

ПЪРВА НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ НА  
ЛЕКАРСКИТЕ АСИСТЕНТИ И  
ФЕЛДШЕРИТЕ



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ  
НА ЛЕКАРСКИТЕ  
АСИСТЕНТИ И  
ФЕЛДШЕРИТЕ

# ТРАДИЦИИТЕ В БЪДЕЩЕТО

14 - 16.11.2025 | СОФИЯ

## СБОРНИК С РЕЗЮМЕТА И ПРЕЗЕНТАЦИИ



## ПРОГРАМА

14 ноември 2025 г.

Конферентна зала  
Комплекс „Царско село“ - хотел и спа  
Околовръстен път 72,  
кв. Драгалевци,  
гр. София

Модератор: гл. ас. Любомир Маринов



14:00 ч. – 14:30 ч.

**РЕГИСТРАЦИЯ**

14:30 ч. – 15:00 ч.

**ОТКРИВАНЕ**

15:00 ч. - 15:45 ч.

**„Ендоваскуларно лечение при аортна дисекация и аневризма“**

доц. д-р Зоран Станков, началник отделение „Инвазивна кардиология“ в Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда

15:45 ч. - 16:00 ч.

**„Abbott i-STAT – бърза и надеждна диагностика до леглото на пациента“**

Булмар МЛ

16:00 ч. – 16:15 ч.

**„Nigo - мултисензорно телемедицинско устройство за подпомагане диагностиката в семейството и медицинските структури“**

Венцислав Величков, Интер Бизнес 91

16:15 ч. – 16:30 ч.

**„Контактната термография, иновативен подход при изследване рака на гърдата наред със съществуващите традиционни методи“**

Светлана Панова, Интер Бизнес 91

16:30 ч. – 17:00 ч.

**„Лекарските асистенти и фелдшерите в новата ера на здравните услуги – от традиционната практика към дигиталната платформа“**

Богомил Богданов и Георги Иванов, Homemade.BG

17:00 ч. - 20:00 ч.

**Свободна програма**

20:00 ч. – 24:00 ч.

**Коктейл „Добре дошли“**

15 ноември 2025 г.

Конферентна зала  
Комплекс „Царско село“- хотел и спа  
Околовръстен път 72,  
кв. Драгалевци,  
гр. София

Модератор: гл. ас. Любомир Маринов



9:30 ч. – 10:00 ч

**„Профилактика и лечение на Ковид-19 и грип с Бромхексин и Колхицин“**

акад. Ваньо Митев, директор на Научно-изследователския институт по иновативна медицинска наука

10:00 ч. – 10:30 ч.

**„Развитие на имунизационния календар на Р България“**

доц. д-р Кунчев, главен държавен здравен инспектор на Р България

10:30 - 11:00

**Кафе - пауза**

11:00 ч. – 11:30 ч.

**„Прходимост и мениджмънт на дихателните пътища“**

д-р Марияна Симеонова, консултант по Анестезиология и реанимация във Великобритания.

11:30 ч. – 12:15 ч.

**„Съвременни аспекти на спешната помощ - предизвикателства и възможни решения“**

проф. д-р Николай Младенов, началник на Клиника по анестезиология и интензивно лечение в Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда

12:15 ч. – 13:30 ч.

**Обяд**

13:30 ч. – 14:15 ч.

**„Мозъчен инсулт - съвременни аспекти“**

доц. д-р Росен Калпачки – началник на Клиниката по нервни болести и ръководител на най-големия специализиран център за лечение на инсулт, УМБАЛ „Св. Анна“

14:15 ч. – 14:30 ч.

**„От теста до доверието – защо лабораторната точност има значение за всяко лечение“**

Ралица Раднева, СМДЛ Кандиларов

14:30 ч. – 15:00 ч.

**„Някои съображения относно лечението на инфекциозните заболявания при децата в амбулаторни условия“**

доц. д-р Атанас Мангъров, началник на Първо детско отделение към СБАЛИПБ “Проф. Ив. Киров“ ЕАД - София

**15 ноември 2025 г.**

Конферентна зала  
Комплекс „Царско село“- хотел и спа  
Околовръстен път 72,  
кв. Драгалевци,  
гр. София

Модератор: гл. ас. Любомир Маринов

**16 ноември 2025 г.**

15:00 – 15:30 ч.

**Кафе - пауза**

15:30 ч. - 16:15 ч.

**„Насилие над медицински специалисти“**

доц. д-р Тони Дончев, психиатър

16:15 ч. - 16:30 ч.

**Мултифункционален телемедицински куфар за  
мобилна диагностика**

Венцислав Величков, Интер Бизнес 91

16:30 ч. - 16:45 ч.

**Sidly - телемедицински гривни и платформа за**

**здравни грижи за хора в домашни условия**

Людмила Зафирова, Интер Бизнес 91

16:45 ч. – 17:15 ч.

**„Съвременни психоактивни вещества“**

проф. д-р Камен Канев – специалист по Вътрешни  
болести и Спешна медицина, токсиколог, пулмолог

17:15 ч. – 20:00 ч.

**Свободна програма**

20:00 ч. – 01:00 ч.

**Гала - вечеря**

09:30 ч. – 10:30 ч.

**ЗАКРИВАНЕ НА КОНФЕРЕНЦИЯТА**



Днешното събитие е израз на нашата зрялост, амбиция и воля да бъдем активна и градивна част от съвременната система на здравеопазването. Защото знаем, че ролята ни е специфична и незаменима, а бъдещето ни е нашата обща мисия! Развитието ни е да работим с по-висок професионален стандарт, с по-добро признание и по-големи възможности за напредък както на всеки от нас, така и на цялата ни гилдия“. С тези думи председателят на УС на БСЛАФ Александър Александров се обърна към всички присъстващи при откриването на Първата национална конференция на лекарските асистенти и фелдшерите „Традициите в бъдещето“, проведена се 14 до 16 ноември в комплекс „Царско село“, гр. София.

„Нашата амбиция е да съхраним опита и да надградим и споделим безценните умения, които сме натрупали през годините. Да повишим знанията си и да усвоим най-новите научни постижения и предизвикателства в медицинската практика, изискващи непрекъснато обучение“, каза още Александров в обръщението си.

Над 200 участници от цялата страна се включиха в първото по рода си обучение на лекарските асистенти/фелдшери, преминало със засилен интерес към лекциите на доц. д-р Зоран Станков, д.м, акад. Ваньо Митев, доц. д-р Ангел Кунчев, д.м., д-р Марияна Симеонова, проф. д-р Николай Младенов, д.м.н., доц. д-р Росен Калпачки, д.м., доц. д-р Атанас Мангъров, д.м. и доц. д-р Тони Дончев, д.м.

Форумът беше уважен и официално открит от управителя на Националната здравноосигурителна каса доц. д-р Петко Стефановски, дм. „Професиите като Вашата са с глобално приложение като успешен финансово рентабилен модел за подготовка на медицински кадри в условията на поскъпващи услуги и ограничени ресурси. Убеден съм, че Вашите професионални дискусии, споделен опит и добрите практики, които ще обсъдите през тези три дни на тази първа по рода си конференция ще имат своя обществен отзвук и социално измерение. И това е още една стъпка към по-успешното развитие на Вашата професия и имплементирането ѝ в цялата система на здравеопазването в България“, заяви доц. Стефановски.



Поздравителни адреси към участниците на конференцията изпратиха председателят на Комисията по здравеопазване на 51-ото Народно събрание на Република България проф. д-р Костадин Ангелов, дм, министърът на здравеопазването доц. д-р Силви Кирилов, дм, директорът на ЦСМП – Пазарджик д-р Борис Манев, председателят Медицинска федерация „Подкрепа“ Росица Палешникова и председателят на БАПФ Лиляна Петрова. Приветствие към всички присъстващи поднесе г-жа Павлина Герина от Алианса на българските акушерки.



**Доц. д-р Зоран Станков** е инвазивен кардиолог и ангиолог с клинична и научна дейност в областта на ендоваскуларните интервенции — включително

ендоваскуларно лечение на аортни дисекции, TAVI/ендоваскуларни процедури и периферни съдови интервенции.

Доц. д-р Зоран Станков е завеждащ на Отделение по инвазивна кардиология в Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Сърдечно-съдов център. Има Придобита специално по кардиология в Медицински Университет-София и Специализация по ангиология в Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ. Защитават образователна и научна степен "доктор" по професионално направление "Медицина" и научна специалност "Кардиология". През януари 2023 г. получава научна степен "доцент".

Автор и съавтор на множество научни публикации и участник в международни конгреси; ръководител на голямо клинично проучване за ендоваскуларно лечение на аортна дисекция

### **„Ендоваскуларно лечение при аортна дисекция и аневризма“**

доц. д-р Зоран Станков

/кратко резюме на презентацията/

Аортната дисекция е смъртоносно заболяване, при което на всеки час умира по един от всеки 100 пациенти, ако не се лекуват. През първите 48 часа умират половината от пациентите с това заболяване. Аортната дисекция е разкъсване на вътрешния слой на аортата, при което между вътрешния и средния слой навлиза кръв и разкъсва аортата изцяло. Основните две усложнения на това заболяване са руптура на аортата, която е смъртоносна, и малперфузионен синдром, при който от разкъсването се засягат големи съдове, кръвоснабдяващи сърцето, мозъка, горните и долните крайници, коремните органи. По този начин се създава стеноза (запушване) на този съд и исхемия в съответната зона, която може да се прояви като инсулт, инфаркт, висцерална исхемия, исхемия на долните крайници.

Причината за тази патология е 100% известна само при пациенти с генетични синдроми, свързани със слабост на съединителната тъкан. Пример за това е синдромът на Марфан. В последните години се говори и за несиндромни генетични предиспозиции – когато има нарушения в даден ген, но липсва системна проява на самото заболяване. За съжаление генетичните предиспозиции се срещат при хора в млада възраст. Когато за тях се знае, че имат висок риск от разкъсване на аортата, критериите за първоначалното лечение са много по-строги за разлика от общата популация. При друга група от

пациенти не е доказано как е настъпила патогенезата. Знае се само, че пациентите с аортна дисекция имат слабост на съединителната тъкан.

Повече от 10 години няма данни за развитие или обновяване на препоръките за лечение на аортна дисекция, въпреки че доста клинични проучвания са направени. Те показват положителни резултати при ендоваскуларно лечение. Д-р Зоран Станков инициира проучване, за да установи доколко ендоваскуларното лечение може да помогне на пациентите с аортна дисекция. Все още ролята на ендоваскуларното лечение не е призната в световните препоръки, които са доста остарели. Последната европейска препоръка е от 2014 г., а американската е отпреди това. И двете са за оперативно лечение. При дисекция тип А, при която се засяга асцендентната (възходящата) аорта се посочва оперативното, кардиохирургично лечение за златен стандарт. Но все още няма ясни критерии за тип Б дисекция (след лявата артерия, която дава оросяване на лявата ръка към нисходящата аорта). В старите препоръки се казва, че при неусложнена дисекция тип Б пациентите трябва да се лекуват медикаментозно. Резултатите от ендоваскуларното лечение на аортни дисекции, проведено в Сърдечно-съдов център, са много по-добри от това да се оставят пациентите на медикаментозна терапия.



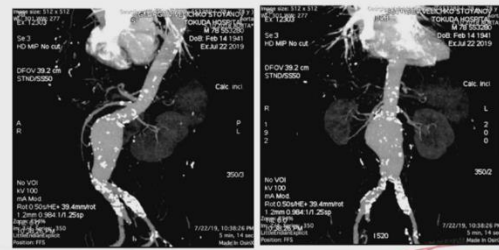
### Chimney EVAR for Endovascular for juxta-renal abdominal aortic aneurysm

Zoran Stankov MD,Phd

ACIBADEM CITY CLINIC  
Cardiovascular center  
Sofia



### Ch-EVAR clinical case



### AAA Repair

#### OPEN

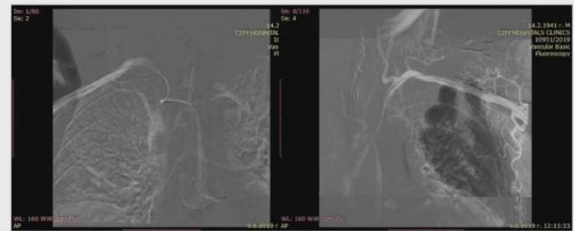
First performed 1951  
• Now involves placement of Dacron or PTFE graft  
• 2-4% operative death rate, 5-10% complication rate

#### ENDOASCULAR

First performed 1991  
• Less invasive, done through femoral vessels  
• Only certain types of AAA can be repaired



### Ch- CHEVAR. Totally percutaneous vascular access Roadmap from brachial to puncture RSA and LSA



### Anatomic Criteria

- Proximal neck length >15mm diameter <28mm
- Tube graft: distal cuff length >10mm diameter <28mm
- Iliac artery diameter >7mm and < 15mm
  - Minimal to moderate tortuosity
- No mural thrombus at attachment sites
  - Minimal calcification
- No associated mesenteric occlusive disease

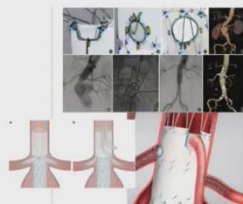


### Ch- CHEVAR. Totally percutaneous vascular access Chimneys and main graft on place. Note angulated view!



### Endovascular options for TAAA and juxtarenal AAA repair

- Chimney/snorkel
- Surgeon-modified
- In-situ fenestration
- Custom fenestrations



### Meta-Analysis of Chimney vs Fenestrated Endovascular Aneurysm Repair for Complex Aortic Aneurysms

Eric Ducaesse, MD; Caroline Caradu, MD; Xavier Berard, MD; Gerard Sassoust, MD; Dominique Mdy, MD  
Department of Vascular Surgery, University of Bordeaux, University Hospital of Bordeaux, Bordeaux, France  
VASCULAR DISEASE MANAGEMENT 2016;13(12):E265-E274

126 patients were included in the CHEVAR group (174 target vessels)  
227 in the FEVAR group (510 target vessels).  
Patients were significantly older in the CHEVAR group (75.8 years  $\pm$  1.9 years vs 72.6 years  $\pm$  1.5 years in the FEVAR group;  $P=$ .02)  
Significantly fewer male patients in the CHEVAR group (108 patients [85.7%] vs 217 [95.6%];  $P=$ .006).  
Mean aneurysm diameter was 65.3 mm  $\pm$  2.5 mm in the CHEVAR group vs 61.8 mm  $\pm$  3.8 mm in the FEVAR group ( $P=$ .18).  
Thirty patients treated by CHEVAR were symptomatic (23.8%, including 4 ruptured aneurysms [3.2%]), while patients treated by FEVAR were always elective.  
A history of prior aortic surgery was reported in 28 patients (22.2%) in the CHEVAR group vs 15 (6.6%) in the FEVAR group ( $P=$ .13).



### Conclusion

- Endovascular treatment of juxtarenalAAA from an alternative method in recent years it's method of choice
- The use of various techniques and devices reduces the dependence of endovascular treatment on the primary parameters for the landing zone
- The use of local anesthesia with light sedation eliminates the need for the patient to stay in intensive care
- The use of closing devices allows the patient to move after the second hour of the procedure
- All these things allow the patient to be discharged the next day after the procedure.



**БУЛМАР** Abbott A Promise for Life i-STAT

## Тестове и комбинации

### Електролити и Хематология

Резултати след 2 минути

Е3+	ЕС4+	6+
03P92-25	03P94-25	03P90-25
Натрий (Na) Калий (K) Хематокрит (Hct) Хемоглобин T (Hgb)	Натрий (Na) Калий (K) Глюкоза (Glu) Хематокрит (Hct) Хемоглобин T (Hgb)	Натрий (Na) Калий (K) Хлорид (Cl) Уреен азот (BUN)/Урея Глюкоза (Glu) Хематокрит (Hct) Хемоглобин T (Hgb)

### Клинична Химия

Резултати след 2 минути

Све	G	СМЕМ*
03P94-25	03P90-25	03P91-25
Креатинин	Глюкоза	Натрий (Na) Калий (K) Хлорид (Cl) Йонизиран калций (Ca) TCO <sub>2</sub> Глюкоза (Glu) Уреен азот (BUN)/Урея Креатинин (Cre) Хематокрит (Hct) Хемоглобин T (Hgb)

**БУЛМАР** Abbott A Promise for Life i-STAT

## Предимства и приложения

- Бързо вземане на решения при критични състояния
- Получавате резултати само с 3 стъпки:
  - Насякете две или три капки кръв в касетката
  - Поставете касетката в устройството
  - Виждале резултатите от теста на екрана на устройството за минути
- Намалява времето за изчакване спрямо централната лаборатория
- Подходящ за използване в:
  - Спешни отделения
  - Операционни зали
  - Интензивни отделения
  - Кабинети, Хосписи
  - Консултации и манипулационни
  - Линейки и полски болници

**БУЛМАР** Abbott A Promise for Life i-STAT

## Тестове и комбинации

### Сърдечни Маркери

Резултати за 10 минути

cTnI	BNP	CK-MB
03P90-25	03P93-25	03P92-25
Troponin I	BNP	CK-MB

### Коагулация

Резултати за 5 минути

PT/INR	Cellte ACT	Kaolin ACT
03P88-24	03P86-25	3P87-25
Протромбиново време	Cellte ACT	Kaolin ACT

**БУЛМАР** i-STAT Abbott A Promise for Life

## Да влезем в бъдещето с опита и традициите, които имаме!

Благодарим за вниманието.



### ++ ПРЕПЯТСТВОТО?! – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВОТО

**ЗАКОН ЗА ТЕЛЕМЕДИЦИНА!!!**

## Higo® - Мултисензорно телемедицинско устройство за подпомагане диагностиката в семейството и медицинските структури

Първа национална конференция на лекарските асистенти и фелдшерите „Традициите в бъдещето“, ноември 14 - ноември 16

**Higo® е комплексно решение в областта на телемедицинското здравеопазване**

Медицински софтуер и оборудване за точен телемедицински преглед и диагностика на базата на алгоритми

### ++ КАКВО Е ТЕЛЕМЕДИЦИНА

Непосредствен и бърз контакт с лекар специалист от разстояние чрез използване на новите технологии- телемедицински устройства за пренос на витални показатели!

### ++ Как работи Higo®?

1. С помощта на устройството Higo се събират медицински данни на пациента, а историята на заболяването се използва в правотоимено.
2. Лекарят получава пълните диагностични данни на пациента и поставя диагностична дистанционно.
3. Пациентът получава диагностична информацията или по друг начин.

### ++ Предизвикателства пред българското здравеопазване и ролята на телемедицината

- Прекалена натовареност на личните лекари, малко лекари, много пациенти, опашки пред кабинетите;
- Недостиг на медицински специалисти;
- Увеличен риск от кръстосано заразяване през зимния сезон, когато повече хора боледуват;
- Населени места без лекар;
- Отдалечени населени места със затруднен достъп на медицински лица и бърза помощ;
- Училища и детски градини- инкубатори на бактерии и вируси;
- Разходи на пациента, отделяне на време, за да отиде при личния лекар- често при леки заболявания, неизискващи спешност;
- Големи болници- недостиг на лекари и нужда от консултации на пациенти от различни специалисти веднага, особен проблем, когато клиниките са на различни места;

### Устройството Higo®

**Устройството Higo® представлява хъб с интегрирани в него 5 сменяеми модула**

- ++ Телемедицински хъб с интегрирани в него 5 модула, който притежава CE сертификата за медицински изделия клас IIa
- ++ Всяко обучено лице може да направи с устройството редовен медицински преглед благодарение на изкуствен интелект
- ++ Алгоритми управляват оператора през целия процес на телемедицинския преглед
- ++ 90% от лекарите оценяват медицинските прегледи, извършени с помощта на Higo®, като отлични

### ++ Ползи от телемедицината

- Спестява време както на лекаря, така и на пациента;
- Възможност за бързо поставяне на диагноза- без нужда от контакт очи в очи;
- Спестява и оптимизира разходите- на пациента и на лекаря;
- Повече прегледани пациенти от страна на лекаря за по- малко време- **8 пъти повече!!!**;
- Минимализира се възможността за кръстосано заразяване на пациентите по опашките на лекарските кабинети;
- Телемедицинските технологии с мисъл за бъдещето- постоянно развитие и оптимизация, без загуба на данни по трасето, всичко се записва!
- Алгоритми на изкуствен интелект в помощ на оператора на прегледа и лекаря;

### Какви видове изследвания могат да бъдат правени?

Температур измерващ, Измерва вълната отсечка на вълната, Вид дроб, Акустичен преглед, Пулс осемка, Сърдце, Акустичен преглед, Кожна, Акустичен преглед, Ухо, Общия преглед (видео), Углово, Общия преглед (видео), Кожна, Общия преглед (снимка).

Видео-анализ дава възможности за дистанционен първичен преглед и събиране на същите медицински данни, които изследва и събира и лекаря при пряка контакт или педиатърът - при посещението на пациента в лекарския кабинет.

++ Higo® регистрира всички необходими медицински данни, нужни за поставяне на дистанционна медицинска диагноза и ги прави достъпни в Лекарския портал.

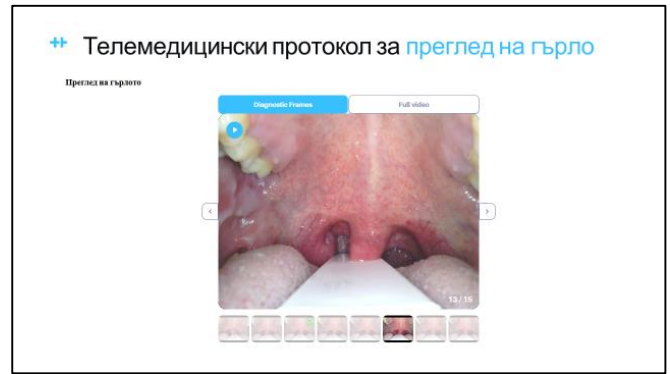
### ТЕЛЕМЕДИЦИНСКО УСТРОЙСТВО NIGO FAMILY - ВАШИЯТ ЛИЧЕН ЛЕКАР У ДОМА



677 | Hango@hango.com

### + Телемедицински протокол за преглед на гърло

Преглед на гърлото



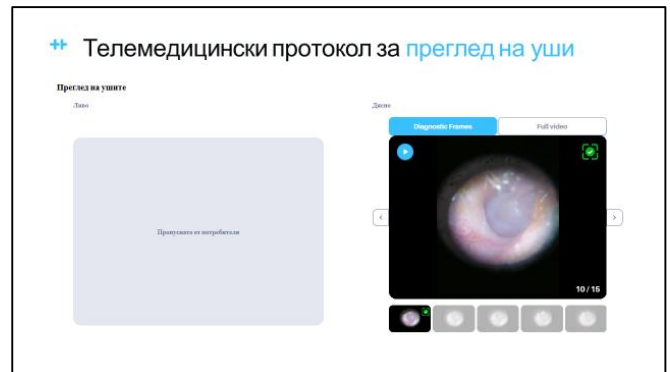
### ТЕЛЕМЕДИЦИНСКО УСТРОЙСТВО NIGO PRO- ЗА ДЕТСКИ ГРАДИНИ, УЧИЛИЩА, БОЛНИЦИ, ДОМОВЕ ЗА СТАРИ ХОРА, ПУНКТОВЕ ЗА МЕД. ПРЕГЛЕДИ В ОТДАЛЕЧЕНИ МЕСТА



677 | Hango@hango.com

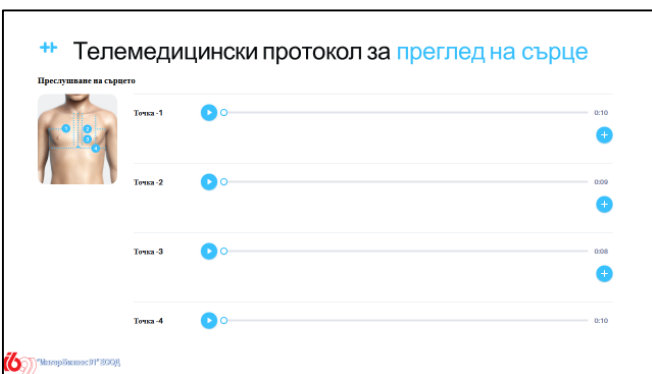
### + Телемедицински протокол за преглед на уши

Преглед на ушите



### + Телемедицински протокол за преглед на сърце

Преслушване на сърцето



677 | Hango@hango.com

### + Higo® по света и у нас

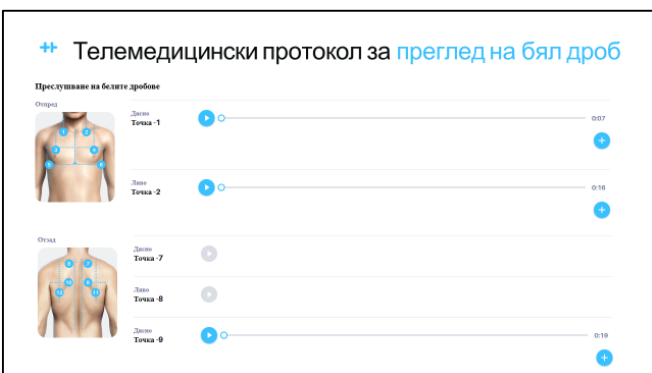
Системата Higo се внедрява вече по целия свят:

- Полша, Италия, Швеция, Англия: домашни посещения от медицинска сестра с Higo, резултати от прегледите се пращат на лекар
- Полша, Румъния, Италия, Испания, ЮАР, България: пунктове за медицински прегледи в аптеки, предприятии, училища, детски градини, старчески домове, отдалечени места без наличие на лекар
- Швеция, Индия, ЮАР: за скрийнинг на населението, резултатите от прегледите се изпращат дистанционно на лекар
- Полша, Румъния, Саудитска Арабия, Германия, България: за домашна употреба, бърза телемедицинска консултация с лекар
- Швеция, Англия: прегледи в болници



### + Телемедицински протокол за преглед на бял дроб

Преслушване на белите дробове

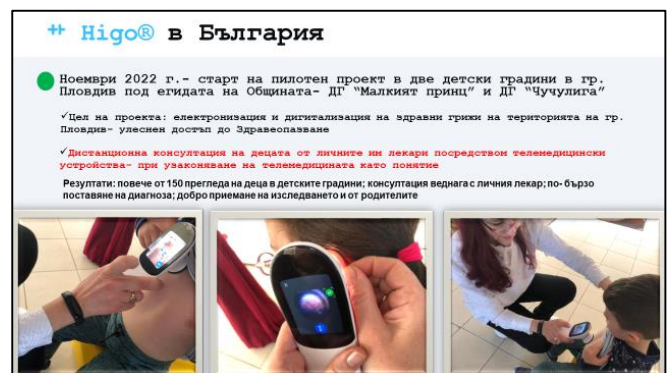


### + Higo® в България

Ноември 2022 г. – старт на пилотен проект в две детски градини в гр. Пловдив под егидата на Общината – ДП "Малкият принц" и ДП "Чучулига"

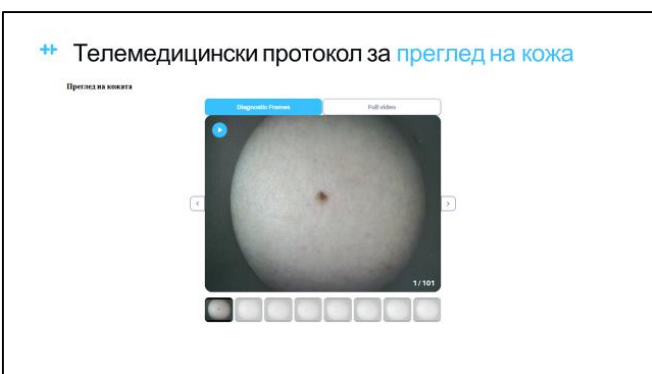
- Цел на проекта: електронизация и дигитализация на здравни грижи на територията на гр. Пловдив – улеснен достъп до Здравеопазване
- Дистанционна консултация на децата от личните им лекари посредством телемедицински устройства – при узаконяване на телемедицинската като понятие

Резултати: повече от 150 прегледа на деца в детските градини; консултация веднага с личния лекар; по-бързо поставяне на диагноза; добро приемане на изследването и от родителите



### + Телемедицински протокол за преглед на кожа

Преглед на кожата



### + Higo® в България

Октомври, 2023 г. – старт на пилотен проект за профилактични телемедицински прегледи под егидата на Община Варна. Проектът се изпълнява в домове за стари хора, детски градини и училища и трябва да бъдат прегледани 600 души.

Отчитане на проекта – 12.12.2023 г.: прегледани 650 пациенти със системата Higo. Съхранение и оценка на цялата медицинска информация.



677 | Hango@hango.com

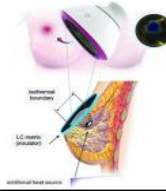


### РАК НА ГЪРДАТА- ГЛОБАЛНАТА ЕПИДЕМИЯ

**ЗАЩО РАКЪТ НА ГЪРДАТА ПРОДЪЛЖАВА ДА БЪДЕ ДИАГНОСТИЦИРАН ТЪВЪРДЕ КЪСНО?**

**МИТ:** Все още съм млада - ракът на гърдата не ме засяга. Жените на **възраст под 50 г.** обикновено не са включени в националните програми за скрининг. Но в същото време те са **по-податливи на по-инвазивни, по-бързо растящи видове рак на гърдата.**

**ФАКТ:** Заболяемостта от рак на гърдата сред младите жени нараства в световен план.



Ракът на гърдата може да удвои размерите си за 80 дни!!!



### Иновативни системи за изследване на гърдата BRASTER®r и BRASTER® PRO



### Съществуващите методи за изследване на рак на гърдата имат своите ограничения

#### Ултразвук

- Чувствителността и специфичността зависят от множество фактори;
- Някои видове рак на гърдата е възможно да останат невидими;
- Затруднения при изследване на едри гърди;

#### Мамография

- Болезнена е и включва облъчване;
- Не е подходяща за плътни гърди: по-ниска точност;
- Затруднения при извършването на прегледи при жени с импланти в гърдите;

#### Палпация

- Много е трудно да се извърши правилно
- Ефективна е единствено при редовно извършване
- Ниска степен на надеждност (подлежащите на палпиране промени са с минимален размер 1cm и обикновено са разположени близо до повърхността на кожата)



#### Октомври е месец на осъзнаване за рака на гърдата.

Заболеваемост от рак на гърдата се увеличава средно с 1.8% годишно.

2015г – 51 108 случая (1 385 / 100 000), новодиагностицирани 3 819 (103 / 100 000)

2016г – 52 055 случая (1 420 / 100 000), новодиагностицирани 3 526 (96 / 100 000)

Смъртност: 1 000 – 1 200 летални случая годишно.

Всяка година в Европа **500 000** жени получават новината, че имат рак на гърдата. И всяка година в Европа **125 000** души, за съжаление, губят живота си от болестта.

**1 от 8 жени** ще бъде диагностицирана с рак на гърдата през живота си.

В България, годишно се регистрират около 3900 нови случая, като смъртността достига 1400 жени

По данни на НЗОК за 2018г 4500 пациентки са новодиагностицирани и оперирани.

По линия на НЗОК, в НРД е регламентирана мамография на млечната жлеза за жените на възраст между 50 и 70 г.



### Ранната диагностика е от ключово значение

✓ При рано диагностициране, ракът на гърдата е почти 100% лечим!!!

### ЛЕКАРИТЕ СА ЕДИНОДУШНИ: МЕТОДИТЕ ТРЯБВА ДА БЪДАТ КОМБИНИРАНИ



### ЕПИДЕМИОЛОГИЯ НА РАКА НА ГЪРДАТА

Има два основни компонента на ранното откриване на рака:

- ❖ Образование за насърчване на ранната диагноза и скрининг.
- ❖ Разпознаването на възможни предупредителни признаци на рака на гърдата и предприемането на бързи действия води до ранна диагноза.

Повишената осведоменост може да има голямо влияние върху болестта.



\* Американско съдружение за рак, Общи данни и цифри за рака, Епидемиология

\*\* Световна здравна организация, Международна агенция за изследване на рака на гърдата, доклад GLOBOCAN 2012

http://globocan.iarc.fr/Pages/fact\_sheets\_cancer.aspx

\*\*\* Susan Greenstein Drel, http://www.breastcancer.org/symptoms/testing/types



### Европейски грантове и сътрудничество



### ЕФЕКТИВНОСТ НА СИСТЕМАТА И ЗАКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЕМПИРИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Чувствителност	81,5%	Специфичност	87%
ППС	71%	ОПС	92,2%

**81,5% чувствителност\*** (95% доверителен интервал [84,1, 92,6])  
**87% специфичност\*** (95% доверителен интервал [79,7, 92,4])  
**71% ППС\*** (95% доверителен интервал [53,2, 85,8])  
**92,2% ОПС\*** (95% доверителен интервал [83,7, 97])

\* Заключение от изследване на Thermo Algory групата жени на възраст под 50 г.

✓ Досега са проведени 4 емпирични изследвания за ефективността на системата Braster с участието на 4700 жени.  
 ✓ В момента тече поредно изследване, което обхваща 3000 жени

**ИНТЕР БИЗНЕСЪИ ЕООД**

### ГРЪДНИ ИМПЛАНТИ- НАЙ- НАДЕЖДНО ИЗСЛЕДВАНЕ С BRASTER PRO

**ВАЖНО!!!**  
 ➤ През 2011 г. FDA излизат със становище, че имплантите в гърдите могат да бъдат канцерогенни!!!  
 ➤ Жените с гърдни импланти могат да правят изследвания със системата Braster Pro, не само за рак на гърдата, а и за следене на самия имплант!!!

**Интересни факти относно гърдните импланти:**  
 ✦ През 1962 г. в САЩ са сложени за първи път гърдни импланти!  
 ✓ 57,9% е дялът на жените с гърдни импланти на възраст между 19 и 34 г.  
 ✓ 32,5% е дялът на жените с гърдни импланти на възраст от 35 до 50 г.  
 ✓ Според ISAPS (International Society of Aesthetic Plastic Surgery) между 2000 г. и 2016 г. операциите за поставяне на импланти в гърдите се увеличават с 37%!!!  
 ✦ През 2016 г. в света са сложени нови гърдни импланти на 1 500 000 жени.  
 -Най- много са в САЩ- 400 000;  
 -Бразилия- 250 000;  
 - Германия- около 60 000;  
 ✦ На глава от населението най- много жени с импланти се падат в:  
 -Бразилия;  
 -Гърция;  
 -Италия;  
 -Колумбия;  
 -САЩ;

**ИНТЕР БИЗНЕСЪИ ЕООД**

### ЕФЕКТИВНОСТ НА СИСТЕМАТА И ЗАКЛЮЧЕНИЯ ОТ ЕМПИРИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Резултатите от проведените изследвания доказват че:

**Установява много малки промени от 3 mm**  
 Комбинацията от Braster и мамография повишава ефикасността до 96%\*  
 Комбинацията от Braster и ехография увеличава с 300% точността на ехографското изследване.

**Ефикасност, независимо от размера на гърдите и структурата на тъканта**

\* Емпирично изследване ThermoCRAC

**ИНТЕР БИЗНЕСЪИ ЕООД**

### ВИДОВЕ РАКОВИ ОБРАЗОВАНИЯ, ДЕТЕКТИРАНИ ПОСРЕДСТВОМ КОНТАКТНА ТЕРМОГРАФИЯ

Системата Braster може да регистрира силно васкуларизирани лезии. Някои от лезиите, които са регистрирани по време на емпирични изследвания включват, но не се изчерпват с:

- Дуктален рак,
- Лобуларен рак,
- Папиларен рак,
- Възпалителен рак,
- Силно васкуларизирани фиброаденоми, пост-възпалителни кисти с васкуларизирана капсула, възпаления на гърдите.

Важно е да се отбележи, че системата Braster не регистрира доброкачествени лезии, които не са васкуларизирани или са слабо васкуларизирани като фиброаденоми с понижена васкуларизация или калцирани фиброаденоми, кисти, дуктална ектазия, липоми и микрокалцификации.

**ИНТЕР БИЗНЕСЪИ ЕООД**

### МЯСТО НА СИСТЕМАТА BRASTER В АЛГОРИТЪМА ЗА ИЗСЛЕДВАНЕ ЗА РАК НА ГРДАТА

**У дома** (Самостоятелно изследване) → **В клинични условия** (Braster Pro, Ултразвук, Мамография, ЯМР)

**ИНТЕР БИЗНЕСЪИ ЕООД**

### КОМПОНЕНТИ НА СИСТЕМАТА

1. Сертифицирано медицинско устройство за извършване на термографско заснемане.
2. Специален акаунт за потребителя на системата, където се съхраняват резултатите от изследванията.
3. Мобилно приложение, което се инсталира на телефон или таблет и чрез него се извършва самото термографско изследване.
4. Телемедицински център, снабден със сертифициран софтуер за автоматичен анализ на постъпилите изследвания. В телемедицинския център работят също така медицински специалисти (специално обучени рентгенолози за разчитане на термографско изследване), които дават допълнително мнение в случай на получен резултат с регистрирана аномалия.

**ИНТЕР БИЗНЕСЪИ ЕООД**

### ПРИЛОЖЕНИЕ НА СИСТЕМАТА BRASTER И ПРЕДИМСТВА

✓ Системата е приложима за скрийнингови програми за изследване за рак на гърдата;  
 ✓ **За изследване на жени под 50 г.- т.е. извън програмите за скрийнинг;**  
 ✓ За изследване на жени със семейна история на рак на гърдата и гени мутации BRCA1 и BRCA2;  
 ✓ За жени, които приемат орални контрацептиви или които са на хормонално-заместителна терапия;  
 ✓ За жени на възраст над 50 г. за контрол на състоянието на гърдите между редовните мамографски прегледи;  
 ✓ Комбинация на изследване със системата Braster с редовен преглед на пациента в лекарски кабинет (при гинеколог, ОПЛ);

**Предимства на системата:**  
 ✓ **Без облъчване!!!**  
 ✓ **Безболезнен метод** на изследване;  
 ✓ **Лесен и бърз**- отнема не повече от 10 минути;  
 ✓ Иновативен метод за всички жени **независимо от възрастта на жената, размера и тъканта на гърдите;**  
 ✓ **Икономична и достъпна система**, която допълва стандарта за лечение (ултразвук, мамография).

**ИНТЕР БИЗНЕСЪИ ЕООД**

### ИЗВЪРШВАНЕ НА ИЗСЛЕДВАНЕ СЪС СИСТЕМАТА BRASTER

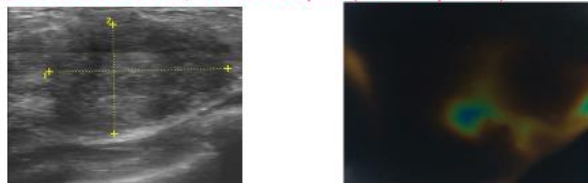
1. Изследването започва със стартиране на приложението на телефон или таблет.
2. Въвеждат се данните на преглежданата пациентка- имена, възраст, размер на гърдите (от размера на гърдите зависи по колко термографски снимки ще бъдат направени на всяка гърда).
3. Следват няколко въвеждащи въпроса, от чиито отговори зависи продължаването на изследването (важно е да се отбележи, че пациентката не трябва да е преминавала лечение за рак на гърдата, не трябва да е бременна или кърмеща и т.н.)
4. След това следва 6- минутен период на аклиматизация- пациентката се съблича, за да се аклиматизира нейната температура с температурата на околната среда, приложението отброява периода на аклиматизация.
5. Избира се подходящата матрица от течни кристали, с която да се направи изследването- следват се инструкциите на приложението.
6. Прави се самото термографско заснемане на гърдите.
7. Резултатите се изпращат към телемедицинския център за разчитане посредством автоматичен анализ или с намесата на квалифициран рентгенолог.

**ИНТЕР БИЗНЕСЪИ ЕООД**

### Как протича Braster изследването:



### КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ, I АГ "Св. София" ("Тина Киркова")



УЗ данни за 17 x 24 mm овална, хипоехогенна лезия, с неравни граници, в долен латерален квадрант на лявата гърда.

Контактна термография – температурна и структурна асиметрия между двете гърди. Структура с локална хипертермия в лява гърда.

	Стойност:	Норм:
Термални асиметрия параметър:	<b>5.00</b>	От -2 до 2
Структура на асиметрия на параметър:	1.68	От -2 до 2
Основните топлинната структура съотношение:	<b>19.84</b>	От -4 до 4
Основната разлика съотношение на повърхността термални структури области:	16953.50	От -20 000 до 20 000

### ПОЛУЧАВАНЕ НА РЕЗУЛТАТ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕ

След завършване на изследването, изпращането на термографските снимки към софтуера за автоматичен анализ, резултатът от изследването след разчитане се получава на акаунта на лекаря. Получаването на резултата се осъществява по два начина:

1. **До пет минути след извършване на изследването**- автоматичният анализ не е регистрирал никакви термални отклонения и системата връща отрицателен резултат.
2. **До 48 часа след изследването:**
  - ✓ Автоматичният анализ е регистрирал някаква аномалия в термалното изображение;
  - ✓ В акаунта на лекаря се изисква допълнителна информация за съответния пациент-адресни данни и др., които лекарят трябва да попълни и изпрати през системата;
  - ✓ Термографските изображения биват прегледани от квалифициран рентгенолог-комбинация от автоматичен анализ и разчитане на резултатите от специалист;
  - ✓ В рамките на 48 часа се връща крайният резултат за даден пациент, който може да бъде положителен или отрицателен.



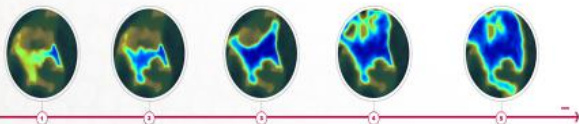
### МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ

Използвани са документален и социологически подход.

Направен е преглед на информацията за принципа на действие на системата, ползваща изкуствен интелект и резултатите от **767 изследвания**, извършени в "ДКЦ 5 Варна - Св. Екатерина" ЕООД в периода януари-май и септември-декември 2019г.

По проблеми на профилактиката са анкетирани **245 жени, участвали в изследването и 63-ма медицински специалисти.**

### СОФТУЕР ЗА АВТОМАТИЧЕН АНАЛИЗ BRASTER AI



Термографските изследвания, получени по време на изследването се анализират от алгоритми, които сравняват изображенията от двете гърди. Интерпретацията се базира на детекция на **структурна и термална асиметрия.**

**Първата стъпка включва оценка на термалния баланс.**

Физиологични структури като напр. кожни гънки биват изключвани от анализа.

- ✓ Недублирани структури;
- ✓ Броят се най-топлите структури за всяка гърда;
- ✓ Разклонени лийни структури се броят като една;

**Втората стъпка е оценка на структурния баланс.**

Ако има наличие на физиологични структури, които са симетрични и за двете гърди, те също биват изключвани от анализа. Най-топлите структури се оценяват поотделно за всяка гърда.

- 1 Термален баланс
- 2 Структурен баланс



### РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОФ. ПРЕГЛЕДИ В ДКЦ

При **12%** се установява асиметрия и пациентките са насочени за допълнително уточняване чрез извършване на ехо- и мамография.

Чрез методите на образна диагностика при **3%** от жените с установена термо-асиметрия, се потвърждава наличието на образуване, изискващо извършване на хистологично биопсично изследване.

На останалите пациентки с термална асиметрия е препоръчано проследяване, чрез контролно изследване след 6 месеца и консултация с гинеколог.

### СОФТУЕР ЗА АВТОМАТИЧЕН АНАЛИЗ BRASTER AI

Какво означават анализираните параметри:

Детайлен анализ от Braster® AI:

	Стойност:	Норма:
Фактор на термална асиметрия	<b>-2,65</b>	от -2,00 до 2,00
Фактор на структурна асиметрия	-1,21	от -2,00 до 2,00
Съотношение на областта на основната терм. структура	<b>-20*</b>	от -4,00 до 4,00
Разлика в съотнош. на областите на осн. терм. структури	-7.413	от -20.000 до 20.000

Стойността, маркирана в **червено** сигнализира за **надвишаване на стандарта** за даден фактор и за **позитивен резултат** от визуалния анализ.

Ако стойността на коефициента е **негативна (-)** това означава, че става въпрос за **дясната гърда.**

Ако стойността на коефициента е **позитивна (+)** това означава, че става въпрос за **лявата гърда.**

\* Стойност със звездичка- коефициентът е бил приет за **незначителен**, базирайки се на визуален анализ- това означава, че въпреки че прекарва нормите, частичният резултат на визуалния анализ е **нулиран** (пренебрегнат в крайния анализ)



### РЕЗУЛТАТИ-АНКЕТА

**11.3%** - извършват ежегодно ехографско изследване, заплащайки сами прегледа;

**46.9%** - не съобщават резултата на своя ОПЛ, а на лекаря по АГ;

**88.2%** не биха извършили изследването, ако трябва да заплащат;

**74.3%** - необходимо е ежегодно провеждане на безплатен скрининг за рак на млечната жлеза;

**56.1%** - предлагат финансирането на профилактиката да е от общините / държавата,

**30.9%** - финансиране от НЗОК.



## КОИ СМЕ НИЕ

В HomeMed.bg участват лекарските асистенти и фелдшерите, които вярват, че грижата има смисъл само когато стигне до човека. Всеки сам избира кога и как да работи.



homemed.bg

## НОМЕД.ВГ

Домашна медицина. Истинска грижа.



## ПРОМЯНАТА ЗАПОЧВА ОТ НАС!

- Досега здравната помощ означаваше едно — човекът да отиде при специалиста.
- Ние обръщаме това правило: специалистът идва при човека.
- HomeMed е общност, която вярва, че грижата не трябва да е услуга, а присъствие и доверие.



homemed.bg

## КАК РАБОТИМ

### МЕДИЦИНСКО ЛИЦЕ

- Специалиста потвърждава закъта, ако не може тя се предлага на друг свободен специалист
- Всичко се случва в дома на пациента



### ПАЦИЕНТ

- Описва нуждата си — кратко и разбираемо.
- Избира специалист и удобен час както и място на посещението.

homemed.bg

## ЗА СПЕЦИАЛИСТИТЕ, КОИТО СЪЗДАВАТ СТОЙНОСТ

Да си полезен е сила. Да живееш от тази полезност — е достойнство. HomeMed помага на всеки специалист да превърне опита и грижата си в реална стойност.



homemed.bg

## ПРОБЛЕМЪТ

Хората чакат. Системата бави.

А Вие, специалистите, имате:

### ВРЕМЕТО ЗНАНИЯТА УМЕНИЕТО ЖЕЛАНИЕТО

но не и мястото, където тези качества да се срещнат с нуждата.

Ние, **ЗАЕДНО**, в **homemed.bg** **СЪЗДАВАМЕ** тази среда.



homemed.bg

## ЗАЩО ДА СЕ ВКЛЮЧИШ

- Ще достигнеш до повече хора, които реално се нуждаят от помощ.
- Ще работиш според своя ритъм и възможности.
- Ще бъдеш част от професионална мрежа, която уважава и цени труда ти.

**БЪДИ ОЦЕНЕН**  
**БЪДИ СПЕЦИАЛЕН**



homemed.bg

## НАШЕТО РЕШЕНИЕ

HomeMed.bg създава общност от медицински специалисти, които предоставят професионална помощ в дома на пациента.

Пациентът описва от какво има нужда, а ние намираме кой може да помогне

- **бързо**
- **спокойно**
- **човешки**



homemed.bg

## НАШЕТО ОБЕЩАНИЕ

### Свързаност

Достигате директно до хора, които имат реална нужда от вашата грижа.

### Свобода

Работите когато и колкото решите — по свой ритъм, без натиск.

### Подкрепа

Винаги има екип и общност зад гърба ви, готови да съдействат и помогнат.

### Стойност

Всеки ваш жест, всяка помощ и всеки ден труд се превръщат в реална стойност — за вас и за пациента.

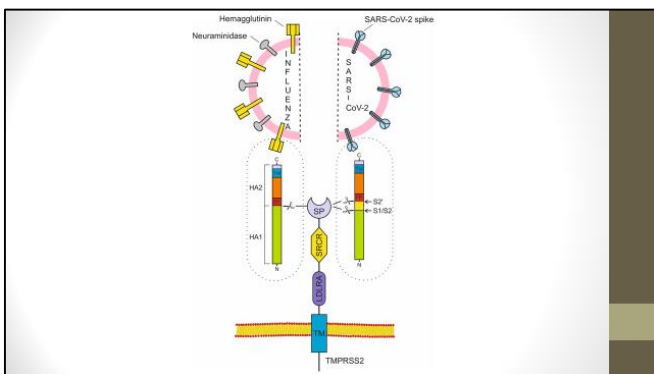
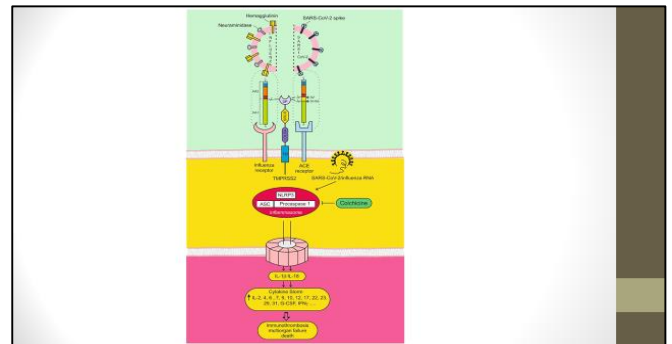
homemed.bg



**Акад. Ваньо Митев** – лекар биохимик, неонатолог. Академик на БАН. Бил е ръководител на Центъра по молекулярна медицина към Медицинския университет в София. Ректор на Медицинския университет в София. Председател на Съвета на ректорите на висшите училища в Република България. Национален консултант по биохимия. Носител на наградата "Учен на годината" за 2006 година. Удостоен е със званието "доктор хонорис кауза" на Медицинския университет в Пловдив и на Лвовския национален медицински университет.

### Профилактика и лечение на КОВИД-19 и грип с Бромхексин и Колхицин

Акад. проф. д-р **ВАНЬО МИТЕВ**, дм, дбн



#### Population

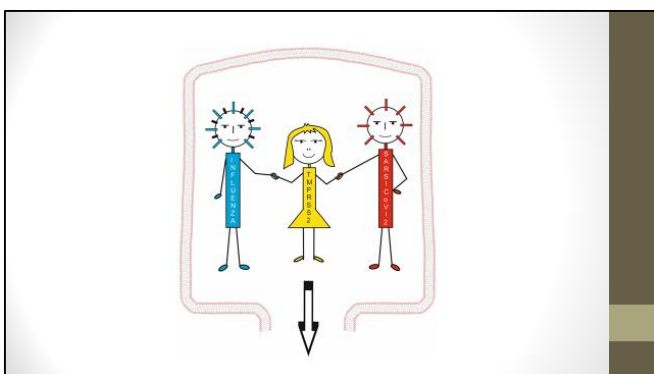
This recommendation applies only to people with these characteristics:

- Non-severe:** Absence of signs of severe or critical disease.
- Severe:** Oxygen saturation <math>SpO\_2</math> on room air.
- Critical:** Requires life-sustaining treatment. Signs of severe respiratory distress syndrome, Sepsis, Septic shock.

#### Interventions

- Strong recommendations in favour:**
  - For those with high level of hospital admission: **Remdesivir**, **Remdesivir**.
  - For those with low level of hospital admission: **Remdesivir**.
- Weak or conditional recommendations in favour:**
  - Remdesivir**.
  - Remdesivir**.
- Strong recommendations against:**
  - Remdesivir**.
  - Remdesivir**.

**UPDATE** **Corticosteroids** **IL-6 receptor blockers** **Baricitinib** **Baricitinib**

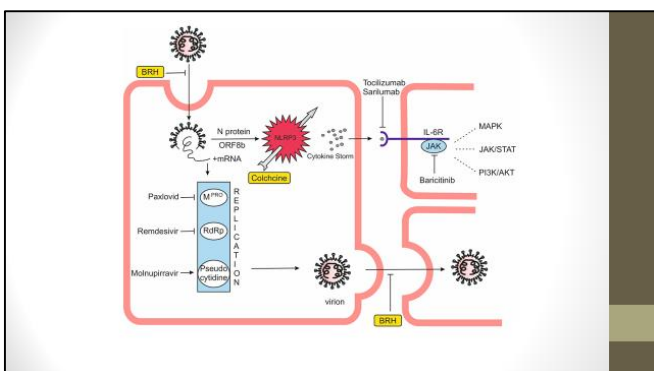


#### Weak or conditional recommendations against:

- Corticosteroids**
- Ruxolitinib and tofacitinib** (Must be considered only if other options are not available)
- Ivermectin** (Only in research settings)
- Fluvoxamine** (Only in research settings)
- Convalescent plasma** (Only in research settings)
- Remdesivir**
- Convalescent plasma**
- Colchicine**

#### Strong recommendations against:

- Hydroxychloroquine**
- Lopinavir-ritonavir**
- Casirivimab and imdevimab**
- Sotrovimab** (UPDATE)



<b>Paxlovid</b>	\$530	липсва
<b>Molnupiravir</b>	\$700	Няма разрешение
<b>Remdesivir</b>	\$2340	валичен
<b>Tocilizumab</b>	\$410.3635	Трудно достъпен
<b>Baricitinib</b>	\$1307	липсва

**Paxlovid: You'd Have Expected More**

2025

Derek Lowe, MD

Ако се разболея отново от коронавирус, ще приема ли Paxlovid?  
Добър въпрос! Не съм виждал доказателства, че курсът на лечение с лекарството вреди, но ако едно лекарство не ви е от полза, тогава инакшна не бива да го приемате изобщо.

**The Rise and Fall of Paxlovid**

2024

Paul E. Sax, MD



John + colchicine + diarrhea



John without colchicine, without diarrhea

Причини за употреба на Колхицин
Колхицинът е достъпно и вискобиджетно лекарство, познато на човечеството от поне 3575 години.
Усложненията от Covid-19 се дължат на цитокинова буря и коагулопатията, генерирана от хиперактивирането на NLRP3-1.
Основният генератор на цитокинова буря са миеоцитните клетки, показващи силна експресия на NLRP3-1.
Колхицинът инхибира NLRP3-1 при митохондриални концентрации.
Колхицинът се натрупва в миеоцитните клетки, достигайки много по-високи концентрации в сравнение с плазмата.
Колхицинът е бил използван във високи дози в миналото за лечение на подагра <b>без</b> антитоксични ефекти, а в дози под 0,1 mg/kg е напълно безопасен.
Колхицинът има антивирусни ефекти.
Колхицинът не е имunosупресор

**ГРИПНА ЕПИДЕМИЯ 2024/2025**

Според данни на 2023 г. от Националния център за заразни и паразитни болести: Болестността от ОРЗ + ГРИП е приблизително **36,15%**.

Брой анализирани анкети 407

Болшинството от пациентите са концентрирани във възрастната група 60 години - 90 години

Пациентите са приемали бромхексин средно около 80.2 дни (76.67 – 83.73 дни). Най-честата продължителност на прием е била 90 дни.

**Болестността от ОРЗ + ГРИП в извадката е 10.6%**

**Нашата стратегия за превенция и лечение на Covid-19 и грип се основава на следните факти:**

1. SARS-CoV-2 и вирусите на грип А и В навлизат в клетката главно чрез TMPRSS2.
2. Бромхексинът инхибира TMPRSS2.
3. Ефектът на BRH е най-добър, когато се приема профилактично, а не след като вирусите вече са навлезли в клетката.
4. След-експозиционната профилактика с BRH също е много ефективна, особено когато се прави чрез инхалация.
5. Усложненията както при грип, така и при COVID-19 се дължат на хиперреакция на NLRP3-1, която причинява цитокинова буря.
6. Колхицинът се натрупва в миеоцитните клетки, което обяснява инхибиращия му ефект върху NLRP3-1 при високи дози.
7. Инхибирането на NLRP3-1 предотвратява цитокинова буря и нормализира нивата на цитокините.
8. Колхицинът има антивирусни ефекти
9. Колхицинът не е имunosупресор
10. По-високи дози колхицин са били използвани в миналото и са напълно безопасни, при условие че се спазват правилата за прилагане на колхицин.

**Обобщение:**

Най-силен предиктор: Броят коморбидности – силно увеличавя шанса за грип с всяка допълнителна коморбидност.

Продължителност на приема: по-дълъг прием е асоцииран с лекомаление на риска (силна ефект, но статистически липсва).

**Възраст: няма убедителен самостоятелен ефект тук.**

Ефективността на BRH силно зависи от времето на приложение. Той е най-ефективен, когато се прилага профилактично, за повече от 1 месец. В резултат на това вероятността от инфекция на COVID-19/грип рязко спада и ако се появи заболяване, то протича леко.

Може да бъде много ефективен, когато се приеме веднъж чрез инхалация за следекспозиционна профилактика.

Когато се появят симптомите, вирусът вече е навлязъл в клетката, но BRH може да ограничи разпространението му. Освен това, BRH може да инхибира репликацията на SARS-CoV-2, може да подпомогне лечебния процес като средство за потискане на кашлицата, отхрачването, мукозитично и противовъзпалително средство, като по този начин намалява оток и дразненето в дихателните пътища. Инхалаторното му прилагане е задължително за максимален ефект.

Времето на приложение на колхицин също е важно, но дозата е решаваща. Само високи дози колхицин биха могли да инхибират NLRP3-1 и да предотвратят цитокиновата буря.

Проучвания върху 795 хоспитализирани пациенти, лекувани с високи дози колхицин, са намалили смъртността от 2 до 7 пъти, пропорционално на увеличаването на дозите.

Лечението с високи дози колхицин на амбулаторни пациенти практически предотвратява хоспитализациите.

Максималните нитоваршни дози, които използваме, до 5 mg колхицин (0,045 mg/kg), са напълно безопасни.

**ФАРМАКОИКОНОМИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА ПРОФИЛАКТИКА НА ГРИП „А“ И „Б“ С БРОМHEXINE ТАБЛЕТКИ**



Проф. Генка Петрова, дфн

**АЛТЕРНАТИВИ**

INN	Профилактичен режим	Цена единична доза в БЛС	Разход за курс
Amoxicillin (гримен вирус тип А)	10 до 42 дни (6 седмици) и лн. доза 2x100 mg (12 до 65 год.) 100 mg (дети 5-9 и над 65 година)	0.18	15.12
Erythromycin (гримен вирус тип А)	2 седмици - възрастни и деца над 10-годишна възраст: 2 таблетки (100 mg) два пъти дневно.	0.797	22.316
Zinc sulfate	10-28 дни (път и 2 инхалации)	6.66	372.96
Oxycodone	дозата за симптоматично приемане веднъж дневно за 10 дни	3.48	34.8
Benzydolol	2 x 1 таблетка 3 седмици в началото на сезона (обет на изследването)	0.225	9.45
Tenatolol инфилта чучице	1 аспр преди сезона	19.66	19.66
Qualidolol инфилта чучице (при чхот, активирани)	1 аспр преди сезона	19.66	19.66

ФАРМАКОЕКОНОМИЧЕСКО ПРОИЗВОДСТВО ПОЛИФАРМАКОВИ ЗАБОЛЯВАНИЯ, КУЛ НСНП

### ДРУГИ РАЗХОДИ

Лекарства	Терапевтичен режим	Единична цена	Общо	Медицински разходи	Цена по НРД	N ресурси	Общо за пациент
Paracetamol 500 mg	3 дни 3 пъти дневно	0.6	5.4	Прегледи при ОПП	50	1	50
Osetamivir	75 мг дневно 3 дни	3.48	10.44	Преглед при специалист	50	1	50
Isoipronosin 500 mg	3 грама дневно 3 дни	0.7	12.6	Хоспитализация	1663.2	1	1663.20
				Дневни доходи	108.33	6	650

ИСТОЧНИК: НОДПЪТ МДН-НСИ

2021

### АНАЛИЗ РАЗХОД-ПОЛЗА

INN	Разходи за профилактика и курс	Здравя на 100 профилактирани	Избегнати медицински разходи на 100 профилактирани	Разлика полз-разходи	Съотношение полз/разходи
Vaccines	1966	56	260817.4	258851.4	131.66
Amantidin (гринен вирус тип А)	1512	61	251820	250308	165.55
Rimantadine (гринен вирус тип А)	2232	72	213396	211164	94.61
Zanamivir	37296	82	156236.4	118940.4	3.19
Osetamivir	3480	84	142264	138784	39.88
Bromhexin	945	89.4	245409.7	244464.7	258.69

22

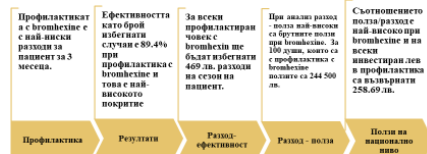
### РЕЗУЛТАТИ

INN	избегнати случаи	заболели на 100	хоспитализации на 100 при 1.6% вероятност
Vaccines	56%	44	0.704
Amantidin (гринен вирус тип А)	61%	39	0.624
Rimantadine (гринен вирус тип А)	72%	28	0.448
Zanamivir	82%	18	0.288
Osetamivir	84%	16	0.256
Bromhexin	89.4%	10.6	0.1696

ИСТОЧНИК: BRIBSON T, GEMCHEL V, DI PETERANTONI C, BIVETTI D. AMANTADINE AND RIMANTADINE FOR INFLUENZA A IN ADULTS. COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS 2006, ISSUE 3. ART. NO. CD001149. DOI: 10.1002/14651958.CD001149.PUB3.  
 ZANAMIVIR. SHORT PRODUCT CHARACTERISTIC.  
 EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. EXPERT OPINION ON NEURAMINIDASE INHIBITORS FOR THE PREVENTION AND TREATMENT OF INFLUENZA: REVIEW OF RESISTANCE SYSTEMS, BENEFITS AND RISK ANALYSIS. SYSTEMIC REVIEW 2010.  
 BRICK A, ARANDA FERRER J, FALGOUTE COGAL JF, ET AL. INFLUENZA VACCINE DUTY-CYCLE: A META-ANALYSIS REVEALING HOMOLOGY BENEFITS AND LOW PROTECTION PREVENTION. EBIO MEDICINE. 2023; 14.  
 WELLS JG, ARANDA FERRER J, FALGOUTE COGAL JF, ET AL. INFLUENZA VACCINE DUTY-CYCLE: A META-ANALYSIS REVEALING HOMOLOGY BENEFITS AND LOW PROTECTION PREVENTION. EBIO MEDICINE. 2023; 14.  
 NEALE AH, TSEI YOUNG, AND YI HONG, DE. REPLY ON BURDEN OF INFLUENZA HOSPITALIZATION AMONG HIGH-RISK GROUPS IN THE UNITED STATES. BMC HEALTH SERVICES RES. 2022; 22(1):134. DOI: 10.1186/s12916-022-02000-7.

20

### ОСНОВНИ ЗАКЛЮЧЕНИЯ



Ако 1 млн. души приемат bromhexine ползта ще бъдат 2 445 000 000 лв.  
 Тези ползи се генерират от спестените разходи от прегледи и хоспитализации.

2004

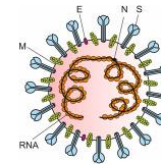
### АНАЛИЗ РАЗХОД-ЕФЕКТИВНОСТ

INN	Разходи на 100 души	Резултати на 100 души	Δ Разходи	Δ Резултати	ICER
Vaccines	1966	56	1966	56	35.11
Amantidin (гринен вирус тип А)	1512	61	-454	5	-90.8
Rimantadine (гринен вирус тип А)	2232	72	720	11	65.45
Zanamivir	37296	82	35064	10	3506.4
Osetamivir	3480	84	-33816	2	-16908
Bromhexin	945	89.4	-2535	5.4	-469.44

SAMPLE FOOTER TEXT

200X

21



Акад. проф. д-р ВАНЪО МИТЕВ, дм, дбн



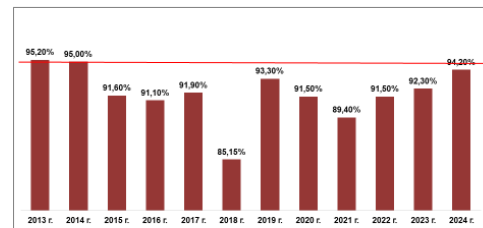
**Доц. д-р Ангел Кунчев** – епидемиолог, главен държавен здравен инспектор на Р България. Повече от двадесет години работи в областта на надзора на заразните болести.

### Национален имунизационен календар

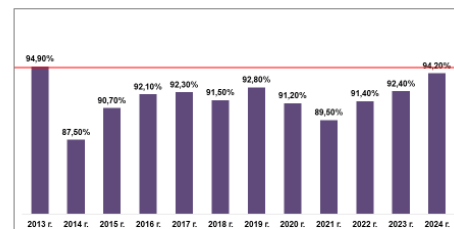
Доц. Ангел Кунчев, Главен държавен здравен инспектор, МЗ

Вид имунизация	Възраст в години и месеци										Възраст в години - конвенционна схема на заболяемостта във възрастта				
	при раждането	от 1 месец	от 6 саптимесечия	от 10 саптимесечия	от 14 месеца	от 18 месеца	от 7-12 месеца	от 13-15 месеца	от 16-18 месеца	6	7	12	17	20+	
туберкулоза (BCG)	x						x							x	
дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, НВ, коклюш B		x	x	x										x	
пневмококсова дифтерия		x	x											x	
варфелна, паротен, рубеола														x	
дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, НВ														x	
дифтерия, тетанус, коклюш														x	
дифтерия, тетанус, коклюш														x	
тетанус, дифтерия														x	

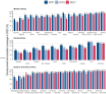
### Обхват (%) с ваксина срещу хепатит Б (3/4 прием)



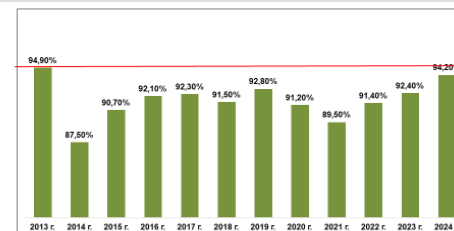
### Обхват (%) с ваксина срещу дифтерия, тетанус и коклюш (3 прием)



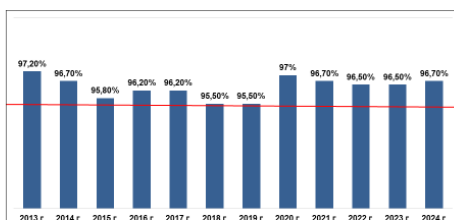
### Резултати



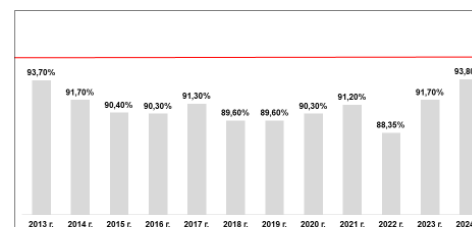
### Обхват (%) с ваксина срещу полиомиелит (3 прием)



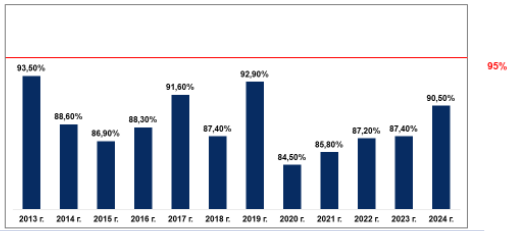
### Обхват (%) с ваксина срещу туберкулоза - новородени



### Обхват (%) с ваксина срещу пневмококи (3/2 прием)



Обхват (%) с ваксина срещу морбили, паротит и рубеола (2 прием)



Имунизационен обхват (в %) с втори прием ваксина срещу морбили, паротит, рубеола, 2024 г.



Къде сме ние?

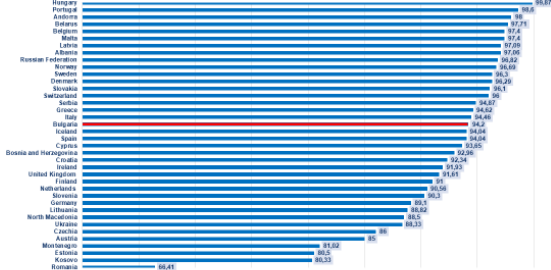


Реимунизации

РЕИМУНИЗАЦИЯ СРЕЩУ	ИМУНИЗАЦИОНЕН ОБХВАТ - 2014-2024г. (%)										
	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.
Туберкулоза - 7 г.	91.60%	89.10%	89.40%	90.00%	89.30%	90.60%	83%	80.30%	86.00%	96.80%	96.10%
дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит, гемофилус инфлуенце - 15 м.	78.00%	64.70%	89.90%	92.70%	87.30%	92.10%	89.00%	77.40%	90.10%	89.40%	92.60%
дифтерия, тетанус, коклюш, полиомиелит - 6 г.	62.00%	49.40%	89.20%	90.80%	89.80%	90.50%	88.10%	84.90%	86.50%	88.20%	92.80%
пневмококи - 12 м.	90.40%	87.10%	89.10%	91.80%	88.50%	87.70%	85.50%	86.40%	87.00%	87.40%	91.00%
дифтерия, тетанус, коклюш - 12 г.	86.50%	87.10%	88.70%	88.70%	85.30%	90.70%	35.70%	88.60%	81.10%	89.10%	91.90%



Имунизационен обхват (в %) срещу дифтерия, тетанус, коклюш (3-ти прием), 2024г.

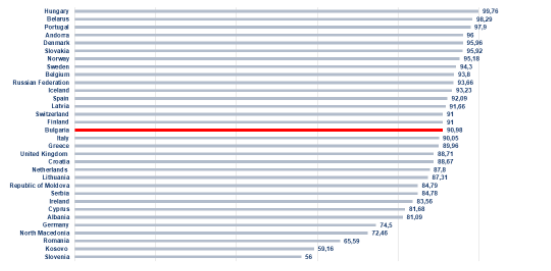


Реимунизации

РЕИМУНИЗАЦИЯ СРЕЩУ	ИМУНИЗАЦИОНЕН ОБХВАТ - 2014-2024г. (%)										
	2014 г.	2015 г.	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	2022 г.	2023 г.	2024 г.
тетанус, дифтерия - 17 г.	83.90%	84.60%	84.40%	86.10%	84.20%	86.30%	77.20%	74.70%	80.30%	80.40%	82.00%
тетанус, дифтерия - 25 г.	54.40%	51.90%	53.10%	56.20%	59.30%	59.60%	42.20%	46.00%	46.90%	44.70%	43.40%
тетанус, дифтерия - 25 г.	59.50%	56.00%	57.60%	58.50%	57.10%	60.20%	43.10%	44.80%	42.70%	42.80%	41.20%
тетанус, дифтерия - 45 г.	61.70%	58.40%	59.60%	60.40%	59.90%	62.40%	45.50%	44.90%	45.90%	45.80%	44.40%
тетанус, дифтерия - 55 г.	64.80%	61.70%	62.10%	63.30%	62.30%	62.10%	49.20%	49.40%	48.00%	47.50%	45.40%
тетанус, дифтерия - 65 г.	58.50%	63.00%	65.80%	66.20%	66.30%	67.70%	52.00%	50.10%	46.20%	51.80%	48.00%
тетанус, дифтерия - 75 г.	59.10%	65.10%	65.70%	66.00%	67.40%	66.60%	52.70%	51.00%	50.90%	50.90%	49.30%
тетанус, дифтерия - на и над 85 г.	51.50%	49.80%	56.70%	56.80%	59.80%	58.30%	24.40%	48.50%	41.00%	46.30%	38.80%



Имунизационен обхват (в %) с 2/3 доза пневмококова ваксина, 2024 г.

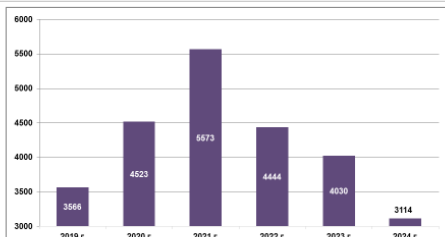


Предизвикателства

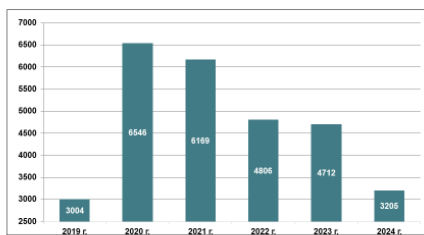
Имунизационен обхват (в %) с първи прием ваксина срещу морбили, паротит, рубеола, 2024 г.



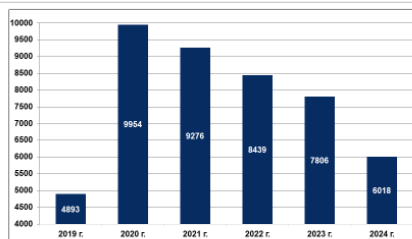
Необхванати деца с трети прием ваксина срещу дифтерия, тетанус и коклюш/полиомиелит



### Необхванати деца с първи прием ваксина срещу морбили, паротит и рубеола



### Необхванати деца с втори прием ваксина срещу морбили, паротит и рубеола



### Причини за необхващане - 2024 г.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ИМУНИЗАЦИИ	медицински причини	отказ	други причини
Срещу ТУБЕРКУЛОЗА			
- новородени	1,87%	0,71%	0,45%
Срещу ДИФТЕРИЯ, ТЕТАНУС, КОКЛУШ и ПОЛИОМИЕЛИТ, ХЕМОФИЛУС ИНФЛУЕНЦЕ ТИПЪ, ХЕПАТИТ Б			
- трети прием	1,48%	0,88%	4,27%
Срещу МОРБИЛИ, ЕПИДЕМИЧЕН ПАРОТИТИ И РУБЕОЛА			
- на 13 месеца	1,27%	0,13%	4,39%
Срещу ПНЕВМОКОКОВИ ИНФЕКЦИИ			
- втори прием	1,87%	0,99%	4,66%



### Причини за необхващане - 2024 г.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ РЕИМУНИЗАЦИИ	медицински причини	отказ	други причини
Срещу ТУБЕРКУЛОЗА (проба Манту)			
- на 7 г.	1,21%	0,14%	8,09%
Срещу ДИФТЕРИЯ, ТЕТАНУС и КОКЛУШ, ПОЛИОМИЕЛИТ			
- на 16 м.	1,90%	0,06%	5,46%
- на 8 г.	1,54%	0,17%	8,93%
Срещу ДИФТЕРИЯ, ТЕТАНУС и КОКЛУШ			
- на 12 г.	1,20%	0,31%	6,54%
Срещу МОРБИЛИ, ПАРОТИТИ И РУБЕОЛА			
- на 12 г.	1,37%	0,29%	7,89%
Срещу ПНЕВМОКОКОВИ ИНФЕКЦИИ			
- на 12 м.	1,86%	0,96%	7,09%



### Причини за необхващане - 2024 г.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ РЕИМУНИЗАЦИИ СРЕЩУ ТЕТАНУС и ДИФТЕРИЯ	медицински причини	отказ	други причини
- на 17 г.	1,29%	0,17%	16,87%
- на 25 г.	1,47%	0,16%	65,00%
- на 35 г.	1,00%	0,19%	67,63%
- на 45 г.	1,00%	0,23%	64,37%
- на 55 г.	1,27%	0,20%	63,18%
- на 65 г.	1,17%	0,22%	60,68%
- на 75 г.	1,63%	0,23%	48,79%
- на и над 85 г.	2,68%	0,22%	68,43%



### Какво предстои?



Вид имунизация	Възраст в седмици и месеци - от												Възраст в години - възможността година на навършване на възрастта					
	природно-данно	1-ия месец	5-ия седмица 2-ия месец	10-та седмица 3-ия месец	15-та седмица 4-ия месец	6-ия месец	7-ия месец	12-ия месец	13-ия месец	14-15-ия месец	18-ия месец	4	6	7	12	17	25+	
Туберкулоза (БЦЖ)	БЦЖ (1)																	
Дифтерия, тетанус, коклюш (ДТК)			ДТК (1)	ДТК (1)	ДТК (1)							ДТК (4)	ДТК (4)	ДТК (4)	ДТК (4)	ДТК (4)	ДТК (4)	
Поллиомиелит (П)		П (1)	П (1)	П (1)	П (1)							П (4)	П (4)	П (4)	П (4)	П (4)	П (4)	
Хемофилюс инфлуенце тип А (ХИ)			ХИ (1)	ХИ (1)	ХИ (1)							ХИ (4)	ХИ (4)	ХИ (4)	ХИ (4)	ХИ (4)	ХИ (4)	
Меруза (вакцина срещу менингит и енцефалит)	Мен. Б (0)	Мен. Б (7)	Мен. Б (6-10)	Мен. Б (8-10)	Мен. Б (8-10)	Мен. Б (7)												
Пневмокок (П)			П (1)	П (1)	П (1)													
МОРБИЛИ, ПАРОТИТИ, РУБЕОЛА (МПР)										МПР							МПР	
Срещу МОРБ.											МОР (12)						МОР (12)	

(12) За лицата родени от 01.01.2025 г., за които няма медицинска документация или лабораторни данни за преболедуване. Ако информацията за преболедуване не е достатъчно сигурна, има приложимостта на пътя за БЦЖ ваксинация.

(13) На подлага на имунизация с втора доза ваксина срещу морбили, родени от 01.01.2025 г., при кого в периода след поставяне на първата доза ваксина срещу варицела възникне заболяване от варицела и са налични медицинска документация или лабораторни данни.



### Защо е необходима задължителна имунизация срещу варицела?

- Световната здравна организация оценява годишното глобално въздействие от варицела на приблизително 140 милиона случая, с 4,2 милиона тежки усложнения, изискващи хоспитализация и 4200 починали.
- Най-честата заразна болест в страната
  - при липсата на профилактика е неконтролируема инфекция – контагиозен индекс над 90%
  - всеки втори/трети случай на заразна болест е Варицела
- Годишно боледуват между 300-500 лица на 100 000 население или между 23 и 38 000 заболели



### Защо е необходима задължителна имунизация срещу варицела?

- Преболедуването от варицела е свързано с:
  - усложнения: хематологични, неврологични, респираторни, кожни, чернодробни, гастроинтестинални, уринарни и костни - пневмония, бронхити, кожни усложнения, коинфекции, сепсис, тромбцитопенична пурпура, менингоенцефалит, церебеларна атаксия, Herpes zoster ophthalmicus при клинично здрави деца, Steven-Johnson syndrome
  - Херпес зостер, водещ до пост-херпетична невралгия, намаляваща качеството на живот



### Защо е необходима задължителна имунизация срещу варицела?

- Икономическо и социално въздействие – отсъствие от работа, отсъствие от детска градина/училище
  - Германия: общите годишни разходи за варицела за прогнозираните 740 000 заболели са изчислени на **78 милиона евро**; за обществото общите годишни разходи са били **187,5 милиона евро**, като 82% от тях са индиректни. Усложненията са представлявали 32% от разходите, като повечето разходи са за лечение и грижа на неусложнени случаи.
  - Канада: На база на приблизителна годишна заболяемост от 344 656 случая на варицела в Канада, общото годишно социално бреме на болестта е оценено на **109,2 милиона долара**, като разходите за лечение възлизат на 11,2 милиона долара.
  - Франция: годишното обществено бреме от варицела сред децата е оценено на **450 милиона евро**, като неиндиректните разходи са представлявали 85%



## Защо е необходима задължителна имунизация срещу варицела?

6. Варицела е проблем за общественото здраве – прелоръча за ваксинация на СЗО

7. Ефективна ваксина с 30-годишна история

- Десетгодишно проследяване след ваксинация, сравняващо 1 спрямо 2 дози, оценява ваксиналната ефективност на 94.4% и 98.3% съответно (p <0.001).

САЩ отчита спад с над 90% (в сравнение с периода преди ваксинацията) в броя на заболяелите, хоспитализациите и смъртността, както и намаляване на интензивността и продължителността на епидемичните взривове.

- В Германия е изчислено, че броят на заболяелите за 5-годишен период е намалял с 86,4%, и с 97,7% при умерени до тежки случаи при деца на възраст 1–7 години. След въвеждане на втора доза ваксина през 2009 г. данните сочат спад в броя на заболяелите с 97,3% при деца от 1 до 4 години до 2014 г.



## Защо е необходима задължителна имунизация срещу варицела?

8. Безопасна ваксина

- за периода от 1995 г. до 2017 г., през който са приложени над 212 милиона дози варицелна моноваксина в света установява намаляване на докладваните нежелани реакции след ваксинация с времето (от около 500 на един милион дози през 1995 г. на около 40 на един милион дози през 2016 г.), а сериозните нежелани реакции съставляват 0,8 на един милион приложени дози. Не са установени нови или необичайни притеснения, свързани с безопасността на ваксината.



## Защо е необходима задължителна имунизация срещу варицела?

8. Безопасна ваксина

- **Най-честите нежелани реакции след ваксинация:** леко уплътняване, зачервяване мястото на инжектиране, обрив (локален или генерализиран) и повишаване на телесната температура над 39°C.

- **Редки усложнения от ваксинален щам:** пневмония, хепатит, менингит при херпес зоoster, повторен херпес зоoster, тежък обрив и вторично предаване. Те се наблюдават предимно при имунокомпрометирани пациенти или такива със други сериозни медицински състояния, които не са били диагностицирани по време на ваксинацията.

- Данните от системата за наблюдение на нежеланите реакции след ваксинация в САЩ показват, че честотата на докладваните нежелани събития е 52,7 на 100 000 дози, а на сериозните нежелани събития – 2,6 на 100 000 дози (при приложени около 48 милиона дози ваксини).

- Данните от наблюдението в Европа на нежеланите реакции след ваксинация (при приложени около 3.3 милиона дози ваксини) показват честота на докладване за всички нежелани събития от 30 на 100 000 дози; 88% от тях са определени като несериозни.



## Национален имунизационен календар

Доц. Ангел Кунчев, Главен държавен здравен инспектор, МЗ





**Д-р Марияна Симеонова** - специалист анестезиолог-реаниматор повече от 20 години. Консултант е по Анестезиология и интензивно лечение във Великобритания. Член е на Royal College of Anaesthetics. Бивш директор на Изпълнителна агенция по трансплантации.

**Прходимост и мениджмънт на дихателните пътища**

Д-р Марияна Симеонова, PhD

**Причини за сърдечен арест**

**6Н**

- 1) **Хипотензия** (Hypotension)
- 2) **Хипоксия** (Hypoxia)
- 3) **Хипотермия** (Hypothermia)
- 4) **Хипогликемия** (Hypoglycemia)
- 5) **(Н<sup>+</sup>)** Ацидоза (Acidosis)
- 6) **Хипокалиемия** (Hypokalemia)

**4Т**

- 1) Сърдечна **Тампонада** (Cardiac Tamponade)
- 2) **Напрегнат пневмоторакс** (Tension pneumothorax)
- 3) **Тромбоемболизъм** (Thromboembolism) - белодробен, коронарен
- 4) **Токсини** (Digoxin, локални анестетици, инсектициди и др.)

**КАРДИО-ПУЛМОНАЛНА РЕСУСЦИТАЦИЯ (КПР)**

КПР е техника за първа помощ при сърдечен арест, която увеличава шанса за преживяване на ареста и за създаване на условия за дефибрилация, когато се налага.

**ВЪНШЕН СЪРДЕЧЕН МАСАЖ** (компресии на гръдния кош)

↑

↓

**ИЗКУСТВЕНО ОБДИШВАНЕ**

за да поддържа пострадалия жив до наличие на **ДЕФИБРИЛАТОР**.

КПР осигурява необходимото време: осигурява оксигенация и церкулация на кръвта за мозъка и сърцето.

**Оценка на пациента**

При колабирал пациент използвайте абривиатурата **DR ABC** за последователни действия за спасяване на пострадалия:

- Danger (Опасност)
- Response (Отговор от пациента)
- Airway (Дихателни пътища)
- Breathing (Дишане)
- Circulation/ Call / CPR (Проверете пулса, Повикайте помощ и Започнете КПР)

**CPR/КПР**

- **C = Cardio (СЪРЦЕ)**
- **P = Pulmonary (БЯЛ ДРОБ)**
- **R = Resuscitation (ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ)**

**КИСЛОРОДЪТ**  
Е НЕОБХОДИМ ЗА СЪЩЕСТВУВАНЕТО НА ВСЯКА КЛЕТКА И СЕ ОСЕГУРЯВА ЧРЕЗ ДИШАНЕ

**D Danger: Оценка за налични опасности**

Проверете за съществуващи опасности и рискове за Вас и другите членове на персонала, както и за пациента: електричество, разляти течности, дим или огън, счупени стъкла и др.

Започнете КПР само ако средата е безопасна за Вас, за да можете да помогнете.

**Кой се нуждае от КПР?**

Пациенти със сърдечен или респираторен арест:

Загуба на съзнание      **Апнея**      Загуба на централен пулс

Кардиални	Екстракардиални
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ИБС (МИ, стенокардия)</li> <li>• Аритмии</li> <li>• Електролитни нарушения</li> <li>• Клапни заболявания</li> <li>• Сърдечна тампонада</li> <li>• Коронарна емболия</li> <li>• Руптура на аортна аневризма</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обструкция на дихателните пътища</li> <li>• Остра респираторна недостатъчност</li> <li>• Шок</li> <li>• Свърхдоза</li> <li>• Емболизъм с различен произход</li> <li>• Отравяне</li> </ul>

**R Response: Отговор от пациента**

Проверете дали пациента отговаря на Вашите стимули (оценка на съзнанието): говорете високо близо до ушите, питайте пострадалия как е, разтърсете леко раменете му.

Ако не получите никакъв отговор, пострадалият е в безсъзнание и това е Спешно състояние!

Не напускайте пациента, но викайте за помощ или използвайте Спешен бутон, ако е наличен – имате нужда от повече хора!

Измерване на кръвно налягане

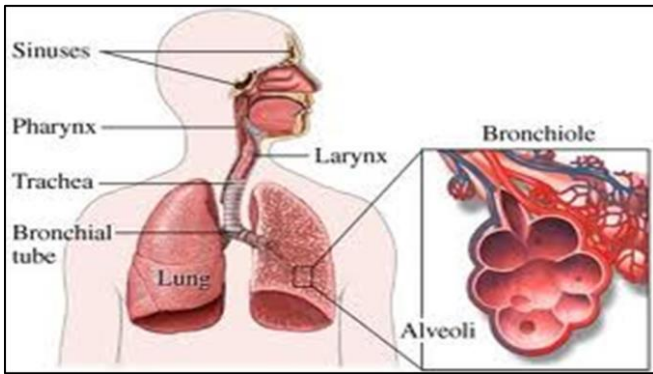
Σ

Измерване на периферен пулс

Σ

Аускултация на сърдечни тонове

**Загуба на време !!!**



### A Airway: Дихателни пътища

При пациент в **безсъзнание** коренът на езика може да падне назад и да блокира дихателните пътища – обструкцията може бързо да доведе до асфиксия и смърт.

За да отворите дихателните пътища на пациент в безсъзнание, използвайте лесни манюври "отвеждане на главата назад и повдигане на брадичката", с което може да спасите живота на пострадалия и да предотвратите сърдечен арест, ако той има респираторен арест:

- **Отвеждане на главата назад:** поставете едната си ръка на челото на пострадалия и отведете главата назад; след това (фиг. 1)
- **Повдигане на брадичката:** с два пръста върху долната челюст, повдигнете брадичката. (фиг.1)
- **Повдигане на долната челюст (фиг. 2):** не прилагайте, ако не сте обучен или има данни за шийна травма
- **Обследване на устната кухина за чуждо тяло:** Използвайте показалеца; само при пациенти в безсъзнание фиг. 3



### B Breathing: Дишане

Осигурили сте проходимост на дихателните пътища с манюврите "отвеждане на главата назад и повдигане на брадичката" – продължавайте да поддържате.

Наведете над пациента така, че бузата Ви да е близо до устата, като едновременно:

Наблюдавайте гръдния кош за движение

Слушайте за шум от дишане

Чувствайте движението на въздуха при спонтанно дишане

не повече от 10 сек

ten seconds



Нерегулярното повърхностно дишане (гаспове) не е нормално дишане, а се нарича агонално дишане и може да се наблюдава при пациенти веднага след сърдечния арест.



Ако пациентът диша нормално, оценете за други животозастрашаващи състояния и при отсъствие на противопоказания, го поставете в странично положение, като продължавате да поддържате отворени дихателните пътища

### A + B:

#### Приспособления за обдишване и проходимост на дихателните пътища

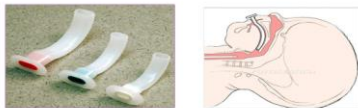
##### 1) Лицева маска

Признаци за добра вентилация: изпотвяване на маската и движение на гръдния кош



Предимства: Лесно, не изисква специални умения  
Недостатъци: Раздуване на стомаха, аспирация.

##### 2) Орофарингеални дивайси:



Предимства: Лесно, не изисква специални умения  
Недостатъци: Не преминава при аспирация.

### A + B

#### Приспособления за обдишване и проходимост на дихателните пътища

##### 3) Супраглотични дивайси:

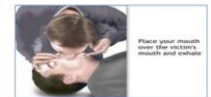
iGel, Ларингеална маска, Ларингеална тръба



4) Ендотрахеална интубация: Изисква специално обучение (анестезиолози и реаниматори)

### B Breathing: Дишане

• Издишан въздух (уста в уста, уста в нос) = **16% O<sub>2</sub>**



• Ambu Bag (без допълнителен O<sub>2</sub>) = **21% O<sub>2</sub>**



• Ambu bag + O<sub>2</sub> (10-15l) = **45% O<sub>2</sub>**

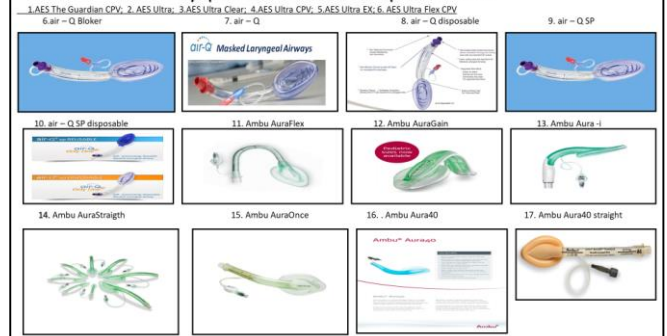
• Ambu Bag + O<sub>2</sub> + Резервоарен балон = **85% O<sub>2</sub>**



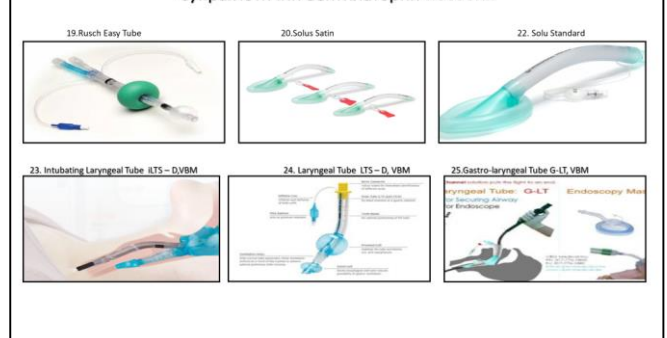
### Еволюция и особености на супраглотичните пособия

Пособие	Материал/материал	Материал на дъвка/сво	Противане от изгаряния	Универс	Възможност за вентилация
cLMA	периларингеално	издувани балон	не	не	не
LMA Unique	периларингеално	издувани балон	не	да	не
LMA Flexible	периларингеално	издувани балон	не	да	не
Intubating LMA	периларингеално	издувани балон	не	да	да
LMA ProSeal	периларингеално	издувани балон	древяни кингал	не	не
LMA Supreme	периларингеално	издувани балон	древяни кингал	да	не
Combitube	В основата на етв	издувани балон	древяни кингал	да	не
King LT	В основата на етв	издувани балон	транспрозрачни балон	да	не
King LTS-II	В основата на етв	издувани балон	транспрозрачни балон	да	не
CobraPLA	периларингеално	издувани балон	нива специфична функция	да	да
SLIPA	В основата на етв	предварително-формана структура	камера за скриване	да	не
i-Gel	периларингеално	предварително-формана структура	древяни кингал	да	да
Banka Mask	периларингеално	класично моделиране	древяни кингал	да	не

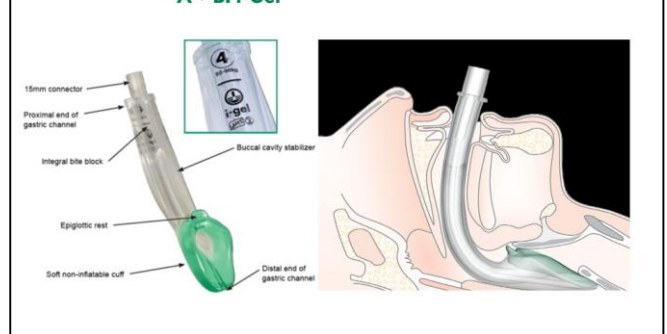
### Супраглотични вентилаторни пособия



### Супраглотични вентилаторни пособия



### A + B: i-Gel





### C: Circulation/Call for Help/CPR

#### Проверете пулса, Повикайте помощ и Започнете КНР

Ако пострадалият не диша (нормално), незабавно повикайте помощ!

Ако сте обучен, проверете пулса на каротидната артерия.

- Започнете сърдечен масаж незабавно при всеки пациент при липса на централен пулс!
- Човешкият мозък се уврежда след липса на циркулация повече от 3 минути.



### КНР: Гръдни компресии (индиректен сърдечен масаж)

повикали помощ, незабавно започнете КНР при пациент в безсъзнание

Първо, направете **30** компресии на гръдния кош с честота **100-120** компресии в минута и дълбочина **5-6** см.

Поставете дланите си върху долната тоета на стевнума. поеплетете пръстите си – започнете компресиите

#### Proper Techniques for Chest Compressions.




Не се облягайте на пациента!  
Поддържайте раменете си над пациента и лактите изпънати и заключени!  
Осигурете пълна декомпресия на гръдния кош след всяка компресия!

### КНР: Обдишване

Изкуствено обдишване при КНР **при неинтубиран пациент**: **2** обдишвания на всеки **30** гръдни компресии. **NB!**

- Поддържайте дихателните пътища отворени чрез мануалните маньоври
- Запушете носа с пръсти, ако прилагате обдишване "уста в уста" или плътно затворете устата при обдишване "уста в нос".
- Обдишване за 1 сек – избягвайте свръх раздуването на белия дроб

Продължете цикъла от 30 компресии/2 вдишвания, докато:

- ✓ дойде помощ и е осигурена **трайна проходимост на дихателните пътища чрез супраглотични приспособления или интубация**: продължете с **10-12** вдишвания/мин., независимо от гръдните компресии, или
- ✓ пациентът започва да се движи.

Ако сте двама човека, сменявайте се на всеки две минути, за да поддържате добро качество на гръдните компресии



### ПРОДЪЛЖЕТЕ КНР


- ▶ Гръдните компресии трябва да продължат 2 минути преди кратко спиране (10сек) за оценка на сърдечния ритъм: 2 мин. = 5 цикъла 30:2).
- ▶ Златни правила:
  - Провеждайте компресии с високо качество: честота, дълбочина, пълна дефлация на гръдния кош
  - Планирайте действията си преди спиране на КНР
  - **Минимализирайте** прекъсването на гръдните компресии
  - **Ранна дефибрилация** при шокос ритъм



### Верига на оцеляване

За повишаване на шанса за оцеляване и минимални последиства от сърдечния арест е от основно значение последователността и навременността на действията, известни като **"Верига на оцеляване"**:

- **Ранно разпознаване** на пациент с риск от или със сърдечен или респираторен арест (възможно е дори предотвратяването му)
- **Ранно започване на КНР** (осигурява време за последващи спасителни мероприятия)
- **Ранна дефибрилация** (рестартиране на сърдечния цикъл)
- **Ранни пост-ресуситационни грижи** и действия (за предотвратяване/намалване на инвалидизиращи поражения и осигуряване на качество на живот)

### БЛАГОДАРЯ ЗА ВНИМАНИЕТО



**Проф. д-р Николай Младенов, дмн** - специалист анестезиолог-реаниматор, началник на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение в Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда. Председател е на Експертния съвет по анестезиология и интензивно лечение към Министерство на здравеопазването. Проф. Младенов е републикански консултант по Анестезиология и реанимация и Национален консултант по Спешна медицина. Зам. - редактор е на списание "Спешна медицина". За доказани професионални лекарски качества е награждаван от Министерство на отбраната и Български лекарски съюз за проявен професионализъм по време на атентата в Сарафово.

### Съвременни аспекти на спешната помощ - предизвикателства и възможни решения

проф. Н.Младенов дмн, КАИЛ, УМБАЛ Токуда



### От общото към частното – характеристика на българското здравеопазване

- българското здравеопазване е раздробено, децентрализирано;
- водещ принцип е да се заплаща отделната услуга, а не за крайния резултат от целия лечебен процес;
- това би могло да се промени ако се засили интегрирането между отделните звена и практики и се плаща пакетно за качество, за постигнат резултат;
- в здравеопазването основната цел към която се стремим е повече здраве, по малко инвалидност и по малко смърт. Синхронно с диагностичния процес тече и информационен такъв, които е в голяма степен дезинтегриран от основния процес, биологичния;
- налична финансова диспропорция в рамките на здравната каса водеща и до такава между отделните специалности;

### Наредби и протоколи

1

### Спешната медицина - същност

**- НЕПРЕДВИДИМОСТ**

**- ВРЕМЕТО Е ОТ ПРИОРИТЕТНО ЗНАЧЕНИЕ – ТАКА НАРЕЧЕНИТЕ ПЛАТИНЕНИ 10 МИНУТИ ИЛИ ЗЛАТНИЯ ЧАС**

### Наредба за утвърждаване на медицински стандарт

1. Цел – какъв лечебни заведения за болнична, със съществуващи структури по спешна помощ да приведат дейността си съгласно Наредбата на медицински стандарт „Спешна помощ“.
2. **Дефиниция, основна цел и задачи на медицинската специалност „Спешна медицина“**;
3. **Елементи на функционално – лечебния процес в обхвата на специалността „Спешна медицина“** – тръжак, медицински контрол, вторична, третична и четвъртичната оценка, ИТР, медицински транспорт, мениджмънт на спешния пациент на място на инцидента/спешен център, документация, мониторингране, дейности свързани с комуникацията;
4. **Характеристики на структурите за оказване болнична медицинска помощ, осъществяващи медицински дейности в обхвата „Спешна медицина“** – ЦСМП, РКЦ, ФСМП, санитарни превозни средства;
5. **Характеристика на структурите за оказване болнична медицинска помощ, осъществяващи медицински дейности в обхвата „Спешна медицина“** – 1. специално отделение профилно/мултипрофилно/специализиран болничен комплекс; 2. организацията на работата се определя от правилника за устройство, дейност и извршен ред на лечебното заведение, на стандарта и с спешния болничен комплекс; 3. нива на компетентност 2 – ро. 3 – то ниво; 4. архитектурно – инфраструктурна среда; 5. организация на пациентния поток; 6. стандартизирана сигнатура, информационен поток и документация; 7. времеви рамки за изпълнение дейността в СО;
6. **Изисквания към персонала** – 1. квалификация, 2. модел на клинични практики; 3. диагностично – терапевтични протоколи;
7. Наредба от 7 април 2016 година за придобиване на квалификация по професия „Парамедик“, като с тази наредба се определя Лъвованото образование изискване за придобиване на квалификация по професия 723030 „Парамедик“ (обучението – разваляно и качествено фелдшери?).

**Включена е част медицинска архитектура, която за е неосъществима.**

### Нови потребности имащи отношение към спешна медицина/интензивното лечение

1. Практикува се от десетилетия, без да бъде ясно дефинирана като отделна специалност.
2. Една от най – младите специалности и същевременно най ранна.
3. Когато времето е от значение старите специалности са безпомощни.
4. Социално значимите заболявания изискват все повече спешна диагностика и поведение.
5. Медицината е все по тесно специализирана в противовес на спешната медицина.
6. Медицинските системи са все по комплексни.
7. Уникална позиция на спешната помощ:
  - като свързващо звено;
  - като килан на системата – гарантиран минимален стандарт на медицинско обслужване и същевременно интерфейс на здравната система и елемент от националната сигурност;
8. Интензивното лечение
  - значителен неоползотворен технически напредък;
  - нова лечебна формула – никой не е безнадежно болен до доказване на противното;
  - отговорна граница на живота;
  - отговорност на димитите на останалите специалности;
  - упражнява позитивен натиск върху състоянието на болничната система;

### ПРОЕКТ

#### ПРОТОКОЛИ ЗА КЛИНИЧНО ПОВЕДЕНИЕ ИЛИ ПРЕБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

- I. обща част – медицински контрол.
- II. протоколи за медицински поведение при възрастни пациенти, ниво ПРЕБОЛНИЧНА ПОМОЩ, РЕСПИРАТОРНА СИСТЕМА.
- III. протоколи за медицински поведение при възрастни пациенти, ниво ПРЕБОЛНИЧНА ПОМОЩ, ЦИРКОЛЦИЯ / ШОК, РЕСПИРАТОРНА СИСТЕМА.
- IV. протоколи за медицински поведение при възрастни пациенти, ниво ПРЕБОЛНИЧНА ПОМОЩ, РЕДИРНА КАРДИОЛОГИЧНА РЕСУРСИТАЦИЯ.
- V. протоколи за медицински поведение при възрастни пациенти, ниво ПРЕБОЛНИЧНА ПОМОЩ.
- VI. протоколи за медицински поведение при педиатрични пациенти, ниво ПРЕБОЛНИЧНА ПОМОЩ, РЕСПИРАТОРНА СИСТЕМА.
- VII. протоколи за медицински поведение при възрастни пациенти, ниво ПРЕБОЛНИЧНА ПОМОЩ, ЦИРКОЛЦИЯ / ШОК, РЕСПИРАТОРНА СИСТЕМА.
- VIII. протоколи за медицински поведение при педиатрични пациенти, ниво ПРЕБОЛНИЧНА ПОМОЩ, РЕДИРНА КАРДИОЛОГИЧНА РЕСУРСИТАЦИЯ.
- IX. протоколи за медицински поведение при педиатрични пациенти, ниво ПРЕБОЛНИЧНА ПОМОЩ.
- X. протоколи за медицинско поведение при педиатрични пациенти, ниво ПРЕБОЛНИЧНА ПОМОЩ, ТРАВМА.
- XI. протоколи за медицинско поведение при възрастните, ниво ПРЕБОЛНИЧНА ПОМОЩ.
- XII. медицински използвани в спешната помощ.
- XIII. педиатрична СИСТЕМА. НА ОЦЕНКА / ДОЗИРАНЕ НА МЕДИКАМЕНТИ МЕДИЦИНСКИ ПОСОБИЯ/ПРОЦЕДУРИ.
- XIV. ОСНОВНИ МЕДИЦИНСКИ ПРОЦЕДУРИ/ПОСОБИЯ В СПЕШНАТА МЕДИЦИНА.
- XV. ТРАВМАТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ / ТРАВМА / СТЪК / ДЪМЪК / СТЪК / ТРАВМАТИЧНИ ПРОЦЕДУРИ И ПРОЦЕДУРИ.
- XVI. МАСОВИ ВЕДЕНИЯ И АВАРИИ – КОНВЕЙСОНАЛЕН ТЕРМОКЪМ (ВЪЗВРАТНА ТРАВМА); ХАРАКТЕРИСТИКА И УПРАВЛЕНИЕ НА МАСОВИ ИНЦИДЕНТИ, НАВОДНЕНИЕ, ПРОМИШЛЕНИ АВАРИИ СВЪРЗАНИ С ОТДЕЛНЕ НА ВИСОКОТОКСИЧНИ ХИМИЧЕСКИ ВЕЩЕСТВА, НЕГЛЕЗОПЪТНИ КАТАСТРОФИ.

**Процес – логистичен процес, при съответната повтаряемост – 112, диагноза, медицина/медцински пособия, мониторинг контрол, медицински контрол/теле медицина, медицинска документация.**



### Спешна медицина – дефиниране на специалността/квалификация

1. Дефиниция на специалността – базирана е на честота прова на определени симптоми, тоест повторемост на състоянията, което създава предпоставка за изграждане на модели за поведение, базирани на системни тренировки.
2. Основни компетенции на спешния лекар:
  - медицински познания и умения;
  - системно базирани основни знания;
  - основни практически умения и процедури;
  - комуникация и между колежата отношения;
  - професионализъм в етично - правните взаимоотношения;
  - организация и планиране;
  - обучение;

### Спешни центрове – архитектурни стандарти подчинени функциите - диагностика/лечение гара разпределителна?

Guidelines  
Inpatient and Outpatient Facilities  
The Facility Guidelines Institute

### Обучение медицински техници (съобразно уменията се определят и правата му, а от там и оборудването с което работи)

EMT-B	EMT-I	EMT-P
320 hours	520 hours	2,800 hours
Функции – шофьор/подпомагач персонал; Коментари: BLS и асистент при ALS; Обучение	Функции – шофьор/подпомагач персонал; Коментари: BLS и асистент при ALS; Обучение	Функции – разпределител на екип/подпомагач персонал на сцене; Коментари: BLS, ALS; Обучение
— специализиран курс: 160 часа; практика в специален център 80 часа; практика в клиника – 80 часа;	— специализиран курс: 100 часа; практика в специален център 100 часа; практика в клиника – 100 часа; заключителна сесия – 40 часа; — право – помощник, етично, правни;	— специализиран курс: 1200 часа; практика в специален център/клиника 1400 часа;

### Добри практики/адекватно подsigуряване, при изнасяне на високите технологии в предни позиции

- транспортни ECMO;
- системи за активна компресия декомпресия;
- клинична лаборатория – Point – of – care system;
- теле медицина;
- хибридни шокви зали – интервенционални клинични решения (емболизация);
- ранна съдова реваскуларизация;
- Broselow Luten System – деца;
- експертни системи;
- FAST ехография – Point – of – care system;
- пособия за проходимост на дихателни пътища/4 спешен център;

### Среда на работа Санитарни автомобили; Санитарна авиация; Спешни отделения;

Point – of – care system mobile B mode, Color dopler

Активна компресия декомпресия, 47% ефективност при ССХ

320 грана АЕВ, кореполни, съдачни насоси, емпозитори... Висока, плоска, квадратна, метална... гъвкава карта в прозрачна на разстояние на хартия.

Parameter	Value
Flow	5-10 L/min
Pressure	100-150 mmHg
Temperature	35-37°C
pH	7.35-7.45
PO2	100-120 mmHg
PO4	1.0-1.5 mmol/L
PO6	1.0-1.5 mmol/L
PO8	1.0-1.5 mmol/L
PO10	1.0-1.5 mmol/L
PO12	1.0-1.5 mmol/L
PO14	1.0-1.5 mmol/L
PO16	1.0-1.5 mmol/L
PO18	1.0-1.5 mmol/L
PO20	1.0-1.5 mmol/L
PO22	1.0-1.5 mmol/L
PO24	1.0-1.5 mmol/L
PO26	1.0-1.5 mmol/L
PO28	1.0-1.5 mmol/L
PO30	1.0-1.5 mmol/L
PO32	1.0-1.5 mmol/L
PO34	1.0-1.5 mmol/L
PO36	1.0-1.5 mmol/L
PO38	1.0-1.5 mmol/L
PO40	1.0-1.5 mmol/L
PO42	1.0-1.5 mmol/L
PO44	1.0-1.5 mmol/L
PO46	1.0-1.5 mmol/L
PO48	1.0-1.5 mmol/L
PO50	1.0-1.5 mmol/L

Parameter	Value
Flow	5-10 L/min
Pressure	100-150 mmHg
Temperature	35-37°C
pH	7.35-7.45
PO2	100-120 mmHg
PO4	1.0-1.5 mmol/L
PO6	1.0-1.5 mmol/L
PO8	1.0-1.5 mmol/L
PO10	1.0-1.5 mmol/L
PO12	1.0-1.5 mmol/L
PO14	1.0-1.5 mmol/L
PO16	1.0-1.5 mmol/L
PO18	1.0-1.5 mmol/L
PO20	1.0-1.5 mmol/L
PO22	1.0-1.5 mmol/L
PO24	1.0-1.5 mmol/L
PO26	1.0-1.5 mmol/L
PO28	1.0-1.5 mmol/L
PO30	1.0-1.5 mmol/L
PO32	1.0-1.5 mmol/L
PO34	1.0-1.5 mmol/L
PO36	1.0-1.5 mmol/L
PO38	1.0-1.5 mmol/L
PO40	1.0-1.5 mmol/L
PO42	1.0-1.5 mmol/L
PO44	1.0-1.5 mmol/L
PO46	1.0-1.5 mmol/L
PO48	1.0-1.5 mmol/L
PO50	1.0-1.5 mmol/L

### Проблеми

- Трансформация;
- Законът свързан с обществените поръчки/парти;
- Липса на експертиза;

### ПОКАЗАНИЯ И УПОТРЕБА

ЕКМО най-общо може да се използва по два начина, имайки предвид широкото му приложение: за улеснение на други процедури (фасцикатор) или като общ и/или специален инструмент за реанимация. Като фасцикатор може да се използва в следните случаи:

- Подкрепа на пациенти с остър миокарден инфаркт (ОМИ) и кардиогенен шок;
- Високоскоростни перкутанни коронарни интервенции (PCI) с или без усложнения по време на процедурата;
- При пациенти с терминална сърдечна недостатъчност, като „мост“ към стратегия за изход („bridge to exit strategy“);
- При пациенти с терминална белодробна недостатъчност, като „мост“ към стратегия за изход („bridge to exit strategy“);
- При пациенти с остър респираторен дистрес синдром (ARDS);
- За отстраняване на възпалителен диоксид при пациенти с хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ);
- За неонатологията – при новородени с ARDS и диафрагмална херния;
- След кардиохирургична операция – при случаите на пациенти със синдром на нисък сърдечен дебит (Low cardiac output syndrome);
- Донорска ситуация – при донори с небяло сърце;
- Други състояния – ОРДС, белодробен емболизъм, удаване, вирусна пневмония, състояние на тежка хипотермия, миокардна травма, нисък токсичен състояние, органична трансплантация, състояние изискващо временна поддръжка;

### Авиомедицински транспорт - същност

- Изграждане на структура обединяваща авионика/медицинска част;
- Процедури по асистирание на авиомедицински транспорт – спешен транспорт/трансплантация?
- Обучение на пилоти, медицински състав, инженерно по поддръжката – авионика и електроника;
- Место на позициониране – хангари, системи за зареждане и поддръжка, позициониране на дежурен персонал;
- Изграждане по стандарт на хеликоптерни площадки – наземни, върху болници и надземни;
- Избор на машини със съответното оборудване съобразно мисията на хеликоптера – трансформация на машината (Eucorset, Leonardo)/сертифицирани фирми за медицинско оборудване;
- Техническа спецификация – в съответствие с летателните носове тежки самолети, които ще доведат до изваждане на машината от работен цикъл (хълбо, обществени поръчки, абонамент);

LIFELIGHT OF MAINE  
Critical Care Transport Team Guidelines Version: 3.6

Standards for helicopter landing areas at hospitals CAP 1264

### Критерий – включващи/изключващи

- Първоначално регистриран ритъм - V fib/V tach;
- Възраст 18 – 75 години;
- Няма пълен документ за DNR;
- Транспортно време < 30 мин;
- Време от обаждането на 112 до приемането в коронарографската зала < 90 мин;
- Използване на Lucas системата;
- Лактат < 10;
- РаО<sub>2</sub> > 50 mmHg
- SaO<sub>2</sub> > 85%
- Противопоказания за провеждане на механична КТР например скоростна торакотомия;
- Бременност;
- Терминално заболяване;
- Деменция;
- Възражение на семейството или полагащата грижи;
- ЕКМО екипи – кардиолог интервенционалист, реаниматор, спешен медик, перфузионист, сестра, ефективно време 30 минути, оборудван реанимобил;

### ПОТЕНЦИАЛНИ ПОЛЗИ ОТ ИЗГРАЖДАНЕТО НА ЕКМО МРЕЖА В БЪЛГАРИЯ

- 3% от пациентите с остър миокарден инфаркт завършват с кардиогенен шок, като ги правят кандидат за ЕКМО. По данни на Националния център за остри коронарни заболявания (НЦОЗ) общият брой случаи на остри инфаркти на миокарда за 2017 г. е 11 375. Това означава, че 2% от тях са кандидатствали ЕКМО потенциални пациенти.
- 10% от пациентите с терминална сърдечна недостатъчност са кандидати за допълнителна поддръжка, което обикновено означава ЕКМО. Тук трябва да се има предвид, че в дългосрочен план възможност за възстановяване при тези пациенти не съществува и ЕКМО е възможност само за тези, при който е възможна стратегия за изход – трансплантация или имплантация на устройството за циркулаторна поддръжка (VAD). Върхове това, минимално очакван процент е 1% от всички пациенти с терминална сърдечна недостатъчност. Тежният брой по данни от НЦОЗ е около 21 000, което означава, че 1% е около 210 потенциални пациенти.
- Обикновено около 10% от пациентите с ARDS не могат да бъдат третирани конвенционално и те са също кандидати за ЕКМО. Тук като липсват официални данни за пациентите с ARDS синдром в България, може да се очаква, че потенциалните пациенти тук са не по-малко от 300 души годишно.
- Горното е да се прогнозира за част от пациентите в общите отделения за интензивна грижа (ОИИГ, КИИГ) са кандидатствали за ЕКМО, още повече, че част от тях вероятно са кандидатствали с обикновено достъпни случаи (ОМН, ARDS) и др. 1. Броят на случаите на „обща реанимация“ зависи значително и от нивото на знания на медицинския персонал и нивото на технологично оборудване в болниците. Реално е да се очакват около 100-150 потенциални пациенти в цялата страна.
- При PCI (percutaneous coronary intervention) с повишен риск също може да се очакват около 100 пациента годишно в цялата страна.
- Обичайно, случаите на LCOS (Low cardiac output state) след сърдечна операция са около 1-2%. Ако приемем, че годишно в България се правят минимум 4 000 сърдечни операции, това означава минимум около 400 потенциални пациенти.
- Така направените изчисления сочат, че дори при най-консервативни оценки, потенциалният брой пациенти за ЕКМО е в рамките на 1000 – 1500 души годишно.

### Основните изводи и заключения на база извършения анализ са следните:

- съществува реална възможност за създаване на ЕКМО мрежа в България;
- клиничните резултати, въз основа на наличните данни и въз основа на много консервативна оценка, ще се изразяват в около 1000 пациента годишно, като 50% от тях или около 500 души ще бъдат спасени;
- Основните препоръки на база извършения анализ са следните:
- препоръчително е мрежата да стартира в регионите с вече съществуващи ЕКМО центрове, т.к. тяхното териториално разпределение е добро;
- най-подходящите градове, в които да бъдат изградени болнично-къмове са София (общо 5 бр. – 2 за веновенозно и 3 за веноартериално ЕКМО), Пловдив (1 бр.) и Варна (1 бр.). Подходящи градове, за изграждане на болнично-центрове за ЕКМО са Бургас (1 бр.) и Плевен (1 бр.);
- всяка болнично-към трябва да разполага с минимум две преносими и една стационарна система за ЕКМО. Всяка болнично-център за ЕКМО трябва да разполага с минимум една преносима и една стационарна система за ЕКМО. Общо за страната това означава седем стационарни и 18 преносими системи за ЕКМО.

Високи места	Общонационално	ОМН	ТСН	ОМН + ТСН	ТСН в ШИ
София	1 317 822	2 443	4 318	323	452
Пловдив	613 313	3 141	1 844	54	297
Бургас	412 484	1 980	1 197	33	129
Варна	472 614	756	1 371	38	137
Левски	248 118	397	209	72	72
Пазарджик	200 814	417	756	21	76
Сливница	321 371	214	832	36	89
Видин	219 222	497	368	25	96
Бяла	242 219	188	191	19	70
Търговище	48 997	18	142	4	14
Враца	148 127	279	489	13	49
Свиштов	189 718	294	270	15	55
Албано	61 251	89	179	5	18
Видин	41 887	142	238	1	26
Табрико	112 234	189	326	8	33
Гевгелия	38 497	48	81	2	8
Димитровград	49 061	78	142	4	14
Добрич	178 416	286	517	14	52
Кюстендил	101 827	161	291	8	30
Кърджали	78 385	125	227	6	23
Кюприя	150 817	241	437	12	44
Кюприя	122 453	197	328	10	36
Левски	18 149	28	53	1	5
Ловеч	139 222	207	373	10	38
Мездра	18 427	31	54	2	6
Момбеля	134 489	215	391	11	39
Пазарджик	21 264	35	63	2	6
Плевен	21 493	37	67	2	7
Плочица	123 779	198	359	10	36
Поморие	18 136	28	53	1	5

Високи места	Общонационално	ОМН	ТСН	ОМН + ТСН	ТСН в ШИ
Пиротско	65 006	101	183	5	18
Рупча	119 402	183	333	9	34
Рибар	25 122	85	153	4	15
Руч	221 489	158	414	18	63
Санданско	88 482	65	117	3	12
Санданско	38 113	42	83	3	12
Санданско	48 051	77	139	4	14
Санданско	37 781	69	130	3	11
Санданско	18 998	52	99	3	10
Санданско	111 977	179	323	9	33
Санданско	189 425	172	337	9	32
Темско	25 828	41	74	2	7
Трънско	111 064	182	330	9	33
Урзарево	10 717	27	54	3	10
Урзарево	228 423	372	677	19	68
Урзарево	174 478	279	536	14	51
Урзарево	122 276	196	323	10	36

ОМН – остър миокарден инфаркт;  
 ТСН – терминална сърдечна недостатъчност;  
 ОМН + ТСН – остър миокарден инфаркт с кардиогенен шок;  
 ТСН в ШИ – терминална сърдечна недостатъчност, възможна за перфулаторна поддръжка;

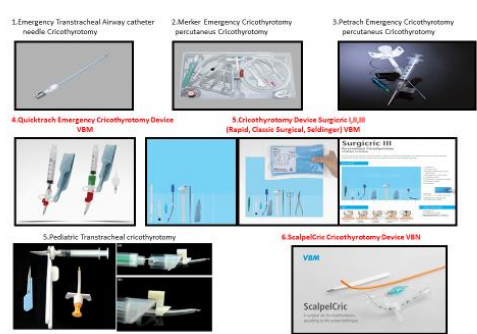
### Видео ларингоскопи



### Ретроградна интубация/маски за вентилация и назална оксигенация/транстрахеална джет вентилация



### Средства за осъществяване на крикотиромия

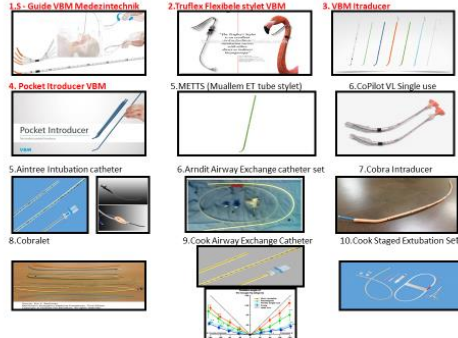


### Съвременни средства прилагани в хода на осигуряване на дихателните пътища

- Водачи използвани за въвеждане на ендотрахеални пособия
  - Светещи стилети
  - Стилети с оптична визуализация
  - Видеоларингоскопи
  - Индиректни ригидни фиброоптични ларингоскопи
  - Супраглотични вентилаторни пособия
  - Специални техники
- интубация при буден пациент посредством средства опосредствани прилагането на техниките за проходимост на дихателните пътища
  - флексибелна фиброоптична интубация
  - ретроградна интубация
  - транстрахеална джет вентилация
  - крикотиромия
  - трахеостомия

### Проблемна интубация - решения

### Водачи използвани за въвеждане на ендотрахеални пособия





**ВАЛИДАЦИЯ НА МОДЕЛА**  
Горни Лом, октомври 2014 г. (чрез създадения софтуер)

Съгласно постановление №60/06.11.2014 на одиец-разследвателя Андрей Цветанов

Нов елемент в ситуативно – техническа експертиза

Свързан с динамична конструктивна оценка на сградата, подложена на въздействие на взривна вълна.



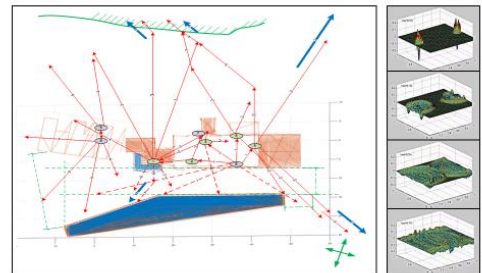
Разработката използва математическо моделиране

**Експертни системи/експертни системи;**

1. Трансфер на информация от една платформа към друга;
2. Събиране на информацията, нейната обработка, анализирание и оптимизиране на решенията в спешната медицина посредством периодични трендови преосцени (**база човешки фактор**);
3. **Самобучаваща система**, позволяваща във времето за оптимизиране на вземаните решения (медицински контрол, експертни системи изкуствен интелект);
4. Компоненти – система регистрираща конкретно състояние – мрежа **(покривител)** – приемаща система, обработваща и **даваща решения**;
5. Какви са текущите инициативи? **(а ние все още нямаме електронно досие)**
  - Приложение на изкуствен интелект в поддрепта на вземането на решения при спешни повиквания и спешна помощ;
  - Видео консултации с граждани в поддрепта на ранната диагностика и лечение в домашни условия;
  - Дигитална оценка и сортиране, поддрепта от комуникация с граждани чрез използване на интернет;
  - Използване на данни и нови технологии за насърчване на използването на AED в случай на сърдечен арест;
  - Тестове на място в дробнични условия, позволяващи ранна диагностика и лечение (**медицинско състояние на то модел инсульта**);
  - Използването на практикуващи параметрици или параметрици в общността за предоставяне на грижи за пациенти в местните общности;
  - Проучване потенциала на дронове (например предаване на видео на живо до диспечерските центрове) при аварии, операции за издирване, спасяване или други големи инциденти;



Решаване на задачата за синхронизирани взривове, при достигната степен на достоверност 95 - 98%



решение - векторно поле на комбинация взрив

взаимодействие между два взрива



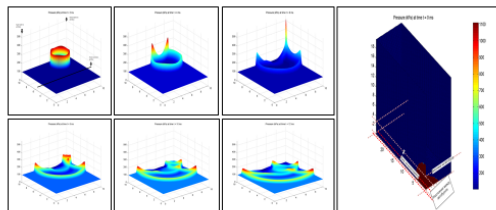
**АСКОД**



*Преди светът се управляваше от умните.  
И това беше много жестоко, защото умните  
принуждаваха простите да учат.  
Сега светът се управлява от простите.  
И това е честно защото те доминират.  
Сега простите принуждават умните да говорят така, че  
да е разбираемо за простите и ако простия не е разбрал  
нещо, то това е проблем за умния.  
Преди страдаха простите, сега страдат умните.  
Но страданията станаха по – малко, защото умните  
стават все по малко и малко.*

**Нека изберем с нашето поведение да бъдем от страната на умните и гражданите.**

**ВАЛИДАЦИЯ НА МОДЕЛА**  
Сарафово, юли 2012 г.



поведение на взривната и термичната вълни и вакуум ефекта регистрирани от симулационния модел през 2 милисекунди след експлозията (данните са от математическото симулационно моделиране)

схема на симулационната постановка



### **„Мозъчен инсулт - съвременни аспекти“** /резюме на презентацията/

Българите умират от инсулт и други мозъчно-съдови болести 4 пъти по-често от европейските граждани. Стандартизираният показател за смъртност от мозъчно-съдови болести в България е 313.6 на 100 000 души, при средно за ЕС 79,5 на 100 000 души. Едва 2-ма от 10 българи търсят медицинска помощ веднага след неврологичната увреда. Съществуват убедителни доказателства, че инсултът е предотвратим, лечим и управляем и е налице потенциал за драстично намаляване на неговата тежест, включително и на дългосрочните му последствия. Този потенциал е свързан с превенцията, прилагането на съвременните методи на лечение – тромболиза и тромбектомия и в персонализираната рехабилитация и вторична профилактика“.

Добри тенденции се наблюдават в съвременното лечение на инсульта. В неврологичните отделения на 62 болници, от общо 140, в страната вече се прилага тромболиза. От 270 тромболизи преди десет години броят им вече се е увеличил седем-осем пъти. Независимо от постигнатите съвсем не малки резултати обаче, все още има какво да желаем по отношение на масовото въвеждане на това съвременно лечение.

Половината от извършващите го звена, правят не повече от десет тромболизи за година. В немалка част от болниците то се прилага системно при пациенти, за които е решение на проблема. Има лечебни заведения, които все още смятат тромболизата за лукс. В УМБАЛ „Св. Анна“ тромболизата се прилага на всеки, който отговаря на изискванията. От 270 тромболизи през 2014 г. те вече се увеличиха седем-осем пъти.

Интересното е, че прилагането на този метод, въпреки пандемията, намаля, но скоро след това нивата отново тръгнаха нагоре и постигнахме

**Доц. д-р Росен Калпачки** – специалист – невролог и епилептолог. Ръководител на най-големия специализиран център за лечение на инсулт, намиращ се в столичната УМБАЛ „Св. Анна“. Доц. д-р Росен Калпачки има зад гърба участия в множество международни клинични проучвания, както и специализирани умения в електроенцефалографията, доплеровата сонография и невропсихологичното тестване. Компетенциите и членствата на доц. д-р Калпачки в международни колегии и дружества включват такива по неврология, епилепсия, неврофизиология, невросонология и мозъчна хемодинамика. Богат преподавателски опит, а научната му дейност обхваща монографии и съавторство на три книги в областта на неврологията и общественото здраве, както на учебник за специалисти по спешна медицина.

добър брой годишно, което означава спасени човешки животи. През 2019 г. имахме 1177 тромбоктомии, през 2020 г. - 997, през 2021 г. - 901, през 2022 г. - 1051, през 2023 г. - 1347, през 2024-та са осем пъти повече, което прави 2160.

Това лечение вече се възприема като стандартно не само в чужбина, но и в много лечебни заведения у нас.

Мога да дам и един много добър пример - в Хасково тромболиза се прилага в областната болница. Тя е лидер в това отношение без да е университетска. Както е известно, вече се изграждат шест високоспециализирани центрове за лечение на инсулт, като апаратурата за тях вече е осигурена и е напълно възможно те да започна да работят още през 2026 година. В столицата това са УМБАЛ „Св. Анна“, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ и „Токуда. В Пловдив са УМБАЛ „Св. Георги“, във Варна - в УМБАЛ „Св. Марина“, а в Плевен в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“.

Интервенционално лечение (тромбектомии) пък се прилага при пациенти, при които тромболизата не е успяла да помогне и да премахне тромба. Затова заложените нива на лечение в Европейския план за борба с инсульта с ендоваскуларна терапия (EVT) са над 5%. За изминалата година обаче у нас този процент е 0.1, като има осъществени едва 49 тромбектомии в 4 болници – „Св. Анна“, „Пирогов“ и „Токуда“ и варненската „Св. Марина“. В останалите четири болници с договор за тази дейност с НЗОК – ВМА и „Св. Ив. Рилски“ в София, „Св. Георги“ в Пловдив и „Сърце и Мозък“ в Плевен, няма извършена нито една процедура на пациенти с остър исхемичен инсулт. И тук лидер в интервенциите е „Св. Анна“ с 32 тромбектомии, следвана от „Пирогов“ с 12 процедури.





**Ралица Раднева - СМДЛ Кандиларов**

„Да участвам в първия Конгрес на лекарските асистенти и медицинските фелдшери – „Традициите в бъдещето“, беше силен и емоционален момент, който ме върна съвсем в началото на моята кариера - цели 35 години назад! И макар професионалният ми път да ме е отвел в друга посока, днес отново съм свързана с медицината — макар и в различна роля — но виждам ясно колко много тази професия липсва.“

**От теста до доверието**

Защо лабораторната точност има значение за всяко лечение

НЕДИКО - АНАЛИТИЧНА ЛАБОРАТОРИЯ  
**КАНДИЛАРОВ**

**Пре-аналитична фаза**  
Критичният старт на точността

- Стандартизирани процедури**  
Строги протоколи в над 60 обекта
- Обучение**  
Непрекъснато усъвършенстване на екипа
- Оптимизирана логистика**  
Запазване на целостта на пробите



**Две гледни точки, една истина**

**На терен**  
Лабораторният резултат е котва в бурята  
Обективен факт, който може да преобърне диагнозата за секунди

- Кръвна захар
- Тропонин
- Електролити

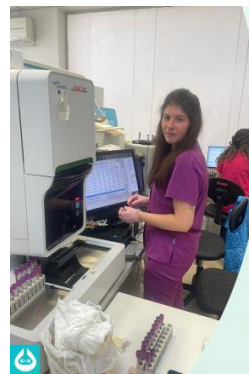
**В психологията**  
Точният резултат изгражда доверие и сигурност  
Намалява тревожността, укрепва връзката пациент-лекар

- Ясна информация
- Здравна сигурност
- Емоционална стабилност



**Аналитична фаза**  
Технологично лидерство и двоен контрол

- Автоматизирани системи**  
Последно поколение технологии с механизми за самоконтрол
- Вътрешен контрол**  
Ежедневно тестване на контролни материали
- Външен контрол**  
НСВОК и международни програми (INSTAND, Германия)




**70%**  
от медицинските решения  
се базират на лабораторни данни



**Пост-аналитична фаза**  
От число до медицинска информация

- Експертна валидация**  
Лекари-специалисти клинична лаборатория прегледат всеки резултат
- Откриване на несъответствия**  
Сравнение с предишни изследвания и клинична картина
- Медицински коментар**  
Насоки при гранични или критични стойности



**Три фази на качеството**

- Пре-аналитична**  
Подготовка, вземане, транспорт  
70% от грешките възникват тук
- Аналитична**  
Самото изследване и анализ  
Технологично сърце с двоен контрол
- Пост-аналитична**  
Валидиране и интерпретация  
Медицинска експертиза и коментар



**Доверието като психологически фактор**

- Професионално ниво**  
Лекар ↔ Лаборатория  
Абсолютна сигурност в резултата  
Без ненужни повторни изследвания
- Психологическо ниво**  
Пациент ↔ Система  
Намаляване на несигурността и тревожността  
Укрепване на доверието в терапията



## Бъдещето на медицината Персонализиран подход и иновации



**Молекулярна диагностика**  
Определяне на индивидуален риск  
Таргетна терапия



**Генетични изследвания**  
Критична точност при избор на лечение  
Предотвратяване на неефективна терапия



**Дигитализация и AI**  
Подобрена проследимост  
Откриване на аномалии

## В подкрепа на спорта

Спортът е повече от игра – той е огледало на нашите ценности.

### Скорост

Отборът на Кандиларов по картинг - 3 млади момчета, които сбъдват мечтите си подкрепяни от нас.

### Прецизност

Волейболен клуб гр. Добрич  
Добруджа 07



## Грижа за хората Нашият най-ценен ресурс

**Професионално развитие**  
Непрекъснато обучение и квалификация на екипа

**Над 200 служители**  
Експертиза и отдаденост за качество



**Здраве и благополучие**  
Отлични условия на труд и подкрепа

**Сигурност**  
Стабилна и подкрепяща работна среда



## Точността е акт на грижа и отговорност

Зад всеки тест стои един човешки живот и едно лечение, което трябва да бъде успешно

Scan Me

## Социална отговорност

**Инвестиция в здравето, науката и спорта**

### Превенция и култура

„Пейка на здравето“ и „Въздух за всички“ – диалог със обществото по здравни теми



## Медико-диагностична лаборатория Кандиларов

**26+**

Години традиция  
Опит и експертиза в диагностиката

**60+**

Обекта  
Достъпност в цялата страна

**220+**

Специалисти  
Отдаден и квалифициран екип

### От теста до доверието

Лабораторията, на която лекари и пациенти вярват

Благодаря ви за вниманието!

## Лаборатория на два континента

С нашата подкрепа в българските антарктически експедиции и участие в Научна програма





**Доц. д-р Атанас Мангър** – специалист по инфекциозни болести и педиатрия. Началник на Първо детско отделение към СБАЛИПБ “Проф. Ив. Киров” ЕАД - София. Доцент към Катедрата по инфекциозни болести, паразитология и тропическа медицина.

Някои съображения относно лечението на инфекциозните заболявания при децата в амбулаторни условия

доц. Атанас Мангър, д.м.,  
Началник на детска клиника,  
Инфекциозна болница - София



### Диария Клинични синдроми при острите чревни инфекции

1. Токсоинфекциозен синдром:  $t^{\circ}$ , отпадналост, главоболие, втрисане, болки по мускули и стави
2. Горнодиспептичен синдром - гадене, повръщане
3. Долнодиспептичен (диаричен) синдром – болки в корема, диария, тенезми
  - ентеритен - водниста диария (вирусни и бактериални причинители)
  - колитен диария с примес на слуз и понякога кръв (бактериални или паразитни)
4. Дехидратационен синдром



### Дехидратационен синдром

- жажда
- сухи лигавици
- намалени тургор и еластичност на кожата
- подкръжени, хлътнали в орбитите очи
- хлътнала фонтанела
- плач без сълзи
- липса на урина в памперса повече от 6-8 часа или отделяне на оскъдно количество тъмна урина
- силна отпадналост, летаргия "...очи тъмнеят, глава се люшка"
- нарушено съзнание
- шок



### Степени на дехидратация (клинично)

#### I- степен – само жажда

(отговаря приблизително на загуба до 5% от наличното тегло)

#### II- степен – жажда + клинични симптоми

(отговаря приблизително на загуба между 5 -10% от наличното тегло)

#### III- степен – жажда + клинични симптоми + нарушено съзнание

(отговаря приблизително на загуба над 10% от наличното тегло)

### Етиология на острата диария при деца

Вируси: рота-, калцивируси (норо-), адено-, астро-, и пр.

Бактерии: салмонели, шигели, E. коли, кампилобактер, йерсиния и пр.

Паразити: ламблии, криптоспоридии и пр.

## Въпроси за решаване в амбулаторията

1. Хранене
2. Рехидратация
3. Медикаментозна терапия

## Възстановяване на нормалното хранене

Когато детето е на изкуствено хранене се започва с въвеждане на обичайното адаптирано мляко, като в продължение на 1-2 дни детето приема  $\frac{1}{2}$  диетично мляко +  $\frac{1}{2}$  обичайното адаптирано мляко.

При липса на промяна във вида на изхожданията се преминава изцяло на адаптирано мляко за 1-2 дни.

При нормални изхождания, ако детето е било захранено се включва и брашна каша за 1-2 дни и ако дефекацията остане нормална се включва и месно-зеленчуково пюре.

Плодовите сокове и пюрета, които са десерти се въвеждат едва след пълно възстановяване на хранителния режим.

Ако на някоя от тези стъпки се появи диария, всичко започва отначало.

Хранене  
Хранене при остри диарии  
(диета)

Кърма

Специални диетични храни

Въглехидратни храни – бисквити, солети, сухари, препечен хляб

\_\_\_\_\_ Не се препоръчват храни съдържащи целулоза – картофи, моркови, други зеленчуци, плодове и пр.

## Перорална рехидратация

- Съвременната перорална рехидратация се основава на механизма на активен взаимосвързан транспорт на натрий и органични субстрати (глюкоза) в тънките черва.
- Механизмът е открит през 60-те години на миналия век във връзка с търсене на ефективен и лесен начин за рехидратация на болни от холера.
- Впоследствие се оказва, че може да се използва и за рехидратация при други чревни инфекции.
- Откритието му се счита за едно от най-големите постижения в медицината в наше време.

## Хранене при остри диарии (диета):

При кърмачета на естествено хранене: Кърменето трябва да бъде запазено. Противното е груба грешка.

При кърмачета на изкуствено хранене: преминава се на хранене със специални диетични храни за остри диарии.

При по-големи деца: въглехидратни храни – бисквити, солети, сухари, препечен хляб. Не се препоръчват храни съдържащи целулоза – картофи, моркови, други зеленчуци, плодове и пр.

## Изисквания към разтворите за орална рехидратация

- **Натрий: 60 – 100 ммол/л**
- **Глюкоза: 60 - 110 ммол/л**
- Натриев бикарбонат: 20 - 30 ммол/л
- (Натриев цитрат: 10 - 30 ммол)
- Калий: 20 - 40 ммол/л
- Осмоларитет: 250 -350 мосм/л

## Продължителност на диетата

До отделяне на нормални изхождания (такива, каквито са били преди заболяването) в продължение на поне 48 часа.

Ако няма дефекация – това означава единствено, че няма дефекация а не, че тя е нормална.

## Възможности на пероралната рехидратация

- При разтвори отговарящи на изискванията скоростта на резорбция достига

**10 мл/кг/час**

*За сравнение: резорбция от 10 мл/кг/час приблизително отговаря на **интравенозно вливане със скорост 3-4 капки/кг/мин** при стандартните системи за интравенозна инфузия*

## Възстановяване на нормалното хранене

Групите храни, които децата приемат обичайно, според възрастта си са:

- 1) мляко – кърма или адаптирано;
- 2) въглехидратни храни (каша, попара, грис, кисел и пр.);
- 3) месно-зеленчукови пюрета;
- 4) десерти – плодови пюрета и сокове.

## Какви разтвори могат да се използват?

- **Всякакви, при условие, че отговарят на посочените изисквания**
- Важни са **молярните концентрации** на съставните им части и най-вече тези на **натрий и глюкоза**
- Калий и бикарбонат (цитрат) са важни, но не съществени – подобряват ефекта на разтворите, но не влияят върху скоростта на резорбция.

Какви разтвори **НЕ МОГАТ** да се използват?

- Глюкоза 5 или 10 %
- Солеви или глюкозо-солеви разтвори за интравенозно приложение
- Разтвори не отговарящи на посочените изисквания
- Всички те се резорбират в някаква степен, но не с посочената скорост 10 мл/кг/час

Какво правим?

- Оставяме детето да изповръща всичко каквото има и дори ако е възможно да заспи.
- При наличието на активирана обратна перисталтика, даването на каквото и да е непосредствено след повръщането предизвиква ново повръщане.
- Необходимо е да се изчака, тъй като всяко по-агресивно даване на течности и особено на вода засилва повръщането.
- Даването на орален рехидратиращ разтвор може да започне едва след като детето прояви признаци на жажда и изяви желание да пие.

Разтвори за перорална рехидратация в продажба у нас

- **Хидратин алфа; Стоперан Хидра; Софармаси хидра плюс и др.**

(разтварят се в 200 мл вода):

Натрий – 75 ммол/л  
Глюкоза – 75 ммол/л  
Калий – 20 ммол/л  
Цитрат – 10 ммол/л  
Хлориди – 65 ммол/л

- **Хумана електролит, Рехидрато Бимби и др.**

(разтварят се в 250 мл вода):

Натрий – 60 ммол/л  
Глюкоза – 87 ммол/л  
Калий – 18 ммол/л  
Цитрат – 10 ммол/л  
Хлориди – 49 ммол/л

Какво правим?

- Антиеметични средства (Metoclopramide (Degan), Dimenhydrinate (Vomacur) не трябва да се дават «на сухо», преди детето да е рехидратирано, тъй като се получават единствено нежеланите им ефекти (интоксикация и екстрапирамидни нарушения).
- След като детето се рехидратира, те обикновено са излишни.

Провеждане на перорална рехидратация

- Изисквания:  
Детето да бъде достатъчно силно за да пие.
- Начин на прилагане:  
С биберон, лъжичка, спринцовка, чаша и пр. в краен случай – назогастрална сонда.
- Количество: колкото повече, толкова по-добре – на малки единични порции, но често. Вкусът на разтвора напомнящ "морска вода със захар" може да се облагороди чрез охлаждане. Успоредно може да се дава и по малко вода, но без да се смесва с разтвора.
- При повръщане – част от разтвора остава в стомаха, преминава в червата, резорбира се и в крайна сметка нормализира водно-електролитния баланс.
- Неуспех:  
При липса на мотивация и умения.  
При загуби надхвърлящи 10 мл/кг/час.

Антибактериална терапия

Препоръчва се само при:

- *шигелози,*
- *кампилобактериоза,*
- *клостридийни колити,*
- *холера*
- *кореман тиф.*

**Няма ефект при салмонелози, колиентерити и йерсиниози.**

Създава опасност от развитие на:

- резистентност
- дисбиоза
- персистиране на носителството
- риск от нежелани лекарствени реакции

Медикаментозна терапия  
Повръщане

- Повръщането е симптом при много заболявания.
- Когато е съпроводено, предшествано или последвано от фебрилитет причинителят е най-често инфекциозен.
- Повръщането в хода на остро инфекциозно заболяване се дължи най-често на интоксикация и нарушено водно-електролитно (ВЕР) и алкално-киселинно равновесие (АКР).
- Всяко повръщане води до задълбочаване на нарушените водно-електролитно (ВЕР) и алкално-киселинно равновесие (АКР) и ново повръщане, като се получава порочен кръг.

Потискащи перисталтиката средства  
(лоперамид)

Нямат индикация за деца < 12 години.

Не намаляват хиперсекрецията.

Могат да причинят констипация, паралитичен илеус, токсичен мегаколон

Стимулират бактериалния свръхрастек.

Могат да причинят ефекти от ЦНС: летаргия,

сънливост, загуба на съзнание и смущения в ритъма на дишането

Повръщане

- За да се спре повръщането е необходимо да се възстановят нарушените водно-електролитно (ВЕР) и алкално-киселинно равновесие (АКР), което става или чрез орално прилагане на разтвори за орална рехидратация или чрез интравенозно вливане на течности, което предполага хоспитализация.
- Упоритото непрестанно повръщане може да бъде симптом на много сериозни заболявания, за които следва да се мисли и да се положат усилия да бъдат изключени.

Адсорбенти и създаващи защитен филм средства

Малко доказателства за ефикасност.

Не намаляват хиперсекрецията.

Могат да дезактивират други терапевтични агенти.

Могат да причинят балониране на корема.

Могат да маскират дехидратацията при деца.

Вкусът им не е от най-приятните, което може да доведе до нарушаване на "дружеските отношения" и детето да откаже да приема каквото и да е.

## Пробиотици

Като допълващо лечение.

Антидиарийният ефект настъпва по-бавно.

Ефектът при продължителна употреба е неясен.

Възможност за нарушаване на "дружеските отношения"...

## Енкефалиназни инхибитори

Racecadotril (Hidrasec).

Ефикасни са само при водниста диария.

Намаляват количеството на изхожданията.

Възможност за нарушаване на "дружеските отношения"...

## Температура

- Фебрилитетът при инфекциозните заболявания е защитна реакция. Чрез него:
- организмът активира защитите си (ензими, левкоцити, антитела и пр.)
- създава неблагоприятни условия за нападналите го инфекциозни причинители.
- 37.1°C е точно толкова температура, колкото и 39.9°C
- Информацията, която получаваме от едното и другото е, че защитните бариери са преодоляни и детето е болно, а не че във втория случай е по-болно от първия.

## Температура

- И при 37.1°C и при 39.9°C детето е болно и кога е по-болно се решава по други критерии.
- При положение, че е болно то трябва да си стои в къщи на максимално щадящ режим, а не да се разнася на "чист въздух" по паркове и градинки.
- За да излиза навън и да започне да живее нормално би трябвало поне 2 дни по 24 часа да е напълно афебрилно.
- Когато сваляме температурата не помагаме а пречим.

## Какво правим?

- До 38.0°C – нищо
- Над 38.0°C – не се хвърляме да сваляме температурата, а изпадаме в размисъл.
- Ако положението е търпимо – нищо дори и при 40.0°C
- Ако детето е отпаднало, слагаме го да си легне.
- Ако му е студено – завиваме го.
- Ако му е топло – развиваме го.
- Целта е да се чувства максимално комфортно.
- Ако видим го тресе и се измъчва – можем да дадем антипиретик.
- Ако се чудим да даваме или да не даваме антипиретик – не даваме.

Ако решим да сваляме температурата

- **Антипиретици:**
- Paracetamol: susp. 2.4% /1 ml = 24 mg/
- susp. 5% /1ml = 50 mg/
- Ibuprofen: susp. 2% /1 ml = 20 mg/;
- susp. 4% /1ml = 40 mg/
- Metamizol: sol. 50% /1ml = 500 mg/
- /1 gtt = 25 mg/
- **Доза: 20 mg/kg/dose**
- Само при нужда, никога като редовно назначение!
- Изключение: преди сън.
- Минимален интервал: 4 часа

## Кашлица

- Кашлицата е защитен механизъм чрез който организмът прочиства дихателните си пътища.
- Секретите в дихателните пътища (сополите) имат предназначението да създават защитен филм, който предпазва увредената от инфекциозни причинители (най-често вируси) лигавица, от външни въздействия.
- В началото, когато инфекцията е прясна сополите са бистри, прозрачни.
- След няколко дни, тъй като са много вкусни върху тях се заселват всички микроби, които се намират в праха около нас (стрептококи, стафилококи, хемофилуси, мораксели, найсерии и пр.) и те стават мътни, жълти, зелени, сини и пр.
- Кашлицата и сополите не са болест, при положение, че не са съпроводени с фебрилитет или белодробна находка.

## Кашлица

- Лиспата на фебрилитет, доброто общо състояние и настроение, запазенят апетит дори и при силна кашлица, която да е суха, влажна, плитка или дълбока и сополи, които да са къси, дълги, бистри или мътни означават, че детето е заразно, но не е болно и се намира в динамично равновесие с това, което го е нападнало.
- Обективният критерий, че защитите на детето са преодоляни и детето е болно е наличието на фебрилитет и влошеното общо състояние.
- Температура 37.1°C е точно толкова информативна, колкото и 39.9°C.
- Наличието на клинични симптоми на бронхит, бронхиолит или пневмония изисква специфично лечение, което не е обект на настоящите съображения.

## Лекарства за кашлица

- Има 3 вида лекарства за кашлица:
- Екстракти от разни билки.
- Потискачи центъра на кашлицата средства
- Втечняващи секретите средства.

**• Бета агонистите (Ventolin) и инхалаторните кортикостероиди не са лекарства за кашлица и не бива да се използват като такива.**

## Билкови

- Листенца и цветенца.
- Някои са вкусни.
- Безобидни.
- Може би лекуват.
- Успокояват родителите и обстановката в семейството.

## Потискащи центъра на кашлицата средства

- Също не лекуват.
- Повишават прага на дразнене и детето започва да кашля по-рядко, но по-дълго.
- Дават се само когато кашлицата нарушава комфорта – детето повръща след закашляне или се буди по 5-6 пъти на нощ.
- Чудо не настъпва, но се получава някакво облекчение.
- Дават се по преценка при крайна нужда.

## Капки за нос

- **Глюкокортикостероидни капки**
- Те са също за очи и уши.
- Мощно противовъзпалително средство, но...
- Потискат локалния имунитет.
- Създават предпоставки за бъдещи проблеми
- Най-добре е да не се използват.

## Втечняващи секретите средства

- При децата – втечняват секретите и детето започва да се дави в тях.
- Най-добре е да не се дават.

## Капки за нос

- **Изотонични разтвори на NaCl и др. соли**
- "Морски води" – ...от 200 км навътре и 200 м дълбочина или от други "специални" места в морето...
- Втечняват секретите, когато са гъсти.
- Могат да се използват стига из квартала да не се чува, че на някой му промиват носа.
- Използването на смучачки за нос причинява баротравма на лигавицата и тя започва да секретира още повече.
- Да не се забравя, че носът е самопочистващ се орган и секретите в носа имат защитна функция.
- Те са следствие, а не причина.

## Капки за нос

- **Вазоконстриктори (аналози на адреналина - ксилометазолин и др.)**
- Свиват кръвоносните съдове, носът се отпушва, по-късно настъпва рефлекторно разширение на кръвоносните съдове и носът става по-запушен отколкото е бил.
- Продължителното им прилагане води до исхемия и дистрофия на лигавицата.
- Това са капки, които се слагат в носа, но всъщност са индиректно капки за уши.
- Следва да се прилагат, когато в началото на една инфекция отокът на лигавицата на фаринкса води до блокиране на евстасиите тръби, промяна на налягането в средното ухо и болка, поради разпъване на мембраната на тъпанчето.
- Прилагането им трябва да става така, че да отиват в гърлото.
- Като капки за нос те обикновено са ненужни.

БЛАГОДАРИ!

## Капки за нос

- **Антибиотични капки**
- Те са за очи и уши.
- Не бива да се капят в носа.
- Носната лигавица има големи възможности за резорбция (кокаин, енфие).
- Опитът за "избиване" на бактериите в носа е обречен на неуспех – нарушава се екосистемата - носът, гърлото, устата, дупето не са стерилни.
- Ефектът е алергизиране на организма, почти като да инжектираме антибиотика венозно.
- Най-добре е да не се използват.



**Доц. д-р Тони Дончев** – всепризнат и уважаван специалист по психиатрия, с огромен опит в лечението на тревожни и депресивни заболявания, психози, зависимости и психотерапия. Преподавател по клинична психология в няколко висши учебни заведения.

Има над 40 научни публикации, една самостоятелна монография, участие в учебници и учебни помагала.

## Насилие над медицински специалисти

Доц. Тони Дончев, д.м.

## Видове насилие

- Физическо
- Вербално
- Психологическо
- Сексуално
- Заплахи и агресия

## Въведение

- Насилието над медицински специалисти е глобален проблем с нарастваща тежест.

## Причини за насилието

- Претоварени здравни системи
- Недоволство на пациенти
- Липса на комуникация
- Медиен имидж на системата на здравеопазване

## Глобална статистика данни на СЗО

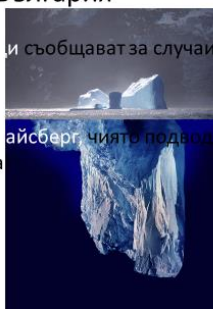
- Над 60% от медицинския персонал съобщават за преживяно насилие поне веднъж в кариерата си.

## Фактори за ескалация

- Липса на охрана
- Недостатъчна подготовка на персонала
- Липса на наказания

## Статистика в България

- Близко 50% от българските медицински специалисти съобщават за случаи на насилие на работното място.
- Насилието на работното място е по-голяма част от насилието в обществото.



## Изходи от насилието

- Психологически травми
- Напускане на професията
- Влошено качество на здравеопазване

### Механизми за минимизиране на риска

- Разпознаване на насилника
- Обучения по деескалация
- Охрана и видеонаблюдение
- Подкрепа за пострадали

### Много внимавайте какво говорите!!!

- Мислете за собствените си чувства
- Ника не използвайте изразите:
  - Ела тук!
  - Успокойте се!
  - Какво (нищо не мога) да направя за ТОВА!?
  - Права това за твое добро!

### Фактори на рисковото поведение

- Оценка на риска:
  - ✓ Повишаване на гласа и крещене.
  - ✓ Ръкомахане.
  - ✓ Лоша хигиена и облекло
  - ✓ Свити юмурици
  - ✓ Поза
  - ✓ Индикация за алкохолна употреба

### Внимавайте какво излъчвате като емоция

- Не заставайте фронтално или зад гърба на пациента.
- Следете между вас и вратата винаги да има свободен "коридор".
- Представете се!
- Между вас и пациента - поне една ръка разстояние.

### Минимизирането на риска крие рискове:



### Можем ли да провокираме агресия?

- **Спри да крещиш щото ще извикам охраната! – Агресия!**
- Моля Ви да седнете, не искам да викам охраната, но съм длъжен, ако не можете да се контролирате!
- **Няма да търпя подобно поведение!**
- Вижда, че имате нужда от помощ, дайте ми шанс да Ви помогна!

### Роля на институциите

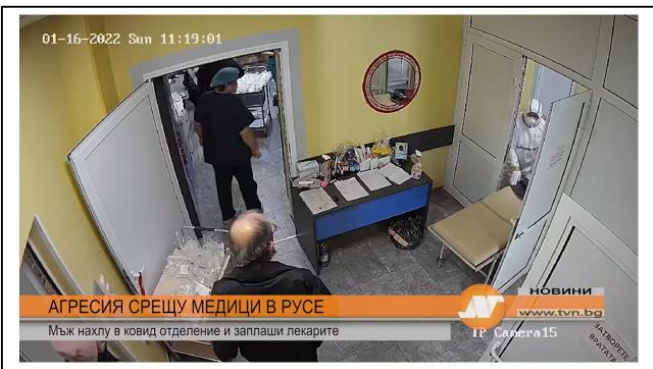
- Приемане на закони
- Обезпечаване на персонала
- Наказания за насилници

### Препоръчано поведение - превенция

- Поддържане на спокойствие
  - Никога обсъждане в триажа!
  - Ако сме преуморени – вън!
  - Хигиена на Бърн-аута!
- Активно слушане
- Докладване на инциденти

### Изводи

- Насилието над медици е сериозна заплаха, изискваща системен отговор и защита.



### Преди заключението

- Само чрез съвместни усилия на институции и здравни работници може да се гарантира безопасност.

### Какво можем да променим?

- Да обясняваме. ФОРМУЛИРОВКАТА ПО СЛУЧАЙ Е ЕДИНСТВЕНОТО, КОЕТО НИ ОТЛИЧАВА!!!
- Да осигурим безопасна среда за нас, персонала.
- Да мислим за насилието като възможен развой на събитията.

Статистика на насилието

Source of violence	Emergency Department n(%)	Outpatient Clinic n(%)	Internal Ward / Intensive Care Unit n(%)	Surgical Ward / Intensive Care Unit n(%)	Total n(%)
<b>Non-compliance with procedures</b>	<b>1224.40</b>	<b>2757.50</b>	<b>1275.40</b>	<b>1265.20</b>	<b>6702.50</b>
Non-compliance with triage	929.70	119.10	212.50	410.80	1672.10
Request for priority examination	122.90	817.10	-	308.10	1248.10
Refusal of visit, accompaniment, non-compliance with the payment rule	122.90	922.80	937.40	512.50	1615.50
Requests for services other than those recommended by the physician	122.90	922.80	119.50	225.40	1287.40
Request for medical examination without an appointment	-	930.60	212.50	122.70	865.80
Non-compliance with priority	-	112.10	118.50	127.50	358.10
Comedication	1527.00	909.10	228.70	1232.50	3927.30
Death-related issues	308.40	112.10	-	308.10	728.60
Unsuccessful patient management	514.20	510.60	218.70	616.30	1859.80
Diagnosis and treatment refusal	514.20	316.40	-	225.40	1056.00
Holding the healthcare workers responsible for the patient's treatment process	-	-	-	122.70	122.70
Observation	1928.80	1129.40	116.30	924.30	3194.80
Long use of service	514.20	308.40	-	122.70	945.30
Patient impatience (risky)	122.90	612.80	116.30	225.40	1077.40
Healthcare worker apathy	411.40	112.10	-	308.10	831.60
Quality of non-medical services	112.10	112.10	-	308.10	532.30
<b>Total</b>	<b>3925.40</b>	<b>4794.60</b>	<b>1613.90</b>	<b>3787.40</b>	<b>14121.30</b>

The frequency of workplace violence against healthcare workers and affecting factors

### Благодаря за вниманието!

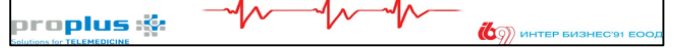


### Non-compliance with procedures:





## Мултифункционален телемедицински куфар



“Интер Бизнес 91” ЕООД и “Про-ПЛЮС”, Полша – 15-годишна колаборация в сферата на телемедицината

### Мултифункционален телемедицински куфар за мобилна диагностика

Първа национална конференция на лекарските асистенти и фелдшерите „Традициите в бъдещето“.  
ноември 14 - ноември 16



### КОИ СМЕ НИЕ

➤ “Про-ПЛЮС” АД, Полша- компания производител на различни видове мобилни устройства за телемониторинг и кардиологична рехабилитация на пациенти, както и на софтуер за съхранение на данни; “Интер Бизнес 91” ЕООД е официален представител и партньор на “Про-ПЛЮС” в сферата на телемедицината.

- от 30 години развива кардиологичния телемониторинг в Полша и чужбина;
  - производител на холтера “Ехо Мини”, използван в България;
  - разработчик на уеб базирания платформа за съхранение и визуализация на данни.
- Компанията притежава около 80% от пазара на телемедицински решения в Полша, като някои от най-големите й клиенти са:
- Кардиологичен институт в Ани, Варшава;
  - Полско-американски сърдечни клиники;
  - Военно-медицински университет;
  - “Телемедицина Полша” АД
  - Варшавски медицински университет;
  - Про-ПЛЮС също така работи в 11 страни по света:
  - Кралска болница в Саудитска арабия;
  - Индонезия;
  - Австралия и др.



### Функционалност и компоненти на куфара



- Вградени алгоритми за квалификация и оценка на пациента
- Вградени скали на СЗО
- Камера за кожни лезии
- Видео консултации
- Измервания със сертифицирани медицински уреди (12-канален ЕКГ, апарат за кръвно налягане, кантар, SPO2 сензор, глюкомер, термометър, шиков флуометър, INR сензор)
- Дулина вградени медицински приложения
- Комюникация през GSM, Wi-Fi, Bluetooth
- Идентифициране на персонала и пациента чрез NFC грини/етикети или QR кодове
- Вградени потребителски профили/роли (медицинска сестра, парамедик, лекар)
- Дълъг живот на батерията



### Регистрация на редки аритмии с телемедицински ЕКГ холтер рекордер



### Функционалност и компоненти на куфара

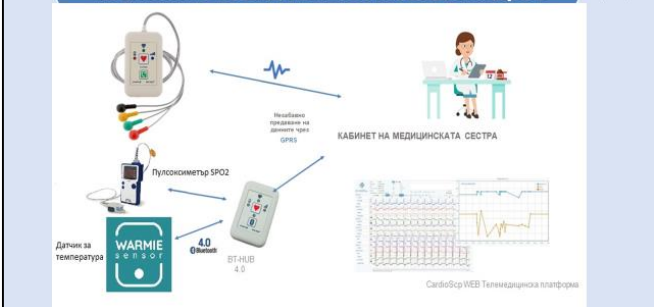


Сертифициран телемедицински уред: 12-канален ЕКГ апарат EXO 12



9

### Телемедицински решения за мониторинг на пациенти с ковид или постковид синдром



### ЕХО- MINI Event Holter recorder

Двуязычно устройство, до 6 отвъждания.

**Два режима на работа:**

- режим *event holter*:

Пациентите задействат регистрацията като натискат бутона, когато почувстват някакви необичайни симптоми като загуба на равновесие след припадък.

**ПОКАЗАНИЯ:**

- Пациенти с кардиологични състояния, които са забележими;
- Пациенти с епизоди на припадъци или загуба на равновесие с неизвестна етиология
- Обратната буферна функция позволява да се запазват ЕКГ записите, включително и момента на възникване на инцидента

- режим *auto holter*:

Автоматична регистрация на ЕКГ запис на определени интервали.

**ПОКАЗАНИЯ:**

- Пациенти с веднага диагностицирани сърдечно-съдови заболявания с цел – потвърждаване или изключване на възможността от кардиологично състояние
  - Проследяване на резултатите от инвазивно лечение и лечение на аритмия
  - Пациенти с асимптоматични аритмии
- Когато съответната медицинска информация с честотата на настъпване на нарушението (например за период от 24 часа)



Функционалност и компоненти на куфара



Сертифициран телемедицински уред: апарат за кръвно налягане



10

Функционалност и компоненти на куфара



Сертифициран телемедицински уред: респираторен монитор



15

Функционалност и компоненти на куфара



Сертифициран телемедицински уред: медицинска везна



11

Функционалност и компоненти на куфара



Сертифициран телемедицински уред: INR датчик за събиране на кръвта



17

Функционалност и компоненти на куфара



Сертифициран телемедицински уред: пулсоксиметър за пръст



12

Функционалност и компоненти на куфара



Тъчскрийн дисплей и камера за видеоконсултации- консултация с лекар в реално време

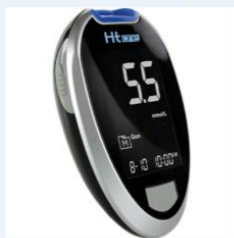


19

Функционалност и компоненти на куфара



Сертифициран телемедицински уред: глюкомер



14

Функционалност и компоненти на куфара



Издръжлива мобилна конструкция на самия куфар за всякакви условия, ниско тегло



19

Функционалност и компоненти на куфара



Сертифициран телемедицински уред: безконтактен термометър



15

Медицински изделия, които може да са съставна част на куфара



Nowoczesna medycyna w twoim zasięgu

## ПРЕДНАЗНАЧЕНИЕ



Телемедицинският куфар Pro-PLUS е модерна медицинска система за:

- Отдалечени райони
- Медицински заведения в райони, отдалечени от здравни центрове и болници
- Домашни посещения от медицински сестри или лекари
- Системи за спешна медицинска помощ
- Медицински мисии по време на природни бедствия



Телемедицинският куфар е многофункционална хардуерна платформа за :

- събиране на медицински данни
- Отворена АПИ система за свободна интеграция към всяка система
- проведане на проучвания
- събиране на резултати от тестове и изпращането им до всяка медицинска система

21

## Благодаря за вниманието!

Венцислав Величков  
0887500285  
velichkov@interbusiness-bg.com





### SiDLY Vital Care

### SiDLY – телемедицински гривни и платформа за здравна грижа за възрастни хора в домашни условия

Първа национална конференция на лекарските асистенти и фелдшерите „Традициите в бъдещето“ ноември 14 - ноември 16

### Телемедицинска платформа в комбинация с мобилно приложение

### Телемедицинските гривни – сертифицирани медицински изделия клас IIa

### Телемедицинска платформа в комбинация с мобилно приложение-основни характеристики

- ✓ Платформата е предназначена за визуално представяне на данни, получени от измервания на телемедицински гривни. Достъпна е както чрез уеб браузър, така и чрез мобилно приложение на смартфон;
- ✓ Позволява комуникация с гривната (която може да работи като телефон), получаване на сигнали, както и обработка и архивиране на данни;
- ✓ Платформата позволява възлагането на различни потребителски роли, включително потребител, болногледач и мениджър;
- ✓ Платформата SiDLY позволява присвояване на роли и разрешения на различни потребителски нива: пациент, болногледач и мениджър/координатор;
- ✓ Освен това пациентите могат да бъдат групирани в екипи (проекти), което позволява управлението на разрешениата на болногледачите в рамките на конкретни групи;

### Два вида гривни за следене на медицински параметри

### Телемедицинска платформа в комбинация с мобилно приложение-основни характеристики

- ✓ Можете да видите историята на алармите и описанията на събитията, които са били адресирани след получаване на алармата;
- ✓ Имате достъп до историята на медицинските измервания;
- ✓ Можете да получите достъп до архив от измервания и аларми;
- ✓ Можете да конфигурирате настройките на гривната, като регулиране на чувствителността за откриване на падане или планиране на автоматични измервания на сърдечния ритъм и насищането на кръвта с кислород;
- ✓ Възможност за настройка на аларма, която да се показва в червена линия-SOS аларма за подозрение при падане;
- ✓ Аларма за превишаване на сърдечната честота или сатурацията;

### SiDLY Care Pro

- Мониторинг на сърдечната честота
- Мониторинг на нивото на насищане на кръвта с кислород
- Детекция на падане и столкновение
- SOS Аларма
- Детекция на високо кръвно налягане
- Потребителят на устройството може да комуникира
- Настройка на аларма
- Гласов помощник
- Измерване на температура
- Мониторинг на нивото на глюкоза
- Съхраняване на данни
- Датчик за измерване на температура
- Високоскоростна комуникация
- Поддръжка на телефона

### Телемедицинска платформа в комбинация с мобилно приложение-основни характеристики

- ✓ Настройки на аларменната зона:

За възрастни хора, тези с нарушения на паметта или болестта на Алцхаймер и хора с ограничено възприятие за заобикалящата ги среда, създаването на безопасна зона може да бъде полезно.

Ще се задейства аларма, ако зададената граница бъде пресечена.

Чрез предоставяне на данни за местоположението ще бъде възможно да се намерят лица, които са загубили пътя си обратно към дома.

### SiDLY системата- ефективност, доказана чрез научни изследвания

Проект: Иновативен център за телегрижи за възрастни хора с медицинска технология SiDLY AI

Цел: осигуряване на медицинско наблюдение на над 3000 възрастни хора в 78 общини в Нувяско- Померанска област в Република Полша.

Проектът в цифри:



3.060  
възрастни хора



1.115+  
часа разговори



400+  
интервенции на спешния  
медицински екип, спосаване  
на здраве и живот



330+  
съвети, данни от  
парамедиците от  
Телемедицинския център

### SiDLY системата- ефективност, доказана чрез научни изследвания

Проект: Иновативен център за телегрижи за възрастни хора с медицинска технология SiDLY AI

Изводи:

- ✓ Спестени разходи от посещение в лечебно заведение поради телеконсултации
- ✓ По-бърза реакция на спешен екип при спешен случай;
- ✓ Спестяване на разходи от личен характер- без нужда от постъпване в старчески домове поради телемедицинска грижа;
- ✓ Подобен достъп до здравеопазване;

## Услуга „Телекеър“

Дистанционна грижа за възрастни хора

24/7 мониторинг на основни vital показатели на пациента и връзка с техните близки, със социални работници или 112 чрез уеб базирана платформа с AI

**Детектор за падане и неподвижност**

Автоматично изпращане на алармено съобщение в случай на падане

**SOS бутон**

Тате или медицински бутон за изпращане на спешно извикване

**GPS**

Местоположение на пациента. Задаване на маршрут и изпращане на сигнал за помощ

БЛАГОДАРЯ ЗА ВНИМАНИЕТО!

Людмила Зафирова  
Управител  
“Интер Бизнес 91” ЕООД  
Моб. тел. 0888 579 702  
Мейл: lzafirova@interbusiness-bg.com



БЪЛГАРСКИ СЪЮЗ  
НА ЛЕКАРСКИТЕ  
АСИСТЕНТИ И  
ФЕЛДШЕРИТЕ

ГР. СОФИЯ  
БУЛ. ЦАР БОРИС III 136А  
bslaf.bg  
info@bslaf.bg

С ПОДКРЕПАТА НА



РЕДАКЦИЯ И ТЕХНИЧЕСКА ОБРАБОТКА  
Л. МАРИНОВ