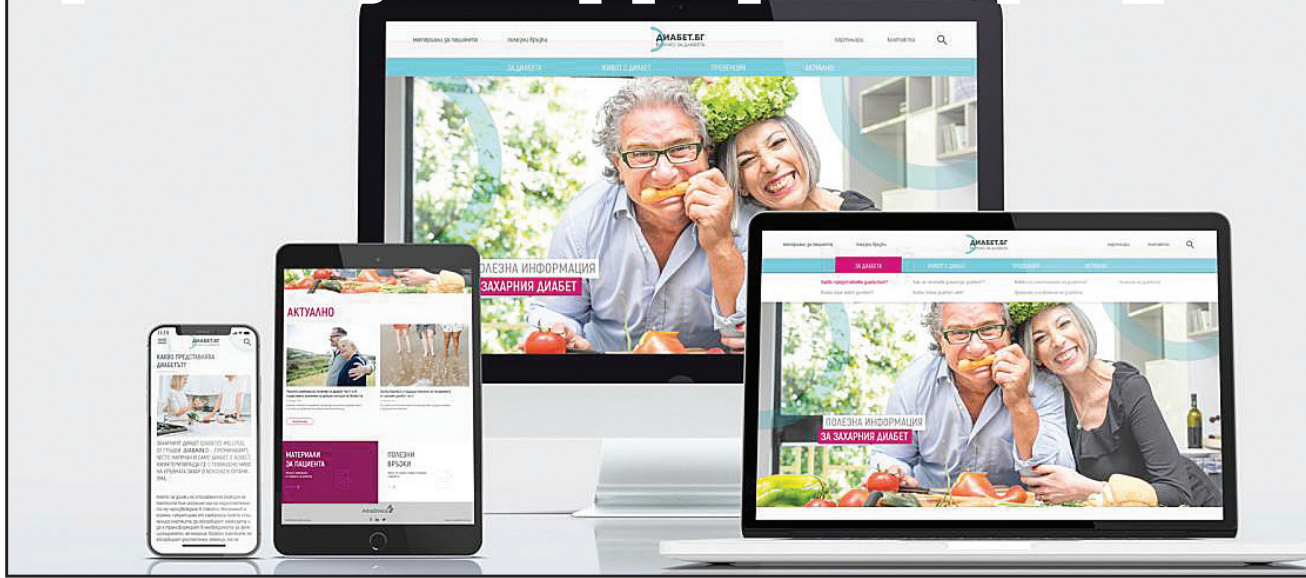
Това е една много актуална тема. Нека отново да наблегна на три факта:

1. Захарният диабет тип 1 се лекува с минимум 4 инжекции дневно, което означава, че няма как да се провежда само у дома. Децата прекрват по-голямата част от деня в училище, хранят се в училищните столове и трябва да инжектират инсулин поне веднъж дневно, докато са в училище или детско заведение.

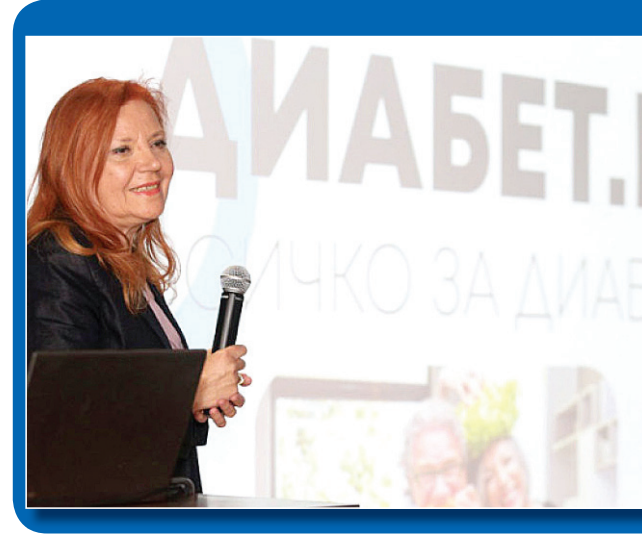
# НА СЪВРЕМЕННИЯ ЧОВЕК

## НОВ ИНТЕРНЕТ САЙТ СЪБИРА НА ЕДНО МЯСТО ВСИЧКО ЗА ДИАБЕТА

**Целта на страницата диабет.бг е да дава пълна, коректна и актуална информация за захарния диабет.**



# Ранната диагностика на диабета забавя усложненията от болестта



„Необходима е Национална стратегия или Национална програма за борба с диабета“, категорични са от Българска Асоциация Диабет. Българска Асоциация Диабет има повече от 25-годишна история на национално представена организация с мисия Защита на интересите на пациентите с диабет в България и осигуряване на съвременни форми на медицински грижи и лечение и подпомагане на членовете ѝ за активен живот и личностна реализация.

За диабета у нас и как страната ни се бори с проблема, разговаряме с председателя на БА „Диабет“ - Мая Викторова.

- По какъв начин са подпомогнати хората с диабет от държавата?

Хората с диабет тип 1 получават безплатни съвременни инсулинови препарати, но над 18 г. възраст не получават достатъчно средства за самоконтрол на диабета, който е задължителна част от лечението. От няколко години НЗОК реимбурсира и инсулиновите помпи и стойността на консумативите за тях (с доплащане от пациента), но все още не се реимбурсират сензорите за постоянно следиране на кръвната захар, за разлика от реимбурсирането им в повечето европейски страни. Хората с диабет тип 2 доплащат за повечето предписани медикаменти и не получават безплатно средства за самоконтрол на диабетното състояние. Също така, голяма част от медикаментите за вторична профилактика на диабетните усложнения се заплащат или доплащат от пациентите.

- Защо е важно захарният диабет да се изследва и лекува навреме?

Колкото по-рано се диагностицира диабетът и започне адекватното му лечение (с редовен самоконтрол и поддържане на добра кръвна захар, с ефективно медикаментозно лечение, със здравословен начин на живот и хранене, с достатъчна двигателна активност), както и с редовни прегледи за всички диабетни усложнения и на времното им лечение, тези усложнения могат да се забавят във времето и човекът с диабет да води нормален начин на живот.

- Увеличава ли се броят на хората, заболели от диабет? Спада ли възрастовата граница?

Според публикувани данни в последното издание на Диа-

бетен атлас на Международната диабетна федерация, това е факт. По наше мнение, за овладяване на диабетната пандемия и постигане на устойчиво справяне с проблема в дългосрочен план, е необходима Национална стратегия или Национална Програма за борба с диабета, като част от общата стратегия срещу незаразните заболявания, разписана с национална ефективна политика за обучение на децата и младите хора в здравословен начин на живот и хранене, с включване на система за ранен скрининг на рисковите групи за диабет, с осигуряване на достъп до профилактика и ефективно лечение, до съвременни средства за самоконтрол и вторична профилактика и др.

- Нужна ли е повече подкрепа от страна на държавата и МЗ, когато става дума за хора, страдащи от диабет?

Това е НАЛОЖИТЕЛНО, особено по отношение на:

- акцентирание на ПРОФИЛАКТИКАТА на захарния диабет и всички диабетни усложнения;
- приемане и финансиране на Национална програма за борба с диабета;
- внедряване и реимбурсиране на всички съвременни лекарства, сензори и средства за редовен самоконтрол, медикаменти и процедури за лечение на диабетните увреждания;
- задължително обучение на всеки новотворен пациент с диабет, както и периодично обучение по всички проблеми на лечението, самоконтрола, вторичната профилактика за усложненията и живота с диабет;
- промяна на сегашната Наредба за медицинска експертиза, така че да се отчитат ВСИЧКИ диабетни усложнения, които намаляват работоспособността на страдащите от диабет.

В световен мащаб диабетът е вече епидемия заради начина ни на живот. България не прави изключение. И тъй като у нас голяма част от пациентите се диагностицират късно, когато се появяват кардиологични или съдови болести, диабет.бг ще е полезен за хората, като вид превенция.

Сайтът ще даде и насоки за хората с диагностициран диабет дали при тях не се получават придружаващи заболявания и така ще се предотвратят усложненията. Всички текстове в него са подготвени от български ендокринолози с доказан опит и авторитет.

Новият сайт на български език диабет.бг, по проект е разработен съвместно с Българска асоциация "Диабет" с цел да събере на едно място „всичко за диабета“ и да отговори на многобройните въпроси на хората с диабет и техните близки, както и за информираност на обществото за този здравословен проблем, за възможностите за профилактика, лечение и медицински грижи и предпазване от усложнения.



## Кучета предупреждават диабетичи за наближаваща хипогликемична криза

Идеята на проекта на фондация "Очи на четири лапи" е животните да помагат и на болни деца

Кучетата надухват всичко, дори приближаваща хипогликемична криза. Минуту преди тя да настъпи, болният от диабет отдели специфична миризма, която кучетата могат да почувшат и, ако са обучени, са в състояние да предупредят за проблема. В САЩ отдавна кучетата са се превърнали във верни спътници на диабетноболните. В Европа такъв опит няма, но от фондация „Очи на четири лапи“ са решили да бъдат новатори, които адаптират метода и у нас.

Новата програма на фондацията обучава лабрадори, които могат да надухат предстояща хипо- или хипергликемична криза при диабетичите. В момента в училището на фондацията се обучават общо 5 кучета, две от тях с възрастни пациенти, а останалите три – с деца.

Обучението на кучетата трае между 8 и 10 месеца. В този период при кучето се изгражда рефлекс да дава сигнал, когато надуши определена миризма. Това е специфичен мирис, който се появява при получаване на хипогликемична криза. След като кучетата са обучени, в тренировките се включват и болните хора, за които кучето ще работи. Целта е животното и човека да свикнат един с друг.

Годишно от фондацията подаряват две кучета. Ако някой обаче иска да се сдобие с обучено животин, ще трябва да даде около 2 хил. лева, което е малка част от разходите за неговото отглеждане и обучение - 18 000 лв. за 2 години.





# ЛЕКАРЯТ, КОЙТО СЕ ИЗПРАВИ СРЕЩУ АГРЕСИЯТА

- Как избрахте медицина-та? Или тя избра вас?

- Избрах медицината заради интереса ми към природните науки още от дете. Признавам, че исках да стана инженер, но математиката в онези години, за разлика от сега, ми беше някак безинтересна, което ме насочи в другата посока.

- Как оценявате отношението на пациентите спрямо лекарите?

- За отношението на пациента не може според мен да се говори общо - в държавна болница то е едно, в частна - съвсем друго. Причината е основно в различните прослойки от социума, които тези болнични заведения обслужват. Различията са особено изразени извън големите градове. Контингентът в държавните лечебни заведения в тези места е в по-голямата си част съставен от ниско образованите слоеве. Разбираемо, взаимодействието с тях няма нищо общо с пациентите, имащи възможността да си позволят посещението на частна клиника... И все пак смятам, че отношението на пациента е основно функция на поведението на лекаря и това що за човек е той.

- Самият вие сте ставал жертва на агресия...

- Жертва на агресия е ставал буквално всеки, работещ в спешните звена. За съжаление неадекватното отношение на Съдебната система по никакъв начин не води до превенция на бъдещи такива случки. Принудени сме да се справяме кой както може, с каквито средства има под ръка. Съгласете се, че условна присъда за такова деяние няма да възпре никой от посетителство. Жалкото в случая е, че медицинският персонал става все по-скъп и оскъден ресурс за държавата, а същата си позволява, дали заради некомпетентност или чисто нехайство на магистратите й, този ресурс да намалява все повече - никой няма да предпочете работата в такава среда пред комфорта на частния сектор.

- След проявената агресия спрямо вас замислял ли сте се да прекратите лекарската си практика?

- Не.

## Въпреки че два пъти е нападан от пациенти, д-р Никола Ганашев никога няма да захвърли бялата престила



29-годишният Никола Ганашев завършва висшето си образование в Медицинския факултет на Тракийски университет в гр. Стара Загора през 2014 г. Младият лекар е родом от Хасково и още преди дипломирането си започва работа в местната болница в града. Тогавашният стартура и специализацията му по Хирургия към МУ София.

Към настоящия момент практикува основно в Хирургично отделение на МБАЛ Хасково, но има дейност и в частна клиника в гр. София. Два пъти е ставал жертва на агресивно поведение от страна на пациенти, докато е бил на смяна. В единия от случаите получава юмруци малко след като е обработил кървяща рана. Въпреки несправедливостите, с които се сблъсква, той остава верен на призванието си... И на родната. Има възможност да работи в Италия, но избира България. А за решението си не съжалява и ден.

- Има ли достатъчно възможности за развитие за младите лекари?

- Условия за развитие има и ще има все повече. Университетите предоставят добри бази за специализация с добри и грамотни специалисти в тях. В това отношение, мисля, че не отстъпваме по абсолютно нищо (да не кажа, че в някои отношения дори превъзхождаме) практиките на запад. Имам доста приятели, които учат и се развиват там, имам възможността и да работя със западни специалисти. Смятам, че медицината ни е на ниво.

- Как оценявате родното здравеопазване? Къде то подлежи на спешни реформи?

- Пак казвам, трудно е да се говори като за едно цяло. Държавните и общински болници, в каквото си състояние на хронично недофинансиране, разбираемо, не могат да бъдат еталон... И все пак се опитват да го правят - къде с изобретателност, къде с пригаждане на консумативи и техника, професионалистите в тях си вършат работата. Като цяло, смятам, че медицината в България е на високо ниво - в рамките на няколко дни човек в нужда може да достигне до професор или друг специалист на много високо ниво в дадената област. В повечето държави на запад за елементарен първичен преглед може да се чака няколко седмици, да не говорим за цените на медицинските им услуги. Що се касае за реформи, не мисля, че имам нужната компетенция да давам оценки или съвети, но мисля, че друг модел на разпределение на финансирането би имал чувствителен ефект за подобряването на държавните и общински болници.

- Какво мислите за лекар-

ската професия у нас?

- Смятам, че е хубава професия, даваща възможност за доста сериозно развитие и израстване на практикуващия я.

- Какво трябва да се промени според вас, когато говорим за условия на труд при медиците?

- Условията на труд, където те са лоши, било то заради несигурност или лошо заплащане, могат да се подобрят единствено с повече ресурс в това направление.

- Самият вие сте имал възможност да се развие зад граница? Защо избрахте България?

Избрах България, с риск да се повтори, заради добрите възможности за развитие - трудовият пазар на запад става все по-сатуриран, а у нас има все по-осезаем вакуум. Въпрос на елементарен анализ. Условията на живот като цяло и условията за развитие на бизнес тук са по-добри. А и да не забравяме глуповатото, както някои го наричат, чувство за патриотизъм.

- Как се виждате след 10 години? Какво искате да постигнете?

- 10 години е немалък времеви период, но ако се радвам на добро здраве, ще работя над развитието си в професионален и личен аспект - все пак човек трябва да създаде и семейство.

- Ще продължите ли да се развивате у нас? Мислите ли, че нещо някога би ви накарало да се откажете от практиката тук?

- Да. Надявам се на пълното отсъствие на социално-икономически сътресения и други странични фактори, които да забавят развитието и спъват просперитета на нашата държава.

## БЪЛГАРИЯ – ТОВА СА КОРЕНИ, ПРИЯТЕЛИ, СЕМЕЙСТВО...

От стр. 4

Има ли обаче смисъл лекарите да опитват да работят по световни стандарти у нас, в случай че технологично медицината в България не ги покрива?

Вече се работи в тази посока. Фирми, фондации, дори държавата започнаха да внасят модерна медицинска апаратура. Въпреки това, модерните апарати са твърде малко, за да бъдат достатъчно да осигурят добро ниво за всички специалисти. Но колкото и да е добра една апаратура, ако човек не е запознат добре с начина й на ра-

бота, тя е безполезна. От друга страна, излизайки в чужбина, лекарите се научават и на други неща като дисциплина, хъс, желание да бъдеш оценен. Техниката не върши работа, ако не притежаваш всички тези качества, за да те подпомага в работата ти. Извън България и възможностите за развитие са повече, така че става въпрос за комплексен поглед върху ситуацията. Болният трябва да е център и фокус - той трябва да е обгрижен, изслушан, информиран - неща, които според мен липсват в отношенията лекар - пациент на много места в България.

Това е сред уменията, които е хубаво да бъдат придобити извън страната - търпението и уменията да „вложиш себе си“ в лечението, което е половината от терапията. То възниква на базата на доверието между двете страни. В крайна сметка залогът е един човешки живот.

Сблъскали ли сте се със случаи на физическо насилие или вербална агресия и ако „да“, къде се е случило?

Никога не бях чувала и виждала подобно нещо. Тук бяха първите ми срещи с подобни прояви. Бях потре-

сена!

Нито в САЩ, нито в Швейцария?!

Никога не съм чувала, нито съм виждала, нито съм ставала свидетел, нито колега е споделял с мен подобни неща. Това е нещо абсурдно, което донякъде е свързано с културата на опередени прослойки в България.

Може би и заради натрупалото се недоверие към лекарското съсловие в България, защото се налага идеята, че лекарите имат повече материални стимули да лекуват един пациент, отколкото да са емоционално и морално ангажирани. Проблемът започва

от това, че лекарят би трябвало да бъде на висота, да има знания за последните достижения в лечението и да ги предлага на пациентите си. И когато материалната осигуреност за такова лечение липсва, вероятно възниква погрешната представа у пациентите, че лекарите са непотчени.

Дори не мога да намеря думи, за да го квалифицирам. Лекарската професия е точно тази, която ангажира един човек да отдаде себе си в името на другия и да бъде посрещан с агресия е абсурдно!

Интервюто взе: Георги Радев



# В „Пирогов“ заработи център по телемедицина



Център по телемедицина заработи в „Пирогов“, а възможностите на иновацията бяха демонстрирани с онлайн връзка с болницата в Кърджали, съобщава skener.news. По същото време, в града екип от 11 лекари от спешния институт провеждаше безплатни консултации за деца. Идеята за дежурни кабинети по телемедицина е именно на създателя на програма-

та „Детско здраве – Пирогов“ д-р Асен Меджидиев. „Това изключително много ни улеснява, тъй като нито една държава не може да си позволи да има високоспециализирана дейност във всяка една област, а ние не можем да преглеждаме всяка седмица в Кърджали“, обясни д-р Меджидиев, който е шеф на УНГ-клиниката в „Пирогов“ и председател

на столичната колегия на БЛС.

Апаратурата в болницата в Кърджали позволява директна консултация на местни лекари със специалист от „Пирогов“. Така болните дори и от най-отдалечените кътчета на страната ще имат директен достъп до консултации с високоспециализирани медици и ще могат да получат най-доброто за тях решение. Системата за телемедицина е разработена от български специалисти и се приема за революционна в здравеопазването.

В началото на месеца докторите демонстрираха как от Кърджали на дежурния специалист в „Пирогов“ бяха изпратени резултатите от изследванията и снимките от скенера на болна млада жена. Консултацията отне около 5 минути. Иначе този преглед би отнел на пациента поне два дни, пъ-

туване, пари и евентуално ангажиране на медицински екип и специализиран превоз. Телемедицината обаче решава проблема с липсата на специалисти в болниците на по-малките градове в страната.

За да поемат обаянията на болниците в страната, в „Пирогов“ вече ще има два дежурни кабинета със специалисти, които ще са на разположение 24 часа в денонощието. Припомняме, че в Смолян вече работи кол център за връзка със спешната болница. Така пироговци ще имат възможност да лекуват и от разстояние, а по-тежките и заплетени случаи ще получават своето бързо решение в полза на болните.

Центърът по телемедицина в „Пирогов“ е изграден със собствени средства и с пари от дарения, като консултацията ще са безплатни.

# Медици от Пазарджик спасиха родилка с амниотична емболия



Медици от Пазарджик спасиха родилка, получила изключително рядко срещано усложнение и изпаднала за минути в кома, съобщава medicalnews.bg. Критичната ситуация била неочаквана и само отличната организация в болницата и светкавичната реакция на екипа довели до щастлив край, разказа началникът на Акушеро-гинекологичното отделение д-р Илиан Траянов, цитиран от Дарик Нюз.

29-годишната жена е постъпила за второ раждане след нормално протекли и първа, и втора бременност. Тя е била без придружаващи заболявания, само с пукнат околплоден мехур и 2 дни преносване.

В Родилната зала изненадващо е развила амниотична емболия – състояние, срещано веднъж на 20-30 хиляди раждания, според някои статистики на 80 хиляди, а смъртността при него достига до 80% в световен мащаб. Пациентката получила задух и гърч. Внезапно кръвното ѝ налягане е паднало. Сринали се и сърдечните ѝ тонове, след което посиняла и изпаднала в кома.

Медиците повикали реаниматор – д-р Живко Динев, който я интубирал и направил животоспасяващи манипулации. За няколко минути жената е била без сърдечна дейност и без дишане, бебето също останало без кислород, но е спасено със спешно секцио.

Проявил се и ДИК синдром – спряло е кръвосъсирването и младата жена получила кръвоизлив. Лекарският екип е стартирал вливания на кръв и кръвни продукти, приложен е и много скъп медикамент за съсирване. Овладени са и последвалите по-леки усложнения. Повикан е и национален консултант – проф. Екатерина Учикова.

С общи усилия майката е върната към живота.

# 11 лекари от 3 болници в Стара Загора върнаха живота на 5-годишно дете

11 лекари от 3 болници в Стара Загора с общи усилия успяха да спасят живота и ръката на 5-годишно дете, съобщава nova.bg. Стъкло прерязва артерия, сухожилия и нерви на дясната ръка на пациента.

„Може да се опише като тежка травма, прорезна, като парциална ампутация за съжаление през китката, дланта и предмишницата, с неправилна форма, с много фрагментации на реновата площ и за съжаление доста тежко увредени основни структури на китката и ръката“, обясни д-р Павел Атанасов.

Детето е било с реална опасност за живота. Срязани са сухожилия и нерви на ръката, а заради срязана артерия е загубило и много кръв.

„Реално погледнато, детето беше в един хеморагичен шок, който се дължи на масивна кръвозагуба. Тъй като това е малко дете, обемът изобщо на циркулиращата кръв в едно здраво дете не е голям, а при артериална травма имаме масивна кръвозагуба. Сама по себе си една такава кръвозагуба, може много бързо да коства живота в такъв случай. Изобщо на всеки един човек“, обясни д-р Антон Елкин.

Събират се лекари от две болници и започват 5-часова операция.

„Всяка една такава операция е голямо предизвикателство. Анатомичните, физиологичните особености при децата, тъй като техният организъм е не напълно узрял, има си специфика на всяка една интервенция като необходимост за провеждане. И колкото и да сме професионалисти винаги си има малко нотка на притеснение при всеки един от нас“, обяснява д-р Елкин.

„Съдовите структури са много малки. Говорим за 2-3 милиметра съдове, които се работят под микроскопски контрол, много екзактно, бавно и всяка грешка би коствала голяма травма и загуба евентуално на крайника“, обяснява д-р Павел Атанасов.

На петия ден след инцидента, детето е изписано от отделението по „Съдова хирургия“ с възстановен 95% двигателен обем на ръката.

# СЗО включи burn-out в списъка със заболявания

СЗО за първи път включи състоянието „burn-out“ в Международната класификация на болестите (МКБ), използвана широко за диагностика и при здравното застраховане.

Решението беше взето по време на Световната здравна асамблея в Женева и може да сложи край на дебатите сред експертите за това как следва да се дефинира „бърнаут“ и дали той трябва да се счита за заболяване.

В последната редакция на каталога на болестите и нараняванията в света, СЗО дефинира професионалното изчерпване като „синдром, който в основата си е резултат от хроничен стрес на работното място, който стрес не е бил правилно третиран“.

Този синдром има три измерения:

- 1) чувство за липса на енергия или пълно изтощение;
- 2) „вътрешно“ отдалечаване от работата, чувство на неприязън или цинизъм към работния процес;
- 3) намалена професионална ефективност.

Според класификацията „за бърнаут се говори единствено в професионална среда

да и не бива да бъде механично пренасяно подобно състояние към други сфери на живота“.

Актуализираният списък на МКБ, наречен МКБ-11, беше изготвен миналата година след препоръки на здравни експерти от целия свят и беше одобрен в рамките на 72. Асамблея.

Говорителят на СЗО Тарик Ясаревиц отбеляза, че за първи път професионалното изгаряне влиза в класификацията.

МКБ-11 ще влезе в сила през януари 2022 г. и съдържа някои допълнения, включително класифицирането на „натрапчивото сексуално поведение“ като психично разстройство.

За първи път пристрастяването към видео игри се признава за заболяване, подобно на пристрастяването към хазарта и наркотиците.

Съвременното трансексуалността излиза от списъка на психичните разстройства и влиза като категория в глава „Състояния, свързани със сексуалното здраве“.



# Медикамент за еректилна дисфункция помага и при сърдечна недостатъчност?



Учени от Университета в Манчестър установили, че веществото тадалафил, използвано за лечение на еректилна дисфункция, може да забави и дори да възстанови някои поражения при сърдечна недостатъчност при овце.

Водещият изследването проф. Андрю Трафорд допуска, че е твърде възможно същият ефект да бъде наблюдаван и при хората. „Имаме ограничени доказателства за лечение при хора, както и преки свидетелства от изследвания, които да покажат, че медикаментът може да бъде

показан за лечение при хората“, заявява той.

Изборът проучванията да бъдат с овце не е случаен и е заради сходството в устройството на човешкото сърце и това при тези животни.

В тестваните екземпляри е била предизвикана сърдечна недостатъчност, посредством пейсмейкър до степен, налагаща лечение. Тогава започнали да лекуват животните с медикамента. За кратък период от време прогресивното влошаване на състоянието на животните било овладяно и дори

спряно. Нещо повече – започнал процес на възстановяване на пораженията от сърдечната недостатъчност, а биологичната причина за задух при това заболяване – неспособността на сърцето да реагира на адреналина – почти напълно елиминирана.

Дозите, които овцете получавали, били почти идентични с тези, които хората приемат при еректилна дисфункция.

Тадалафил блокира за кратко ензима фосфодиестераза тип 5 или PDE5S, който е отговорен за това как тъканите ни отговарят на хормони като адреналина.

Изследователският екип е установил, че при сърдечна недостатъчност лекарството променя сигналната каскада – серия химични реакции в тялото – и възстановява способността на сърцето да реагира на адреналина.

Според проф. Трафорд

„Това е широко използван и много безопасен медикамент с минимални странични действия“ и добавя: „Тадалафил е подходящ само за лечение на систолична сърдечна недостатъчност – когато сърцето не може да изпомпва правилно и е възможно да има различни, неочаквани ефекти при комедикация“.

По мнение на проф. д-р Метин Авкиран от British Heart Foundation „Медикаментите от групата на „Виагра“ първоначално са били разработени като средства за лечение на сърдечни заболявания, но скоро бива открито действието им при еректилна дисфункция. Сега се оказва, че сме извървели един пълен кръг и преоткриваме благоприятния им ефект при сърдечна недостатъчност“.

# Разработиха методика за регенерация на бял дроб

Това ще даде шанс за живот на много повече пациенти

Нова техника за рехабилитация на бял дроб, предназначен за трансплантация разработиха в Колумбийския университет.

Техниката на кръстосано кръвообращение, която учениците използват, поддържа белите дробове в продължение на 36 часа като така дават време на лекарите да възстановят органа и да тестват новите интервенции.

Така възстановените бели дробове са напълно годни за трансплантация, което е непостижимо със сегашните методи, които дават на лекарите около 6 часа да оценят органа и да го рехабилитират.

„Нашата работа представява нов етап при възстановяването на органи“, каза ръководите-

лят на проекта доц. д-р Матю Бачета: „Ние буквално прекарахме години в усъвършенстването на тази технология“.

Според доц. Бачета с новия метод може да бъде експериментирано и с други органи като сърце, бъбреци, черен дроб.

Неговият екип се е фокусирал върху бели дробове, увредени от стомашна аспирация или заради попадане на стомашно съдържимо в белия дроб, тъй като много от трансплантациите на този орган се провалят заради подобен тип недостатък.

Тестовите върху животински модели са дали отлични резултати и сега учениците работят върху удължаване на 36-часовия прозорец до няколко дни и дори седмици,

позволявайки не само рехабилитацията им, но и прочуване на нови методи за тяхното възстановяване.

Предстоят още проучвания, които да определят колко добре работят така възстановените бели дробове, безопасността на метода, и как органите ще реагират на имуносупресивна терапия след трансплантацията.

Проф. д-р Сет Карп, д.м.н., началник на клиника по хирургия определя постижението на д-р Бачета като критичен напредък, който може да увеличи броя на органите, годни за трансплантация и стъпка към целта да няма нито един загубен пациент, заради изчакване на орган за трансплантация.



# XIII СОФИЙСКИ СИМПОЗИУМ ПО РЕПРОДУКТИВНА МЕДИЦИНА ЩЕ СЕ ПРОВЕДЕ ПРЕЗ ОКТОМВРИ

**СЪБИТИЕТО СЕ ОРГАНИЗИРА ОТ ИНСТИТУТА ПО РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЕ И МЕДИЦИНСКИ КОМПЛЕКС „Д-Р ЩЕРЕВ“**

XIII Софийски симпозиум по репродуктивна медицина с международно участие ще се проведе на 11 и 12 октомври в най-големия конгресен център на Балканите – Националният дворец на културата, Зала 6. Събитието се организира от Института по репродуктивно здраве и Медицински комплекс „Д-р Щерев“ и традиционно привлича над 400 български и международни лектори и делегати. „Софийският симпозиум дава възможност на опитни специалисти и на млади лекари да се запознаят с последните новости в областта на репродуктивната медицина, гинекологичната профилактика и оперативната гинекология, акушерството, проследяването на бременността и феталната медицина. Събитието се превърна в арена за колаборация и обмяна на опит между водещи специалисти на световно ниво“, информират организаторите.

## Атрактивна научна програма

В програмата на тазгодишното издание са включени теми, свързани с последните медицински достижения от света на асистираните репродуктивни техники, акушерството и гинекологията, феталната медицина, както и на най-добрите практики от онкопрофилактиката и ендоскопската гинекологична хирургия.

Делегатите на форума ще имат възможност да участват в полезни практически семинари и да се запознаят с авангардни ендоскопски оперативни техники. Те ще могат да гледат излъчвания на живо от операционните

и лабораториите на Медицински комплекс „Д-р Щерев“, като една от готвените изненади е предимплантационна генетична диагностика на ембриони.

За четвърта поредна година събитието ще включи и паралелна сесия за акушерки. Тя ще протече под формата на презентации и практически обучения, водени от утвърдени специалисти. Те ще представят последните тенденции в грижата за жените в различни сфери от акушерството и гинекологията, както и за най-малките – новородените.

## Международните лектори

Сред международните лектори на събитието са извънният специалист по репродуктивна медицина проф. Рой Хомбург и колегата му проф. Инг Чонг. От Великобритания ще пристигнат и преподавателят по репродуктивна медицина д-р Майкъл Карол и д-р Джилан Локууд, медицински директор на клиниката Midland Fertility Services, в която се правят повече от 900 инвитро и ИКСИ процедури годишно.

Модулът по пренатална и фетална медицина ще бъде с участието на представители на школата на проф. Кипрос Николаидес и Фондацията по фетална медицина (FMF).

## Участие в събитието

Лекарите и медицинските специалисти, които искат да присъства на авторитетното научно събитие, трябва

ва предварително да се регистрират на сайта на ИРЗ (<https://www.reproduktivnozdrave.org/>). Там всеки желаещ може да открие и повече информация за събитието и срокове за регистрация.

Всички специалисти, които гостуват на XIII-ия Софийски симпозиум по репродуктивна медицина, ще получат Удостоверения за кредитна оценка от Българския лекарски съюз, които са част от системата за следдипломно обучение.

Медиен партньор на събитието е в. „Quo vadis“.



## РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

**за вестник „QUO VADIS“** Национално издание на Българския лекарски съюз



**СЕРТИФИКАТИ ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА)**

**НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:**

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

**За контакти:**

**Ирен Борисова**  
02/954 94-60;  
0899 90 66 47

**Яна Кръстева**  
0899 906 655

### ПЪРВА СТРАНИЦА

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

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

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

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

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

Отстъпки:

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

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

### I. Информация за сайта:

[www.blsbg.com](http://www.blsbg.com) е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

- Нормативни актове
- Актуален регистър на лекарите в Република България
- Актуална информация и новини

### II. Рекламен период:

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

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

### III. Рекламни тарифи:

#### 1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

| банери     | Размери:     | без        | с      |
|------------|--------------|------------|--------|
|            |              | препращане |        |
| JPEG       | 195 x 105 px | 15 лв.     | 20 лв. |
| банер      | 200 x 133 px | 18 лв.     | 25 лв. |
| (статичен) | 200 x 266 px | 26 лв.     | 29 лв. |
| FLASH      | 200 x 133px  | 25 лв.     | 30 лв. |
| банер      | 200 x 266 px | 37 лв.     | 40 лв. |

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

|          |       |          |       |
|----------|-------|----------|-------|
| 1 месец  | - 10% | 4 месеца | - 22% |
| 2 месеца | - 15% | 5 месеца | - 25% |
| 3 месеца | - 20% | 6 месеца | - 30% |

### 2. Текстови обяви / Платени публикации:

|                        | 7 дни           | 15 дни       | 1 месец      | 2 - 6 месеца |
|------------------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|
| до 450 знака           | 15 лв.          | 10% отстъпка | 15% отстъпка | 20% - 30%    |
| от 450 до 1000 знака   | 22 лв. отстъпка |              |              |              |
| над 1000 знака         | 34 лв.          |              |              |              |
| с включен текстов линк | плюс 5 лв.      |              |              |              |

### 3. Нестандартни рекламни форми:

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

### IV. Плащане:

1. Договорните суми за реклама се заплащат не по-късно от 1 (един) работен ден преди старта на рекламата.
2. При неспазване на сроковете БЛС си запазва правото да отложи рекламната кампания.
3. Рекламодателят получава фактура след извършване на плащането.

### V. Забележки:

- ✓ Рекламите се публикуват на всички страници на сайта.
- ✓ Цените не включват ДДС.
- ✓ Цени за реклами над 6 месеца - по договаряне
- ✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

**QUO VADIS**

Редакционно броят е приключен на 4. 07. 2019 г.

Адрес на редакцията:

София, бул. „Акад. Иван Евст. Гешов“ 15,  
НЦОЗА Български Лекарски Съюз

Главен редактор: Георги Радев

Редактор: Милена Енчева

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

Предпечат: Ан-Ди

Експонация и печат: „Печатница - София“



# УМБАЛ „СВЕТИ ГЕОРГИ“ В ПЛОВДИВ ОТБЕЛЯВА 140 ГОДИНИ ОТ ОСНОВАВАНЕТО СИ

140 години от създаването си отбеляза с тържествен форум на 17 юни най-голямата болница в България – УМБАЛ „Свети Георги“ ЕАД, гр. Пловдив. Основана на мястото на лазарета от Руско-турската освободителна война, който се е помещавал в три бараки с 30 легла в местността под Хълма на доблестта (Джендем тепе), тя започва своето летоброене като първата българска гражданска болница на 1 май 1879 г. На тази дата, по силата на Берлинския договор, руските войски напускат пределите на Източна Румелия и болницата с цялото имущество и инструментариум е предадена на новосъздаденото дружество „Св. Пантелеймон“.

Пловдив – „Джендем-Тепе“ и „Държавната Болница“  
Plovdiv – „La butte „Djendem Tépé“ et l'Hôpital

1907 г.



Днес УМБАЛ „Свети Георги“ разполага с 1536 легла и 2694 души персонал, от които 653 са лекари, а 925 са специалисти по здравни грижи. В последните години средният годишен брой на болните, които се хоспитализират за активно лечение, надхвърля 80 000. В клиниките и отделенията на болницата се оказва денонощно спешна и неотложна амбулаторна, стационарна и консултативна помощ при заболявания и травми, както и лечение на населението от Южен Централен регион на България, включващ пет административни области: Пловдив, Пазарджик, Кърджали, Хасково и Смолян, разказа настоящият изпълнителен директор проф. д-р Карен Джамбазов.



УМБАЛ „Свети Георги“

Връщайки се 140 години назад, той припомня, че в началото болницата от Градска се преименува на Областна болница „Свети Пантелеймон“ и за неин първи управител е избран д-р Стоян Чомаков, а като старша медицинска сестра Руският червен кръст командирова м. с. Маргарита Смолникова.



Д-р Стоян Чомаков

През 1882 г. в близост до съществуващите бараки започва строителството на нова масивна двуетажна сграда. На 2 декември 1885 г. специална комисия приема новата болнична база със 100 легла, а през 1888 г. лечебницата получава названието Пловдивска първостепенна болница.

1961 г.

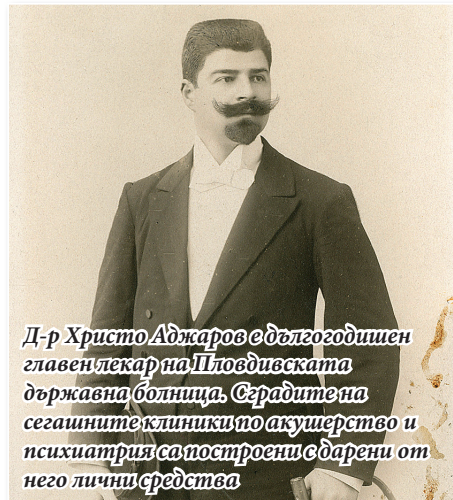


През 1892 г. на същото място е построен едноетажен павилион за инфекциозни заболявания. По-късно се откриват Кожно-венерическо отделение и Дезинфекционна станция, в която впоследствие се настанява Очно-ушно отделение. През 1922 г. се открива и първият павилион за болни с напреднала туберкулоза, а през 1932 г. – още три павилиона за лечение на различни стадии на туберкулозата.

1939 г.



След земетресението от 1928 г. с епицентър в района на Чирпан, Поповица и Борисовград (днешен Първомай), което се оказва разрушително и за Пловдив, на терена под Джендем тепе се изграждат ново акушеро-гинекологично отделение, детско отделение, кухня, пералня, просектура, мъжко и женско вътрешно отделение. По този начин легловият фонд на болницата от 30 легла през 1879 г. нараства на 100 през 1888 г., на 390 легла – през 1925 г. и достига 615 през 1944 г.



Д-р Христо Аджаров е дългогодишен главен лекар на Пловдивската държавна болница. Сградите на сегашните клиники по акушерство и психиатрия са построени с дарени от него лични средства

За първи път в България в болницата се извършват редица операции като: нефропексия по метода на Тюфе, извършена от д-р Иван Михайловски през 1879 г., оперативна отстраняване на камъни от пикочен мехур от д-р П. Проданов през 1896 г. и резекция на стомаха по Билорт I през същата година.



1955 г.

През 1942 г. на базата на държавната болница в гр. Пловдив се разкрива второто в нашата страна сестринско училище. А с Указ № 180 от 4 август 1945 г. официално е създадено първото висше учебно заведение в Пловдив с два факултета – Медицински и Агроикономически. С този акт започва своето летоброене и първото висше медицинско училище в гр. Пловдив, разкрито към базата на Пловдивската първостепенна болница.



1975 г.

Към момента на създаване на университетската база през 1945 г. болницата включва 615 легла и 160 души персонал, като в нея годишно са били хоспитализирани около 13 000 болни, главно от региона на Пловдив и Южна България.



1957 г.

Оттук нататък до 31 август 2000 г. историята на Пловдивската първостепенна болница, по-известна като Държавна болница, е неразривно свързана и съвпада с историята на Медицинския факултет. Пет години след създаването на факултета в него вече преподават 27 хабилитирани преподаватели и 134 асистенти.



1964 г.

С Указ №247 от 28 май 1950 г. Медицинският факултет на Държавния университет се обособява като Пловдивска медицинска академия, а по-късно и като висш медицински институт. Същата година на 25 октомври с Указ № 566 на Президиума на Народното събрание академията получава името на бележития руски учен, нобелов лауреат, Иван Петрович Павлов, и преминава към Министерството на народното здраве.



1975 г.

Близо 25 години след създаване на университетската база – през 1969 г., болницата има 1420 легла и персонал от 1751 души. Годишно в нея се хоспитализират и лекуват над 24 000 болни.

Повратен момент в развитието на болницата и университета е строителството на новия Хирургичен блок, т. нар. База 2 на бул. „Пещерско шосе“ №66 в Пловдив. Първата копка е направена на 30 април 1968 г., но строителството приключва 20 години по-късно.

Бурните промени в общественото-политическия живот на България след 10 ноември 1989 г. засягат и Висшият медицински институт. Най-съществената промяна обаче настъпва през 1999 г. с приемането на Закона за лечебните заведения. Държавата разделя болниците и медицинските университети в цялата страна със самостоятелен предмет на дейност в областта на здравеопазването и образованието. Медицинският факултет става част от Медицински университет – Пловдив, а Държавната болница от 31 август 2000 година продължава съществуването си като еднолично акционерно дружество с държавно участие в капитала – МБАЛ „Свети Георги“. Принципат на държавното лечебно заведение е министърът на здравеопазването, а на университета – министърът на образованието и науката.



УМБАЛ „Свети Георги“ днес

На 1 септември 2000 г. е избран първият изпълнителен директор на болницата – д-р Андон Щерев. След него поста заемат проф. д-р Илия Йовчев (2000 - 2004 г.), д-р Стефан Димов (2004 - 2005 г.), проф. д-р Илия Баташки, дм (2005 - 2009 г.), проф. д-р Божидар Хаджиев, дм (2009 - 2010 г.). От 2010 г. и към настоящия момент изпълнителен директор е проф. д-р Карен Джамбазов, дм.



Проф. д-р Карен Джамбазов, дм

Редакцията на в. „Quo vadis“ благодари на екипа на УМБАЛ „Св. Георги“ за съдействието при изготвянето на статията.



# 10 ВЪПРОСА КЪМ ПРЕЗИДЕНТА НА ЮГОИЗТОЧНО-ЕВРОПЕЙСКИ МЕДИЦИНСКИ ФОРУМ

Публикуваме интервюто на доц. д-р Кехайов без редакторска намеса.

**- Уважаеми доц. Кехайов, какви са основните цели и каква е тематиката на предстоящия форум?**

- Основна цел на Югоизточно-европейския медицински форум (ЮЕМФ) е да насърчава партньорството между медицинските съсловия в страните членки, да дискутира общите проблеми на системите на здравеопазването в тази част от континента, да обменя опит и разработва общи подходи във всички области и дейности на медицинските организации, както и да развива непрекъснатото медицинско образование чрез медицински конгреси и други форми на съвместна дейност. Форумът подпомага своите членове за подобряване на тяхната медицинска и мениджърска квалификация, установява контакти и партньорство с други международни организации. Темите на научната програма на X конгрес обхващат сфери от клиничната и социалната медицина, участват известни лектори с призната академична и практическа компетентия. Тематиката включва: старееене на населението; сърдечно-съдови болести и сърдечно-съдова хирургия; трансплантации; гастроентерология; неврология, неврохирургия и психиатрия; нефрология и урология; сексуална медицина и репродуктивно здраве; ортопедия и травматология; медицина на бедствития; фармакотерапия.

Акцент на събитието е планираната дискусия на тема: „Предизвикателства в здравеопазването през XXI век. Ценности и принципи“. Надяваме се участниците в кръглата маса да споделят своите възгледи за настоящето и бъдещето на здравеопазването в различни страни.

Конгресът е подкрепен както от официалните институции в България, така и от Световната медицинска асоциация (СМА). Президентът на СМА д-р Леонид Айделман вече потвърди участието си във форума в София. Както през всяка година, конгресът ще бъде акредитиран от Европейския акредитационен съвет за непрекъснато медицинско образование.

**- В настоящия момент в ЮЕМФ членуват 18 страни (20 медицински организации). Ще продължава ли ЮЕМФ да се разширява? Очаквате ли лекари от други страни да се присъединят към организацията?**

- Югоизточноевропейският медицински форум е основан през 2005 г. от медицински организации на 4 балкански държави - Албания, България, Гърция и Македония като сдружение на организации и лекари от тези страни. Днес ЮЕМФ е една от бързо развиващите се организации, след като вече включва в състава



Доц. д-р Андрей Кехайов, дм - президент на ЮЕМФ

си 20 медицински асоциации от Албания, Азербайджан, Беларус, Босна и Херцеговина, България, Чехия, Грузия, Гърция, Казахстан, Северна Македония, Словения, Украйна, Узбекистан, Сърбия, Молдова. През изминалата година на проведено по време на IX конгрес заседание на Борда, за пълноправни членове на организацията бяха приети Русия, Хърватия и Черна Гора. Както е видно, с всяка година екипа на организацията се обогатява с нови членове. От четирима учредители до 20 пълноправни членове - това е доказателство, че ЮЕМФ се разширява по естествен начин. Защото мисията и каузата на ЮЕМФ са част от каузата и мисията на медицинските организации в световен мащаб.

**- През тази година конгресът се провежда в политически нестабилна ситуация. Така бе и на конгреса в Украйна - тогава, когато напредъкът в Източна Украйна. Дали по този начин ЮЕМФ показва политическа позиция?**

- ЮЕМФ е независима организация на лекари и не е под политическа опека. Конгресите са интердисциплинарни събития. Ние се интересуваме както от научните и практическите постижения в медицината, така и от организационните структури на здравните системи в страните членки. Дискутираме реалните проблеми на трудовите, финансовите и човешките ресурси в здравеопазването, и даваме насоки за решаването им. Пред институциите, които участват във формирането на здравните политики и пред обществото ние лекарите формулираме своята недвусмислена и изпреварваща позиция, търсим необходимия баланс за промяна и усъвършенстване на системите. Такива са реалните предизвикателства на времето, в което живеем. В условията на конкуренция на идеи, ЮЕМФ огласява своите платформи

- от специалисти и експерти, пред различните национални и международни институции.

**- Заседанията на Борда на ЮЕМФ често се провеждат в Гърция, на остров Кос, където е роден Хипократ. Този исторически факт определя ли философията на ЮЕМФ?**

- В съответствие с Устава на организацията, ръководният орган - Бордът на ЮЕМФ, ежегодно провежда минимум по две заседания. Бордът е в състав от 30 души, включени са ръководителите на медицински асоциации - членки, видни представители на медицинската и академичната общност.

Заседанията на Борда се ситирират в различни страни, а за втори път организацията ще проведе редовно заседание на о. Кос, в родина на Хипократ. Мисията на ЮЕМФ, като на организация на лекари от различни страни, е да превърне във водещи морално-етичните норми на поведение, които отличават лекарската професия от всички други професии. Паралелно със заседанието на Борда, на о. Кос ще се състои Международна конференция на тема „Медицинска етика и морал. Клетвата на Хипократ - символ на медицината“. Водещи експерти ще представят лекции по различни морално-етични модели, практики и стандарти в медицината.

**- Повечето от членуващите в ЮЕМФ страни са представители на постсоциалистически страни. Дали дебатите на конгреса са предимно за прехода от социалистическа към европейска медицина?**

- Дискусиите, които участниците в конгресите на ЮЕМФ осъществяват, са свързани със социално значимите заболявания и тяхната превенция. Независимо от това в кои страни са живели, лекарите имат една мисия - да се грижат за здравето на своите пациенти. Нашите конгреси са мултидисциплинарни университети и целта

**Официалното издание на Световната медицинска асоциация „World Medical Journal“ публикува интервю с доц. д-р Андрей Кехайов, дм - президент на ЮЕМФ. Поводът е ежегодният Международен медицински конгрес на организацията, който тази година ще бъде в София.**

**Доц. д-р А. Кехайов, дм беше председател на УС на БЛС в периода 2002-2008 г.**

е участниците непрекъснато да усъвършенстват своите познания и професионална квалификация с най-новите теоретични и практически постижения на световната медицина. Работим за усъвършенстване на здравните системи в страните от региона с акцент върху качествено медицинското обслужване чрез използване на утвърдени европейски и световни стандарти и практики.

**- По време на конгресите на ЮЕМФ се дискутират и въпроси, свързани с миграцията на лекарите и медицинските специалисти. Лекарите намират работа в богатите европейски страни с по-високи заплати. Медицинският туризъм се засилва и оказва съществено влияние в Източна Европа. До каква степен България и балканските страни са повлияни от тези процеси?**

- Миграция на медицински специалисти в европейския регион се наблюдава още от средата на миналия век. След присъединяването на България към ЕС активни сред мигрантите са медицинските специалисти, чиято квалификация се признава на територията на държавите членки.

Наблюдаваме тенденция на обща миграция - български лекари мигрират, но в България идват специалисти от други страни. Този процес е двустранен.

**- В днешно време здравният и медицинският туризъм играят изключително важна роля в Източна Европа. До каква степен и в каква посока България и другите страни могат да станат част от новите тенденции?**

- Поради огромните си природни ресурси, България прави сериозна заявка да се превърне в един от големите здравни центрове в Европа чрез своята богата история, интелектуални ресурси, стоици минерални извори, лечебен климат, биологично земеделие и услугите, насърчаващи здравословния начин на живот. Културният, морският и планинският туризъм превръщат България в конкурентна дестинация за качествен туризъм. България се нарежда на първо място в Европа с наличието и разнообразието на минерални води и спа курорти. Министърството на туризма в България насърчава развитието

на медицинския и здравния туризъм и провежда редица законодателни промени, за да го адаптира в съответствие с европейските стандарти и изисквания на европейския пазар, чрез внедряване на иновативни практики и стратегии за подобряване на качеството.

**- ЮЕМФ е асоцииран член на Световната медицинска асоциация (СМА). Как ще опишете съвместната си работа със СМА?**

- СМА е организацията, която подкрепя дейността и мисията на ЮЕМФ. Ние от ЮЕМФ споделяме нейните цели, ценности и стандарти, обсъждаме всички инициативи и решения. Имам удоволствието да бъда част от годишните заседания на Генералната асамблея на СМА в качеството си на президент на ЮЕМФ, което е голямо признание за България, за нашата структура, за ценностите, които организацията на лекарите от Югоизточна Европа защитава. Много от направените от ЮЕМФ предложения в заседанията на СМА (за климатичните промени, за ограничаване на вредните емисии в Средиземноморския регион и др.) бяха приети и намериха отражение в редица документи на СМА.

Какво по-голямо признание? Благодаря и на Генералния секретар на СМА - д-р Отмар Клойбер, за безрезервната му морална подкрепа към ЮЕМФ през всички години от неговото създаване. ЮЕМФ е част от семейството на световната медицинска общност.

**- Следващото Общо събрание на СМА ще се проведе в столицата на една от страните - членка на ЮЕМФ, Грузия. Преди време вече бе организиран конгрес на ЮЕМФ в Грузия. Какви са вашите впечатления?**

- През 2016 г. съвместно с Грузинската медицинска асоциация проведохме VII конгрес на ЮЕМФ в Батуми и Грузия оправда нашите очаквания. Зам.-председател на ЮЕМФ е президентът на Грузинската асоциация, професорът по хирургия в университета в Тбилиси проф. Гия Лобзхандзе. Благодарение на неговия изключителен личностен и организационен потенциал, с активната подкрепа на членовете на асоциацията, конгресът се превър-

на в значимо събитие. Грузия показва пред Европа и света своя научен медицински потенциал и невероятни умения при провеждането на мащабни международни събития. Щедротото грузинско гостоприемство, съчетано със смесицата от древни култури и прекрасна природа, превърнаха конгресните дни във внушително споделяне на практики, в терен на приятелството.

**- Вие сте доцент по медицинска етика? Какви са предизвикателствата на медицинската етика в България?**

- Аз съм преподавател в Медицинския университет в София, във Факултета по обществено здраве, в Катедрата по Здравна политика и мениджмънт. В качеството си на председател на Българския лекарски съюз преди, както и като член на Етичната комisia към съюза съм работил в тази сфера.

Сега като преподавател във ФОЗ продължавам приоритетно да се занимавам с теорията и практиката в областта на медицинската етика и морал. Ако визираме етиката на общественото здравеопазване, у нас съществуват проблеми, засягащи етичните ценности, каквито има и в повечето страни - за достъпността, справедливостта, своевременността и качеството на медицинската помощ. Ако разглеждаме в частност предизвикателствата пред медицинската клиничната етика, смятам, че водещо е информираното съгласие. Бланката, която пациентът подписва, само декларира неговото съгласие.

На практика процесът на комуникация, какъвто е информираното съгласие, липсва или е твърде ограничен. Автономният модел налага пациентът да получава пълна и достъпна информация за заболяването си, за диагностичните и лечебните дейности, както и за прогнозата. Пациентите обаче са все по-информирани и по-овластени, търсят правата си и задача на лекарската гилдия е да осъзнае потребността от информираното съгласие, което е правен инструмент за защита на пациента, но и на медика. В противен случай се създава напрежение и нарастващо недоверие към професията. Широка гласност придобиха и проблемите на пациентите с увреждания, които имат нужда от асистенция и грижи.

Разбира се, актуални са и проблемите за: конфиденциалността на информацията; за асистираната репродукция, особено на фона на демографската криза, в която се намира страната ни; донорството и трансплантациите; за клиничните изпитвания в здравния туризъм; етичните въпроси, отнасящи се до смъртта и умирането, в това число и до асистираното самоубийство.