

доц.д-р Маджид Кадим,дм

**резюмета на публикации след заемане на академична
длъжност ДОЦЕНТ**

1. Kadim M., Kiosev I, Peev V, Kalinov D, Belovejdov V, Koleva M., Rare Case of Metastatic Primary Testicular Angiosarcoma., Merit Research Journal of Medicine and Medical Sciences 2021; Vol. 9(3): 196-199. ISSN: 2354-323X; DOI: 10.5281/zenodo.4627813, 2021

Primary pure angiosarcoma of the testis is an exceptionally rare testicular malignancy, which is poorly understood. We present the fifth and youngest case in the current medical literature. Additionally, all cases of angiosarcoma of the testicle, both occurring with associated germ cell tumour and without, were compared in an extended tabular format.

A 56-year old man presented with unilateral scrotal pain, swelling and erythema. Ultrasonography revealed two testicular lesions with a high suspicion of malignancy but serum tumour markers were negative. A radical orchidectomy was performed with clear surgical margins. Diagnosis of primary pure angiosarcoma of the testis was confirmed on subsequent histopathology.

Primary pure angiosarcoma is a rare testicular neoplasm. We present the fifth case in the literature. Clinical and radiological features are non-specific. The diagnosis is purely histological, with the pathologist choosing immunohistochemistry based on abnormal morphology. Local invasiveness is variable but metastatic sites are typical for extra-gonadal angiosarcomas. Primary pure testicular angiosarcoma diagnosis confers a relatively better prognosis compared to angiosarcoma arising in the context of a testicular germ cell tumour. While extra-gonadal angiosarcomas are associated with high rates of local recurrence following resection, in all cases of testicular angiosarcoma there were no local recurrences following radical orchidectomy. Surgical resection remains the most effective treatment for both subtypes of testicular angiosarcoma.

2. Кадим М., Рядък клиничен случай на ангиосарком на тестис. MEDICAL magazine – София: Екомедия, 2020. vol. 77, pp. 70-72. ISSN 1314-9709

Ракът на тестисите може да няма симптоми, но обикновено се диагностицира, когато пациентът забележи бучка , болка или подуване в тестисите или усещане за тежест в скротума. Диагнозата

рак на тестисите обикновено се основава на резултатите от клиничен преглед на тестисите, кръвен тест за проверка на нивата на специфични туморни биомаркери (лактат дехидрогеназа [LDH], човешки хорионгонадотропен хормон [hCG] и алфа-фетопротеин [AFP]) и ултразвуково изследване на тестисите. Окончателна диагноза се поставя след отстраняване и изследване на тестиса.

Лечението на рак на тестисите зависи от вида на тумора (семином или несемином), стадия на тумора и оценката на риска

Вариантите за лечение включват: хирургия, наблюдение, химиотерапия и лъчетерапия.

3.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Съвременни проблеми свързани с профилактиката и ранното откриване на рака на простатата жлеза, Съвременна медицинска наука бр.2/2020, стр.28-31 ISSN: 1314-2534

Ракът на прстатната жлеза е едно от водещите по честота и смъртност онкологични заболявания при мъжете, а в същото време колкото и парадоксално да звучи то е едно от най-лесно предотвратимите и позволяващи ранна диагностика. Това ни кара да насочим усилията си по решаването на проблема в две основни направления. Първото е развитието на клиничните методи – оперативни и терапевтични насочени към ликвидиране на процеса и пълно излекуване на пациента. Второто и не по-малко важно е масовият скрининг на промените на прстатната жлеза и ранната диагноза в етап позволяващ решаване на проблема само с отстраняването на основния процес.

4.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Рискови фактори и превенция при карцинома на простатата, Съвременна медицинска наука бр.2/2020, стр.31-35 ISSN: 1314-2534

Рисковият фактор е нещо, което увеличава шансовете на човек да развие карцином. Въпреки че рисковите фактори често оказват влияние върху развитието на тумора, повечето от тях не причиняват директно карцином. Някои хора с няколко рискови фактора никога не развиват карцином, като други го развиват без известни рискови фактори. Все пак познаването на рисковите фактори и говоренето за тях с Вашия лекар може да Ви помогне да направите по-информиран избор за начина на живот и здравеопазването Ви. Следните фактори могат да повишат риска от развитие на рак на простатата: Възраст. Простатният карцином (ПК) се увеличава с възрастта, особено след 50-годишна възраст. Повече от 80% от карциномните болести на простатата се диагностицират при мъже, навършили 65 години. Раса/етнос. Черните мъже имат по-висок риск от ПК, отколкото белите

мъже. Те също така са по-склонни да развият ПК в по-ранна възраст и да имат агресивни тумори, които растат бързо. Точните причини за тези различия не са известни и могат да включват социалноикономически или други фактори. При мъже тип испански (латиноамерикански) рискът за развитие на ПК и смъртността от този болест са по-малки, отколкото при белите мъже от неиспански тип.

Б.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Съвременни концепции при стадирането на карцинома на простатата жлеза, Съвременна медицинска наука бр.2/2020, стр.35-39 ISSN: 1314-2534

Стадирането е начин да се опише къде се намира карциномът, дали и къде се е разпространил в тялото. Познаването на стадия помага на лекаря да реши какъв вид лечение е най-подходящ и може да помогне за предсказване на прогнозата при пациента, което всъщност е шансът за възстановяване от болестта. Има два вида стадиране на простатен карцином (ПК): Клиничното стадиране се основава на резултатите от тестовете, направени преди операцията, които включват дигитално ректално изследване (ректално туше), биопсия, рентгенови снимки, КТ- и/или МРТ-сканирания и костни сцинтиграфия. Рентгеновото изследване, костната сцинтиграфия, КТ и МРТ не са винаги необходими. Препоръчват се въз основа нивото на PSA, размера на тумора и клиничния стадий на карцинома.

Б.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Съвременни алгоритми в лечението на карцинома на простатата жлеза, Съвременна медицинска наука бр.2/2020, стр.39-42 ISSN: 1314-2534

Оперативен метод. При този метод се извършва отстраняване на простата по оперативен път (простатектомия). След като пациентът се възстанови и след махането на катетъра, ще е необходимо време да се научи отново да контролира уринирането си. В някои случаи може да се наблюдава и намалена потентност.

Лъчетерапия. Друг метод е лъчетерапията. Този метод се използва само когато ракът е засегнал само простатната жлеза. Може да се прилага външно в областта на половите органи, а може да се поставят и радиоактивни ядра в самите ракови клетки. Процедурата трае около 3-4 седмици с облъчване по няколко минути дневно. След това може да се наблюдава зачервяване, диария, а в някои случаи – импотентност.

Хормонална терапия. Прилага се при пациенти, при които туморът е обхванал и околните тъкани. Много често растежът на рака се свързва с мъжките хормони и най-вече с тестостерона. Затова се ползват субстанции, които да намалят производството на тестостерон или такива, които действат като женски хормони (естрогени).

Производството на тестостерон може да бъде спряно и чрез кастрация – отстраняване на тестисите.

7. В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Приложение на лъчелечението в терапията на карцинома на простатата жлеза, Съвременна медицинска наука бр.2/2020, стр.42-47 ISSN: 1314-2534

Лъчелечението представлява съвкупност от лечебни методи, използващи йонизиращи лъчения - високоенергийно рентгеново лъчение, ускорени електрони или радиоактивни изотопи, които убиват туморните клетки и намаляват туморния размер. Йонизиращо лъчение може да се прилага външно през кожата (перкутанно) - или чрез имплантиране на радиоактивни материали в зоната, където се намират раковите клетки (вътрешно облъчване или брахитерапия).

Лъчелечението, подобно на други лечебни методики в онкологията (като например хирургия или химиотерапия), има ефект както върху туморните клетки, така и върху нормалните структури на организма. Организмът обаче е в състояние да регенерира здравите клетки, които са били увредени, и те да възстановят правилното си функциониране. Успешното лъчелечение е резултат от прилагането на йонизиращо лъчение чрез персонализиран лечебен план върху туморните клетки по най-добрия и ефикасен начин така, че те да бъдат унищожени, а здравите тъкани да бъдат засегнати минимално.

8.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Скрининг за рак на простатата жлеза, Съвременна медицинска наука бр.3/2020, стр.46-49 ISSN: 1314-2534

Одобрените методи за скрининг са: дигитално ректално изследване, ултразвукова диагностика и простатно-специфичен антиген (ПСА). Простатно-специфичният антиген нормално се отделя в малки количества от простатната жлеза. Неговото увеличаване се наблюдава при: възпаление на простатата, доброкачествена простатна хиперплазия, инфекция на простатата или рак на простатата. Комбинирането на дигиталното ректално изследване с ПСА дава по-голям шанс за ранно диагностициране на рака.

9.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Честота на онкоурологичната профилактика в България, Съвременна медицинска наука бр.3/2020, стр.49-56 ISSN: 1314-2534

Първата задача която си поставихме в настоящото проучване бе да установим отношението на анкетираните към профилактичните прегледи на мъжката полова система. Проверихме колко профилактични прегледа на мъжките полови органи са направили участниците в проучването през последните пет години. Установихме, че най-голяма част от анкетираните изобщо не са си правили преглед

- $43,36 \pm 1.22\%$. На второ място са тези които са провели един преглед – $30,08 \pm 1.17\%$, трети са тези, които заявяват, че са провели два профилактични прегледа през последните пет години – $23,68 \pm 1.18\%$, за съжаление тези, които са заявили, че са били на профилактичен урологичен преглед повече от два пъти през последните пет години са само $2,88 \pm 1.14\%$.

10.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Запознатост на българските мъже с рисковете за заболяване от карцином на простатната жлеза, Съвременна медицинска наука бр.3/2020, стр.56-60 ISSN: 1314-2534

Според нас добрата популярност на общопрофилактичните прегледи неминуемо корелира с добра популярност на профилактичните прегледи на простатната жлеза ето защо решихме да изследваме и нагласите им по отношение на общата медицинска профилактика – общи профилактични прегледи, тъй като считаме, че двете са взаимно свързани. Няма как да очакваме, че анкетираният ще нехаят за здравето си като цяло и в същото време ще са силно загрижени за урологичното си здраве.

На въпроса 'Колко пъти годишно посещавате лекар/медицински специалист/с профилактична цел?' никак не е малък делът на анкетираният, които заявяват, че изобщо не са ходили на профилактични прегледи – $19,36 \pm 1.15\%$. Далеч недостатъчен според нас е броят на анкетираният които са отговорили, че провеждат средно един общопрофилактичен преглед годишно - $28,96 \pm 1.08\%$, а на второ място са мъжете които се срещат с медицински специалист 'по-рядко от един път годишно' – $51,68 \pm 1.18\%$.

11.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Честота на общо профилактичните прегледи при българските мъже, Съвременна медицинска наука бр.3/2020, стр.60-68 ISSN: 1314-2534

Считаме че пациенти, които са добре запознати с рисковете от възникване на заболяването биха били и добре запознати с начините за превенция и ранно откриване на простатния карцином. Едва ли мъжете, които намират риска от развитие на рак на простатната жлеза за нищожен са добре информирани относно възможностите за превенция и ранно откриване на заболяването. Зададохме на анкетираният въпроса: 'Какви според Вас са рисковете за заболяване от карцином на простатната жлеза?'. На анкетираният бяха дадени три възможни отговора: 'минимални рискове', 'рискове сериозни до толкова, че заслужават ежегодна профилактика' и 'не мога да преценя', събраната информация, от които ни е напълно достатъчна за постигане на гореспоменатата цел.

12.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Комплексен подход в лечението на карцинома на простатата жлеза , Съвременна медицинска наука бр.3/2020, стр.68-72 ISSN: 1314-2534

Комплексният подход обединява усилията и възможностите на специалисти от различни области на медицината в мултидисциплинарни екипи. Този подход осигурява на пациентите изготвянето на най-адекватната терапевтична стратегия за тях, съобразена с погледа на всеки специалист върху индивидуалния казус на всеки пациент. Специализираните екипи за рак на простатата включват медицински онколози, лъчетерапевти, патолози и медицински генетици. Експертите заседават на ежеседмични срещи (общоболнични комисии), където всеки болен се докладва и обсъжда при всяка промяна в състоянието му в хода на терапевтичния процес.

13.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Отношение на българските мъже към симптома кръв в урината,Съвременна медицинска наука бр.1/2021, стр.21-30 ISSN: 1314-2534

Симптомът кръв в урината е един от най-алармиращите и сериозни симптоми в урологията. Нито едно кръвотечение от в организма не бива да бъде подминавано с лека ръка. Въпреки, че симптома е алармиращ за карцином на простатата жлеза в определени случаи задължително трябва да помислим и за други процеси свързани с нарушаване на съдовата цялост в мъжката полова система. Хематурията е често срещан симптом в ежедневната лекарска практика. Многофакторната етиология изисква снемане на задълбочена анамнеза, извършване на обстоен преглед и диагностика с висока чувствителност за откриване на причината. Въпреки че при голяма част от пациентите не се открива причина за наличието на кръв в урината възможните потенциално фатални заболявания изискват пациентите да бъдат наблюдавани и изследвани продължително време дори при първоначално негативен в диагностичен аспект резултат.

14.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Запознатост на българските мъже с начините за профилактика на карцинома на прстатната жлеза,Съвременна медицинска наука бр.1/2021, стр.30-39 ISSN: 1314-2534

Решихме да проучим запознатостта на българските пациенти с начините за профилактика на карцинома на прстатната жлеза. Анализирайки резултатите по този въпрос установихме, че най-голяма част от участниците в нашето проучване отговарят са ,запознати само бегло` – $48,48 \pm 1.21\%$. За съжаление анкетираниите, които са запознати в детайли са само $6,25 \pm 1.23\%$ от всички. Почти една трета от всички участници в проучването($44,32 \pm 1.11\%$) са заявили, че

изобщо не са запознати как да се предпазят от рак на прстатната жлеза.

**15.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Запознатост на българските мъже с рисковете за заболяване от карцином на прстатната жлеза, Съвременна медицинска наука бр.1/2021, стр.39-45
ISSN: 1314-2534**

Решаването на всеки един проблем изисква време и средства. Именно за това решихме да съдим за отношението на българските мъже към проблема с профилактиката на рака на простатата жлеза по тези две насоки. Затова в нашето проучване изследвахме какви средства биха отделили за профилактика и колко време биха отделили за профилактика анкетиранияте пациенти. При анализа на резултатите по въпроса за съжаление установихме, че цели $12,48 \pm 1.8\%$ от всички участници в нашето проучване не считат, че е необходимо да отделят никакви средства за профилактика. Оказа се, че най-голяма част от участниците в нашето проучване биха отделили до петдесет лева годишно за профилактика на заболяването – $47,84 \pm 1.21\%$, или приблизително колкото е цената на един преглед. Втора по големина е групата на мъжете, които са готови да дадат между петдесет и сто лева на година за да се предпазят от карцином на прстатната жлеза ($33,12 \pm 1.17\%$). Не е малък и броя на тези които са на мнение, че профилактиката трябва да им е напълно безплатна след като са здравно осигурени. Това твърдение не е лишено от логика но за съжаление при така действащата здравна система у нас трудно постижимо.

**16.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Отношение на българските мъже към профилактиката и лечението на карцинома на прстатната жлеза, Съвременна медицинска наука бр.1/2021, стр.45-53
ISSN: 1314-2534**

Проучването познанията на българските мъже по отношение терапията на карцинома на прстатната жлеза започнахме с въпроса 'Каква според Вас е оптимално добрата терапия при карцинома на простатата?'. Установихме че за най-голяма част от участниците в проучването единственото правилно лечение на заболяването е оперативното. Проучихме и до каква степен анкетиранияте са запознати с предимствата и недостатъците на възможните методи на лечение на карцинома на прстатната жлеза. Установихме , изключително малък дял на тези, които са заявили, че познават в детайли предимствата и недостатъците на всички изброени методи, а най-голяма част от българските мъже са напълно незапознати с цитираните предимства и недостатъци. На второ място но доста по-малобройни са тези които са запознати само бегло. За съжаление само

1,92±0.11% са тези, които познават в детайли и то само определен метод.

17.В.Пеев, М.Кадим, П.Петров, Отношение на българските мъже към терапията на карцинома на простатата жлеза, Съвременна медицинска наука бр.1/2021, стр.53-65 ISSN: 1314-2534

С настоящото проучване целим да установим и анализираме познанията на българските мъже по въпроса 'Кои методи намирате за по-рискови?', 'оперативните' или 'неоперативните' с цел да установим до каква степен реално са запознати участниците в проучването с рисковете, които крие самото лечение. От получените резултати става видно, че по-голяма част от участниците в проучването отново нямат мнение по въпроса -45,12±1.23%. От имащите такова най-голяма част застъпват мнението, че оперативните методи са по рискови - 41,92±1.21%, следвани от групата на участниците които са на мнение, че по-рискови са неоперативните методи - 12,96±0.15%

18.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Място на аборта в регулирането на раждаемостта сред съвременните български жени, Съвременна медицинска наука бр.1/2021, стр.65-72 ISSN: 1314-2534

През последните четири десетилетия медицинската намеса в регулирането на раждаемостта чрез изкуствени аборти, контрацепция и стерилизация придоби масов характер и успя да разчупи всички канони, битували в човешкото мислене повече от 20 века. Абсолютната забрана на абортите би довела до бум на криминалните аборти, което ще застраши живота и здравето на жените и ще предизвика всички останали последици и рискове, до които води тази нелегална практика. Необходимо е предприемане на съвкупност от мерки и законодателни инициативи, целящи популяризиране на контрацептивните средства и методи, повишаване на здравната и сексуалната култура на населението, въвеждане на специализирано обучение в училищата и следдипломна квалификация на общопрактикуващите лекари по семейно планиране за предоставяне на специализирана медицинска информация за оптималния метод на контрацепция. При допускане на нежелана бременност решението отново остава прекъсване на бременността в законно допустим срок, което обаче трябва да бъде разрешено само в най-ранните етапи на бременността, т.нар. биохимична фаза до 5-а-6-а гестационна седмица, когато зародишът все още представлява само съвкупност от дялящи се стволови клетки и трудно може да бъде определен като нов организъм. На такъв етап бременността може да бъде прекъсната и чисто медикаментозно чрез простагландинови препарати, като максимално се наподобява ранен спонтанен аборт тип "закъсняла

менструация". Наред с всичко това трябва да се промени и етиката на голяма част от лекарите, които прибягват към аборт в по-голям от разрешения от закона срок и с това на практика до голяма степен обезсмислят предложените мерки.

19.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Видове изкуствено прекъсване на бременността, Съвременна медицинска наука бр.2/2021, стр.55-58 ISSN: 1314-2534

В зависимост от гестационната седмица през която се извършва прекъсването на бременността делим абортите на ранен и късен аборт.

Ранен аборт (до 13г.с.)

- Медикаментозен:

Приема се за ефективен ако бременността е под 8 г.с. В България този метод не е легализиран, но в същото време не е и забранен,тъй като медикаментите, с които се извършва се предлагат официално на фармацевтичния пазар. Извършва се чрез прием на медикаменти(Мифепристон и Мизопропростол) през няколко часа/дена, които предизвикват аборт. Очакваните странични ефекти са коремна болка, вагинално кървене, понякога гадене и повръщане, висока температура.

- Оперативен:

Подходящ е както при по-ранни бременности, така и при по-големи от 8-9 г.с. Процедурата се извършва под анестезия, обикновено обща. Първо се дезинфекцира ВПО и влагалището. Прави се дилатация на маточната шийка, след което с вакуум или с кюретата се изважда плодния сак от кухината на матката. Очакваните странични ефекти са вагинално кървене (обикновено е слабо и кратко), коремни болки.

Късен аборт след 13 г.с.

При късните аборти по медицински показания (13-22 г.с.) абортът протича по типа на раждане в два етапа. Първо се предизвикват маточни контракции с помощта на медикаменти, които водят до раждане на плода и плацентата.

20.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Най-чести причини за прекъсване на бременността, Съвременна медицинска наука бр.2/2021, стр.58-64 ISSN: 1314-2534

До прекъсване на бременността може да се стигне: Спонтанно, в този случай говорим за спонтанен аборт. По медицински причини, тоест, ако у плода се установи генетичен дефект (напр. синдром на Даун),

или друго увреждане на детето (напр. вроден дефект на мозъка, сърцето, бъбреците, разцепена устна, небце или гръбначен стълб). Евентуално заради заболяване на майката (вътрешно, хирургично, белодробно, неврологично и др.). Прекратяването на бременност по медицински причини се покрива изцяло от здравната каса. Мини аборт (до 8-та седмица от бременността), или класически аборт, т. нар. кюртаж (до 12-та седмица от бременността). Тази манипулация жената заплаща сама. Статистиките от последните няколко години сочат, че повече от половината (почти 55%) прекъсвания на бременности се извършват поради най-различни медицински показания. Ако жената изпадне в ситуация, когато трябва да предприеме прекъсване на бременност, съвременната медицина ѝ предлага две алтернативи за тази интервенция:

21.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Морални аспекти на аборта по желание, Съвременна медицинска наука бр.2/2021, стр.64-71 ISSN: 1314-2534

През последните четири десетилетия медицинската намеса в регулирането на раждаемостта чрез изкуствени аборти, контрацепция и стерилизация придоби масов характер и успя да разчупи всички канони, присъщи на човешката цивилизация повече от 20 века. Ако само преди няколкостотин години в европейските държави извършването на аборт се е наказвало със смърт, то днес той може да бъде направен почти безпрепятствено и се възприема от обществото повечето пъти безкритично. Отношението към аборта като средство за регулиране на раждаемостта е обект на държавна политика още от древността. Философите Платон (427-347 г. пр.н.е.) и Аристотел (384-322 г. пр.н.е.) са смятали, че „... държавата трябва да регулира семейния живот на гражданите“, без значение по какъв начин трябва да става това.

22.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, История на аборта по желание в България, Съвременна медицинска наука бр.2/2021, стр.71-74 ISSN: 1314-2534

В България абортът е легализиран през 1956 г. и от тогава до днес популярността му е традиционно висока, като през последните две десетилетия придобива колосални размери. В момента у нас се правят около 50 000 аборта годишно [10]. Особено тревожна е статистиката при девойките до 18 години, където 38 на 1000 тийнейджърки забременяват. Оказва се, че в България около 60% от бременностите не са планирани. Това сочат данните от проучване на тема „Контрацепцията и българката днес“, проведено от 5 до 13 февруари 2008 г. В него участват 600 жени на възраст от 18 до 35 години от София, Варна и Пловдив. Едва 4% от българките се доверяват на

плановата контрацепция. Нивото на информираност в България и използването на планова контрацепция като метод за предпазване от нежелана бременност е около 10 пъти по-ниско от средното за Европа.

23.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Философски и етични проблеми свързани с аборта по желание, Съвременна медицинска наука бр.2/2021, стр.74-78 ISSN: 1314-2534

Три съществени въпроса и до днес остават без отговор: има ли право жената да убие собственото си неродено дете; има ли право обществото да коментира решението на жената, да забранява да убива зачатия в нея плод; има ли право лекарят да отнема живот. Най-лесно е да се даде отговор на третия въпрос, лекарят няма право да отнема живот, още по-малко да прави това за възнаграждение, както де факто става. Ако при майката може да има място за полемика дали да унищожи нещо, което е част от нея, било то и нов живот, то при лекаря за такова нещо и дума не може да става. В противен случай лекарят се приравнява с нивото на обикновения палач, който вади прехраната си, като убива срещу възнаграждение и се прибира у дома с „чиста“ съвест.

24.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Етични проблеми на аборта,Съвременна медицинска наука бр.3/2021, стр.43-48 ISSN: 1314-2534

Въпросът за отношението на лекарите, медицинските общества и асоциации към практиката на изкуствения аборт има своята история и логика. В тази логика съществуват две противоположни позиции. Придвижването от едната към другата, всъщност представлява и историческият ход на въпроса за етико -медицинското отношение към изкуственото прекъсване на бремеността. Първата позиция е изразена още в оригиналния текст на Хипократовата клетва. Сред множеството съществуващи лечебни манипулации Хипократ специално отделя внимание и изтъква „плодоизгнанието“ и обещава: „На никоя жена няма да дам абортивен песарий“. И така още в 5 в.п.Хр. Хипократ фиксира позицията на лекарското съсловие за етичната недопустимост на лекарско участие при извършването на изкуствен аборт (вж. Истор. Модел от минала лекция). Тази Хипократива позиция е още по-важна като се има предвид, че тя е в пълен разрес с мнението на големите моралисти и законодатели на древна Елада за „естествената“ целесъобразност на аборта. Тези възгледи са обобщени и изразени ней-точно у Аристотел, който пише в своята „политика“ така: „Ако ли у пребиваващите в съпружеско съжителство трябва да се роди дете свръх положената бройка, тогава трябва да се прибягва към аборта, преди у зародиша да се е появила чувствителност и живот“.

25.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Либерален подход към проблема за аборта, Съвременна медицинска наука бр.3/2021, стр.48-55 ISSN: 1314-2534

В настоящия момент най-влиятелната форма на морално – ми­ро­г­лед­но оправдаване на аборта е либералната. И ако законодателствата в Европа и Америка, които забранявали медицинската практика на аборта до средата на 20-ти век са били формирани под влиянието на морално-религиозните схващания, то съвремените законодателства, които легализират абортите имат за своя основа либералната идеология. Либералното оправдание за аборта се базира на два принципа. Първо – това е правото на жената да се разпорежда със своето тяло. Второ – отричане на личностния статус на плода.

26.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Честота на аборта по желание сред съвременните български жени,Съвременна медицинска наука бр.3/2021, стр.55-63 ISSN: 1314-2534

В настоящото проучване, касаещо проблемите свързани с прекъсването на бременността по желание решихме да изследваме популярността на метода сред българските жени. Трябва да отбележим, че същата е по-висока от средната за страната, тъй като поради естеството на нашето проучване и с оглед на поставените от нас цели и задачи голяма част от участничките в него са такива, които по някакъв начин са търсили здравна услуга свързана с прекъсване на бременността.

27.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Най-чести причини за аборт по желание в България, Съвременна медицинска наука бр.3/2021, стр.63-68 ISSN: 1314-2534

За да проучим в детайли най-честите причини за аборт по желание в България включихме не само само жените които са правили аборт, а всички жени участнички в нашето проучване. Изследвайки най-честите причини довели до прекъсване на бременност по желание при тези от анкетираните, които са правили аборти установихме, че най-голяма част от тях (54.09%) правят това поради неподготвеност за отглеждане на дете, като в това число влизат малка възраст, кратък период от предходно раждане, желание за развитие на кариера, незавършено образование и др. При 28,07% причините за прекъсване на бременността са били финансови, като тук влизат както и финасовите възможности на жената, така и материално-битовите условия. 17,83% от анкетираните съобщават, че са правили аборт поради нежелание да имат деца от конкретния партньор от който са забременели.

28.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Предпочитан модел за прекъсване на бременността по желание, Съвременна медицинска наука бр.1/2022, стр.25-29 ISSN: 1314-2534

Настоящото проучване цели да установи кой според българските жени е оптимално добрият начин за изкуствено прекъсване на бременността, като им включихме два възможни отговора – медикаментозен аборт и инструментален аборт. Установихме че най-голяма част от анкетираните (80,70%) предпочитат медикаментозното прекъсване на бременността пред инструменталното. Само 15,35% са заявили, че биха предпочели инструментално прекъсване на бременността. 3,94% от анкетираните нямат мнение по въпроса.

29.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Отношение на българските жени към аборта по желание, Съвременна медицинска наука бр.1/2022, стр.29-36 ISSN: 1314-2534

Настоящото проучване цели да установи нагласите на българските жени относно самото прекъсване на нежелана бременност или с други думи, ако тепърва имат нежелана бременност, дали биха я прекъснали. Зададохме им въпроса: 'Бихте ли направила аборт по желание ако забременеете непланирано?', като им дадохме два възможни отговора – 'да' и 'не'. Установихме относителен паритет по отношение на нагласите им, като малко по-голяма част от тях (48,68%) че биха прекъснали евентуална нежелана бременност, а 51.31% са заявили, че без значение, дали бременността е желана или не, не биха я прекъснали.

30.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Познания на българските жени относно оптималния срок за прекъсване на бременността, Съвременна медицинска наука бр.1/2022, стр.36-42 ISSN: 1314-2534

Целта на настоящото проучване е да установи оптималния срок за прекъсване на нежелана бременност според представите на съвременните български жени. За тази цел им зададохме въпроса 'Кога според Вас е най-добре да се прекъсне една неждлана бременността' с възможни отговори: 'в първите 6 седмици', 'в първите 12 седмици', 'по всяко време', 'не знам'. При анализа на получените резултати установихме, че според най-голяма част от участничките в нашето проучване оптималният срок за прекъсване на нежелана бременност е в първите шест седмици – 29,09%±1.69%, малко помалобройна е групата на жените, които са на мнение, че това може да бъде извършено до дванадесетата седмица от забременяването. За съжаление не е малък и броят на жените, които са отговорили, че нежеланата бременност може да бъде прекъсвана по всяко едно време

- 26,02%±1.89%, както и тези които нямат никакви познания по въпроса - 16,95%±1.12%

31.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Познания на българските жени относно срока на бременността до който е разрешено да се прави аборт по желание, Съвременна медицинска наука бр.1/2022, стр.42-48 ISSN: 1314-2534

Целта на настоящото проучване е да установим познанията на българските жени относно срока на бременността до който е разрешено да се прави аборт по желание. Зададохме им въпроса 'До коя гестационна седмица е разрешен да се прави аборт по желание' с възможни отговори: 'в първите осем седмици', 'в първите дванадесет седмици', 'по всяко време' и 'не знам'. При анализа на получените резултати установихме, огромна вариация от отговори и относителен паритет между първите два отговора, с лек превес на отговора 'в първите дванадесет седмици' – 29,38%±1.08%, пред 'в първите осем седмици' – 28,21%±1.11%. За съжаление не е малък и броят на жените, които нямат никакви познания по въпроса – 18,27%±1.03%, както и тези които са отговорили, че е разрешено нежеланата бременност да бъде прекъсвана по всяко едно време – 24,12%±1,23%

32.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Познания на българите относно срока на бременността до който може да се прави медикаментозен аборт, Съвременна медицинска наука бр.2/2022, стр.36-41 ISSN: 1314-2534

В настоящото проучване изследвахме познанията на българските жени относно срока на бременността до който може да се прави медикаментозен аборт. За целта им зададохме въпроса 'До коя гестационна седмица може да се направи медикаментозен аборт' с възможни отговори: 'в първите шест седмици', 'в първите дванадесет седмици', 'по всяко време' и 'не знам'.

33.К.Телбийска,М.Кадим,П.Петров, Познания на българите относно рисковете свързани с аборта по желание, Съвременна медицинска наука бр.2/2022, стр.41-50 ISSN: 1314-2534

При анализа на получените резултати установихме, критични резултати по отношение на познанията на анкетираните, показващи минимална грамотност по въпроса сред тях, като цяло. За съжаление значително превалира процентът на незапознатите, който е почти два пъти по-висок(62,86%±1.08%) от този на запознатите с рисковете свързани с прекъсването на бременността – 37,13%±1.11% . Анализирайки факторите оказващи влияние върху получените резултати установихме влияние на възрастта на анкетираните върху изследвания показател $P < 0.001$. При възрастовата група до 25 години

групата на тези, които са заявили, че познават рисковете свързани с аборта по желание е най-ниска – $12,28 \pm 1.45\%$. При 25-35 годишните този процент нараства на $34,44 \pm 1.69\%$. Във най-високата възрастовата група на участничките в нашето проучване, тези между 35 и 45 годишни са регистрирани най-високи стойности на изследвания показател – $57,61 \pm 1.11\%$.

34. М.Кадим, П.Петров, Изследване нагласите на българските жени към проблема с профилактиката на карцинома на млечната жлеза, Съвременна медицинска наука бр.2/2022, стр.50-56 ISSN: 1314-2534

Настоящото изследване започваме с проучване стойностите на показателя 'време което жените са готови да отделят годишно за профилактика', считайки, че той би бил доста по достоверен при определянето на отношението(сериозността) на пациентките към проблема профилактика на рака на млечната жлеза. Тъй като по-рано в настоящия труд стигнахме до извода, че средствата, които анкетираниите са готови да отделят за профилактика не бива да бъде показател за отношението им към важността на проблема.

35. М.Кадим, П.Петров, Запознатост на българите с методите и средствата за профилактика на карцинома на млечната жлеза, Съвременна медицинска наука бр.2/2022, стр.56-60 ISSN: 1314-2534

Усвещеността на българските жени по отношение на средствата и начините за профилактика на карцинома на млечната жлеза е една от най-важните задачи които си поставихме в нашето проучване, тъй като считаме че познаването на възможностите на съвременната профилактиката на заболяването дава позитивно отражение върху популярността и ефективността ѝ. Във връзка с казаното поставихме на участничките в проучването въпроса 'Запозната ли сте с начините за профилактика на карцинома на млечната жлеза и предимствата от тях?'. За съжаление само $20,86\%$ от проучваните пациентки са заявили, че са добре запознати в детайли, със съвременните възможности за профилактика, както и с ползите от тях (Фигура 58). Установихме, че по-голямата част от участничките в проучването изобщо не са запознати ($54,31\%$). Не са малко и тези, които са заявили, че познават само бегло възможностите, от които могат да се възползват с цел профилактика на карцинома на млечната жлеза ($24,82\%$).

МОНОГРАФИИ

1.М.Кадим,Управление на медицинското поведение при уринарна инконтиненция, ISBN 978-619-7552-09-6, НСАГДП 2022

Уринарната инконтиненция, т.е. неволното изпускане на урина, е освобождаване на урина от пикочния мехур, което не може волево да се контролира. Приблизително 850 000 австралийски жени и 150 австралийски мъже са засегнати от уринарна инконтиненция. Тя настъпва по различни причини и на всяка възраст, въпреки че броят на нови случаи нараства с увеличаване на възрастта. Статистически жените в напреднала възраст са двойно по-засегнати от мъжете в тази възраст.

Контролът върху континенцията е способност, която се придобива в ранното детство като едно от първите постижения при отглеждане на детето. Тя е показател за повишения самоконтрол на даден човек. Засегнатите от инконтиненция страдат от липса на контрол върху пикочния мехур и често се чувстват социално изолирани, а качеството им на живот е силно занижено.

През 2019 година HARTMANN поръча първото по рода си изследване касаещо живота на хора страдащи от неконтролирано изпускане на урина. Бяха анкетирани няколко хиляди човека в Европа, а първият въпрос бе Какво означава да живееш с уринарна инконтиненция?

Над 2300 човека на възраст 40+ от Чехия, Германия, Испания, Франция и Швейцария споделиха своя опит за състоянието уринарна инконтиненция. Резултатите от това проучване са изключително показателни. Поразително е колко голяма степен има въздействието на инконтиненцията върху емоционалното благосъстояние, като 68% от анкетираните заявяват, че това се отразява негативно на цялостния им живот. Голяма част от страдащите споделят, че избягват спорта, пътуванията, спират да общуват с приятели...

Сред ключовите изводи от проучването е, че голяма част от страдащите от инконтиненция не споделят този проблем с никого (близки приятели, семейство, партньор). Почти половината от запитаните казват, че не са споделили за този проблем дори с партньора си. Срам, притеснение, несигурност са сред най-честите причини. Част от запитаните живеят в отказ, надявайки се, че с времето това състояние ще отmine. Въпреки, че инконтиненцията е проблем, от който страдат мъже и жени от различни възрасти, тя често се третира като "табу" и се пази в тайна, а голяма част от хората смятат, че това е проблем, който засяга само възрастните.

В същото време се оказва, че хората, които вече са се пристрашили да споделят проблема си с близък приятел или партньора си, изпитват чувство на облекчение и увереност. Подкрепата, която могат да оказат близките хора, е изключително важна по пътя към преодоляване на проблема.

Важен аспект при справянето с инконтиненцията е изборът на най-подходящия абсорбиращ продукт. Съществуват специализирани абсорбиращи подложки за жени и мъже с различна абсорбция. С тяхна помощ страдащият може ефективно да управлява състоянието си.

Проучването достига до важни заключения, сред най-показателните от които е въздействието на инконтиненцията върху живота на хората погледнат през обектива на срама. Има съществена разлика в начина, по който хората смутени от собственото си състояние описват как то оказва негативно влияние върху начина им на живот, в сравнение с тези, които вече са преодолели този проблем.

Затова не е изненадващо, че когато на въпроса какво би им помогнало да се справят с инконтиненцията, повечето анкетирани биха изявило желанието да има повече откритост по тази тема в обществото. Важно е да има достъп до информация за това състояние, съвети как да се справим с него и налични продукти, които могат да ни помогнат да не нарушаваме нормалния си начин на живот. Става дума за това, че хората трябва да знаят, че не са сами, че инконтиненцията няма нужда да ограничава активния им начин на живот и да ги спира да правят това, което ги кара да се чувстват жизнени и активни, а именно да спортуват, да пътуват, да общуват свободно и без чувство на страх и срам.

2.М.Кадим, Превенцията на конфликти в медицинския колектив ефективно средство за управление в здравеопазването, ISBN 978-619-7552-08-9, НСАГДП 2022

Изучаването на конфликтите в организациите произтича от реалната необходимост да бъдат обяснени приложни и феноменологични области като унифициран модел на организационното функциониране. Приетата форма, измерваща и анализираща процеса на комуникация, се състои от пет основни стъпки:

Източник на комуникационният процес, изпращач на комуникационното съобщение, комуникационен канал, външни фактори, влияещи върху процеса (шум) и приемник на комуникационното съобщение. Необходимо е да се отбележи, че видът и количеството данни могат да се видоизменят следствие на начина на кодиране, обратната връзка, както и декодирането и анализа на вида информация. Друг аспект определящ функцията на оригиналност е

шумът в комуникационният процес, който определя произхода на грешка. Различните теоретични постановки разграничават груповата комуникация от междуличностната такава. При първата трансфера на информация е по-бавен спрямо междуличностната комуникация, създавайки трансмисионна комуникационна отделеност, което е предпоставка за по-непосредствено предаване на информация. Тук може да отбележим, че междуличностната комуникация е част от масовата такава, съответно нейната специфика е теоретично по-трудна, касаеща се до комплекс от изследователски методи : наблюдение, интервю, проучване, експеримент, тристепенен модел. Изследванията в областта са свързани със съдържателен интерес към явлението и трудно насочено към детайлен анализ на структурата, посредством експериментален подход. Анализът в областта до голяма степен е микросоциален и създадените системи на основата на анализ на взаимодействието и контент-анализ, са проблем на изследователския подход. Именно поради този факт повечето методи на изследваните микроединици са насочени към изразена ценност и измерима единица от груповото или междуличностно функциониране.

В редица случаи се прави естествена връзка между комуникацията и проблемното поведение, като способ на влияние. Комуникационният процес се свързва и с физически характеристики на личността. Именно поради тази причина нараняващото поведение може да бъде съпоставимо с комуникационното взаимодействие, както директно, така и индиректно.

УЧЕБНИЦИ

1.М.Кадим, Лидерство и управление на различията, Учебник за студенти в магистърска програма по Здравен мениджмънт на Висше училище по сигурност и икономика съобразено с изискванията по учебна дисциплина 'Лидерство и управление на различията', ISBN 978-619-7552-07-2, НСАГДП 2022

В настоящето имаме щастието да се радваме на изобилен информационен поток във всички области на науката. Отдавана отминаха времената, когато изданията на български език бяха единични и трудни за намиране и се налагаше да бъдат ксерокопирани, а единствената ни достъпна чуждоезична литература на руски език. Днес всичко това е минало и по-младите читатели едва ли могат да си представят липсата и гладът за достъп до научна литература. За съжаление обаче огромната информация, която сега буквално ни залива от всевъзможни печатни издания, интернет и други медии е силно 'нерафинирана' и на практика неполезна за голяма част от нуждаещите се от нея. Нещо повече, много от тиражираните материали са без научна стойност, и често могат да

имат заблуждаващ и дори вреден ефект. Има и редица научни автори, които издават книги написани по начин, който иска да вмени на читателя колко е прост поеже изключително трудно асимилира прочетеното и в същото време колко велик е авторът понеже читателите не са способни да разберат превъзвешения му стил.

В настоящия труд съм се старал да не бъда, нито от първите, нито от вторите. Просто се постарях да обобщя огромен обем научна информация в областта на лидерството и управлението и да я поднеса в лек и удобен за възприемане за студентите по здраве мениджмънт, стил.

2.М.Кадим, Количествени методи в здравния мениджмънт, Учебник за студенти в магистърска програма по Здравен мениджмънт на Висше училище по сигурност и икономика съобразено с изискванията по учебна дисциплина 'Количествени методи в здравния мениджмънт '. ISBN 978-619-7552-06-5, НСАГДП 2022

В най-опростен вид системният модел представя здравната организация като система, в която входът (input) чрез определен процес се превръща, преминава в изхода (output) на системата. В системния модел на входа са ресурсите, които чрез процеса на мениджмънт се превръщат в резултати (на изхода).

Мениджмънтът се разглежда като к а т а л и з и р а щ п р о ц е с , чрез който се постигат резултатите, т.е. постигат се целите на здравната организация.

Системен модел на мениджмънта на здравната организация. Чрез управлението здравните мениджъри са катализатори на преобразуването на ресурсите в резултати. Ресурсите на здравната организация идват от околната среда и във вид на резултати се връщат в нея. По този начин здравната организация е зависима от околната среда. Образно казано, тя „плува“ в своята околна среда.

Ресурси, преобразуване и резултати. На входа на здравната организация постъпват нейните ресурси. Ресурсите са четири типа:

- персонал (човешки ресурси),
- финансови ресурси,
- материални ресурси
- време.

Финансовите и материалните ресурси, както и времето, са условие и средство за реализиране възможностите на човешките ресурси (живата работна сила, персонала).

От човешките ресурси зависи използването на останалите типове ресурси. Ето защо мениджмънтът на човешките ресурси заема възлово, изходно място в мениджмънта на ресурсите въобще.

Човешките ресурси в здравеопазването имат два елемента:

- Здравен персонал - широкият спектър професионалисти: лекари, стоматолози, фармацевти, медицински сестри, рехабилитатори, диетолози, психолози, инженери, икономисти, юристи, мениджъри и др.
- Пациенти - населението, което търси удовлетворяване на своите здравни потребности.

Разглеждането на пациентите като ресурс има важно методологично и управленско значение. Както от качествата на другите ресурси, така и от качествата на пациентите в з а в и с и полученият резултат от медицинската дейност.

Пациентите са ресурс на входа, чието първоначално състояние се видоизменя на изхода в съответен резултат, например, болестта се предотвратява или лекува, здравето се укрепва и повишава чрез превенция и рехабилитация. Пациентите с ниска здравна култура и неадекватно здравно поведение са по-неизгоден ресурс за здравната организация в сравнение с пациентите с висока здравна култура. От тази гледна точка здравният мениджър е отговорен и за състоянието на ресурса-пациенти, така както е отговорен за всички други ресурси. Без адекватно състояние на този ресурс ще има общ ресурсов дисбаланс в здравната система.

Разглеждането на пациентите като ресурс на здравеопазването и като отговорност на здравния мениджмънт е съзвучно на новия тип здравна политика, ориентирана към промоция на здравето. Липсата или недостигът на едни ресурси може да повлияе неблагоприятно другите ресурси да снижи ефективността на цялото здравно заведение. Например, липсата на специалисти в дадена област може да обуслови неизползване на налична медицинска апаратура. А това ще повлияе върху крайния резултат на здравеопазната дейност (изхода на системата).

ПРЕДСТАВИЛ.....

.....