



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ



ПРОДЪЛЖАВАЩОТО МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ - СТАНДАРТ ЗА КАЧЕСТВО

След усилия от страна на Български лекарски съюз, продължили повече от две години, съсловната организация постигна желаното дългосрочно сътрудничество с Европейския съюз на медицинските специалисти (UEMS). С официалното подписване на договор между българската съсловна организация и европейската институция стартира уеднаквяването на

показателите за продължаващо медицинско обучение (ПМО) у нас с критериите в Европа. Това ще даде възможност за акредитиране и сертифициране по европейски стандарт на медицинските форуми в България. Създадени са благоприятни условия ПМО в страната ни да се превърне в стандарт за качество.

на стр. 8-9

КЪДЕ ОСТАНА ОСТОЙНОСТЯВАНЕТО НА МЕДИЦИНСКИЯ ТРУД

Министерство на здравеопазването предложи нов единен стандарт за финансово управление на държавните болници, който предизвика реакции на всички нива в медицинските среди и отново се заговори за факторите, водещи до неспокойствие в системата. Председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев изрази своето становище по проблема.

на стр. 2



БЛС ОРГАНИЗИРА СРЕЩА С ИЗКУСТВОТО НА

ЛЕКАРИ - МЕЧТАТЕЛИ

на стр. 16

ISSN 2534-8981



Противна визия

Actavis



**БУЛМЕДИКА
БУЛДЕНТАЛ
16-18 МАЙ**

ИНТЕР
ЕКСПО
ЦЕНТЪРмеждународно
изложение
за медицина

ДА ОТПАДНЕ 24-ЧАСОВОТО ДЕЖУРСТВО НА ОПЛ, НАСТОЯВА СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ

на стр. 3

Специален гост Проф. Ромуалд Крайевски, президент на UEMS

на стр. 5



MERCK

НЕРВНОСТ, РАЗДРАЗНИТЕЛНОСТ,
НАРУШЕНИЯ НА СЪНЯ

**ИМАТЕ
ПРОБЛЕМИ
СЪС СЪНЯ?**

ПРИЧИНАТА МОЖЕ ДА Е СТРЕС!

**Седатиф ПС намалява
стреса през деня, за по-добър сън през нощта.**

• По 2 таблетки, 3 пъти на ден. Таблетките се държат в устата до пълното им разтваряне. Деца под 1 година: таблетката се разтваря в малко вода преди прием.



- Не предизвиква сънливост през деня.
- Без привикване.



Скоро в НОВА опаковка!

ХОМЕОПАТИЧЕН ЛЕКАРСТВЕН
ПРОДУКТ.
БЕЗ ЛЕКАРСКО ПРЕДПИСАНИЕ.
КХП 24121/06JL2013

За пълна информация:
Боарон БГ ЕООД
1408 София, ж.к. Южен парк, бл.28, вх. А,
тел. 963-09-06, факс 963-45-00
www.boiron.bg



Д-Р ВЕНЦИСЛАВ ГРОЗЕВ: КЪДЕ ОСТАНА ОСТОЙНОСТЯВАНЕТО НА МЕДИЦИНСКИЯ ТРУД?



Министерство на здравеопазването предложи нов единен стандарт за финансово управление на държавните болници, който предизвика реакции на всички нива в медицинските среди и отново се заговори за факторите, водещи до неспокойствие в системата. Ето становището по проблема на председателя на БЛС д-р Венцислав Грозев.

НРД-2018 влезе в сила от 1 април и сумата от 155,3 млн. лв. на месец ще се реализира в

БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

Това до известна степен ще внесе спокойствие в системата и ще осигури една сравнителна сигурност в дейността на лекарите в БП. Причеснителното беше, че бюджетите, които болниците получиха бяха на база февруари и просто обемите бяха умножени по новите цени. Но стойностите бяха прогнозни и осигуриха един финансов ресурс, който да даде спокойствие, че болниците ще имат финансиране. След разговора с Надзорния съвет на Здравната каса и нейния подправител, още през април очакваме да се осигурят 155,3 млн. лв. за болничната помощ, освен това ще се структурират бюджетите в рамките на тримесечие, така че лечебните заведения да знаят с какво разполагат и да могат, при необходимост, да прехвърлят средствата си от месец в месец.

ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ

с влизането в сила на рамковия договор от 1 април, ще имат възможност да заработят още 14 млн. лв., което не е без значение за тях. Надявам се в извънболничната помощ финансовите пара-

метри да не бъдат нарушавани. Много е важно да контролираме и да следим направенията за консултации. Защото един от основните проблеми от години е, че се глобяват колеги, въпреки че направенията не са използвани достатъчно в национален мащаб. Така че сега искаме ОПЛ да не изпитват недостиг и да не бъдат глобявани от Касата неправомерно. Надявам се през идните месеци пропуски да не се допускат. Или ако някъде се случат да бъдат своевременно коригирани.

ЩЕ ИМА ЛИ ОГРАНИЧЕНИЯ?

Не е логично още с влизането в сила на рамковия договор да възникнат рестрикции. Няма да допуснем средства от дейности, които са договорени, да се прехвърлят за друго. НЗОК разполага с механизми и ресурс, който може да бъде осигурен - чрез надсбраните средства и отстъпките от фармацевтичната индустрия, така че нека те да си правят сметката. Но няма да допуснем тези дефицити да се покриват със средства за дейности, както се случи през миналите години. През последните две години около 100 млн. лв. бяха прехвърлени по същия начин и резултатът за системата е пагубен.

В рамковия договор ние постигнахме в повече 105 хил. хоспитализации за 2018 г. В тях са включени 42-те хиляди хоспитализации, които са над лимитите за 2017 г. и нови над 60 000 хоспитализации, които дават възможност на болниците да работят спокойно. Всичко това е съобразено и с увеличение на цените за тази година. В средата на всеки един месец, следващ отчетеното тримесечие, трябва заедно с Надзорния съвет да анализираме коя каса какви плащания е формирала. И ако някъде се установи излишък, той да бъде пренасочен там, където е възникнал дефицит. В НРД - 2018 сме заложили да има съвместен контрол с Касата и ще осигурим нужните експерти. Без съмнение контролът е необходим, както и поддържането на финансо-

ва дисциплина. БЛС в никакъв случай не е против това.

ЕДИННИЯТ СТАНДАРТ ЗА

ФИНАНСОВО УПРАВЛЕНИЕ

може да се окаже ефективен в някои сектори, но не и в здравеопазването. Не приемаме и някои неща относно планирането - задълженията на лечебните заведения да водят до свиване на разходи при намалени приходи. Когато един мениджър спестява от разходите за въвеждане на медицински новости, модерна апаратура, по-квалифицирани кадри и медикаменти, къде отива това лечебно заведение? Реално то се самоубива. Не е логично да свиваме финансовите средства, след като с нормативни законови актове растат парите за ток, парно, вода и т.н., а приходите ни остават същите. Не може да се гледат само финансовите показатели. В нашата система се решават човешки съдби - на лекари, сестри, санитарни, на болни хора, които търсят помощ. Какво качество на медицинската помощ ще им осигурим с въпросния стандарт за управление? Там, където държавата трябва да осигури дейността, не може да намалява приходите почти наполовина. Какво очаквате да се случи - да остане персонал в тези отделения, да се поддържа същата апаратура? Много се надявам гласът на разума да надделее.

ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ИЗДЕЛИЯ

по Здравна каса, както добре се знае, подписане на рамков договор. Съгласно този документ има видове медицински изделия, които трябва да се реимбурсират от НЗОК. Всичко друго, като нива на реимбурсация, е решение на нейния Надзорен съвет и ако той приеме, че трябва да въведе ограничения, нека си носи отговорността пред пациентите и болничните заведения. Не съм съгласен моите колеги да се поставят в положение да обясняват на пациентите, че е

нужно доплащане. Ако сме държава, която иска да добие своя европейски облик, нека се държим и работим по европейски. Реимбурсирайте медицинските изделия на 100% и лекарствата няма защо да се занимават с тях. Искам да подчертая, че стандартът за финансово управление и методиката за финансиране, се въвеждат без един основен показател -

ОСТОЙНОСТЯВАНЕТО НА МЕДИЦИНСКИЯ ТРУД

Никой не си мръдна пръста в продължение на три години да погледне методиката, предложена от БЛС. Не може да има нормално управление, когато не знаем каква е стойността на медицинския труд.

ПАРАМЕТРИТЕ В НОВАТА ЗДРАВНА КАРТА

трябва да са такива, че да доведат до обезпечаване на медицинската услуга и възможността пациентите да бъдат приемани със своите оплаквания. Трябва да бъдат спазени нивата на компетентност. В момента получаваме от регионалните си колегии писма със забележки по области. Надявам се в 30-дневен срок на обсъждане да постигнем параметри, които да обезпечат нуждите от лечение. Сигурно ще се наложи да се съкратят известен брой легла, но в никакъв случай това не трябва да застрашава дейността в болничната и извънболничната помощ. И в момента не се издават нужните разрешителни от РЗИ на базата, на които могат да се сключат договори с РЗОК в извънболничната помощ. Има и известна недобра диференциация на общопрактикуващите лекари. В България не достигат около 450-500 лекари, в определени региони те са по-малко, а в големите градове са повече. Заложена е и използваемост на леглата от 75%, съотношение на лекар и медицинска сестра 1:2, а реално то е 1:0.9. Нямам отговор на въпроса защо се залагат такива нереални неща, но съм убеден, че трябва нормативните актове да се синхронизират, а не да си пречат.

Непразнични мисли по празничен повод

Д-Р ГАЛИНКА ПАРВОВА:

Медиците се нуждаят от предсказуемост и сигурност

„Универсален достъп до здравеопазване: за всеки навсякъде.“ Това е девизът, който през тази година СЗО посвети на Световния ден на здравето - 7 април. Девизът поставя въпрос - възможно ли е всеки у нас да ползва здравни услуги без да изпитва финансово или друго затруднение?

Според д-р Скендер Сила, ръководител на българския офис на СЗО, има държави от европейския регион на СЗО, които много добре се справят с осигуряване на универсален достъп до здравеопазване. В България обаче тежък проблем е високият процент на неформалното доплащане на здравни услуги. Данни на Евростат за 2017 г. сочат, че този показател достига 44,2% и е много по-висок от средното за ЕС.

Има и други сериозни проблеми - **изчезват медицински специалисти от цели региони в страната ни; обезличават се отделни медицински специалности.** „Голяма част от пациентите се отказват от лекарска помощ, защото са затруднени да пътуват до големия град“,



подчерта зам.-председателят на БЛС д-р Галинка Парвова в интервю на „ТВ ЕВРОПА“.

По данни на НСИ от 2016 г. лекарите в България са били 41,6 на 10 000 души от населението. Най-нисък е показателят за областите Разград - 26,3, следвани от Добрич - 27,0 и Перник - 27,3. В областите Разград и Кърджали общопрактикуващите лекари са 4,2 на 10 000 души от населението, а в Търговище - 4,4. Д-р Парвова напомни, че в България липсват 405 педиатри и 450 общопрактикуващи лекари. Само 2 300 лекари у нас имат специалност педиатрия. От тях практикуват едва 1 900, като повечето

са на възраст над 51 години. Тревожен е и недостатъчният брой на детските хирурзи - имаме само 30 в университетските градове. Общо родните патологоанатоми са 120, но половината от тях са в пенсионна възраст.

Не по-малко пагубен за системата на здравеопазване е недостигът на специалисти по здравни грижи. „През 1993 г. медицинските сестри в България бяха 55 000 при 268 лечебни заведения. В момента имаме 25 000 медицински сестри при 368 лечебни заведения. Както и да го смятаме, очевиден е, че този персонал, дори и да се беше запазил на нивата

от 1993 г., пак щеше да е недостатъчен. А междувременно много са пенсионирани или починали. В детско и училищно здравеопазване за страната средната възраст на медицинските сестри е 58 години. Общо средната възраст на сестрите в момента е 53 години. Това са данни от Националния електронен професионален регистър“, се казва в публикация на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи. Според председателя на асоциацията - г-жа Милка Василева, ако тенденцията се запази, след 5 години ще има закрити цели лечебни заведения, а не само отделения, както е в момента. „Сега управителите на лечебните заведения правят чудеса, за да командирова сестрите и да запазят структурите си, но след пет години това вече няма да е възможно“, убедена е г-жа Василева.

Какво да се прави? СЗО препоръчва на първо място да се укрепи системата за първична медицинска помощ, след това да се създаде система за интегрирани

здравни услуги и да се подобри координацията между различните нива в здравеопазването. Предстои експерти да извършат анализ и да поставят диагноза на системата.

Според д-р Парвова необходимо е да се изработи дълбочен анализ на кадровата осигуреност за следващите 10 години и е добре да се обмисли отпускане на стипендии по най-застрашените от изчезване специалности. Медиците се нуждаят от предсказуемост и сигурност. Рязко трябва да се повишат трудовете възнаграждения на работещите на първа линия в системата. Общините също е разумно да се включат в предоставяне стимули под различна форма за привличане на лекари и професионалисти по здравни грижи.

„За съжаление, засега само говорим и нищо не се променя, - заяви зам.-председателят пред „Zdrave.net“. - **Необходима е волята на законодателите и решения.** БЛС многократно е давал предложения, за които няма да влизам в детайли, защото е говорено неведнъж,

които целят поэтапно стабилизиране на сектора, но за момента няма нито отговор, нито резултат по дадените в последните години оздравителни мерки. Парите са важни, обаче от значение е и възможността за професионална кариера и адекватна реализация, прилагането на иновативни техники и модерни съвременни лечения, осигуряване на добро образование за децата и работа за другия член на семейството.“

Факт е, че липсата на лекари и професионалисти по здравни грижи не позволява да се реализира ефективен работещ модел на здравеопазване, което в бъдеще застрашава националната сигурност. При това трудът на медицинските специалисти е висококвалифициран и отговорен. „Създаването на добри медицински професионалисти изисква продължително време, натрупване на знания и практически опит, постоянно информиране за новостите в професията, значителни финансови инвестиции, всеотдайност и висок морал“, категорична е д-р Парвова.

МЕТОДИКА НА БЛС ЗАСЯГА ПРЯКО РАЗВИТИЕТО И ЕФЕКТИВНОСТТА НА РОДНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Като отчита острата необходимост от алгоритъм за медицинския труд, УС на БЛС отправи предложение за създаване на работна група, която да изготви стъпките при остойностяване на този труд. Предложението е към: г-н Кирил Ананиев, министър на здравеопазването; г-н Владислав Горанов, министър на финансите; г-н Бисер Петков, министър на труда и социалната политика; инж. Димитър Манолов, президент на КТ Подкрепа; г-н Пламен Димитров, президент на КНСБ. В писмото се казва:

„Управителният съвет на БЛС многократно е поставял въпроса, касаещ обективната необходимост от изготвяне и въвеждане на алгоритъм за остойностяване на медицинския труд. В тази връзка и отчитайки факта, че този проблем не е намерил своето решение



и съответно своята нормативна подкрепа, Ви напомняме, че преди близо две години, отправихме нарочно предложение за сформирание на нарочна работна група за изготвяне на конкретни критерии и алгоритъм, като изразихме готовност за участие на експертно ниво. Нещо повече, БЛС изработи проект на „Методика

за остойностяване на медицинския труд“. Тя бе публично представена и обсъждана на специално организирана по темата кръгла маса, в която взеха участие представители на Народно събрание, изпълнителната власт, съсловни организации и т.н.

Независимо от важността на поставения по-горе

проблем, касаещ пряко развитието и адекватността на българската система на здравеопазването, до настоящия момент нямаме информация относно предприетите действия по същество, независимо от публичната подкрепа на идеята за регламентация на остойностяването, като основополагащ елемент на медицинската дейност и по конкретно – към настоящия момент има ли сформирана работна група с цел преодоляване на съществуващата законодателна празнота, в унисон с правото на ЕС.

В духа на съществуващото ползотворно сътрудничество, Ви моля за отговор на поставения въпрос, подчертавайки неговото изключително важно съсловно и общностно значение.

Оставаме на разположение!

С уважение,
Д-р Венцислав Грозев

Да отпадне 24-часовото дежурство на ОПЛ, настоява съсловната организация



Във връзка с постигнато съгласие между Министерство на здравеопазването и Български лекарски съюз да се сформира работна група за отпадане на 24-часовото разположение на личните лекари, БЛС изпрати напомнително писмо за предприемане на незабавни действия по поставения проблем.

При преговорния процес по НРД-2018 г. съсловната организация и МЗ постигнаха консенсус 24-часовото дежурство да бъде оформено в отделен пакет дейности, извършвани на териториален принцип от общопрактикуващи лекари, които имат възможност да бъдат денонощно на разположение. Експертната група трябваше да започне работа от април, когато влиза в сила новият Национален рамков договор. Независимо от изпратените предложения от БЛС за включване на експертни членове в групата, до настоящия момент работният процес не е стартирал.

БЛС счита, че поставеният въпрос не търпи отлагане и дори забавяне, поради което настоява да се предприемат спешни действия за решаване на проблема и овладяване на породеното от него напрежение сред ОПЛ.

ЛЕКАРСКИЯТ СЪЮЗ И АСОЦИАЦИЯТА НА УНИВЕРСИТЕТСКИТЕ БОЛНИЦИ:

Част от политиките, заложили в стандарта за управление на държавните лечебни заведения, ще задълбочат съществуващите в системата проблеми

Ето официалното становище на Съюза относно издадения от Министерство на здравеопазването „Стандарт за финансово управление на държавните лечебни заведения – търговски дружества“:

С въвеждането на стандарта би трябвало да се постигне подобряване на финансовото управление на държавните лечебни заведения – търговски дружества, което е посочено и като негова основна цел. След анализ на документа, БЛС изказва своите забележки по някои от предложените финансови принципи и политики, които според мнението ни няма да доведат до подобряване на финансовото състояние на държавните лечебни заведения, а по-скоро обратното. Ограниченията, които принципалът се опитва да въведе по отношение на правото на ръководителите на болниците да вземат определени икономически решения е палиативна мярка, която няма да овладее и разреши съществуващите проблеми, а само ще ги задълбочи. В документа болниците се разглеждат като обикновено „предприятие“, без да се отчита ролята им в социалната политика на държавата и специфичните функции, които те изпълняват.

Според разпоредбата на т. 4 от документа („Тенденции, водещи до трайно намаляване на приходите в лечебните заведения за болнична помощ се компенсират с мерки за трайно намаляване на разходите“), изпълнението на това изискване по-скоро ще доведе до навлизане в низходяща спирала на дестабилизация, тъй като не винаги е налице обективна възможност за компенсиране на намалени парични потоци само с въвеждане и изпълнение на рестриктивна политика в разходната част на бюджета. Подобно схващане е неефективна икономическа мярка, тъй като ограничава възможността за търсене на средства за формиране на положителен финансов резултат.

По т. 5. Задължението ръководителите на лечебни заведения да планират ежегодно приходите, разходите, активите и пасивите за тригодишен период е трудно, почти невъзможно за изпълнение изискване, при непрекъснато променящата се нормативна уредба. Факт е, че промените в законодателството най-често утежняват условията и изискванията за оборудване и кадрова осигуреност.

По т. 8. Това ограничително условие е необосновано, тъй като въвежда забрана за сключване на договори, както и за участие в европейски програми и проекти, които не могат да бъдат заложили в годишната бизнес-програма, която се представя в началото на годината. Логично възниква въпросът: Как да се подходи при отваряне на нови програми, международни проекти, инцидентни възможности и постъпили дарения?

По т. 11. Тук би било необходимо да се отбележи, че промяната в сроковете на действие на НРД за съответната година, които не съвпадат с тези на финансовата (1 януари - 31 декември) е едно от най-големите недомислия, което затруднява нормалното функциониране и възможността за прогнозиране на дейността на болниците.

По т. 24.5. („Изрично условие за получаване на допълнителни възнаграждения, само при липса на просрочени задължения“). Тази мярка ще доведе до няколко негативни тенденции:

1. Възвръщане на забравени порочни практики за нерегламентирано заплащане на медицински услуги от пациентите.



2. Напускане на кадри.

3. Към настоящия момент, като част от трудовите договори е регламентирано допълнителното материално стимулиране, което няма как да бъде променено без съгласието и на двете страни по договора.

4. В Колективните трудови договори, подписани от част от лечебните заведения, фигурира и допълнителното материално стимулиране. Ограничаването или премахването на такива постигнати договорености би довело до голямо социално напрежение в системата.

Тази мярка не може да бъде подкрепена и поради факта, че в държавните ЛЗ основните трудови възнаграждения на персонала са изключително ниски. Последствията от горната мярка ще бъде усилване на тенденцията за напускане на кадри, както и засилване неконкурентоспособността на държавните лечебни заведения.

В този документ се залагат редица ограничения, които вместо да спомогнат за по-доброто финансово управление ще доведат до трайни затруднения в дейността на държавните болници. С така поставените ограничения се засилва неравностойното и неконкурентно положение на тези лечебни заведения.

Това е поредният документ, който навява на мисълта за повърхностно познаване на проблемите и липса на визия и цялостна стратегия и политика за развитие на системата на здравеопазването.

ШИРОКА И КОНСТРУКТИВНА ДИСКУСИЯ

В становище на Асоциацията на университетските болници, свързано с усилията на Министерство на здравеопазването и на Националната здравноосигурителна каса за промяна в системата на здравеопазването и оптимизиране на разходите в нея, се казва: „Необходимо е обаче подобни промени да бъдат правени при провеждане на широка и конструктивна дискусия с всички участници в процеса – Министерство, Каса, ръководители на лечебни заведения, съсловни организации, пациентски организации, доставчици. Само така ще бъдат избегнати решения, които вместо да решават проблеми и да дават отговори на въпросите, поставят нови и създават нови пречки“.

АЛЕРГИИТЕ СЕ ОВЛАДЯВАТ С ПРЕЦИЗНОСТ

„Когато получиш пристъп на астма не можеш да дишаш. Когато не можеш да дишаш едвам говориш. Изречението ти трае колкото въздухът в дробовете. А той не е много. Някъде от три до шест думи. Осъзнаваш колко всъщност струва една дума. Пресяваш онези, които ти хрумнат. Избираш най-важните. Дори те ти излизат скъпо. Не е като при здравите хора, които изхвърлят навън всички думи, дете чаткат в главите им, както ти изхвърляш боклука. Когато някой получи пристъп и каже Обичам те или Страшно те обичам, има разлика. Една дума различава. А една дума е много, защото тя би могла да е спри или инхалатор или дори линейка.”

Този разказ е озаглавен „Пристъп на астма”. Неговият автор - Едгар Керет, (известният майстор на къси литературни творби) е изпълнил целта си – да покаже стойността на думите, цената на техния правилен избор. Подобна прецизност се налага и при терапията на астмата, също и на редица още алергични състояния. За това как се справят специалистите и какви са новите лечебни подходи, разказва проф. д-р Тодор Попов, алерголог в столичната УМБАЛ „Св. Иван Рилски”.

Добре известно е, че алергиите представляват системно предразположение на организма към реакции срещу компоненти на околната среда, които той разпознава като чужди. И понеже тези елементи стават все по-много и по-различни от естествените алергени, които срещаме в природата, това обяснява защо се увеличават алергичните болести. Има един класически алергичен механизъм, който е свързан с наличието на имуно-



Проф. Тодор Попов

циалности,

АЛЕРГОЛОГИЯТА Е

ИНТЕРДИСЦИПЛИНАРНА НАУКА

Тя определя връзки между горни и долни дихателни пътища, между алергичния ринит и астмата, между проявите от страна на носа и на очите, каквато е комбинацията, позната като алергичен риноконюнктивит, между дихателните пътища и кожата. При алергиите към храни и насекоми може да се стигне до критични състояния - анафилаксия, да настъпят, освен патологични симптоми от различните органи

да определи алергените, или да си изясни има ли по-различен механизъм, включващ активиране на „каскадата на комплемента”. Това е каскада от ензими и белтъци, които могат също да доведат до най-различни анафилаксии, да предизвикат съответно прояви от страна на кожата или на различни органи. Много важно е да се определи специфичността на реакциите, които пациентът получава, т. е. да се прецени каква свръхчувствителност има към даден алерген. Целта е да се изключи контактът с алергена, независимо къде се намира – в терапевтичния арсенал, в храната, в околната среда. Има различни методи, които оглеждат вътрешните органи. Трябва да решим, примерно, дали става дума за астма. Задължително е да се прецени има ли възпалителен процес, който е от алергичен тип. Съвременното разбиране е, че всички видове астма, независимо, че са различни по своя механизъм на възникване, имат т. нар.

ВЪЗПАЛИТЕЛЕН КОМПОНЕНТ

И тук възниква въпросът - можем ли да отчетем, да хванем този компонент. За целта изследваме кръвта, за да видим има ли повишени ензими, установява ли се еозинофилия, която е индикатор на алергичното възпаление. Преди години в тази връзка се правеха предимно инвазивни изследвания като бронхоскопия, биопсия на лигавицата на дихателните пътища. Сега има доста новости – различни неинвазивни методи за определяне степента на възпалението в дихателните пътища. Такива са изследване на храчка по специална методика, която е доста сложна и трудоемка. Тя изисква синхрон между събирането на материала и извършването на самото тестване, и по-приемливи за пациента и изследователя методи, като изследване на нивото на азотния

окис в издишания въздух, което коригира т. нар. еозинофилни изпарения, ако става дума за астма. Има и едно още по-ново направление и аз считам, че давам своя принос в този вид изследвания. Това е

ИЗМЕРВАНЕ НА ТЕМПЕРАТУРАТА НА ИЗДИШАНИЯ ВЪЗДУХ

със специални термометри. Оказва се, че това не е никак просто, защото изисква много голяма точност и възпроизводимост и да се придържа човек към специални условия на изследването. Ако температурата на издишания въздух е повишена, това предполага, че е израз на възпаление на белия дроб. Този термометър засега не се използва масово, но ние работим с него и вече публикувахме резултатите от над 10-годишен мониторинг. Уредът се използва на различни места в света – в Сингапур, в Австралия, скоро се очаква да стъпи и на американския пазар.

Лечението на алергиите е индивидуално и зависи от степента на заболяването и особеностите на пациента. Разграничават се леки, средно тежки и действително тежки форми на алергия. Освен това трябва да имаме предвид и т. нар. съпътстващи заболявания, които може, ако не внимаваме, да влошим. Трябва да се знае също, че има и фалшиво-положителни и фалшиво отрицателни проби. Приема се, че

КОЖНИТЕ ПРОБИ СА ПО-МЕРОДАВНИ

за състоянието на пациента и за формата на неговата специфична сенсibilизация от страна на определени органи. От тази гледна точка обикновено започваме с тях и ако възникне съмнение, добавяме и кръвни проби, които обаче не стават на момента и са по-скъпи като провеждане. При леките и при средно тежките форми обикновено използваме антихистаминови препарати, за да облекчим последствията от разразилата се вече класическа алергична реакция, която обикновено завършва с отделяне на хистамин в клетките и в кръвта. Тези противоялергични препарати биват различно поколение, като нашето разбиране е, че трябва да се продължава към съвременните лекарства – второ поколение, които имат 24-часово действие и по-малко странични ефекти. Можем да действаме и с локални препарати, примерно капки за очи, за нос или да намажем кожата, където има реакция. Новостите са в инхалаторните средства, които се дават, за да се разширят бронхите при астматичен пристъп. Чрез тях може да се потисне алергичното възпаление, да се поддържа един добър контрол на заболяването, тъй като основно внимание се обръща в наши дни на т. нар. качество на живот. Обикнове-

но при астма имаме нарушено качество на живот, но можем да поставим болестта под добър контрол и ние обикновено го правим с класически средства. Проблем представлява тежката астма, която инвалидизира и не позволява човек да си упражнява ежедневните дейности. В тези случаи се прилагат много нови неща, особено

ПРИЦЕЛНИ ЛЕЧЕНИЯ,

свързани с конкретни таргети.

Това са биоинженерни анти-тела и други продукти, които подпомагат поддържането на дихателния баланс. Първият такъв продукт е Анти IgE анти-телото Омализумаб, който вече се реимбурсира от Здравната каса. На път е да бъде регистриран и Меполизумаб, който спада към групата на инхибиторите на интерлевкините. Препаратът е показан при тежка еозинофилна астма. Това са генеричните названия на двата медикамента, които се допълват.

При инхалаторните устройства новото е, когато медикаментът е под формата на прах. Това са обикновено моно, дву- и трикомпонентни смеси от бронходилататор, кортикостероид и втори бронходилататор. Тези препарати също се реимбурсират от Касата. Тънкостта е да подберем оптималната комбинация за пациента. Класическите медикаменти, които са айрозол, вече се заменят с тези нови прахови устройства, като всеки от тях има определени предимства.

Тенденцията за нарастване на алергичните заболявания е прогресираща. Принципно си мислим, че продължават да се увеличават алергиите, като статистиката сочи, че

ВСЯКО ТРЕТО ДЕТЕ Е ЗАСЕГНАТО

Като се вземат предвид и лекарствите форми се приема, че след още едно десетилетие всеки втори ще бъде с алергия към нещо, но не смея да правя прогнози, защото обикновено фактите опровергават човешките планове и постановки. Проблемът е, че през последните години алергиите добиха гражданственост и често хората се лекуват по интернет, а това е много вредно, защото понякога се оказва, че тревогата е фалшива. Друг път се стига до грешно самолечение, което може да влоши състоянието. Напоследък дори имам случаи, при които пациентите идват едва ли не за второ мнение, след като сами са се диагностицирали с помощта на „чичко Google”. Правилният подход е да се отиде при личния лекар и той да пренасочи пациента към специалист. Общопрактикуващите лекари по правило разпознават алергичната реакция, проблемът идва след това – доколко алергологът ще има трудности при определяне на алергена и поставяне на окончателната диагноза.



глобулин Е (IGE) антитела, които в зависимост от това, къде са разположени, могат да отключат реакция в различни органи и системи на човешкото тяло, като се започне от бронхиалната астма и алергичния ринит и се стигне до ангиоедем и атопичен дерматит. На практика всяко едно от заобикалящите ни вещества при определени условия може да предизвика алергична реакция със съответната клинична картина, ако има предразположеност от страна на организма. За разлика от другите органични

и системи, и реакции от страна на гастроинтестиналния тракт, плус подуване, сърбеж, задух, бронхоспазм. Такива състояния могат да завършат с колапс на циркулацията, което представлява шокова реакция. Така че спектърът е много голям и тук тънкостта е да можем да хванем актуалното за дадения пациент.

Няма 100% истини в медицината, но след като лекарят се убеди, че най-вероятно става въпрос за едно или друго алергично състояние, той трябва да се опита да определи отключващия момент и

Проф. Ромуалд КРАЙЕВСКИ:

ЧРЕЗ UEMS ЩЕ СТАНЕМ ПО-СИЛНИ И ПО-УСПЕШНИ

- **Dzien dobry, prof. Krajewski.**

- Dzien dobry – усмива се проф. д-р Ромуалд Крайевски, готов за поредната журналистическа интервю.

- Проф. Крайевски, нашата съсловна организация – БЛС, подписа договор за сътрудничество с Европейския съюз на медицинските специалисти – UEMS. Освен престиж, какво още носи това на българските лекари?

- Историята на науката отдавна е доказала ползите от международното сътрудничество и днес е повече от ясно, че без обмяна на практически и научен опит развитието на медицината е невъзможно. За напред българските лекари ще имат по-добри контакти със специалисти от редица големи научни и клинични екипи, които искат да споделят своите постижения. А форумите, организирани от БЛС, ще дават на участниците в тях кредити, които ще бъдат признати в Европа и в САЩ. Българските лекари ще могат да използват и електронните платформи и библиотеките на UEMS.

Искам да отбележа, че сътрудничеството в рамките на медицинската общност в Европа не се изчерпва единствено с уменията, знанията, методите на лечение и организацията на образователната система на медиците. Ползите са много разнообразни. Свързани са и с местните условия. Чрез противопоставяне на различни мнения и опит UEMS създава възможности за компенсиране на съществувалите днес различия като едновременно позволява на всяка страна да прецени какво друго може да постигне в рамките на съюза. Сред осезаемите ползи е развитието и подобряването на програмите за обучение по специалности, въвеждането на единни европейски критерии в следдипломното обучение.

- Как на практика се гарантира желаното високо ниво на компетентност на медицинските специалисти?

- Нашите структури функционират, следвайки основната цел на UEMS – хармонизация на продължаващото медицинско обучение в рамките на ЕС и гарантиране на възможното за момента най-високо равнище на компетентност на медицинските специалисти във всяка европейска страна. Конкретно за България – продължаващото медицин-



Проф. Ромуалд Крайевски е неврохирург, специалист в лечението на онкозаболяванията на главата и шията. Завършил е Варшавската медицинска академия. Защитил е дисертация на тема „Хирургично лечение при епилепсия, причинена от тежки мозъчни увреждания“. Работил е в областта на оперативните подходи при тумори на главата и шията и при увреждания в основата на черепа.

Проф. Крайевски е член на престижни медицински асоциации, като: Полска асоциация по хирургическа намеса на черепа, Европейска асоциация по хирургична намеса на черепа, Комитет по биоетика, Комитет за апелативна биоетика, Консултативен съвет по оценка и ценообразуване на здравните технологии и др. Заемал е редица отговорни постове: член на Президиума на Висшия медицински съвет; зам.-председател на Висшия медицински съвет в Полша; председател на Върховния медицински съд.

Президент е на Европейския съюз на медицинските специалисти (UEMS).

ско обучение трябва да бъде организирано от и за медиците. Както вече отбелязах Българският лекарски съюз ще участва в международни събития, в дискусиите за това как продължаващото медицинско образование да бъде организирано. Критериите, приложени от Европейския съюз на медицинските специалисти, могат да бъдат използвани от БЛС и чрез тях да се създават различни стимули за лекарите.

- Сега се сещам за остоянстването на лекарския труд. Приемате ли, че е стимул за медиците, включително за задържането им в родината?

- Правилното оценяване и осчетоводяване работата на медиците е наистина много важен елемент от здравата система. По този начин, в съчетание с прин-

ципа „Парите вървят с пациента“, може да се гарантира на населението добър достъп до медицинска помощ. Но миграцията на специалистите вероятно ще продължи. Например, броят на лекарите в Полша е под средния за Европа, броят на сестрите – също.

- В историята на медицината се откроява особеност – големите направления се разделят на специалности, от които (в резултат от общия научен и технологичен напредък) се обособяват още по-тесни специалности. Съответно ли е на тази динамика обучението на лекарите?

- Разбира се. Целта на UEMS е да се грижи за качеството на продължаващото обучение и медицинската практика. Макар че броят на специалностите варира в

отделните страни (например, в Италия те са повече, отколкото в Полша), продължаващото медицинско образование може да бъде провеждано по много различни начини. Ние не пренебрегваме личния елемент при осъществяване на професионалните задължения на лекарите, но държим и на изискването за солидна акредитация на продължаващото медицинско образование. Иначе качеството на здравните грижи няма да бъде на нужната висота.

- Как гледате на онлайн обучението?

- То е приемливо и е желателно в случаите, когато няма друга възможност за поддържане на информираността и квалификацията. Ако по различни причини медикът не е в състояние да отиде на даден форум, би

следвало да има и допълнителни начини, чрез които да си набави кредити – онлайн обучение, запознаване с научни статии, слушане на лекции и др. Всичко, носещо знания и опитност на специалиста, би следвало да се причисли към продължаващото обучение.

- Така медицинската практика ще става все по-интернационална и вероятно – интердисциплинарна...

- Това ще позволи да се преодолее изолацията и да се стигне до по-добър модел на продължаващо медицинско обучение.

- Какво още ни е нужно?

- В днешно време почти всеки лекар се среща с проблеми в стремежа си да придобие специалност. Нужни са воля и търпение, защото специализацията е важна стъпка в професионалното развитие. Изисква се задълбочаване на съответното ниво на знания и умения по време на цялата лекарска кариера. Това означава поддържане на висока професионална компетентност. И при тези усилия много важно е да се сведат до минимум бюрократичните пречки. От UEMS твърдо стоим на позицията – посещаването на курсове, симпозиуми, конференции и пр., е доказателство, че лекарят се грижи за професионалното си развитие. Първоначално организирахме образователни събития, в които директно участваха лекарите. Днес възможността за получаване на акредитация е разширена с много други форми. Наблюдава се стремеж към опростяване процедурите по акредитацията. Така се открива по-широка перспектива за лекарите, при която ние даваме само посоката и най-практичните решения. Но има държави, които предпочитат да вървят по собствен път и сами организират своята администрация, отговорна за професионалното развитие.

- Бихте ли пояснили как се осъществява контролът върху качеството на продължаващото обучение?

- Трябва да се знае, че всеки европейски изпит се одобрява от експертна комисия, която се занимава всекидневно с медицинско образование. Тя следи да не се случват злоупотреби. Ако организаторите на такъв изпит не получат одобрение, те нямат право да нарекат този изпит европейски. Това е вид гаранция за успех. От UEMS предлагаме да има европейска платформа за акредитация

на продължаващото медицинско обучение. Чрез нея ще се мониторира качеството. Контролът е важен, особено когато в някоя страна възникне оплакване срещу лекар и се постави въпросът за продължаващото медицинско обучение. Разбира се, медикът може да каже, че е прочел дадени научни списания и монографии, че е постигнал професионален напредък, но той трябва да го докаже по някакъв начин. Ето защо акредитацията и наблюденията над качеството са препоръчителни за всяка държава. Така може да се помогне на лекаря да приведе необходимите потвърждения, че е в течение на новостите в медицината. Това е полезно от етична и от законодателна гледна точка.

- Ще споделите ли с читателите на „Quo vadis“ какви са Вашите интереси като неврохирург?

- Специалист съм по заболявания на главата и шията, включително хирургия на мозъчните тумори. Интересуват ме патологичните промени в областта на гръбначния стълб, настъпили в резултат от травма, дегенеративни и други промени. В обсега на професионалните предизвикателства за мен са и новите подходи към пациенти, страдащи от болестта на Паркинсон. Наред с лекарските си дейности, се занимавам с организацията на много хора, които живеят и работят на различни места, имат различни традиции, култура и особености. Контактите с тях ме обогатяват.

- Какво Ви вълнува извън медицинската дейност?

- Обичам да спортувам. Най-често играя тенс на маса. Обожавам да чета, да пътувам в непознати за мен градове и държави.

- За първи път ли сте в България?

- Не. Преди няколко години посетих Варна по повод научна среща. В София съм за първи път и също съм много впечатлен. Предварително бяха ми казали, че този град е древен, но не старее, че е красива столица и сега знам – това наистина е така.

- Каква е Вашата надежда за бъдещето?

- О, тя е огромна! Вярвам, че осъществявайки целите на UEMS, ще станем по-силни, по-успешни в работата си, по-отзивчиви един към друг. И това ще е от полза за обединена Европа.

Интервю на д-р Ваня Шипочлиева

Д-Р ЮЛИЯ БЯНКОВА:

МОЖЕМ ДА РАЗЧИТАМЕ НА ЕКСПЕРТНА ПОДКРЕПА ОТ ПОСТОЯННИЯ КОМИТЕТ НА ЕВРОПЕЙСКИТЕ ЛЕКАРИ

Д-р Юлия Бянкова е член на Управителния съвет на БЛС. Представител е на съсловната ни организация в Борда на Постоянния комитет на европейските лекари (CPME). По професия е анестезиолог, началник на ОАРЛ при сливенската МБАЛ "Д-р Иван Селимински". Неотдавна тя участва, заедно със зам.-председателя на БЛС – д-р Галинка Павлова, в кръгла маса на CPME. Това е събитие, на което традиционно представител на Европейската комисия от сектор здравеопазване отчита работата на ЕК в промеждутък от няколко месеца (от предната среща до настоящата) и отговаря на въпроси, които му задават членове на медицинските организации, участващи в Постоянния комитет на европейските лекари. Последната кръгла маса бе повод за среща с д-р Юлия Бянкова. Ето най-важното от нашия разговор.

- Д-р Бянкова, бихте ли представили накратко Постоянния комитет на европейските лекари?

- CPME, на френски - Comité permanent des medecins europeens, е най-голямата международна медицинска организация в Европа. Освен националните лекарски организации включва и други като: Асоциация на младите лекари, Асоциация за болничните мениджъри, Асоциация на старшите болнични лекари и др. Представителството в CPME е на квотен принцип, в зависимост от броя на членуващите лекари в съсловната организация на съответната страна. За България доскоро квотата беше два гласа, но от последното заседание имаме право на три гласа при вземане на решения по различни въпроси.

- В сайта на CPME е отбелязано, че организацията има за цел да насърчава най-високите стандарти на медицинското обучение и медицинската практика, за да постигне максимално добро качество на здравни грижи за всички пациенти в Европа. Как на практика се осъществява това?

- Дейността на Постоянния комитет е изключително мащабна и отговорна. До голяма степен тя се изразява в предложения за нормативни документи или за изменение на действащи нормативни разпоредби, отнасящи се до медиците в ЕС. Членовете на CPME са разпределени в работни групи по различни направления. Всеки от нас си избира сектор според личната си преценка. Няма указания за участие в точно определено направление. Нашата страна е представена в групата по професионална квалификация и в групата, която се занимава с проблемите на мигрантите и бежанците. България не е от страните, които първи се сблъскват с такива потоци от хора, както са Турция, Гърция, Италия, до известна степен - Източните Балкани, като цяло. При това не сме предпочитана дестинация за мигрантите, обаче кръстопътното разположение на страната ни налага специално внимание към проблема. По тази причина пожелах да участвам в работната група, която разглежда въпроси, свързани със здравето и професионалната квалификация на мигрантите. Обикновено тези хора идват в страната ни без документи, представящи тяхната самоличност и квалификация. Между мигрантите има лекари, фармацевти, медицински служители. За това БЛС се свързва с г-жа Мариана Стоянова от БЧК, която е един



от най-добрите експерти по тази тема у нас. Дълги години тя е работила за Български Хелзински комитет. Получихме нейното съгласие да използваме експертното ѝ мнение винаги, когато е необходимо. През годината работната ни група имаше общо четири срещи - две на живо и две уеб-срещи. Беше обменена информация и всяка страна сподели каква национална регулация имат процесите, отнасящи се до мигрантите и бежанците.

- Несъмнено тези форуми Ви дават възможност за добри международни контакти. Бихте ли посочили конкретни примери?

- Постоянният комитет на лекарите прави срещи два пъти годишно - едната обикновено е през април или май, а другата - през октомври или ноември. Седалището на организацията е в Брюксел, но форумите се провеждат на различни места в зависимост от това коя от страните-членки е предложила домакинство. Международните ни контакти са наистина полезни. В резултат от тях например, д-р Катрин Василце, която е сред най-уважаваните хора в Исландия (била е депутат, общински съветник в Рейкявик), прие поканата да участва с презентация в Четвъртата научно-практическа конференция на БЛС, която ще се състои в Равда. Също искам да отбележа, че на това събитие ще присъства и президентът на FEMS д-р Енрико Реджинато.

- Участието на международно известни медици свидетелства за високото ниво на Четвъртата научно-практическа конференция на БЛС...

- Така е, това е чест за нас. Лично аз очаквам с нетърпение нашите гости.

- Нека сега да поговорим за проблемите. Един от тях е причисляването на медицинската професия в регулация заедно с други свободни професии като например, фризьорство. Не Ви ли

напомня това за връщане към Средновековието, когато поставяли знак за равенство между хирурга и бръснаря?

- Опитите, до момента бих казала успешни, на Европейското законодателство да въведе лекарската професия в регулация, заедно с фризьри и козметичи, са абсолютно неприемливи за медицинската общност в цяла Европа. През миналата година взехме решение всеки един представител на Комитета да осъществи контакти с евродепутатите от своята страна, които са ангажирани в Комисията за защита правата на потребителите. Аз се допитах до г-жа Ева Паунова-Майдел и до г-жа Фелиз Хюсменова. Отговор получих само от г-жа Майдел. Нейната асистентка беше любезна да ми пише и така научихме предварително какво ще е гласуването. Към монета не само в България, но и в Европа медиците са поставени в сферата на услугите. Отново искам да подчертая - неправилно е нашата професия да бъде регулирана по този начин. Европолитиките трябва да вземат решение.

- Вашето виждане за стандартизацията на медицинските услуги?

- Това е друга директива, която е изключително вредна за нашата професия, защото едно е да има стандартизация при медицинските изделия, друго е и това е напълно излишно, да се говори за стандартизация при медицинската помощ. Мога да кажа с гордост, че ние бяхме една от първите седем страни в Европа, която се противопостави на стандартизацията на медицинските услуги. На европейско ниво хората, които се обявяват в полза на директивата, нямат нужната компетентност да квалифицират медицинските услуги. Според проф. Монтгомъри от Изпълнителния комитет на CPME, има надежда процедурата за стандартизация да бъде спряна и Европейската организация, която се занимава с проблема, вероятно ще

оттегли своето предложение.

- Напоследък често се коментират (в лекарските среди и чрез медиите) отношенията между медиците и фармацевтичната индустрия, между лекарите и фармацевтите...

- Има страни, в които знаете медикаментите се продават свободно без рецепта, в други пък - само с рецепта. А в трети, както е у нас - по закон е регламентирана продажба с рецепта, а в действителност така почти не се действа. Има страни, в чиито закон е залегнало това фармацевтът да коригира лечението, предписано от лекар. Общото виждане е, че този подход е недопустим. В повечето страни на ЕС от аптека не може да се купи нищо без рецепта от лекар. Ние обаче сме сред по-малката група на изключенията.

- Какво е европейското становище за отношението между представителите на официалната медицина и занимаващите се с алтернативни лечения?

- На последните две срещи проблемът за алтернативните лечения не беше дискутиран. Той е въпрос на националното законодателство и всяка страна по различен начин регламентира отношенията. Има държави, в които е забранено на лекари, упражняващи традиционна медицина, да ползват алтернативни методи. В други е обратното. Наличното Европейско законодателство предполага националните изисквания да бъдат синхронизирани с европейските. Най-важното при тези отношения е да се стигне до съгласие, което е максимално полезно на пациентите.

- Няма как да отменим въпроса за антибиотичната резистентност...

- Да, изключително актуален проблем. Той беше обсъждан и на последната среща, на която бе подчертан фактът, че разпространението на антибиотичната резистентност става все по-мащабно, че то ангажира, както представителите на хуманната и ветеринарната медицина, така и специалистите по растителната защита, защото и в растениевъдството се използват антибиотици. Широкото антибиотично приложение е фактор за възникване на прекалено устойчиви инфекциозни причинители. Разбира се, не можем да обвиняваме само агрономите или само ветеринарите. Представителите на хуманната медицина често се преастраховат в своите предписания. Много са случаите на полипрагмазия. Към тези условия се добавя и сегашното движение на хора. Така че е ясно пред каква опасност е изправена цялата европейска общност. Нужни са бързи и отговорни решения.

- Какво ще пожелаете на колегите си, които ще представляват БЛС на следващите форуми на Постоянния комитет на европейските лекари?

- Колегите, които представляват БЛС, трябва отговорно и добросъвестно да подхождат към тези срещи, да са изчерпателно информирани за всичко, което се случва в международен план и се отнася до медиците. Нека не забравяме, че от Постоянния комитет винаги могат да ни окажат подкрепа - логистична или директна. Винаги, когато имаме нужда от експертно мнение, можем да го получим във всяко едно направление, отнасящо се до съсловната организация и работата ни. Това е изключително полезно за нас.

ЛУМИНИСЦЕНЦИЯ УЛЕСНЯВА ЛАПАРОСКОПСКИТЕ ИНТЕРВЕНЦИИ

Нов метод в лапароскопската хирургия се използва от близо година във Военномедицинска академия. При него се оцветяват кръвоносните съдове и на монитор се преценява къде да се извърши резекцията. Този съвременен подход представя доц. Пламен Иванов, началник на Клиниката по ендоскопска, ендокринна хирургия и колопроктология на ВМА:

- Работи се в определена последователност. Първоначално интравенозно се въвежда водноразтворимо багрило. След това със специалната апаратура на лапароскопската камера с инфрачервени лъчи се осветяват органите и се получава луминисценция. Това помага на хирурга да определи зоната, която се резецира, да следи как се кръвоснабдява, къде са разположени съдовете и лимфните възли. Във ВМА основно използваме метода за определяне на резекционните линии за перфузията на анастомозата при дебелочревните операции, особено при тези пациенти, при които трябва да се интервенира по-ниската част от червото.

ПРИ ОНКОЛОГИЧНИТЕ ОПЕРАЦИИ

трябва да сме изключително прецизни, за да не останат никакви ракови клетки. След като направим анастомозата, луминисценцията ни помага да определим има ли адекватно хранене, защото най-честите усложнения при дебелочревната операция са именно изпускането на шевове някъде на анастомозата. Тогава съдържимо се разлива в таза, става перитонит, който може да завърши фатално за пациента. Затова е много важно да сме сигурни, че всичко е наред. Методът е елемент от цялостното лечение на някои заболявания. Най-често, както споменах, се прилага при тумори на дебелото и правото черво, когато се налага резекция на определен участък и съединяване след това на двете части. Разбира се, за целта болницата трябва да разполага със съответната апаратура.

Препаратът може да се използва и при други оперативни интервенции, тъй като има способността да осветли огромни лимфни басейни, да ги визуализира и операцията става много по-екзактна, по-прецизна. Това ще покаже, че лимфните пътища със сигурност са премахнати анблок. Общо 14 лимфни басейна трябва да се отстранят при т. нар. D3 резекция.

Другото приложение е при

ОПЕРАЦИИ НА ЖЛЪЧНАТА СИСТЕМА

- за отстраняване на жлъчен мехур или на тумори по каналите. Понякога анатомично е трудно да се отграничат структурите - коя трябва да се премахне и коя да се остави, защото това е системата с над 30% вродени особености при различните хора - дистопии, канали, които излизат от различно, а не от стандартното място. Всичко това е възможно, когато се оперира лапароскопски. Необходима е специална апаратура, при която с натискането на един педал се променя качеството на подаваната светлина и тогава може да се видят в синкаво-виолетово оцветените кръвоносни съдове и жлъчни пътища. Това е най-масовото приложение на този метод, но е възможно да се използва и другаде, примерно в гинекологията и т. н. Иначе, сам по себе си той



Доц. Пламен Иванов

е като придатък към другите операции, така че да подобри качеството и да намали рисковете от усложнение. Винаги при операции съществува риск от допълнителни проблеми, който е различен, в зависимост от отделните нозологични единици. Примерно, когато става дума за дебело черво, усложненията при обикновена лапароскопска операция може да достигнат 3-4%. Когато се приложи оцветяването, усложненията падат до 1%. И това не са наши данни, защото ние нямаме толкова много случаи, за да получим статистически изградена достоверност, но в света от 3-4 години методът доста се ползва.

У нас се прилага по точни правила, но все още не е включен в медицинските стандарти. А иначе препаратът е регистриран в България, в Изпълнителната агенция по лекарствата, за да може да се внесе и аптеката на ВМА разполага с из-

вестни количества.

Багрилото е напълно безвредно. Представлява химично съединение, което има свойството да пречупва светлината. Изхвърля се чрез бъбреците, но минава непроменено през организма, не се разгражда, за да се натоварва черния дроб или пък нещо друго. Няма никакви елементи на радиоактивност, не е изотоп, така че липсва облъчване. Досега нямаме и нито една алергична реакция.

Във ВМА методът внедрихме заедно с проф. Венцислав Мутафчийски. Наблюдавахме го преди това в няколко клиники, но го разучихме подробно в Университетската болница в Триест, Италия. Бяхме няколко дни там и на практика видяхме как точно се работи, как се настройва апаратурата. Методът е съобщаван на научни форуми в България, така че би трябвало колегите да знаят, че вече се използва и у нас. Разбира се, той не е подход-

ящ за всички случаи и хирургът преценява дали да го приложи на съответния пациент.

Болните се възстановяват бързо, но това е заради лапароскопската операция. Хубавото е, че и у нас

МИНИИНВАЗИВНИТЕ МЕТОДИ НАВЛИЗАТ ВСЕ ПО-УСПЕШНО

и все по-широко. В последните години спорът между конвенционалната и лапароскопската хирургия започва да се смекчава и хората все по-добре разбират предимствата на втората. А не, както преди 10 години, когато казваха, че не искат да ги оперират с „клечки“. Лапароскопската хирургия си има своите безспорни предимства, доказани в цял свят и потвърдени и при нас. И вече доста колеги се убедили в тях - много по-малка е травматата за пациента, по-кратък е престоят в болницата, възстановяването е бързо, има и

косметичен ефект, защото няма огромни разрези, отворите на корема са малки. В същото време това, което се извършва като обем на самата операция, е абсолютно идентично с отворената хирургия. Което трябва да се отстрани, се маха, дори го виждаме до 10 пъти увеличено на екрана. Виждаме и лимфните възли, които често при конвенционалната операция се отстраняват по усет. Тук всяко нещо е доста увеличено и ясно.

Последното, което въведохме във ВМА в нашата клиника, са

ХЕРНИОПЛАСТИКИТЕ

Вече рутинно при огромни хернии на предна коремна стена, т. нар. сепарация, платното се подпъхва, а не се слага отдолу върху перитонеума, така че се избягва контактът на червата с него. Разбира се, платната са специални, много скъпи и с тях би трябвало да се избегнат срастванията, но понякога на реоперация сме виждали такива. С новия метод на поставяне на платното този риск се премахва напълно, защото няма допир до червата. За нас е много по-трудоемко, защото една такава операция е 5-6 часа, но за пациента категорично е по-добре. Въпросът е, че това са скъпи платна, които за съжаление НЗОК не покрива и пациентът трябва сам да си заплаща, а те струват около 2 000 лв. Така е при почти всички лапароскопски операции - те се плащат от Касата, но част от инструментариума не се покрива. Примерно, ушивателите при анастомоза, са единични - щракаш и след това ги хвърляш, а те струват 1000 лв. Въпреки това лапароскопската хирургия навлиза масово, защото освен че е много по-щадяща за пациента, тя е и икономически по-изгодна за болницата. Престоят е малък - вместо 10-12 дни, той е 3-4 дни, увеличава се леглооборотът, по-малко се налага обезболяване, по-малко превръзки. Просто е крайно време Касата да започне да плаща консумативите за лапароскопските интервенции.

УНИКАЛНА ОПЕРАЦИЯ ПРИ ПЛЕКСУСНА АВЛУЗИЯ

Тя бе извършена в УМБАЛ „Софиямед“. При тази хирургична интервенция медиците са възстановили движението на ръката на 32-годишен мъж, пострадал при катастрофа, довела до тотална плексусна авлузия.

„Както се знае, плексусът поддържа цялостната функция на горния крайник. Без него ръката не може изобщо да бъде използвана, не функционира и виси до трупа безжизнена“, пояснява началникът на Отделението по хирургия на ръка и реконструктивна хирургия доц. д-р Маргарита Кътева.

По време на инцидента ръката на младия мъж попада в такава поза, че нервният спонс се е изтръгнал от шията. „При такива случаи ние правим т. нар. нервен трансфер



- тоест, намираме в съседство нерви, които функционира, за да дадат ток към парализирания нерв, който от своя страна да даде ток на функционираща вече след това мускул“, допълва доц. Кътева. Според нея най-революционното при тази операция е, че екипът е успял да вземе нерв от гръдна клетка. Интервенцията е извършена изцяло под микроскоп.

БЪЛГАРСКИ УЧЕБНИК ПО МОРСКА МЕДИЦИНА

Първият български учебник по морска медицина е на издателството на Медицински университет-Варна. Помагалото е написано от преподаватели в този университет и медици от ВМБ и ВМА под редакцията на доц. д-р Димитър Ставрев - единственият у нас доцент по морска медицина. От 10 г. тази свободно избираема специалност се изучава само в МУ-Варна, като досега към нея са проявили интерес над 400 студенти. „Изданието е уникално, защото за първи път събира медицинските аспекти на контакта човек - морска среда, медицина на борда на морско съоръжение и на брега, водноспасителна дейност, водолазна медицина, морска токсикология и фармакология“, категоричен е рецензентът проф. Красимир Гигов, генерален директор на БЧК. Учебникът е актуален и предвид зачестилите наводнения и ръста на туристите, тъй като на достъпен език студентите научават как да оказват помощ при бедствия и воден травматизъм.



ПРОДЪЛЖАВАЩОТО МЕДИЦИНСКО

БЛС подписа договор за дългосрочно сътрудничество с UEMS



На снимката:
проф. Василиос Папалоис,
проф. Ромуалд Крайевски,
д-р Бернард Майе

Първата по рода си международна конференция на тема: „Продължаващо медицинско обучение – гарант за качество в професионалната практика и за безопасността на пациента“ се състоя неотдавна, в столичния хотел „Балкан“. След усилия от страна на Българския лекарски съюз (БЛС), продължили повече от две години, съсловната организация постигна желаното дългосрочно сътрудничество с Европейския съюз на медицинските специалисти (UEMS). С официалното подписване

на договор между българската съсловна организация и европейската институция стартира уеднаквяването на показателите за продължаващо медицинско обучение (ПМО) у нас с критериите в Европа. Това ще даде възможност за акредитиране и сертифициране по европейски стандарт на медицинските форуми в България. Създадени са благоприятни условия ПМО в страната ни да се превърне в стандарт за качество.

В този международен форум от страна на Европейския съюз на медицински-

те специалисти участваха: проф. Ромуалд Крайевски – президент на UEMS; проф. Василиос Папалоис – главен секретар на Европейската организация на медицинските специалисти и д-р Бернард Майе – ковчезник на този съюз.

Събитието уважиха: д-р Даниела Дариткова – председател на Комисията по здравеопазване при 44-то Народно събрание (НС); проф. Георги Михайлов – член на Комисията по здравеопазване; проф. Анелия Клисарова – член на Комисията по образование



и наука при НС; д-р Бойко Пенков – зам.-министър на здравеопазването. Присъстваха също представители на медицински организации, университети, синдикати, директори на големи лечебни заведения, пациентски сдружения и др.

Д-р Даниела Дариткова, председател на Комисията по здравеопазване

приветства конференцията и постигнатото от съсловната организация. Тя подчерта готовността на Комисията по здравеопазване за постоянно и пълноценно взаимодействие с БЛС. „Това сътрудничество е от изключително значение за медицинската общност в България, тъй като е предпоставка за високо качество на здравната услуга, което гарантира здравна сигурност на българските пациенти. Поздравявам Българския лекарски съюз за начинанието и независимо, че все още не сме открили законодателни решения относно механизмите, по които ще се реализира продължаващото обучение, сме готови за предложения и конструктивен диалог със съсловната организация“, изтъкна д-р Дариткова.

Д-р Венцлав Грозев, председател на БЛС

откри форума с приветствие и благодарност към гостите. Председателят заяви: „Благодаря, че се отзовахте, намерихте време и ресурс за участие в тази първа конференция, която ще позволи продължаващото медицинско обучение на лекарите в България да се превърне в стандарт за качество както на територията на страната ни, така и в Европа. Вашето присъствие тук, днес, е мотив за бъдещия път на медицината, за утвърждаването и развитието на ПМО, което ще създаде предпоставки за се-

риозно научно развитие на колегите по целия свят и ще се превърне в медиатор на добри медицински практики и ценности. Поводът за настоящата конференция и посещението на колегите от UEMS е официалното подписване на договор за сътрудничество между българската съсловна организация и европейската институция. Това ще постави началото на унифициране критериите на ПМО с тези в Европа и ще даде възможност за акредитиране и сертифициране по европейски стандарт на медицинските

форуми, провеждащи се на територията на България.

Тази конференция е част от ежедневната усърдна работа на съсловието за повишаване квалификационните умения на всички медицинци и респективно подобряване качеството на здравните услуги у нас, а това неминуемо води след себе си до прогрес за родната медицина. Всички сме наясно, че тази тенденция трябва да продължи, за да може от една страна да сме адекватни в грижата за пациентите си, а от друга да успеем да задържим младите специалисти

у нас, да им осигурим нормални условия на работа и възможности за кариерно израстване.

От името на Българския лекарски съюз благодаря на нашите гости от UEMS за готовността за партньорство с БЛС, благодаря и на лекторите, които ще споделят познанията и опита си. Благодаря и на всички колеги, които продължават да влагат ресурс, усилия и желание да повишават нивото на квалификацията си, респективно качеството на услугата, която предлагат на пациентите.“

Проф. Ромуалд Крайевски, президент на UEMS

в обширно експозе представи обща информация за дейността и структурата на Европейския съюз на медицинските специалисти. Съюзът обхваща 31 организации от страните-членки на ЕС, също и медицински специалисти от държави извън него. Медиците, които работят за UEMS са разпределени в три основни ресурса – следдипломна квалификация, продължаващо медицинско образование (ПМО) и контрол на качеството. Организацията има 43 специализирани звена, които работят самостоятелно и отговарят за различни заседания и конференции на международно ниво. Към UEMS функционират

и дисциплинарни комисии и други федерации. Европейският съюз признава общо 54 медицински специалности. Към тях има и специален консултативен съвет. Основната цел на Европейския съюз на медицинските специалисти е хармонизацията на продължаващото медицинско образование на европейско ниво и гарантиране на възможно най-високо ниво на медицинските специалисти във всяка европейска страна.

Проф. Ромуалд Крайевски изтъкна значението на провежданите заседания по работни групи и организирането на тематични конгреси. Към всеки един момент около 1000 колеги медицински

специалисти работят за UEMS. Целта е всяка медицинска специалност да бъде представена добре. Президентът на Европейския съюз на медицинските специалисти подчерта очакваните добри резултати от подписването на двустранното споразумение. „Това сътрудничество ще позволи показателите за ПМО да бъдат уеднаквени с критериите в Европа, САЩ и Канада. Ще открие възможност и за акредитиране на всички медицински форуми в България по европейски стандарт, което ще гарантира тяхното пълно признание в страните от целия свят“, заяви проф. Крайевски.



Д-р Бернард Майе, ковчезник

на UEMS, обясни как се организира обучението по медицина в Европа и какви са отговорностите на държавите-членки по този конкретен въпрос. Д-р Майе припомни кои са основните принципи в ЕС, като също обърна внимание на свободното движение на хора, което се отнася и за медицинските специалисти и пациентите. „Както вече беше казано, основният принцип в ЕС е на солидарността. Но координацията в ЕС е сложна и в областта на здравеопазването не е добре дефинирана“, подчерта той. Според него се наблюдава опозиция между свободното движение и предоставянето на здравни грижи, което е всъщност отговорност на държавите членки. „В Европейския съюз на медицинските специалисти ние искаме хармонизация в това отношение“, каза д-р Майе.

Той изтъкна, че UEMS се опитва да влияе върху законодателството на ЕС чрез лекарите – депутати в Европейския парламент. „Имаме Харта на меди-

цинските специалисти, Харта за европейското образование, Харта за продължаващо професионално развитие. От една страна имаме доброволност на темите, от друга страна отговорност да се извършват дейностите по продължаващото професионално развитие“, подчерта д-р Майе. Според него директивите на ЕС трябва да се транспонират на национално равнище. Сега това става по различен начин в страните-членки.

Оценяването на обучението също е доста различно. Затова е необходима хармонизация в рамките на ЕС на програмите за обучение, създаване на добри условия за хората, които ще се обучават и достатъчно време за самия процес. „На най-високо ниво хармонизацията може да се постигне чрез регулации и национално законодателство“, заключи той. Първата крачка за това е Директивата за признаване на професионалните квалификации. Към нея има и приложение, което включва списък със специалностите.

Проф. Василиос Папалоис, генерален секретар на Европейския съюз на медицинските специалисти

постави акцент върху създаването на партньорства в Европа и света. Той посочи трите стълба на продължаващото професионално развитие – знания, нагласи, умения. Генералният секретар на UEMS изрази убеждението си, че в променящия се свят със свободно движение на медицински специалисти и пациенти, със законодателни промени и финансов натиск, организацията трябва да се съобразява с новите реалистичности. Проучване в Европа сочи, че през 2020 година броят на медицинските специалисти на Стария континент ще е намалял с 1 милион. „А

2020 година е зад ъгъла. Ето защо е крайно време да се събудим. Пред нас има много предизвикателства, на които трябва да намерим общ отговор“, подчерта професорът. Според него не става дума само за гръцки или само за български проблеми. Това са паневропейски проблеми, които изискват решение.

Проф. Папалоис определи като особено важна стандартизацията на акредитационните центрове и на обучението в Европа. Освен това подчерта, че към участниците в курсовете на UEMS се прилагат много строги изисквания и всяка специа-

лизация завършва с изпити, при които около 30% от медиците отпадат. Дали тези изпити са популярни? Отговорът на генералния секретар е положителен. А за да се контролира качеството е създаден Съвет на оценителите в медицинската професия. За да са наясно лекарите с изискванията пък се провеждат подготвителни курсове, като за тях също се записват много хора от най-различни специалности – анестезиология, трансплантация, сърдечно-съдови заболявания и т. н. Оценителите са известни професионалисти, специалисти. „В

рамките UEMS ние ще подготвим специалисти за тези оценки на европейско ниво. Също така ще имаме и акредитация на тяхното обучение, като за нея ще съберем информация за цялата система. Ще го правим на място и ключово за нас ще бъде, колко са опитни преподавателите и доколко успяват да предложат практически обучения за своите студенти“, поясни проф. Папалоис. Според него европейските лекари ще продължат да пътуват и да се обучават в други държави, а UEMS има за цел да създаде гръбнака на продължаващото професионално развитие.

ПРОДЪЛЖАВАЩОТО МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ - СТАНДАРТ ЗА КАЧЕСТВО

БЛС подписа договор за дългосрочно сътрудничество с UEMS



На снимката: проф. Василиос Папалоис, проф. Ромуалд Крайевски, д-р Бернард Майе

Д-р Даниела Дариткова, председател на Комисията по здравеопазване

приветства конференцията и постигнатото от съсловната организация. Тя подчерта готовността на Комисията по здравеопазване за постоянно и пълноценно взаимодействие с БЛС. „Това сътрудничество е от изключително значение за медицинската общност в България, тъй като е предпоставка за високо качество на здравната услуга, което гарантира здравна сигурност на българските пациенти. Поздравявам Български лекарски съюз за начинанието и независимо, че все още не сме открили законодателни решения относно механизмите, по които ще се реализира продължаващото обучение, сме готови за предложения и конструктивен диалог със съсловната организация“, изтъкна д-р Дариткова.

Д-р Венцслав Грозев, председател на БЛС

откри форума с приветствие и благодарност към гостите. Председателят заяви: „Благодаря, че се отзовахте, намерихте време и ресурс за участие в тази първа конференция, която ще позволи продължаващото медицинско обучение на лекарите в България да се превърне в стандарт за качество както на територията на страната ни, така и в Европа. Вашето присъствие тук, днес, е мотив за бъдещия път на медицината, за утвърждаването и развитието на ПМО, което ще създаде предпоставки за с-

Първата по рода си международна конференция на тема: „Продължаващо медицинско обучение – гарант за качество в професионалната практика и за безопасността на пациента“ се състоя неотдавна, в столичния хотел „Балкан“. След усилия от страна на Българския лекарски съюз (БЛС), продължили повече от две години, съсловната организация постигна желаното дългосрочно сътрудничество с Европейския съюз на медицинските специалисти (UEMS). С официалното подписване

на договор между българската съсловна организация и европейската институция стартира уеднаквяването на показателите за продължаващо медицинско обучение (ПМО) у нас с критериите в Европа. Това ще даде възможност за акредитиране и сертифициране по европейски стандарт на медицинските форуми в България. Създадени са благоприятни условия ПМО в страната ни да се превърне в стандарт за качество.

В този международен форум от страна на Европейския съюз на медицински-



и наука при НС; д-р Бойко Пенков – зам.-министър на здравеопазването. Присъстваха също представители на медицински организации, университети, синдикати, директори на големи лечебни заведения, пациентски сдружения и др.

форуми, провеждани се на територията на България. Тази конференция е част от ежедневната усърдна работа на съсловието за повишаване квалификацията на умения на всички лекари и респективно подобряване качеството на здравните услуги у нас, а това неминуемо води след себе си до прогрес за родната медицина. Всички сме наясно, че тази тенденция трябва да продължи, за да може от една страна да сме адекватни в грижата за пациентите си, а от друга да успеем да задържим младите специалисти

у нас, да им осигурим нормални условия на работа и възможности за кариерно израстване. От името на Български лекарски съюз благодарим на нашите гости от UEMS за готовността за партньорство с БЛС, благодарим и на лекторите, които ще споделят познанията и опита си. Благодарим и на всички колеги, които продължават да влагат ресурс, усилия и желание да повишават нивото на квалификацията си, респективно качеството на услугата, която предлагат на пациентите.“

Проф. Ромуалд Крайевски, президент на UEMS

в обширно експозе представи обща информация за дейността и структурата на Европейския съюз на медицинските специалисти. Съюзът обхваща 31 организации от страните-членки на ЕС, също и медицински специалисти от държави извън него. Медиците, които работят за UEMS са разпределени в три основни ресора – следипломна квалификация, продължаващо медицинско образование (ПМО) и контрол на качеството. Организацията има 43 специализирани звена, които работят самостоятелно и отговарят за различни заседания и конференции на международно ниво. Към UEMS функционират

и дисциплинарни комисии и други федерации. Европейският съюз признава общо 54 медицински специалности. Към тях има и специален консултативен съвет. Основната цел на Европейския съюз на медицинските специалисти е хармонизацията на продължаващото медицинско образование на европейско ниво и гарантиране на възможното най-високо ниво на медицинските специалисти във всяка европейска страна. Проф. Ромуалд Крайевски изтъкна значението на провежданите заседания по работни групи и организирането на тематични конгреси. Към всеки един момент около 1000 колеги медицински

специалисти работят за UEMS. Целта е всяка медицинска специалност да бъде представена добре. Президентът на Европейския съюз на медицинските специалисти подчерта очакваните добри резултати от подписването на двустранното споразумение. „Това сътрудничество ще позволи показателите за ПМО да бъдат уеднаквени с критериите в Европа, САЩ и Канада. Ще открие възможност и за акредитиране на всички медицински форуми в България по европейски стандарт, което ще гарантира тяхното пълно признание в страните от целия свят“, заяви проф. Крайевски.



Д-р Бернард Майе, ковчежник

на UEMS, обясни как се организира обучението по медицина в Европа и какви са отговорностите на държавите-членки по този конкретен въпрос. Д-р Майе припомни кои са основните принципи в ЕС, като също обърна внимание на свободното движение на хора, което се отнася и за медицинските специалисти и пациентите. „Както вече беше казано, основният принцип в ЕС е на солидарността. Но координацията в ЕС е сложна и в областта на здравеопазването не е добре дефинирана“, подчерта той. Според него се наблюдава опозиция между свободното движение и предоставянето на здравни грижи, което е всъщност отговорност на държавите-членки. „В Европейския съюз на медицинските специалисти ние искаме хармонизация в това отношение“, каза д-р Майе.

Той изтъкна, че UEMS се опитва да влияе върху законодателството на ЕС чрез лекарите – депутати в Европейския парламент. „Имаме Харта на медицинските специалисти, Харта за европейското образование, Харта за продължаващо професионално развитие. От една страна имаме доброволност на темите, от друга страна отговорност да се извършват дейностите по продължаващото професионално развитие“, подчерта д-р Майе. Оценяването на обучението също е доста различно. Затова е необходима хармонизация в рамките на ЕС на програмите за обучение, създаване на добри условия за хората, които ще се обучават и достатъчно време за самия процес. „На най-високо ниво хармонизацията може да се постигне чрез регулации и национално законодателство“, заключи той. Първата крачка за това е Директивата за признаване на професионалните квалификации. Към нея има и приложение, което включва списък със специалностите.

Да, нас ни има, заслужаваме мястото си сред европейските лекари !

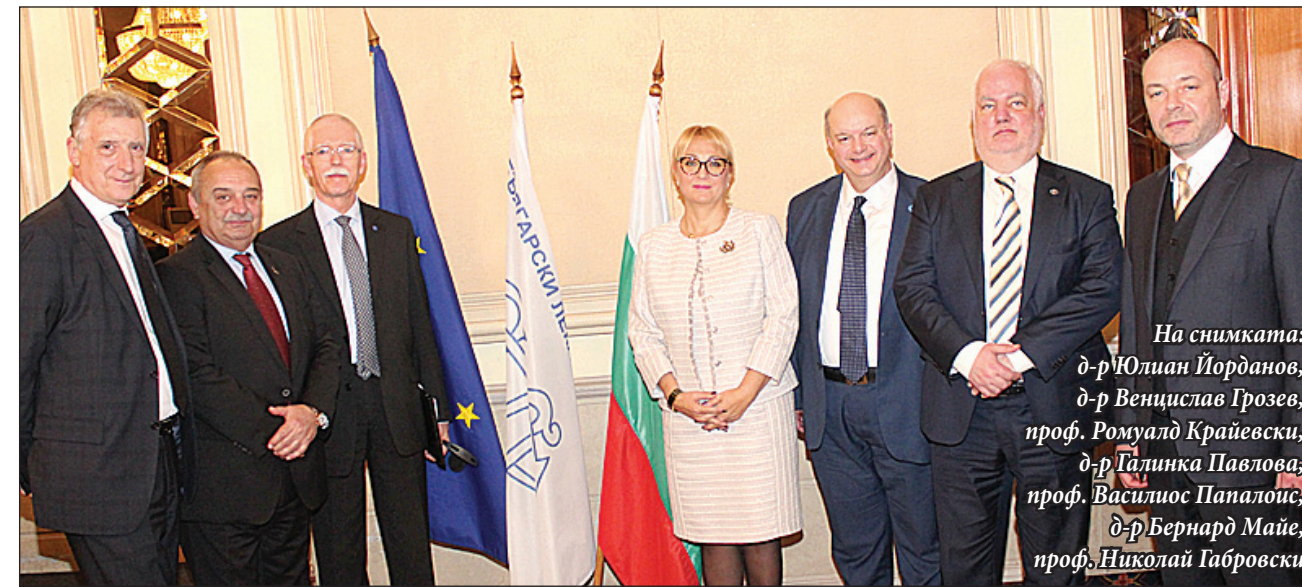
След подписването на договора председателят на БЛС д-р Венцслав Грозев подчерта, че нивото на медицинската компетентност в България по никакъв начин не отстъпва на европейското. „За съжаление до настоящия момент нямаме възможността да бъдем сертифицирани по начина, по който заслужаваме. Крайно време е да си вдигнем главите, да кажем – да, нас ни има, заслужаваме мястото си сред европейските лекари“, заяви д-р Грозев. Той бе категоричен, че

от българските лекари зависи дали те ще се възползват от предоставените им възможности за повишаване на тяхната квалификация и за професионалното им развитие и утвърждаване. Председателят на БЛС изрази увереност, че тази конференция ще изпълни функцията си на катализатор на добрите медицински практики за утвърждаване на ПМО в България и ще спомогне за обогатяване познанията на всеки присъстващ – лектор или участник.

Знанието не бива да е самоцел

Веднъж придобито, то следва да се трансформира в полезна практика. Това изтъкна на конференцията проф. Асен Гудев, който сподели свои виждания относно състоянието и потенциала за устойчиво развитие на продължаващото медицинско обучение в България, с оглед европейските тенденции, българските и чуждестранните добри практики. Той отбеляза, че целта на продължаващото медицинско обучение е не само да се дават знания, но и цен-

ността система на лекаря. Според проф. Гудев време е българските лекари да се чувстват като част от една общност. Той постави акцент и върху отношенията на специалистите с индустрията, като заяви, че има тенденция да намалява финансирането от страна на индустрията. Но независимо от това трябва да се постига ясно разделение на научната активност от комерсиалните цели. Взаимоотношенията с индустрията следва да бъдат много точни.



На снимката: д-р Юлиан Йорданов, д-р Венцслав Грозев, проф. Ромуалд Крайевски, д-р Галинка Павлова, проф. Василиос Папалоис, д-р Бернард Майе, проф. Николай Гайровски

Мотивационни механизми за участие в ПМО

Те бяха представени от д-р Галинка Павлова, зам.-председател на УС на БЛС. Д-р Павлова посочи, че най-напред мотивациите са лични (стремж за постигане на нови знания, повишаване на квалификацията, изучаване на иновативни техники и учения, с цел успешна професионална реализация). Други са нормативните и институционални мотивационни механизми (задължителност на ПМО и форми на санкции или стимули, в отговор на очакванията на обществото за високо качество на медицинската дейност). Продължаващото медицинско обучение в Европа е няколко вида:

- задължително (в Австрия, Албания, Босна и Херцеговина, Великобритания, Италия, Кипър, Полша, Чехия, Румъния, Република Сръбска, Унгария, Франция, Хърватска, Холандия, Швейцария);
- частично задължително (в Германия - за болничните лекари, в Гърция - за ле-

кари от общественния сектор, в Малта, Португалия и Норвегия - за ОПЛ, в Испания – не се отнася за частно практикуващите лекари);

➤ доброволно (в Белгия, Гърция, Словакия, Швеция). В България е също доброволно.

ОБВЪРЗАНОСТ

В Европа ПМО е обвързано и с сертифициране или с различни стимулиращи механизми. Например, в Германия работодателят може да прекрати трудовите правоотношения с лекар, не покрива изискванията за определен брой кредитни точки; здравният фонд може да откаже сключване на договор за работа с публичния ресурс. В Англия лекарите полагат ежегодни тестови изпити, а в Полша при покриване на критериите по ПМО, се подновяват правата за упражня-



Д-р Бойко Пенков, зам.-министър на здравеопазването

изрази пълна подкрепа от името на МЗ в стремежа към укръпване на връзката между българската и европейската медицински общности. „То-

ва начинание на БЛС е ново стъпало, по което всички ние тръгваме. Обучението за специалност винаги е било държавен приоритет, а грижата за

Ретроспекция

на продължаващото обучение в България направи д-р Юлиан Йорданов, председател на Акредитационния съвет към БЛС. Д-р Йорданов припомни, че на 24.02.2010 г. беше подписан Меморандум между СБМС и БЛС, с който се постави началото на съвместната работа с медицинските дружества. Тогава е взето и решение за създаване на Акредитационен съвет със статут на висш независим орган в системата на продължаващото медицинско обучение. В АС влизат 18 члена: шестима предложени от УС на БЛС, шестима предложени от УС на Съюза на българските медицински специалисти (СБМС) и шестима излъчени от всеки един от висшите медицински университети в страната, като председателят се избира от квотата на Лекарския съюз.

Дейността на Акредитационния съвет е сериозна, като членовете му участват в разработването на нормативната уредба, регламентираща системата на продължаващото медицинско обучение, обясни д-р Йорданов. Освен това АС разработва критерии за оценка при акредитацията на лечебните заведения, провеждащи ПМО и обработва и предоставя своевременно информация за състоянието се форми на ПМО. За целта се създава и Единна кредитна система за оценка на отделните събития. СБМС представя ежегодно до месец декември списък на начинанията (конгреси, симпозиуми, конференции и др. форми за ПМО) на дружествата за следващата година, който се публикува на сайта на БЛС.

(Следва на стр.10)

ност, убеденост и потребност за усъвършенстване в прилагане на медицинските знания и техники.

ЗАЩО ЧАСТ ОТ КОЛЕГИТЕ

НЕ УЧАСТВАТ В ПМО?

Би следвало да определим кои са бариерите. Най-напред ПМО не е задължително. Липсва връзка между качеството на медицинска дейност и заплащането на труда на медицинските специалисти. НЗОК заплаща за количество извършена медицинска дейност, без отчитане на качеството. Не е без значение и това, че липсват стимули, както от институциите, така и от работодателите. И не на последно място българските лекари работят на повече от едно място, работят по 15 часа и това им отнема времето за повишаване на знанията. Проблемът е свързан с невъзможност за отсъствие от работния процес и ограничени финансови възможности.

АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ НА БЛС

в периода от 03 до 28 юли 2017 г. е проведено сред 310 лекари от цялата страна. Включени са лекари между 40 и 64 годишна възраст. Лекарите със значителен професионален стаж представляват 79% от анкетиранияте, т.е. при проучването може да се възприема като достоверно тяхното мнение. Най-много - 46%, работят в СИМП, 30% - в БМП и 24% - в ПИМП. Въпреки, че участието в ПМО не е задължително, две трети (65 %) са отговорили утвърдително за ползата от ПМО, което е показателно за желанието на родните лекари перманентно да повишават квалификацията си; 63% - повече от половината, участват годишно повече от един път в обучение, повишаващо медицинските знания. Обаче неучастващите са немалка част от анкетиранияте - около една трета.

(Следва на стр.10)

КАКВО СЕ СЛУЧВА

В БЪЛГАРИЯ?

ПМО не е задължително и не се изисква пресертифициране. Не се полагат изпити, не се прилагат стимулиращи или санкциониращи механизми. Участието на лекарите е само лична отговор-

ОБУЧЕНИЕ - СТАНДАРТ ЗА КАЧЕСТВО

Да, нас ни има, заслужаваме мястото си сред европейските медици!

След подписването на договора председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев подчерта, че нивото на медицинската компетентност в България по никакъв начин не отстъпва на европейското. „За съжаление до настоящия момент нямаше възможността да бъдем сертифицирани по начина, по който заслужаваме. Крайно време е да си вдигнем главите, да кажем – да, нас ни има, заслужаваме мястото си сред европейските медици“, заяви д-р Грозев. Той бе категоричен, че

от българските лекари зависи дали те ще се възползват от предоставените им възможности за повишаване на тяхната квалификация и за професионалното им развитие и утвърждаване. Председателят на БЛС изрази увереност, че тази конференция ще изпълни функцията си на катализатор на добрите медицински практики за утвърждаване на ПМО в България и ще спомогне за обогатяване познанията на всеки присъстващ – лектор или участник.

Ретроспекция

на продължаващото обучение в България направи д-р Юлиан Йорданов, председател на Акредитационния съвет към БЛС. Д-р Йорданов припомни, че на 24.02.2010 г. беше подписан Меморандум между СБМС и БЛС, с който се постави началото на съвместната работа с медицинските дружества. Тогава е взето и решение за създаване на Акредитационен съвет със статут на висш независим орган в системата на продължаващото медицинско обучение. В АС влизат 18 члена: шестима предложени от УС на БЛС, шестима предложени от УС на Съюза на българските медицински специалисти (СБМС) и шестима излъчени от всеки един от висшите медицински университети в страната, като председателят се избира от квотата на Лекарския съюз.

Дейността на Акредитационния съвет е сериозна, като членовете му участват в разработването на нормативната уредба, регламентираща системата на продължаващото медицинско обучение, обясни д-р Йорданов. Освен това АС разработва критерии за оценка при акредитацията на лечебните заведения, провеждащи ПМО и обработва и предоставя своевременно информация за състоянието на форми на ПМО. За целта се създава и Единна кредитна система за оценка на отделните събития. СБМС представя ежегодно до месец декември списък на начинанията (конгреси, симпозиуми, конференции и др. форми за ПМО) на дружествата за следващата година, който се публикува на сайта на БЛС.

(Следва на стр.10)

Знанието не бива да е самоцел

Веднъж придобито, то следва да се трансформира в полезна практика. Това изтъкна на конференцията проф. Асен Гудев, който сподели свои виждания относно състоянието и потенциала за устойчиво развитие на продължаващото медицинско обучение в България, с оглед европейските тенденции, българските и чуждестранните добри практики. Той отбеляза, че целта на продължаващото медицинско обучение е не само да се дават знания, но и цен-

ностна система на лекаря. Според проф. Гудев време е българските лекари да се чувстват като част от една общност. Той постави акцент и върху отношенията на специалистите с индустрията, като заяви, че има тенденция да намалява финансирането от страна на индустрията. Но независимо от това трябва да се постига ясно разделяне на научната активност от комерсиалните цели. Взаимоотношенията с индустрията следва да бъдат много точни.



На снимката: д-р Юлиан Йорданов, д-р Венцислав Грозев, проф. Ромуалд Крайевски, д-р Талинка Павлова, проф. Василиос Папалоис, д-р Бернард Майе, проф. Николай Габровски

Мотивационни механизми за участие в ПМО

Те бяха представени от д-р Галинка Павлова, зам.-председател на УС на БЛС. Д-р Павлова посочи, че най-напред мотивациите са лични (стремеж за постигане на нови знания, повишаване на квалификацията, изучаване на иновативни техники и учения, с цел успешна професионална реализация). Други са нормативните и институционални мотивационни механизми (задължителност на ПМО и форми на санкции или стимули, в отговор на очакванията на обществото за високо качество на медицинската дейност). Продължаващото медицинско обучение в Европа е няколко вида:

- задължително (в Австрия, Албания, Босна и Херцеговина, Великобритания, Италия, Кипър, Полша, Чехия, Румъния, Република Сръбска, Унгария, Франция, Хърватска, Холандия, Швейцария.);
- частично задължително (в Германия - за болничните лекари, в Гърция - за ле-

кари от общественния сектор, в Малта, Португалия и Норвегия - за ОПЛ, в Испания - не се отнася за частно практикуващите лекари);

➤ доброволно (в Белгия, Гърция, Словакия, Швеция). В България е също доброволно.

ОБВЪРЗАНОСТ

В Европа ПМО е обвързано и с пресертифициране или с различни стимулиращи механизми. Например, в Германия работодателят може да прекрати трудовите правоотношения с лекар, не покрил изискванията за определен брой кредитни точки; здравният фонд може да откаже сключване на договор за работа с публичния ресурс. В Англия лекарите полагат ежегодни тестови изпити, а в Полша при покриване на критериите за ПМО, се подновяват правата за упражня-

ване на лекарската професия. В Норвегия за ОПЛ е предвиден режим за подновяване на специалността на всеки пет години. При показани добри резултати се предвижда увеличение на дохода с около 20%. В Португалия, в общественния сектор на здравеопазването са предвидени 15 дни платен отпуск на 10 години за участие в ПМО. В Швейцария при непокриване изискванията за ПМО може да бъде загубено членството в лекарската камара, което прави много трудно (но не невъзможно) практикуването на професията. В Унгария се изискват 250 кредитни точки за пет години. В противен случай се държи изпит. В Румъния липсата на 200 кредитни точки води до отнемане на лиценза за минимум шест месеца. Може да се кандидатства за прелицензиране. В Албания се изисква ресертификация за всички медицински специалисти. В Австрия е предвидено при непокриване критериите по ПМО да се налагат санкции. В Чехия при непокриване критериите по ПМО лекарят не може да заема длъжност старши лекар. В Република Сръбска при непокриване на критериите по ПМО се полага изпит по съответната специалност. В Словения се изисква покриване критериите по ПМО, за да се издаде лиценз за практикуване по съответната специалност. В Словакия ПМО е доброволно, но при непокриване на критериите за определения срок, се дава 6-месечен гратисен период, след което се прекратяват лекарските права. В Хърватска при непокриване критериите по ПМО се полага изпит пред комисия.

ност, убеденост и потребност за усъвършенстване в прилагане на медицинските знания и техники.

ЗАЩО ЧАСТ ОТ КОЛЕГИТЕ

НЕ УЧАТВАТ В ПМО?

Би следвало да определим кои са бариерите. Най-напред ПМО не е задължително. Липсва връзка между качеството на медицинска дейност и заплащането на труда на медицинските специалисти. НЗОК заплаща за количество извършена медицинска дейност, без отчитане на качеството. Не е без значение и това, че липсват стимули, както от институциите, така и от работодателите. И не на последно място българските лекари работят на повече от едно място, работят по 15 часа и това им отнема времето за повишаване на знанията. Проблемът е свързан с невъзможност за отсъствие от работния процес и ограничени финансови възможности.

АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ НА БЛС

в периода от 03 до 28 юли 2017 г. е проведено сред 310 лекари от цялата страна.

Включени са медици между 40 и 64 годишна възраст. Лекарите със значителен професионален стаж представляват 79% от анкетираните, т.е. при проучването може да се възприема като достоверно тяхното мнение. Най-много - 46%, работят в СИМП, 30% - в БМП и 24% - в ПИМП. Въпреки, че участието в ПМО не е задължително, две трети (65 %) са отговорили утвърдително за ползата от ПМО, което е показателно за желанието на родните медици перманентно да повишават квалификацията си; 63% - повече от половината, участват годишно повече от един път в обучение, повишаващо медицинските знания. Обаче неучастващите са немалка част от анкетираните - около една трета.

(Следва на стр.10)



Д-р Бойко Пенков, зам.-министър на здравеопазването

изрази пълна подкрепа от името на МЗ в стремежа към укрепване на връзката между българската и европейската медицински общности. „То-

ва начинание на БЛС е ново стъпало, по което всички ние тръгваме. Обучението за специалност винаги е било държавен приоритет, а грижата за

изграждането на нашите колеги е приоритет на съсловната организация. Точно поради тази причина е необходимо да си помагаме и да се подкрепяме, така че да създадем ново качество на медицинската професия, насочено към хората“, заяви д-р Пенков.

КАКВО СЕ СЛУЧВА

В БЪЛГАРИЯ?

ПМО не е задължително и не се изисква пресертифициране. Не се полагат изпити, не се прилагат стимулиращи или санкциониращи механизми. Участието на лекарите е само лична отговор-

РЕТРОСПЕКЦИЯ НА ПРОДЪЛЖАВАЩОТО ОБУЧЕНИЕ

Председателят на Акредитационният съвет д-р Юлиан Йорданов заяви, че у нас се приемат 7 категории на формите на ПМО:

- Лекция, колегиум;
- Конгреси, симпозиуми, конференции в страната и чужбина;
- Практически упражнения, индивидуално обучение, курсове;
- Дистанционно обучение;
- Обучение с медицинска литература: научни медицински списания, учебници, монографии;
- Автори на: доклад, лекция, публикация, реферат, постери, доклад за нежелани лекарствени реакции (удостоверен от ИАЛ);

➤ Полагане на изпит за оценка на придобитите знания.

Кредитните точки се изчисляват на базата на един академичен час от 45 минути и 150 точки за три години.

У нас е решено при недостиг на броя точки да не се налагат санкции, а за „отличниците“ да се предвиждат различни бонуси. Участието на лекарите в ПМО следва да е задължително за колегите, работещи в лечебни и здравни заведения, а за тези, които се реализират в администрацията или фармацевтичните фирми е доброволно, поясни той. „Важна стъпка в ерата на високите технологии е адаптирането на здравеопазване-



то към най-съвременните подходи за управление на ресурсите, в частност човешките и тяхното обучение”,

заяви пред участниците във форума д-р Йорданов. По думите му внедряването на съвременните комуника-

ционни технологии и в частност e-learning, като най-съвременна форма на обучение, би довело до реализирането на значителни ползи за обучаващите се.

„Воден от тези принципи, през 2015 г. БЛС направи свой обучителен модул за ПМО в иновативната дигитална професионална платформа CredoWeb. Модулът осигурява техническа и функционална възможност за публикуване на обучителни материали за медицински специалисти под форма на текст, видео, снимки, презентации, като само хабилитирани лица имат право да бъдат автори на статиите. Обучението завършва с тест

и при добър резултат лекарят получава 1 кредит”, разказа председателят на АС. Той подчерта, че Лекарският съюз отдавна настоява за промяна в нормативната база, с която ПМО да стане задължително за българските лекари. „Най-важната цел за един професионалист е постигането на все по-добри резултати в работата, което е възможно само чрез непрекъснато усъвършенстване и развитие”, категоричен е д-р Йорданов. Защото само по този начин ще може да се гарантира прилагането на стандарти за осигуряване на качество и безопасност на медицинската услуга за пациентите.

Мотивационни механизми за участие в ПМО

В заключителния си доклад на конференцията, посветена на продължаващото медицинско обучение като гарант за качество в професионалната практика и за безопасността на пациента, д-р Павлова направи следните изводи: липсата на нормативен регламент за задължително участие в ПМО, недостатъчното финансиране на системата, непозволяващо остойностяване на медицинския труд и реализиране на

връзка между качеството на медицинската дейност и заплащане труда на лекарите, създава предпоставки в медицинските специалисти за неучастие в ПМО.

Факт е, че съвременната, модерна, технологична медицина ползва знанията и опита на високо квалифицирани медицински специалисти и струва скъпо на обществото. Ето защо здравеопазването в България се нуждае от ясни нормативни правила,

включващи въвеждане на задължително ПМО и стимули за участие. Според зам.-председателя необходимо е да се увеличи финансирането в здравеопазването, поне 6.9% от БВП, както е средно в Европа. (За съжаление сме още на 4% от БВП.) Много важно е да се постигне обвързване на личното трудово възнаграждение със степента на квалификация на отделния изпълнител. Промените са необходими, за да се стабилизира системата и се осигурят предпоставки за по-добро качество на медицинската дейност.

БЛАГОДАРСТВЕНО ПИСМО ОТ UEMS

До председателя на БЛС – д-р Венцислав Грозев, бе изпратено благодарствено писмо от проф. Ромуалд Крайевски, президент на Европейския съюз на медицинските специалисти (UEMS) и проф. Василиос Папалоис, генерален секретар на организацията. В писмото е изразена благодарност относно подписания договор за сътрудничество и организираната от БЛС конференция на тема „Продължаващо медицинско обучение – гарант за качество в професионалната практика и за безопасността на пациента”. Ето този текст:

„Уважаеми, д-р Грозев,

Бихме искали да Ви благодарим относно поканата за Конференцията по ПМО в София на 16 март 2018 г. и за Вашето изумително гостоприемство. Смятаме, че е важно да се подчертаят усилията, които сте положили, за да се превърне

това събитие в толкова голям успех. Бяхме наистина впечатлени от високото качество и на организацията, и на съдържанието на конференцията.

Използваме случая да благодарим отново за подписването на нашето споразумение и с нетърпение очакваме да развием нови области на сътрудничеството.

Моля, предайте на българския министър на здравеопазването и колегите нашата признателност за отделеното от тях време, много плодотворната дискусия и постигнатите резултати.”

Искрено Ваши:
проф. Ромуалд Крайевски,
президент на UEMS

проф. Василиос Папалоис,
генерален секретар на UEMS

Д-Р ВЕНЦИСЛАВ ГРОЗЕВ: КОЛЕГИ, БЛАГОДАРЯ ЗА ВАШАТА ЧОВЕЧНОСТ И ПРОФЕСИОНАЛНА ОТДАДЕНОСТ!



14 април т.г. бе ден на национален траур в България. Тогава почетохме паметта на жертвите от катастрофата на АМ „Тракия”. Националните flagове на всички държавни институции бяха свалени наполовина. При тежкия инцидент загинаха шест души, а 26 бяха откарани в 6 болнични заведения в столицата. На колегите, реагирали светкавично след катастрофата и борили се за живота на пострадалите, на 13 април БЛС изрази благодарност:

ДО
ЛЕКАРИТЕ, ПРОФЕСИОНАЛИСТИТЕ
ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ И СЛУЖИТЕЛИТЕ ОТ:

- ЦСМП – СОФИЯ
- УМБАЛ „СВ.АННА-СОФИЯ”
- УМБАЛСМ „Н. И. ПИРГОВ“
- ВОЕННОМЕДИЦИНСКА АКАДЕМИЯ
- УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА-ИСУЛ”
- „АДЖИБАДЕМ СИТИ КЛИНИК БОЛНИЦА ТОКУДА”
- УМБАЛ „СОФИЯМЕД”
- ВСИЧКИ МЕДИЦИ, КОИТО ПОМОГНАХА НА ПОСТРАДАЛИТЕ ОТ ТЕЖКАТА КАТАСТРОФА

УВАЖАЕМИ КОЛЕГИ,

Изразявам към Вас дълбоката си почит за Вашата адекватна и всеотдайна помощ при спасяване на пострадалите от верижната катастрофа на автомагистрала „Тракия”. В критични дни като днешния, най-ясно се вижда не само професионалната подготовка на медика, но и качествата на личността му.

Днес Ви изявяваме голямата си хуманност и на дело показвате, че сте верни на своята клетва.

Като лекар се възхищавам на Вашата професионална отдаденост, като гражданин Ви БЛАГОДАРЯ!

С уважение,
Д-Р ВЕНЦИСЛАВ ГРОЗЕВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС

Платформа за оценка на лекарствата

Изследователи от БАН и Софийския университет участваха в престижно международно изследване за лечението на рака. Проучването е свързано със степента на остаряване на ДНК и възможността процесът да бъде коригиран от 70 кон-

кретни белтъка. Българите са работили с колегите си от едни от най-престижните институти „Макс Планк” в Германия и института в Пенсилвания, а трудът им бе обнародван в най-престижното международно издание в тази сфера.

Механизмът, който те предлагат, дава възможност да се открият сложни увреждания в ДНК още на ранен етап, обяснява водещият изследовател Стойно Стойнов от БАН. Според него това изследване може да послужи за платформа за оценка на всички противоракови лекарства, които се предлагат от учените.

Родни хирурзи извършиха резекция на глиом с интраоперативен ЯМР

Неврохирурзи от Плевенската МБАЛ „Сърце и Мозък” оперираха за първи път в България мозъчен тумор с интраоперативен ядреномагнитен резонанс, невронавигационна технология и интраоперативен ултразвук.

Първичният глиом е бил локализиран в лявата мозъчна хемисфера. Операцията била проведена в уникална хибридна операционна зала. Била извършена максимално сигурна резекция на глиом до физиологичните граници с трактовата система на мозъка. Пациентът няма следоперативни неврологични отпадни явления, напълно ориентиран е. Използваната комбинация от интраоперативна образна диагностика и виртуално планиране на минимална краниотомия с невронавигация отговаря на най-високите хибридни неврохирургични технологии и стандарти в

света.

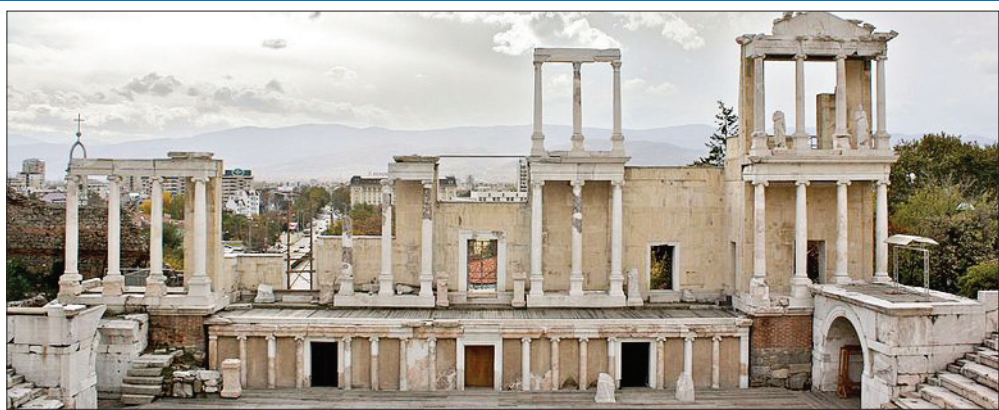
Невронавигационната технология на основа на ЯМР предоставя на неврохирурзите „мониторинг, подобен на GPS” за мозъка и представлява най-високият в момента световен стандарт за неврохирургична технология. „Интраоперативният ЯМР помага на нашия неврохирургичен екип за максимализиране на резекцията на анормални мозъчни тъкани по възможно най-безопасен начин”, пояснява проф. Николай Райнов, който прилага новата технология в Плевен и е участвал в развитието на интраоперативния ЯМР през последните 20 години в Съединените щати, Великобритания и Германия. Според проф. Райнов изследванията показват, че използването на интраоперативен ЯМР подобрява значително безопасността и ефективността на операцията, като по този начин дава в



ръцете на опитен неврохирургичен екип най-добрите оперативни възможности и постигането на оптимални резултати за пациента с минимални възможни усложнения. Сега с такава апаратура са оборудвани не повече от 15% от всички неврохирургични клиники в Германия и САЩ. Новата система за интраоперативен ЯМР и свързаната с нея

интегрирана невронавигация е първата по рода си в България и на Балканите. Многобройните предимства от използването на интраоперативното оборудване за ЯМР ще доведат до широко му използване в света през следващите години и българската медицинска наука и практика вече е сред водещите в тази важна специалност.

КАК ДИШАТ ГРАДОВЕТЕ НИ?



Измервания по независимия проект airbg.info сочат, че от всички градове в Европа най-мръсен е въздухът в Пловдив. В 86 от 160-те дни на отоплителния сезон - между 20 октомври 2017 г. и 26 март 2018 г., фините прахови частици във въздуха там са били много над нормата. Данните за Пловдив се базират на 4.1 млн. измервания в района, направени от 35 станции по независимия проект. Рекордно високи и опасни стойности са засечени на 27 декември и на 17 януари, когато според отчетта пределно допустимите норми са надвишени 4.6 пъти, като в пиковите часове атмосферният въздух е бил запрашен 35 пъти над нормата за фините прахови частици.

Друга изненада сред българските градове е Благоевград. Данните от замерванията на въздуха там са също тревожни, но поради сравнително малкия брой замервания (233 хил. общо

за отоплителния период) авторите на проекта airbg.info не ги приемат за достатъчно представителни.

Според 180-те станции, които са замервали през периода чистотата на въздуха в София, запрашеността с фини прахови частици в София е била много над нормата в 70 денонощия, или 44% от отоплителния сезон. Данните са от 15.4 млн. замервания на територията на столицата и показват, че мръсен въздух дишат не само ромските квартали, в които се горят гуми, парцали и други опасни отпадъци. Фините прахови частици са надскачали четири-пет пъти нормата и в Бояна, Драгалевци, Симеоново. Най-токсичен е бил въздухът на 8 януари - 6 пъти над максимално допустимата норма през цялото денонощие. Пиковите стойности пък са стигнали до 35 пъти над максимално допустимите стойности. Жителите на София са вдишвали опасно високо ни-

во прахови частици и на 27 януари - 6.3 пъти над максимално допустимата норма.

Варненци също са дишали въздух с фини прахови частици над допустимите норми през около една трета от отоплителния сезон, или 48 денонощия, сочат данните от 26 независими станции и над 2 млн. замервания. В определени дни наситеността с прахови частици е била 4.7 пъти над допустимите стойности, а в пиковите часове между 18 и 22 часа замърсеността е скачала 30 пъти над пределно допустимите норми.

Частната мрежа за независимо измерване на чистотата на въздуха беше създадена като алтернатива на станциите на Изпълнителната агенция по околната среда. Днес новата система за мониторинг на чистотата на въздуха разполага с 630 станции, а за последния отоплителен сезон отчита близо 500 хил. измервания във всички точки на страната.

НЕГАТИВНА КЛАСАЦИЯ

Общо 2911 са регистрираните трудови злополуки у нас през 2017 г. Това показва годишна оперативна информация на Националния осигурителен институт (НОИ) за инцидентите по време на работа през миналата година. Данните сочат, че 2 318 от тях са станали на работното място, а 593 - при отиване или връщане от работа. От общо 21 икономически сектора в 20 са допуснати наранявания при изпълнение на служебни задължения. Без регистрирани инци-

денти е секторът, който обединява дейностите на домакинства като работодатели и като производители на стоки и услуги за собствено потребление.

С най-много трудови инциденти през 2017 г. е преработващата промишленост, в която през годината са допуснати общо 575 злополуки. В негативната класация следват „Транспорт, складиране и пощи“ (368), „Търговия; ремонт на автомобили и мотоциклети“ (241) и „Строителство“

(175). Най-малко трудови злополуки са допуснати при дейности на екстериториални организации и служби (3) и операции с недвижими имоти (11).

За цялата минала година у нас са регистрирани 94 смъртни случаи при трудови злополуки в 13 икономически сектори.

Сравнителният анализ на годишните оперативни данни за 2017 г. и 2016 г. регистрира увеличение на трудовите злополуки с 63.

Дентални и репродуктивни проблеми най-често се лекуват в чужбина

Все още малък брой европейски граждани се възползват от правото си за лечение в чужбина. Това показват данните от тазгодишното проучване на организацията „Европейски потребителски глас в стандартизацията“ (ANEC), в която членуват представители от всички държави членки. Въпреки че възможност за лечение в чужбина съществува, 53% от анкетирания изобщо не са обсъждали опцията. Едва 20% планират да се възползват от нея, а други 20 - ако им се наложи. Само 4% от запитаните са упражнили правото си да се лекуват в чужбина планоно. За него 4 от 10

души са платили от джоба си, над 34% са били финансирани от публичните фондове в държавите си, а едва 6% - от частни здравни дружества.

Сред най-честите причини за лечение зад граница 80% от анкетирания посочват за причина бързата реакция, а за 22% водещо е било предложената цена. Данните сочат, че най-често хората са пътували в друга държава за да решават дентални и репродуктивни проблеми. Според анализа 82% от запитаните знаят, че имат право на някакво - планирано или спешно лечение, в друга държава в ЕС.

719 000 БЪЛГАРИ НЯМАТ ЗДРАВНИ ОСИГУРОВКИ

Близо 719 хиляди българи са здравно неосигурени към края на 2017 година. Това става ясно от отговор на финансовия министър Владислав Горанов до депутата Лало Кирилов. От тези 719 000 неосигурени, 233 000 са безработни лица, като в това число са и без право на обезщетение, неосигурени от фонд „Безработица“. Други 74 000 българи са лица, получаващи обезщетение от фонд „Безработица“ за определен период от време, но които дължат здравни вноски за своя сметка през останалия период на годината.

Близо 10 000 са бежанците с българско гражданство, които са без осигуровки от бюджета или работодател. Пак в общата статистика на неосигурените са 6 000 лица, завършващи средното си образование за месеците до започване на трудова дейност или до начало на следване в университет.

От самоосигуряващите се, които за годината са декларирали както доходите си, така и задълженията си за здравни вноски, но все още не са ги погасили са 57 000 лица. Без да са декларирали и съответно не са заплатили дължимите от

тях здравни вноски - 22 000 лица. И още „други здравно неосигурени лица“ - 393 000 души.

В отговора на финансовото министерство до депутата Лало Кирилов се посочва, че още през 2014 година е изготвен анализ за здравно неосигурените лица в България от дирекция „Управление на риска“ при НАП. През 2017 година е извършена пълна оценка на актуалните характеристики и на ефекта от третиране на анализирания риск „Недеклариране и невнасяне на здравни вноски от задължените лица в България“, се казва още в данните на министерството на финансите. От ведомството на Владислав Горанов припомнят още, че българите с двойно гражданство, които пребивават в чужбина повече от 183 дни в календарната година, не подлежат на задължително здравно осигуряване. Не са задължени да плащат здравни вноски и лицата, които подлежат на здравно осигуряване в друга държава - членка от ЕС. Най-често здравни неосигурените българи прибягват до здравна помощ в спешните центрове в страната и в УМБАЛСМ „Пирогов“.

Електронните цигари са токсични!

Водещи здравни агенции ще съдят американската Администрация за контрол на лекарствата и храните

Учени предупреждаха, че ароматите за електронни цигари са токсични за човешките клетки, като особено опасни са комбинациите. Много от течностите съдържат различни вредни за клетките ароматизиращи химикали, освен основните компоненти - растителен глицерин и пропилен гликол, които при поглъщане са безвредни, но при вдишване са много токсични. Биолозите от университета на Северна Каролина са анализирали ефекта на 148 течности за електронни цигари (от съществували на пазара 7700). Те са оценили ефекта им върху бързо растящи човешки клетки. Основното, за което са следели, е било дали се забавя темпът на растеж на клетките - колкото по-бавен е растежът, толкова по-токсична е течността.

Резултатите показаха, че дори течностите без никотин или силен аромат са токсични. Колкото повече съставки съдържат те, толкова по-отровни са. Сред най-токсичните съединения са ванилин и цинамалдехид, които се съдържат в много популярни аромати.

„Установихме, че съставките на течностите за електронни цигари са много разнородни и някои от тях са по-токсични от самия никотин, както и по-токсични от стандартните базови съставки - пропилен гликол и растителен глицерин“, твърди ръководителят на изследването д-р Робърт Таран. Анализирайки резултатите, д-р Таран е категоричен, че те ясно сочат вредата на течностите за електронни цигари върху човешките бели дробове и клетки от горните дихателни пътища. Водещи здравни агенции вече заведоха дело срещу американското Администрацията за контрол на лекарствата и храните, защото забавя регулирането на електронните цигари и предупрежда, че има много доказателства за вредата от тях.



УЧАСТВАМЕ В ПРОЕКТ „КИБЕРФИЗИЧНИ СИСТЕМИ ЗА ПЕДАГОГИЧЕСКА РЕХАБИЛИТАЦИЯ“

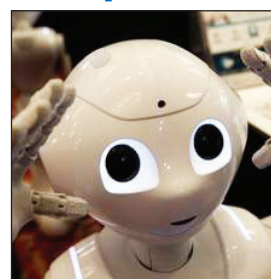
Роботът Роберта ще помага на деца с аутизъм и ученици със специални образователни потребности. Тя може да пее песни, да разказва приказки, за да могат децата да усвояват по-лесно уроците.

„С нейна помощ децата могат по-лесно да се социализират и да се приобщат. Игрите ги обединяват и общуват повече“, разказа доц. Мая Димитрова от Института по роботика към Българската академия на науките. Тя обясни, че всяко училище, което желае да се включи в проекта, може да ги потърси. Засега той включва деца от 5 до 12 г. По-големите пък ще могат да участват в програмата на работата.

Роберта вече знае и

песничката „Мама ми купи днес нова книжка“. „Докато роботът пее, децата участват със сценки“, разказа още доц. Димитрова. На песничката „Хей, ръчички“ пък те играят гимнастика. Роберта е вторият робот, който идва от Франция.

Брат й Роби от две години помага на учениците и децата. Той вече е бил в три центъра - в София, Гоце Делчев и Банско. Също така Роби помага на учителите да привлекат вниманието на децата и да ги въвлекат по-лесно в уроците. Проектът е „Киберфизични системи за педагогическа рехабилитация в специалното образование“ към „Хоризонт 2020“. Задача на учениците от БАН е



да разработват и анализират взаимодействието човек-робот, включващи игри, педагогически задачи и сценично поведение, в които деца и възрастни ще развиват способности, които в стандартни ситуации са проблем за тях. Изследванията ще се провеждат в мрежа от организации от България, Испания, Франция, Гърция, Чили, Мароко и Япония.

Даряват над 15 млн. долара на СЗО

Общо 11 държави ще подпомогнат Световната здравна организация (СЗО) в борбата й срещу епидемиите и хуманитарните здравни кризи. На конференция в Женева те се ангажираха да й предоставят допълнително 15.3 млн. щ. долара. Дарители са Канада, Дания, Естония, Германия, Корея, Кувейт, Люксембург, Малта, Холандия, Норвегия и Обединеното кралство, а парите ще постъпят във Фонда за действия при извънредни ситуации през 2018 г. (CFE).

С финансовата инжекция средствата за борба с епидемиите и хуманитарните кризи ще нараснат до 23 млн. щ. долара, съобщават от СЗО. Организацията обаче си е поставила за цел до края на 2019

г. да набере общо 100 млн. от дарители, за да не й се налага да търси пари, когато са необходими изключително спешни действия.

Фондът имаше ключова роля по време на взрива от Ебола в Конго, епидемията от вируса Марбург в Уганда и пневмонията в Мадагаскар. Благодарение на финансовата подкрепа и бързите реакции на СЗО са спасени много човешки животи и е предотвратен рискът ситуацията да излезат извън контрол. От 2015 г. на сам Фондът е подпомогнал борбата с над 50 епидемии, хуманитарни кризи и природни бедствия. През 2017 г. СЗО отпусна близо 21 млн. щатски долара за операции в 23 държави.



**СЕРТИФИКАТИ
ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА**

**НЕОБХОДИМИ СА
КОПИЯ ОТ:**

1. ЛИЧНА КАРТА
 2. ДИПЛОМА
ЗА ВИСШЕ
ОБРАЗОВАНИЕ
 3. ДИПЛОМА ЗА
СПЕЦИАЛНОСТ
 4. УДОСТОВЕРЕНИЕ
ОТ РЛК НА БЛС
ЗА ЧЛЕНСТВО И
ДОБРА ПРАКТИКА
- За контакти:**
Ирен Борисова
02/954 94-37;
0899 90 66 47
- Яна Тасева**
0899 90 66 47

ПРЕДСТОЯЩИ НАУЧНИ СЪБИТИЯ

XXIV-ТИ СВЕТОВЕН КОНГРЕС ПО ЕХОКАРДИОГРАФИЯ

к.к. Албена

17 – 20 май 2018 г.

Организатор:

Фондация по неинвазивна
образна диагностика в
кардиологията

За контакти:

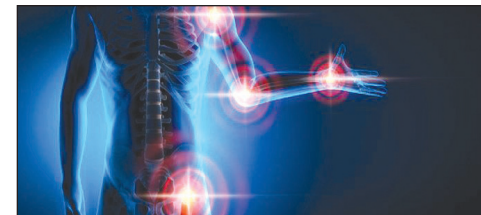
<http://www.worldcongressoncardioecho2018.com/>



НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО РЕВМАТОЛОГИЯ

хотел „Риу Правец“,
гр. Правец

31 май - 3 юни 2018 г.



Организатор:

Българско дружество по ревматология

За контакти:

0884 834 273

III МЕЖДУНАРОДЕН КОНГРЕС ПО МАЙЧИНО-ФЕТАЛНА МЕДИЦИНА



18-20 МАЙ 2018 Г.
**III МЕЖДУНАРОДЕН
КОНГРЕС ПО
МАЙЧИНО-ФЕТАЛНА
МЕДИЦИНА**

хотел „Рила“,
Боровец

18- 20 Май 2018г.

Организатори:

Асоциация по майчино-
фетална медицина

За контакти:

e-mail: infomfmbg@gmail.com

XII НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО УРОЛОГИЯ

гр. Правец

24-26 май 2018 г.

Организатор:

Българско урологично
дружество

За контакти:

e-mail: urology@cic.bg,
URL: www.cic.bg



VIII НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ НА ТЕМА „НОВОСТИ В ОНКОЛОГИЯТА“

хотел РИУ Правец,
гр.Правец

15-17 юни 2018 г.

Организатор:

УСБАЛ по онкология ЕАД

За контакти:

0888 700 299



РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник „QUO VADIS“

Национално издание на Българския лекарски съюз

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

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

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

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

Цвят	Вътрешна страница	Цвят	Последна страница
Черно-бяла	1,20лв./кв. см	Черно-бяла	1,50лв./кв. см
Плюс един цвят	1,60лв./кв. см	Плюс един цвят	1,80лв./кв. см
Четири цвята	2,00лв./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%

4500 - 6000 лв. - 13%

3000 - 4500 лв. - 10%

6000 - 10 000 лв. - 20%

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

ЗА САЙТА НА БЛС

I. Информация за сайта:

www.blsbg.com е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

Той съдържа информация за:

- БЛС (създаване и история, СДО, асоциирани членове, УС, НС)

- Нормативни актове

● Закони

● Подзаконови нормативни актове

● Медицински стандарти

● ПДМП

● НРД

● Актове на ЕС и БЛС

- Актуален регистър на лекарите в Република България

- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

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

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

III. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

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

Цени за следващ период (отстъпки от базовата цена):

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

2. Текстови обяви / Платени публикации:

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

3. Нестандартни рекламни форми:

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

IV. Плащане:

1. Договорните суми за реклама се заплащат не по-късно от 1 (един) работен ден преди старта на рекламната.

2. При несъставяне 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%

Булмедика/Булдентал дава възможност за проследяване на тенденциите в медицината



Обмяната на идеи, опит и технологии е основополагаща за развитието на модерната медицина. В основата на този процес стоят събитията, които събират на едно място целия сектор. Международното изложение Булмедика/Булдентал, което ще се проведе от 16 до 18 май в Интер Експо Център, ще даде отново възможност за проследяване на тенденциите в сектора на медицината.

През тази година органи-

заторите отбелязват чувствително увеличение на чуждестранния интерес. Участие в 52-ото издание на форума ще вземат компании от България, Китай, Сингапур, Турция, Румъния, Тайван, Гърция, Великобритания, Германия, Швейцария, Холандия, Италия, Словения, Южна Корея, Пакистан, Франция, Канада, Индия.

Утвърдило се като едно от най-значимите събития за медицинския и денталния

сектор в България и региона, изложението ежегодно събира производители, вносители, търговци, представители и дистрибутори на медицинско и дентално оборудване, апаратура, консумативи и инструменти. Участието във форума дава възможност на фирмите да се позиционират в страната и чужбина. Тук експертите от системата на здравеопазването се срещат, обменят опит, идеи и ценна информация.

Модерните технологии разкриват потенциала си

Ежегодно форумът, който на миналогодишното си издание събра над 200 директни изложители, представили повече от 240 новости, предоставя възможност за разкриване на възможностите на най-модерните изобретения. Сред тях са 3D-технологиите, които се очаква да бъдат сред акцентите на участниците и през тази година. Изложе-

нието ще включва и интригуваща съпътстваща програма. Към настоящия момент много от фирмите са заявили, че ще организират семинари, презентации и съпътстващи събития както в конгресните зали на Интер Експо Център, така и на своите щандове.

В акцент на изложбата през последните години се превръща специализираната зона „Природа и здраве“. Тя събира на едно място продукти на алтернативната медици-

на, билкови препарати, хранителни добавки, фармацевтични продукти, растителни добавки и др., в името на доброто здраве.

Светът на медицината се нуждае от мащабни събития, които да събират сектора. От 16 до 18 май в Интер Експо Център Булмедика/Булдентал ще създаде оптимални условия за максимално ефективна среща на професионалистите от сферата на здравеопазването.



ТЕСТ

УМЕЕТЕ ЛИ ДА ПОДДЪРЖАТЕ ДОБРИ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С ОКОЛНИТЕ?

През XXI век непосредственото общуване става все по-голяма рядкост. Барьерите, които сами издигаме в контактите си с други хора, се отразяват негативно, особено в лекарската професия. По правило неумението да се общува е източник на всевъзможни трудности. И не е странно, че ние, българите сме най-недоволни от живота си, в сравнение с останалите европейци. Това сочи проучване на Eurostat. Средната удовлетвореност на всяка от страните на Стария континент е оценена по 8 показателя, отнасящи се до жизнена среда, дом, работа, пътуване до работното място, зони за отдих, финансово положение, общуване с околните, начини за оползотворяване на времето. По 7 от общо 8 показателя в България сме най-зле. Най-фрапиращо се отличаваме от другите държави по удовлетвореността си от непосредствените ни контакти с другите хора. Този показател у нас е оценен на 5,7% при средна удовлетвореност 7,8% за Европа. Чрез теста, който ви предлагаме ще разберете за себе си до каква степен умеете да поддържате добри взаимоотношения с околните, без значение дали те са Ваши пациенти, началници, приятели, роднини, много близки хора.

Въпроси:

1. Опитвате ли се да погледнете даден проблем през очите на друг човек?

- А/ Винаги,
Б/ В повечето случаи,
В/ Понякога,
Г/ Рядко,
Д/ Никога

2. Когато разговаряте с някого, могат ли негови диалектни думи или неправоилни изрази да ви накарат да забравите добрия тон?

- А/ Винаги,
Б/ В повечето случаи,
В/ Понякога,
Г/ Рядко,
Д/ Никога

3. Смушава ли Ви Вашият събеседник, ако е заел т.нар. затворена поза – с кръстосани ръце и крака?

- А/ Винаги,
Б/ В повечето случаи,
В/ Понякога,
Г/ Рядко,
Д/ Никога

4. Имате ли желание да се впунснете в ожесточен спор, ако Вашето мнение е различно от общоприетото?

- А/ Винаги,
Б/ В повечето случаи,
В/ Понякога,
Г/ Рядко,
Д/ Никога

5. Признавате ли грешките си незабавно и доброволно?

- А/ Винаги,
Б/ В повечето случаи,
В/ Понякога,
Г/ Рядко,
Д/ Никога

6. Готови ли сте да прекъснете нечие изказване, ако го преценявате като празнословие?

- А/ Винаги,
Б/ В повечето случаи,
В/ Понякога,
Г/ Рядко,
Д/ Никога

7. Усмивхате ли се при поздрав, независимо кого сте срещнали?

- А/ Винаги,
Б/ В повечето случаи,
В/ Понякога,
Г/ Рядко,
Д/ Никога

8. Трудно ли беседвате с непознати?

- А/ Винаги,
Б/ В повечето случаи,
В/ Понякога,
Г/ Рядко,
Д/ Никога

9. Сменяте ли темата на разговор, ако събеседникът Ви се докосне до въпрос, неприятен за вас?

- А/ Винаги,
Б/ В повечето случаи,
В/ Понякога,
Г/ Рядко,
Д/ Никога

10. Обръщате ли се по име към човека, с когото общувате?

- А/ Винаги,
Б/ В повечето случаи,
В/ Понякога,
Г/ Рядко,
Д/ Никога

ОТГОВОРИ:

1. А – 10 точки, Б – 8 т., В – 6 т., Г – 4 т., Д – 2 т.

2. А – 2 т., Б – 4 т., В – 6 т., Г – 8 т., Д – 10 т.

3. А – 2 т., Б – 4 т., В – 6 т., Г – 8 т., Д – 10 т.

4. А – 2 т., Б – 4 т., В – 6 т., Г – 8 т., Д – 10 т.

5. А – 10 т., Б – 8 т., В – 6 т., Г – 4 т., Д – 2 т.

6. А – 2 т., Б – 4 т., В – 6 т., Г – 8 т., Д – 10 т.

7. А – 10 т., Б – 8 т., В – 6 т., Г – 4 т., Д – 2 т.

8. А – 2 т., Б – 4 т., В – 6 т., Г – 8 т., Д – 10 т.

9. А – 2 т., Б – 4 т., В – 6 т., Г – 8 т., Д – 10 т.

10. А – 10 т., Б – 8 т., В – 6 т., Г – 4 т., Д – 2 т.

РЕЗУЛТАТИ:

Ако сте събрали над 62 точки, Вашата способност да поддържате добри взаимоотношения с околните е над средното равнище. Тя е толкова по-голяма, колкото повече са Вашите точки.



СТЕТОСКОПЪТ

Opus magnum на Рене Лаенек

Д-р Рене Лаенек



Един от символите на медицинската професия и популярен атрибут на лекаря е стетоскопът. Този уред е открит и въведен в употреба от бележития френски клиницист и патолог Рене Лаенек, чието дело затваря кръга на класическите диагностични подходи (оглед, палпация, перкусия и аускултация).

Любознателният младеж

Рене Лаенек е роден на 17 февруари 1781 г. в семейството на адвокат, в днешния град Кемпер, Франция. Майка му умира от туберкулоза, когато той е едва петгодишен. След тежката загуба Рене е изпратен при чичо си Гийом Лаенек – последовател на знаменития английски хирург Джон Хънтър. В университета в Нант Гийом Лаенек е декан на медицинския факултет и полага грижи за образованието на своя племенник. Със задоволство той установява, че момчето е любознателно. Рене изучава религия, латински, гръцки, география, напредва във всички обичайни за епохата знания. На 11 години чете в оригинал трудовете на Хипократ. Овладея старинния келтски език и открива прилики със санскритския. Превежда на

френски поеми от Вергилий и сам пише стихове.

През 1795 г. започва да учи медицина в Нант. По-късно става доброволец в армията на генерал Брюн. С нея в Бретан и Нормандия Рене воюва срещу шуаните (поддръжници на кралската власт). Медицинското си образование продължава в Париж. От този период са запазени неговите студентски записки, озаглавени „Афоризми от лекциите на гражданина Корвизар“. Това са сентенции на проф. Корвизар, изречени по време на лекциите му.

Изследователят

През 1802 г. Лаенек публикува първото си научно съобщение. То е посветено на промени в митралната клапа с дилатация на лявата сърдечна камера и е осъществено върху некропичен материал. Следват проучвания върху органичните поражения от менингита и пневмонията.

Въоръжен само с лупа (без микроскоп), изследователят описва атрофичната форма на чернодробната цирроза, която е известна като Лаенекова цирроза. Негов е и терминът „phthisis pulmonum“, отнасящ се за тежките увреждания при туберку-

си ни разкрива само тежките случаи, като не дава указание за началото на болестта. Практиката показва, че на секционната маса нередко се откриват белодробни каверни, които приживе са останали неразпознати от клинициста. Става все по-ясно, че е нужен нов метод за изследване и проследяване на гръдни болести.

Откривателят

Казват, че случайността помага само на подготвените. Красноречиво потвърждение на този афоризъм е откриването на стетоскопа. През 1816 г. д-р Рене Лаенек е повикан за преглед при млада девойка със съмнение за сърдечно заболяване. Към нея обаче Хипократовият метод, при който лекарят допира ухо до гръдите на болния, се оказва неприложим от съображения на лекарската етика. Така че докторът е принуден да измисли нов подход. Ето какво пише Лаенек: „Възрастта и женският пол на болната не ми разреши да приложа обичайния преглед с директен допир до гръдите... Вземайки лист хартия, аз го навих на тънко руло, допрях единия край в прекордиалната област, а

водещи до възникването на шумова находка в гръдния кош. Така може да се изследва дишането, хриповете, изливите в плевралната кухина и перикарда“.

Успехите, които последват след този диагностичен подход, го вдъхновяват и той въвежда аускултацията като средство за диагностика.

С времето слушалката се усъвършенства. Първоначалното хартиено руло е заменено с дървен цилиндър, пречупващ се на две, за да се пренася по-лесно. Малко по-късно Лаенек добавя към двата края на слушалката по един кръг – за ухото на лекаря и за по-добър контакт с тялото на пациента. Любопитен факт е, че той нарича новия уред стетоскоп, от гръцките думи „гръд“ и „гледам“, а не използва думата „слушам“. Може би защото аускултаторните находки на Лаенек са картини, с образи и звук който има свои особености – сила, тембър, продължителност. Например, влажните хрипове при пневмонията според лекаря са шум, напомнящ „пукаща сол в затоплен тас на бавен огън или сух мехур, когато се надува“. В своя трактат за преслушване със слушалка и за белодробните и сърдечните заболявания, ученият дава класическите описания на белодробен оток и белодробен инфаркт.

През 1818 г. Лаенек докладва пред Френската академия по медицина откритието си, но научната общност го посреща хладно. Някои лекари направо отричат метода. Въпреки това аускултацията доказва ефективността си. Медици от цяла Европа присъстват на лекциите, визитациите и прегледите на д-р Рене Лаенек. Името му става един от символите на Парижката медицинска школа. Той е избран за член на Френската академия по медицина. Става професор в Колеж дьо Франс и рицар на Ордена на почетния легион. През април 1826 г., само месеци преди смъртта му, излиза второ, преработено издание на неговия трактат за преслушването. Д-р Рене Лаенек умира на 45 години от туберкулоза – болест, срещу която се бори през целия си живот, а неговият стетоскоп открива път за по-добра диагностика чрез изучаване на звуковите явления в човешкото тяло.

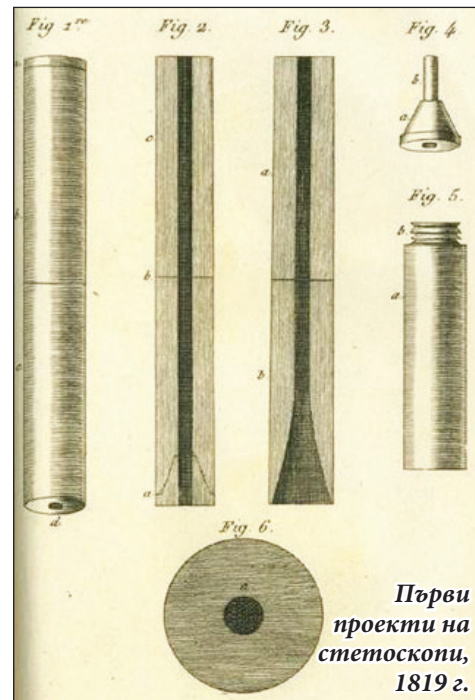


Аускултация

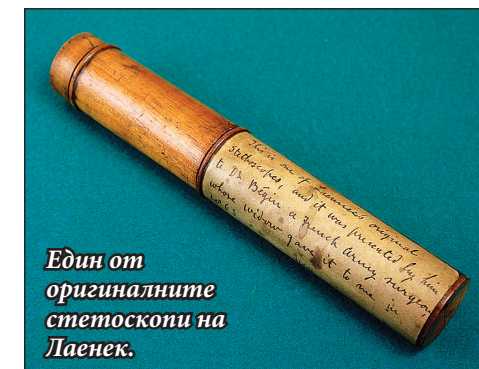
лоза на белия дроб. Макар да е далече от идеята за инфекциозния й характер, Лаенек препоръчва на болните хигиенно-диетичен режим, който е актуален и днес. През 1804 г. защитава докторска теза, озаглавена „Предложения върху доктрината на Хипократ относно практическата медицина“. Този труд посвещава на чичо си Гийом. В своето проучване младият изследовател поставя акцент на предположението, че „Корпус Хипократикум“ е дело на няколко древногръцки автори. Подчертава също, че в учението на школата от Кос прогнозата на болестта е първостепенна. Но според Лаенек най-много внимание трябва да се отдели на диагностиката.

От 1805 г. той е практикуващ лекар в Париж. Като ръководител на медицинската клиника в Де ла Шарите, Лаенек проявява специален интерес към честите и недобре диференцирани заболявания на дихателната система, които са тежък, нерешен проблем в неговата епоха. Акцентиращи върху трудностите при диагностиката им той пише: „Ограничена в рамките на изследването на звук в пълно и празно, перкусията може да се приложи само в определен брой органични увреждания, като допуска объркване при други, различни по своето естество и в основата

другия доближих до ухото си. Бях едновременно учуден и удовлетворен да чуя биещото сърце много по-ясно и отчетливо, отколкото преди с директно преслушване. Веднага осъзнах, че това може да се окаже полезен метод за изучаване не само на сърцето, а и на всички причини,

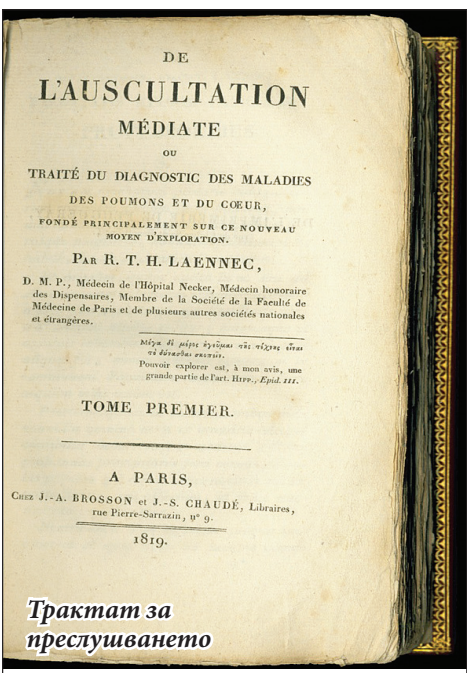


Първи проекти на стетоскопи, 1819 г.



Един от оригиналните стетоскопи на Лаенек.

През 1963 г. проф. Давид Литман – кардиолог в Harvard Medical School, подобрява свойствата на стетоскопа. Появяват се разновидности с повишена чувствителност на мембраните и подобрена гъвкавост на накрайниците, предназначени за преглед на тежко болни, на възрастни с наднормено тегло, на деца. Вече има и електронни модели на лекарската слушалка. Не е изключено усъвършенстването ѝ да продължи в бъдеще, но винаги стетоскопът ще остане свързан с името на своя откривател – д-р Рене Лаенек.



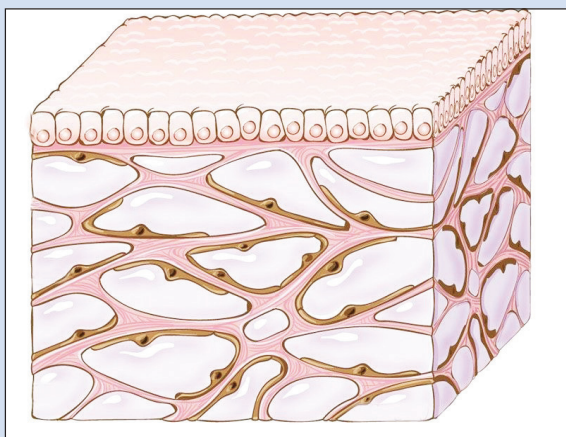
Трактат за преслушването

ОТКРИТ ЛИ Е НАИСТИНА НОВ АНАТОМИЧЕН ОРГАН?

Почетният ректор на МУ – София акад. Владимир Овчаров пояснява: „Медиите съобщиха, че американски учени са открили нов орган – интерстициум, който се намира в различни части на тялото (в кожата, в стената на кухите органи, в мускулите). Според изследователи от САЩ досега е бил подценяван, а ролята му може да се окаже ключова за разпространението на рака. Но във въпросната научна публикация не се споменава за нов орган. Там се описват подробно, при изследване със специален лазерен микроскоп, пространствата около лимфните капиляри, кои-

то и досега са били известни на науката. Това, което е между колагенните снопове, еластичните снопове, това е, което ние познаваме като основна субстанция, а те го наричат интерстициум. То е течено, то е гелоподобна материя.”

Установено е, че в началото на капилярите междуклетъчното вещество е по-течно. Вероятно чрез него раковите клетки навлизат в лимфните капиляри и от там стигат до лимфните възли и така започва метастазиранието. Акад. Овчаров обаче е скептичен, че откритието ще доведе до пробив в борбата с рака.



ГЕНОМОДИФИЦИРАН ВИРУС ЩЕ ПАЗИ ОТ ИНФАРКТ

Вирус, който е в състояние да се използва като превенция на сърдечносъдови инциденти, разработиха американски учени. Екип от Mount Sinai Researchers използва генномодифициран вирус, за да намали с над 25% риска от инфаркт при застрашени пациенти. Изследването е публикувано в Journal of the American College of Cardiology и се смята за революционно, защото представя генна терапия, която може да се прилага при застрашени групи пациенти и да предотвратява сърдечносъдови инциденти.

Според американските учени модифицираният вирус ще е в състояние да се използва при хора, страдащи от сър-

дечна недостатъчност, и да предпазва от усложненията.

Известно е, че при такива пациенти сърцето не е в състояние да изпомпва качествено кръвта. Статистическите данни в САЩ показват, че над 6 милиона американци имат този проблем. Той е и водеща причина за смъртност при пациенти в напреднала възраст.

Екипът от Mount Sinai Researchers е категоричен, че новата терапия ще предлага ефективно лечение при сърдечна недостатъчност. За момента е показала подобрение на състоянието с 25% при сърдечна недостатъчност и с 10% при сърдечна хипертрофия. Иновативното е, че се използва вирус, който се модифицира, за да бъде приложен като

лечение. Надеждите са, че той ще се инжектира на рискови пациенти и ще замени досегашните терапии при сърдечносъдовите проблеми. От следващата година американският екип започва да изпробва метода широко върху хора, като се надява да създаде не

просто метод на лечение, но и тип “ваксина за хора с наследствена обремененост, за да не се стига до развитие на сърдечна недостатъчност. Очаква се, че дори само една инжекция от този тип ваксина ще предотвратява сериозни сърдечно-съдови инциденти.



НЕПОДОЗИРАНИ ЕФЕКТИ НА ВИАГРАТА

Международен екип от учени се натъкнал на изненадващ кандидат за нов онкологичен медикамент – популярното хапче за борба с еректилната дисфункция при мъжете Виагра. Първоначално лекарството е замислено да се бори с ангина, като подобрява кръвообращението и премахва болките в гърдите. По-късно се оказва, че то увеличава притока на кръв и в други части на мъжкото тяло. Според публикация в „escancermedicalscience“ активната съставка на медикамента, известна като инхибитор на фосфодиестераза тип 5 (PDE5), освен това забавя или спира растежа на туморни образувания при лабораторни мишки и пациенти доброволци. Публикацията обобщава резултатите от 25 научни експеримента, според които Виагра вероятно може да помогне при борбата с различни видове злокачествени образувания, като например рак гърдата, белите дробове, панкреаса, дебелото черво и други. В момента текат 11 клинични поучвания, които ще докажат или отхвърлят хипотезата.

Тау-протеинът – главен виновник за болестта на Алцхаймер

Досега се приемаше, че фактори за болестта на Алцхаймер са плаките от β-амилоиден протеин, които се образуват около невроните. Те се натрупват и забавят обработката на информация, като постепенно водят до смърт на клетките. Но изследователи са открили и друг протеин, заподозрян като вероятен виновник за развитието на тази болест. Той се нарича тау-протеин и се локализира извън невроните.

Резултатите от ново изследване, обхващащо 10 пациенти с начални форми на болест на Алцхаймер, по-

казват, че не амилоидните плаки, а натрупванията от тау-протеин в мозъка са тясно свързани със симптомите като загуба на памет и деменция. Въпреки че това доказателство само по себе си не може да реши дебата за причинителя на Алцхаймер, учените се надяват, че тау-протеинът ще провокира нови изследвания. И вероятно основен акцент в бъдещата терапия ще е тау-центрираното лечение. То би могло да доведе до разработването на нови, по-добри диагностични и терапевтични критерии, смятат изследователите.

Домашен тест за онкодиагностика

Японска компания е готова да проведе първия в света експеримент за тест, който да засече наличието на рак чрез проба от урина. Предстои изпробването на този метод с 250 проби, за да се провери дали стайната температура е подходяща за теста. „Ако новият метод намери практическо приложение, ще бъде значително по-лесно за хората да си направят тест за рак, тъй като няма да им се налага да ходят до медицинско заведение“, категорични са учените. Експериментът стартира тази година през април и ще продължи до септември в сътрудничество с Университета в Нагоя. Новият метод е на принципа на тестове за бременност и се очаква със сигурност да диагностицира поне два вида рак. По-рано пък изследване показва, че кръвен тест е дал обещаващи резултати при засичането на 8 различни вида тумори преди те да се метастазирани. Междувременно се установи, че едно от лечението, стимулиращи имунната система, е довело до значително намаляване на смъртните случаи при хора, наскоро диагностицирани с белодробен карцином. При проведените тестове лекарството, приложено успоредно със стандартна химиотерапия, е намалило с 51 процента случаите на смърт.

АГАР АРТ



Когато стане въпрос за изкуство, бактерии не са първото нещо, за което се сещаме, но учени от България показват художествената страна на микробиологичния изследователски подход в изложба от картини, създадени върху агар.

Необичайната палитра е причина началото да носи звучното име „Агар Арт“. Експозицията бе открита през април т.г. и ще бъде изложена до 11 май в Националния природонаучен музей. Представени са 40 художествени образци от микроорганизми.

В България началото на тази необичайна форма на изкуство е поставено през 2016 г., когато, по аналог на Agar Art Contest на Американското общество по микробиология, списание „Българска наука“ и RIDACOM

организируют първия в страната конкурс „Агар Арт“. Ето какво пише редакторът на списанието Росица Ташкова: „Да рисуваш в петри е вдъхновяващо, защото микробите са активна част от творческия процес. Тези произведения не само приличат на живи, те са живи и отнема време да станат видими с просто око, да придобият форма и да разкрият цветовете си. А най-голямото предизвикателство е да гледаш как създадената от теб картина постоянно се променя. И тъй като микробиологичните бои са живи, произведението се развива за ден-два, демонстрира красотата си и след това започва да отмира. Истински микрокръговрат на живота!“

КОМПЮТЪРНИ ИГРИ ПРОМЕНЯТ НЕВРОННИТЕ ВРЪЗКИ В МОЗЪКА

Интерактивна онлайн компютърна игра развива над 40 когнитивни умения при деца с различни неврологични заболявания, съобщават от Европейския център по невронауки. Новата образователна платформа осигурява терапия за децата с аутизъм, дислексия, хиперактивност с дефицит на вниманието и разстройство на слуховата обработка, като им помагат да развият умения, като памет, фокус, концентрация и обработка на информация. Друг модул пък им помага да учат английски език.

Иновативните платформи навлизат за първи път в България и могат да са полезни както за деца, така и за възрастни. Обучението е онлайн базирано и може да се използва по всяко време и от всяка точка на света, където има интернет. Neuro Therapy осигурява терапията, а Neuro English е метод за бързо и ефективно обучение по английски език. И двете прилагат работен модел за промяна на невронните връзки в мозъка. Чрез специфични упражнения се активират неактивни зони в мозъка, като в началото се набляга на чуване и обработване на звуци и фонети, обработка на информацията и подобряване на способността за учене.

Програмите са базирани на науката невропластика. Тя разглежда възможностите за трайна промяна в мозъка по време на живота ни, дори и в зряла възраст чрез изграждане на нови невронни връзки. Поведението, стимули-



те от външната среда, мисълта и емоциите могат също да бъдат причина за мозъчна пластичност, зависима от дейността. Това има значителни последици за здравословното развитие, ученето и възстановяването след увреждане на мозъка, обясняват експертите. В България от общо недоразвитие на езиковата и речева компетентност в предучилищна възраст страдат 6.5% от децата.

Самата система е създадена преди 30 години от четирима професори от университетите Кеймбридж, Рутгърс и Портланд. Повече от 25 години се използва в държави като САЩ, Канада, Австралия, Англия, Германия, Китай, Полша, Чехия, Холандия, Русия. Съответства на ключовите компетентности в Европейската референтна рамка и националните приоритети в образованието и науката.

БЛС организира среща с изкуството на ЛЕКАРИ – МЕЧТАТЕЛИ



Весела Димова (Д-р Томова)

Животът дързостта ни ще отнеме.
Ще я замести с мъдрост и умора.
И някой ден спокойно ще приемем,
че може би напразно сме се борили.
Но съвестта дали ще ни прости,
че като бреме времето си носим,
щом някой се опитвал да лети
към своята мечта с криле от восък...
и изгорял в лъчите ѝ, щастлив,
че диша свободата си отблизо...

Заменям мъдрост срещу оптимизъм.

Това са думи на талантливата българска поетеса Весела Димова, известна в медицинските среди и като д-р Весела Томова, специалист по кардиология. Присъствието ѝ на организираната от БЛС срещата „Футурология в бяло“, заедно поета доц. Сергей Илиев (коремни хирург) и художника-фотограф проф. Георги Байчев (онколог), с писателя Тео Буковски (д-р Анастас Иванов, ОПЛ) и мечтателите акад. Овчаров (анатом, хистолог и ембриолог), проф. Веселин Борисов (социален медик), доц. Петър Цонов (специалист по медицинска информатика) и др. показа, че независимо от бурите в нашия живот, все още са силни оптимизмът и поривът за творчество, надеждата, вярата и любовта на българските лекари. Събитието бе посветено на 7-ми април, който неотдавна премина под надслов „Универсален достъп до здравеопазване“.



Проф. Георги Байчев

„Тазгодишният девиз на Световната здравна организация е призив за хуманност, отзивчивост към чуждата болка и добротворство, без очакване на отплата. Накратко – следвайки го, бихме направили инвестиция в духовността и така бихме имали по-голяма сигурност за бъдещето.“ Това заяви председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев, който откри срещата. Д-р Грозев подчерта, че за постигане на универсално здравеопазване, освен икономическия фактор, съществено условие е етиката в човешките отношения, а тя е свързана с духовността. „Разбира се, постиженията на медицината са невъзможни

без непрекъснато надграждане на знания и опит, без технологичен напредък – допълни председателят. – Но, за да стигнем до реални успехи, са нужни и повече позитивни мисли и мечти. Тази надстройка ни дава изкуството. Особено ценно за съсловието ни е всичко, сътворено от лекари в минути на вдъхновение, когато човек се откъсва от нормалния кръговрат на всекидневието си и сякаш намира себе си, насищайки душата си с най-чисти емоции.“

Вълнуващи думи при откриването произнесе и зам.-председателят на съсловната организация д-р Галинка Павлова, която представи изданието от БЛС сборник с публикации за бъдещето на медицината. Ето част от думите ѝ:

„Не е тайна, че копнежът към красотата, заедно с порива за повече човечност, са присъщи на медиците. Независимо от особеностите на своята професия (контакта с болката, страданието, смъртта), лекарите са съхранили способността си да мечтаят и така да отварят в душата си спасителни пролуки за изход от всекидневието и поглед към висините, за повече духовност и творчески изяви.“

Точно преди година, на страниците на вестник „Quo vadis“ открихме рубриката „Футурологично“ с желание да проведем конкурс на тема: „Как виждам бъдещето на медицинската наука“. Идеята бе надпреварата да започне на 7-ми април 2017-та и да продължи до 7-ми април 2018-та година. В редакцията се получи интересни, смели и твърде различни по идеи и жанр творби. Във всяка от тях са вложени знания, предчувствия и очаквания за бъдещето. Изключително трудно бе да определим победител. Така че взехме решение да наградим всички автори, като публикуваме в малък сборник представите им за утрешния ден на медицината. Нарекохме го „Дори мечтата стига“ по едноименния сборник със стихове на Емили Дикинсън, която през целия си живот нито търси, нито мечтае за слава и дори не допуска, че някой ще се интересува от нейните творби. А те са безсмъртни. Светлината и надеждата на стиховете ѝ открихме и в написаното от лекарите, участвали в нашата рубрика.“

Д-р Павлова благодари за присъствието на всички участници в срещата (сред тях бяха акад. Ангел Гълъбов, акад. Богдан Петрунов, акад. Владимир Овчаров, чл.-кор. Николай Цанков, проф. Веселин Борисов, проф. Цекомир Воде-нимаров, доц. Петър Цонов, известни лекари, журналисти, представители на синдикати и пациентски организации). Към всички зам.-председателят отправи специален поздрав с думите на поетесата-мечтател Емили Дикинсън:

Да се направи прерия е нужно
пчела и детелина.
Пчела и детелина и една мечта голяма.
Дори мечтата само стига,
ако пчели и детелини няма.

Тържеството продължи с връчване на награди и с вълнуващ клип - „Медиците в изкуството“, създаден от проф. Веселин Борисов. Той не рецитира свои стихове на събитието, но по-късно мнозина от присъстващите си спомниха за неговите есета, афоризми и поетични откровения, приканващи към творчество. Нали, поетите съ-



Тео Буковски



Проф. Веселин Борисов

ществуват, за да пробуждат, да съживяват другите, както е казал и самият проф. Борисов:

Будителят

Ти имаш славно призвание
да превъзможаш съня,
да даряваш ясно съзнание
за тревогите на деня.
Събуждай неспирно душите ни
с велики идеи и мечти.
Но помни, че твой дълг на будител е
да си буден самият ти –
...Всеки миг.

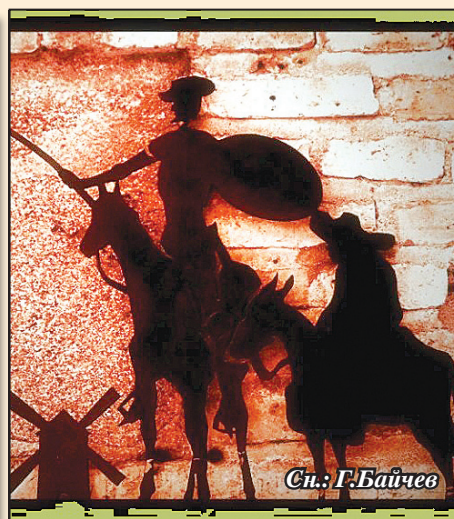
С овации и почитание бяха посрещнати стиховете на доц. Сергей Илиев, който представи поетично промяната в своя поглед към живота, настъпила по трудния лекарски път. За това, че остава верен на древната мъдрост „Per aspera ad astra“ („През търните към звездите“) говорят много от творбите му:

Преди залез

„Пчеля удовлетворение
и средства за насъщия.
Заплащам с нерви,
с кръв и с време,
за да вървя по пътя на надеждата
или присъдата над болния.
Не съдя, просто отстоявам
позицията на лечител.
Решението Господу оставям.
Пред близките заставам
за хули или за Осанна,
но вечерта е само моя.
Тогава с себе си говоря
за смисъла и за цената.“

Останалото е мълчание...“

Весела Димова (кардиологът д-р Томова) взри-ви и разплака аудиторията чрез своето творчество. Ето нейно стихотворение, написано т.г. на



Ст.: Г.Байчев



ДОРИ МЕЧТАТА СТИГА

Сборник с публикации
за бъдещето на медицината



Разпети петък и носещо името на изкупителния ден:

Разпети петък

Тази нощ бе разпнат на кръст...
Но не беше Христос
(по някаква странна случайност
се казваше Христо...)
А пироните бяха
системи, катетри и портове
и към живота
го приковаха неустово...
Бълнуваше... Викаше нещо...
От дясната му страна
окото отдавна за светлото
бе ослепяло...
А в лявото се роди
една страшна сълза,
пропъля по лицето
и се ся на косата му с бялото...
През мъглата
от дормиком и морфин,
изсушени до кръв,
нещо шепнеха старите устни...
„Аз... там... някога... имах син...
Той ме вика сега...
Моля ви... да ме пуснете...“
И тогава разбрах –
на Разпетия петък в нощта,
непростима бе
грешката на съдбата...
На небето, преди да порасне,
бе взела сина,
а на кръста за изкупление
прикован бе бащата...



Доц. Сергей Илиев

Според известния стихоплетец Димитър Стойчев „най-дълго детето живее в поета“ и това е непосилно съчетание. То те прави особен в очите на другите, които са само възрастни. На срещата обаче нямаше възрастни по дух. Мнозина застанаха за снимка с Тео Буковски, известен и търсен писател на съвременна българска криминална литература. Всички изразиха възхищението си от фотосите на проф. Георги Байчев, съпреживявайки вълненията му от необятната красота на света.

Срещата продължи на чаша вино в стила на казаното от поета-романтик Джон Кийтс: „Дайте ми само книги, вино, хубаво време и малко музика“. В края на това събитие присъстващите споделиха надеждата, че то може да е старт за бъдещи творчески изяви. Останаха очакванията за нови контакти с изкуството, за благородни, духовни начинания на българските медици.