

QUOVADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ



БЛС ПОДКРЕПИ ПРОТЕСТА НА СОБЪ

На 15 януари т.г. общинските болници в страната проведоха символичен протест. Мотото на лекарското недоволство е: „Спрете унищожаването на общинското здравеопазване!“. БЛС застава зад справедливите искания на колегите и апелира за светкавична реакция на държавата относно финансовото стабилизиране на общинското

здравеопазване. Оперативното ръководство на съсловната организация заявява, че вече е време да се осъзнае необходимостта от обща концепция за промени в здравния сектор, за да може българското здравеопазване да бъде спасено. В противен случай, пациентите няма да има къде да бъдат лекувани, нито ще има кой да ги лекува. **на стр. 2, 3, 4**

РАБОТНИ СРЕЩИ ЗА НРД 2018

Експертните работни срещи между БЛС и НЗОК за Националния рамков договор (НРД) 2018 стартираха едва на 3 януари тази година. Лекарското съсловие няма вина за забавянето на преговорния процес, който трябваше да започне в началото на ноември 2017-та, след внасяне проектобю-

джета на НЗОК в пленарна зала. С цел прозрачност на преговорния процес, протоколите от работните срещи се публикуват в сайта на БЛС. За да се чуе най-ясно гласът на медиците във връзка с новия НРД, Лекарският съюз заедно с CredoWeb, откри дискусия. **на стр. 8**

СИМП - НА ИЗЧЕЗВАНЕ!

ПРЕПЪНИКАМЪНИ В СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ



Своите проблеми и идеи за решаването им споделят управители на ДКЦ от различни региони на страната. **на стр. 8-9**

Actavis

Специален гост
Проф. д-р Крум Кацаров:

ОСТОЙНОСТЯВАНЕТО НА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ Е ПЛАЩЕЦО ЗА НАШАТА ДЪРЖАВА



на стр. 5

#ПребориГнева



Проф. Златимир Коларов

ЛЕКАРЯТ - ЖЕРТВА ИЛИ ГЕРОЙ?

на стр. 15



Грип, настинка

Веднага Осцилококцидум!

За профилактика и лечение на грип!
Хомеопатичен лекарствен продукт

Без лекарско предписание. КХП18417/26.06.2012 За пълна информация:
БОАРОН БГ ЕООД, 1408 София, Южен парк бл. 28 вх. А, тел.: 02/ 963-20-91, факс: 02/ 963-45-00

BOIRON®
www.boiron.bg

ISSN 2534-8981



9 772534 89819 12

Промотивна визия

БЛС ПОДКРЕПИ ПРОТЕСТА НА СОББ

„Спрете унищожаването на общинското здравеопазване!“

На 15-ти януари т.г., във времето от 12 до 13 ч., общинските болници в страната проведоха символичен протест - пред болничната сграда, а в някои градове - пред съответната община. До този акт се стигна след заседание на УС на Сдружението на общинските болници, на 9 януари т. г. в Севлиево.

В заседанието участваха и представители на БЛС - председателят на съсловната организация

д-р Венцислав Грозев и експертът д-р Динчо Генов. След направени предложения от страна на управители на общински болници и след обсъждане на ситуацията в началото на 2018-та, при която са очевидни бързото разпадане на здравеопазването извън областните градове, както и последиците от изчезването на общинските болници, УС на СОББ единодушно прие становище:

„Потвърждава се обявеният с решение на УС на СОББ от 11 декември 2017 г. Национален протест“.

Мотото на лекарското недоволство е: „Спрете унищожаването на общинското здравеопазване!“.

На заседанието и в следващите дни председателят на БЛС д-р Венцислав Грозев многократно и най-категорично подчерта, че Лекарският съюз застава зад исканията на колегите и подкрепя протеста.



Оперативното ръководство на БЛС – в лицето на председателя д-р Венцислав Грозев, зам.-председателя д-р Галинка Павлова и главния секретар д-р Стоян Борисов, подкрепи лично протестите на лечебните заведения в Чирпан, Асеновград и Карлово.

ПИСМО НА СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ

Скъпи колеги,
Уважаеми дами и господа,

В условията на създалата се криза на доверие в здравната система, Българският лекарски съюз подкрепя протестните действия на Сдружението на общинските болници, организирани на 15 януари 2018 г. БЛС припомня своята принципна и последователна позиция, а именно, че „здравето е капиталът на една нация, основна ценност и приоритет, част от националната сигурност на всяка държава“.

Липсата на единна политика, ориентирана към устойчиво здравеопазване, което да отговаря на потребностите на пациентите, довежда здравната система до невъзможност за правилно функциониране и поставя в опасност живота и здравето на гражданите.

Недостатъчното финансиране на сектора, натрупаният от предходни години дефицит в бюджета на НЗОК, административната тежест, предизвикана от тромава нормативна база, наложените лимити на

болниците и неизплащането на надлимитната дейност, двойно по-ниският процент на публичните разходи за здравеопазване от средноевропейския, липсата на методика за остойностяване на медицински труд, липсата на увеличение в цените на клинични пътеки, дори при повишаване на минималната работна заплата 11 пъти през последните години (2007 г. - 180 лв., 2018 г. - 510 лв.) доведоха до „изнеможване“ на лечебните заведения и до фалити на болници. Независимо от представените експертни предложения от БЛС за промени в нормативната и законодателна база в системата, с цел подобряване условията на работа на заетите в сектора, до момента те не са взети предвид.

Изчерпано е и общественото доверие към институциите, ангажирани с реформи в здравеопазването, както и към целия здравен сектор. Рушат се отделни системи на всички нива. Не се взема предвид житейският, професионален и социален статус на меди-



цинските специалисти, което генерира голяма част от недоволството на заетите в системата медици.

Първите симптоми на предстоящата криза са критичното състояние на най-малко 12 от общинските болници в страната, които са пред фалит. В най-тежко положение са болниците в Свищов, Белоградчик, Омуртаг, Тутракан, Петрич, Чирпан, Ловеч и Гоце Делчев. Невъзможността за овладяване на кризата в същите лечебни заведения ще ограничи крайно достъпа на пациенти до здравна помощ в засегнатите райони, което противоречи на конституционните права на хората за гарантиран достъп на всеки гражданин до медицинска помощ. Ако държавата не предприеме спешни мерки за обезпечаване дейността на об-

щинските лечебни заведения, рискуваме системата просто да спре да работи – контингентът от пациенти ще трябва да се пренасочи към областни и университетски болници, които поради лимитиране на дейността им, няма да могат да отговорят на нуждите на гражданите; работата на спешна помощ ще бъде максимално затруднена, защото линейките няма да могат да транспортират пациенти в най-близките за тях лечебни заведения, цели райони ще останат без възможност за лечение на граждани.

В условията на тази здравна катастрофа, УС на БЛС застава зад справедливите протестни действия на колегите и апелира за светкавична реакция на държавата относно финансовото стабилизиране на общинското здравеопазване.

Исканията, направени от Сдружението на общинските болници са следните:

1. Отпускане на целева субсидия от републиканския бюджет в размер на 30 млн. лв. за финансово оздравяване на общинските лечебни заведения, намиращи се извън столицата и областните градове.
2. Спешно изплащане на надлимитната дейност за последните две и половина години и увеличаване на цените на клиничните пътеки, покриващи масовата патология, изпълнявани предимно в общинските лечебни заведения.
3. Спешно да се предизвика дебат за развитието на българското здравеопазване, на който всяка една от заинтересованите страни да предложи цялостен модел за система на здравеопазване, позволяващ с ресурса, който страната ни отделя, да се постигнат по-добри резултати.

БЛС счита, че вече е време да се осъзнае необходимостта от обща концепция за промени в здравния сектор, за да може българското здравеопаз-

ване да бъде спасено. В противен случай, пациентите няма да има къде да бъдат лекувани, нито ще има кой да ги лекува.

Уважаеми колеги,

Моля, всеки един от Вас за активна подкрепа в предстоящите действия на общинските болници. Протестът ще бъде в рамките на час, като за целта на 15.01.2018 г. от 12:00 до 13:00 ч. лечебните заведения в страната ще прекратят работата, персоналът ще излезе пред сградите на болниците, или пред сградите на общините. Независимо от протеста, всеки пациент, който е приет в лечебните заведения, както и спешните случаи, ще бъдат обезпечени от колегите ни.

Убедени сме, че към справедливите искания на медиците от общинските болници, наред с оперативното ръководство на БЛС, ще се присъединят и хиляди благодарни пациенти, които разчитат на Вас.

С уважение,

Д-Р ВЕНЦИСЛАВ ГРОЗЕВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА БЛС

Калина Радева, стажант-лекар: „В един момент след като си завършил, след като си положил куп изпити, след като си готов и зареден с ентузиазъм да лекуваш, да помагаш, да се развиваш, разбираш, че си сам. Разбираш, че мечтите ти са по-скоро мираж и ти се струват някак далечни, дори недостижими – поне в България. В един момент се чувстваш ненужен. И не защото страната ни няма нуж-

КОЙ ЩЕ ЛЕКУВА БЪЛГАРИТЕ ?

да от лекари, а защото някой там отгоре, от парламентарта решава, че обикновените хора от малките градчета и села не се нуждаят от болница. Всеки знае как става зачисляването на специализации и намирането на работа

в големите градове и частни болници. А след закриването и на голяма част от общинските болници, трупането на знания и нови умения за младите лекари става още по-трудно. И питам аз уважаемите господа министри, щом родната ни страна ни принуждава да я напуснем, щом няма нужда от млади и амбициозни лекари – кой и къде ще лекува хората в България!?”

СПЕШНИ МЕРКИ ЗА БОЛНОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

По повод символичния протест на лекарите, за вестник „Quo vadis“ председателят на Сдружението на общинските болници - д-р Неделчо Тотев, бе любезен да даде това интервю.

- Д-р Тотев, как се стигна до трагичното състояние на общинското здравеопазване?

- Всичко започна около 2000-та година с приемането на законите, определящи структурата и функционирането на здравната система в Република България. До този момент бяха реформирани промишленост, банки, селско стопанство и т.н. Независимо, че като част от резултатите на проведените реформи можем да посочим жестоката икономическа криза и напускането на страната ни от приблизително 1 млн. души, към здравеопазването се подходи по същия неблагоприятен начин. Под лозунга за промени и качество, държавните институции развиха значителна дейност. Народното събрание тогава създаде и прие три основни здравни закона, а след това публикува над 3000 промени в тях. (Те са документирани в над 200 броя на „Държавен вестник“.) До момента Министерският съвет и Министерството на здравеопазването непрекъснато приемат нормативни документи – постановления, наредби, стандарти и т.н. Едва ли има човек в нашата държава, който може да се справи в сегашната джунгла от противоречиви, необезпечени и безсмислени изисквания.

- Протести, като сегашния напомнят познат рефрен:

**„Пак ли ще живееш в лъжа?
Нема такава държава.
Пак ли ще търпиш и до кога?
Нема такава държава**

...

А бе, нема такава държава!“

- Какво е сбъркано, конкретно в сектор - здравеопазване?

- Свидетели сме на парадокси. Нормално ли е например, в Кюстендилска област да се хоспитализират 28 пъти по-малко диабетици на 100 000 души от населението, в сравнение с Пловдивска област? А заболяването се среща със сравнима честота. Нормално ли е в 12 области на страната, за срок от 4 години да не се хоспитализира нито един пациент с ревматологично заболяване? Нормално ли е да се виждат болничните легла, а да не се забелязват леглата за сестрински грижи, в старческите домове и др. – все едно не са свързани с медицинска помощ? В България, в сравнение със страните от Европейския съюз, има в повече 150 болнични легла на 100 000 жители. И здравните законоотворци искат да се съкрати този брой от леглата за сметка на общинските болници. Но в страните от ЕС има на 100 000 жители в повече 1000 легла за сестрински грижи, а у нас и дума не се споменава за разкриването им в същия размер. Като че ли този проблем не се отнася за здравето и живота, в който и да е момент на около 1 процент от населението у нас, което всъщност е оставено на произвола на съдбата. Нормално ли е на границата между 2006-та и 2007-ма г.,



вследствие на нормативни промени, да се унищожат половината ни специалисти по вътрешни болести, една четвърт от хирурзите и т.н.

- Лекарите, които днес протестират, са категорични, че проведените здравни реформи задоволяват потребностите единствено на реформиращите, обаче се плащат от реформираните...

- За голямо съжаление това е факт. Страната ни твърдо заема първо място в Европа и едно от първите в света по смъртност. Населението постепенно се концентрира в няколко града и икономически те се развиват, а останалата част на България формира 3 от четирите най-бедни региона в Европейския съюз. В тази обстановка общинските болници работеха и извършваха около 1/5 от болничната дейност. Те оказват и до момента достъпна медицинска помощ за повече от 150 общини и около 2 млн. души. Но така наречената реформа си взема своето. За последните 10 години около 20 общински болници прекратиха съществуването си. За стотици хиляди, живеещи в отдалечени селища, често пъти възрастни хора, преживяващи с нищожни средства, здравеопазването се превърна в мираж. В значителна част от останалите общински болници започнаха процеси на деструкция. През 2011 г., като последици от нормативни промени, се загубиха изведнъж 25% от клиничните пътеки, по които работеха до 2010-та. Закриваха се отделения. Постепенно, поради безсмислено увеличаване на изискванията за функциониране на болниците, съчетано с ограничаване на финансирането и намаляване на населението, се стигна до сегашната безизходица. Незиплащането на част от извършената дейност, определена като надлимитна (сякаш има надлимитно оживели хора), допълнително утежни финансовото състояние. Част от медицинските кадри напуснаха, а млади не постъпват. С настъпването на 2017 г. се повиши минималната работна запла-

та на 460 лв., а от 1-ви януари 2018 г. вече е 510 лева. Цените на клиничните пътеки, чрез които се заплаща дейността на болниците, са определени през 2007 г. при минимална работна заплата 180 лв. В тази ситуация повечето общински болници трудно биха могли да съществуват по чисто финансови причини.

- У нас общинските болници изпълняват и социални функции. Така че хората, които в момента коват законите, би следвало да се замислят дали с досегашните реформи не застрашават здравето и живота на населението в отдалечените и труднодостъпни райони. Имам предвид пенсионерите и малцинствените групи, бедните, на които липсват пари за медикаменти, пътуване и получаване на качествена медицинска помощ...

- Още през май 2017 –та УС на СОББ, базирайки се на изискванията на чл. 107 на Лисабонския договор, дефиниращ държавната помощ, предложи да се предостави целева субсидия в размер от 30 млн. лева, за запазването на общинските болници. В момента се дават годишно по 5 млн. лв. Като загинат общинските болници, след това и 300 милиона да даде държавата, тези лечебни заведения няма как да се възродят.

- Кажете още веднъж, защо са ни много нужни общинските болници?

- Чрез тях сега се компенсира до голяма степен съществуващата недостатъчност в първичната извънболнична медицинска помощ поради незаетите практики на общопрактикуващите лекари. Населението, обслужвано от един ОПЛ, живее често пъти в 5-6 села и на практика лекарят не може да посещава всяко едно село, дори веднъж седмично. Факт е, че положението с организацията и оказването на неотложна помощ в тези региони е трагично. И още – има ли общински болници, спешната медицинска помощ ще остане извън областните градо-



ве, както и възможността за извършване на клинично-лабораторни изследвания, образна диагностика и специализирана консултативна медицинска помощ. Ще се запази съществуващата и сега малка компенсация на пълната липса на легла за сестрински грижи в райони, където те напълно отсъстват. Общинските болници, ако бъдат подпомогнати, ще продължат да предлагат достъпна специализирана медицинска помощ, включително и извънболнична. Ще се предотврати тъжното преселение на лекарите-специалисти. При закриване на работните им места, по чисто финансови причини, те ще са принудени да напуснат домовете си. В крайна сметка селищата, отдалечени от големите градове и областни центрове, ще обезлюдят.

Ето защо още в края на 2011 г. се учреди Сдружение на общинските болници в България. От своето създаване, СОББ прави всичко възможно, за да се запазят общинските болници. За този срок 4 пъти, със съдействието на НЗОК и БЛС, се стигаше до приемане на допълнителни указания, които съхраниха голяма част от общинските болници. Вследствие и на нашето участие бяха отменени повече от 20 наредби и медицински стандарти, които съдържат определени като незаконосъобразни. Изготвени е и от години се предлага за обсъждане цялостен подход за решаване проблемите в системата на здравеопазване.

- Бихте ли формулирали накратко за какво настоявате, освен за спасителните 30 млн. лв.?

- Искането ни към НЗОК е да бъде изплатена надлимитната дейност за последните 2 години. Това би покрито средно около 30% от разходите на лечебните заведения. Настояваме да бъдат ревидирани цените на клиничните пътеки за масова патология, с които основно работим. Държа да подчертая, че във всичките си искания Сдружението на общинските болници е подкрепено от БЛС.

- По повод днешния протест, какво ще кажете на своите пациенти?

- Независимо от непрекъснато появяващите се в последните десетина години стандарти, нива, лимити, пътеки, карти, книжки, отпечатъци и пр., непознати и нищо не значещи думи в медицината, ние неотклонно се грижиме за Вас, уважаеми пациенти. Правихме това с професионализъм и с искрено, човешко съчувствие. Лекувахме Ви, въпреки нарастващия натиск и официално обявената позиция от страна на вземащите решения за здравеопазването и предпочитайщи нас да ни няма. Здравната ни система е тежко болна и все повече общински болници съществуват единствено благодарение на хуманността и търпимостта на доставчици и персонал. Това заболяване, обаче е фатално. За да го преодолеем е нужна всеобща подкрепа. Нека заедно се обърнем към властите: „Господа управляващи, с този протест ние Ви казваме: Спрете! Ние и Вие не сме противници - грижим се за живота и здравето на хората!“

ОБЩА КОНЦЕПЦИЯ ЗА ПРОМЕНИ В ЗДРАВНИЯ СЕКТОР ИСКАТ НЕДОВОЛНИТЕ МЕДИЦИ



Протестно събрание в Асеновград



Лекари от Горна Оряховица заявиха острата нужда от подпомагане на общинските болници



„Платете надлимитната дейност!“ – настояват медици и пациенти от Дупница



Един от лозунгите в Карлово: „Господа управляващи, спрете хаотичните реформи в здравеопазването!“

- Проф. Кацаров, номиниран сте за орден „Стара планина“ – втора степен. Имате и доста други награди, включително „Лекар на годината 2014“. Какво стои зад тях?

- Най-баналното е да кажа, че стои много работа, но това е истината. Работата е основният критерий, останалото идва с нея. Всяко отличие е ценно за мен, но от особено значение е изборът ми за лекар на годината през 2014 г., защото гилдията е най-обективна за това, което правим. При другите награди може да има и някакъв субективен елемент, но оценката на колегите е най-точна. Лекар на годината и Чиловата награда се присъждат само за това, че си свършил нещо полезно за другите.

- Началник сте на Клиниката по гастроентерология във ВМА. Увеличава ли се патологията във Вашата област?

- Няма причини да се увеличава, но в нашата клиника, поради факта, че се работят някои неща, които се правят на малко места в България, броят на пациентите расте. Ние сме център за тежката патология, заради няколко нови методи и техники, които клиниката работи успешно на европейско ниво. Особено за специфични заболявания, като злокачествените тумори на панкреаса, на черния дроб. При нас има много голям поток от пациенти, но ние ги събираме от цялата страна, така че това е по-скоро субективна оценка. Онкозаболяванията в тази специалност са по-скоро константа.

- Често се казва, че всеки ще доживее своя карцином. Вярно ли е подобно твърдение?

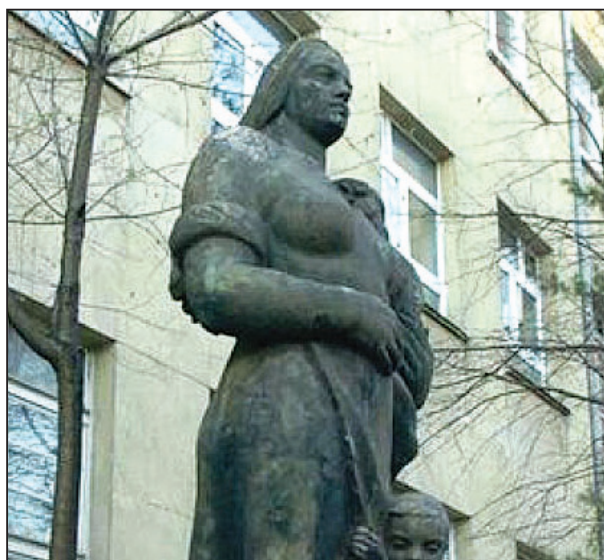
- Истината е, че по-често карциномите се появяват в по-големите декади – 6-та, 7-ма, 8-ма. Така че в този смисъл е вярно твърдението. Който доживее до тези години, а това се случва все по-често, вероятността да се появи някакво раково образувание на гастроинтестиналния тракт е много по-голяма. Лошото е, че у нас те се откриват обикновено в късен стадий, защото нямаме национални скринингови програми. Страните, в които медицината наистина е в обществения фокус, имат такива програми за всички значими заболявания. Примерно, при нас за колоректалния карцином, честотата на който наистина се увеличава в последните десетилетия доста бързо и драматично, ние нямаме скрининг и скоро няма да имаме, защото изисква голяма инвестиция, а сме бедна страна и не можем да си го позволим.

- С правилно хранене и диети можем ли да се предпазим?

- Няма как да стане само по този начин. Просто човек трябва да обръща по-

ПРОБИ ПРИ ГРИП

Препоръки за вземане, съхранение и транспортиране



В Русе потвърдиха грип от щам Yamagata. Той е доказан при 78-годишна жена, която потърсила болнична помощ на 8 януари с оплаквания от висока температура, болки в ставите и мускулите, хрема и суха кашлица. От болницата, в която пациентката е приета, е изпратена проба в лабораторията на Националния институт по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ) и резултатите са показали, че става въпрос за грипен вирус от типа В. Чрез препоръчания от Световната здравна организация метод Real Time

RT-PCR Националната референтна лаборатория „Грип и ОРЗ“ към НЦЗПБ извършва изследвания за доказване на грипни вируси - А(H1N1)pdm09, А(H3N2), В/Yamagata и В/Victoria.

Съгласно препоръките на Европейския център за контрол на заболяванията, за грипоподобно заболяване следва да се мисли при: внезапно начало на симптомите; телесна температура над 38°C, отпадналост, главоболие, мигалгия и поне един от 3-те респираторни симптоми: кашлица, възпалено гърло, ускорено

дишане. Острото респираторно заболяване се дефинира с клиничните критерии: внезапно начало, кашлица, възпалено гърло, ускорено дишане, ринит.

Кои са подходящите клинични проби за изследване на грипни вируси?

Според проф. д-р Нели Корсун, д.м.н., която завежда Национална Референтна Лаборатория „Грип и ОРЗ“, при пациенти с грипоподобни заболявания и ОРЗ подходящите проби са: назални смивове, назофарингеални смивове, назофарингеални аспири, промивни течности от носа и гърлото, гърлени смивове. За получаване на оптимални резултати е необходимо взетите проби да съдържат клетки от лигавичния епител на дихателните пътища. При пациенти с тежки остри респираторни заболявания, които са интубирани, могат също да бъдат изследвани ендотрахеални аспири или бронхоалвеоларен лаваж, които дават по-добри резултати в сравнение с пробите от горния

дихателен тракт.

Клиничните проби се вземат колкото може по-ранно след началото на симптомите, но не по-късно от една седмица. Пробите от горния дихателен тракт се поставят и транспортират във вирусна транспортна среда. Подходящи за вземането им са търговски контейнери, съдържащи „вирусна транспортна“ среда и тампон от дакрон или коприна с пластмасова дръжка. Тампони от друга материя – памук и дървена дръжка могат да съдържат субстанции, инактивиращи вирусите. След вземането на секретта тампонът се поставя във вирусната транспортна среда и контейнерът се затваря. При липса на търговски контейнер може да се използва епруветка

ка, съдържаща 2 мл стерилен физиологичен разтвор. С един тампон се взема проба от двата носни хода, след което тампонът се размива добре във физиологичния разтвор и след това се изхвърля. С друг тампон се взема секрет от гърлото и се размива в същата епруветка, след което се изхвърля. Епруветката се затваря плътно, за да се избегне изтичане на течността. Пробите се изпращат в Националната референтна лаборатория „Грип и ОРЗ“ при спазване на хладилни условия - използване на термос или хладилна чанта. В случай, че не могат да се изпратят веднага, взетите материали се поставят в хладилник при 4°C за не по-дълго от 48 – 72 часа или се замразяват при -70°C. Не е подходящо замразяване при -20°C. Пробите се придружават от писмо, съдържащо следните данни: имена на пациента, възраст, диагноза, вид на пробата, дата на вземането ѝ, имена на лекуващия лекар, название и печат на лечебното/здравно заведение, телефон за връзка. Продължителността на изследването е 1-2 дни.



Проф. д-р Крум Кацаров, началник на Клиниката по гастроентерология и хепатология към ВМА:

ОСТОЙНОСТЯВАНЕТО НА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ Е ПЛАШЕЩО ЗА НАШАТА ДЪРЖАВА

вече внимание на здравето си, а българинът много обича да се хвали, че никога не е стъпвал при лекар. Оставам подобно нещо без коментар. Човек трябва да влага в себе си, както се влага в колата – сменят се части, минава се на преглед. Джипитата имат специални програми, по които наблюдават социалнозначимите заболявания, но някой трябва да ги посети. Освен това, трябва да се води някакъв начин на живот, който не точно да е природосъобразен, а да е лишен от ексцесии, т. е. да няма прекомерна употреба на алкохол, ако може пушенето да се спре, да се избягват богати на сол и мазнини храни. Това са прости правила. Не става въпрос да се фиксираш в някакви супердиети. Но за съжаление българинът и това не прави.

- Какви са най-новите методи в лечението на онкологичните заболявания в гастроентерологията и използват ли се у нас?

- Новите методи за диагностика и лечение на тези заболявания, всъщност са миниинвазивните методи, т.е. там, където със сравнително малка инвазия, поради това, че вече има съответната апаратура, може да се постигне същия ефект, както с големите отворени операции. Това са техники, които ги практикуват както хирурзи, така и гастроентеролози. В България се работят на по-малко места, отколкото би трябвало, но така или иначе се правят.

- Сериозни постижения има в битката с хепатит С. Ще успеем ли да изпълним препоръката на СЗО до 2030 г. да се диагностицират всички случаи, за да започне лечението им?

- Това наистина е постижение, включително и за нас, защото ние сме единствената страна в Източна Европа, която гарантира достъп на всички болни от хепатит С до съвременно лечение. Нашите съседи имат лимити, така че ние сме едно приятно изключение в този регион и сме напълно съизмерими със страните от Западна Европа, което е много голям успех.

- Кои са най-сериозните проблеми на българското здравеопазване и как да се решат?

- Най-сериозният проблем е, че сме бедни. И както се казва – на бедния



Проф. д-р Крум Кацаров е завършил медицина в Медицинска академия – София през 1983 г. Има специалности по вътрешни болести, военнополова терапия, спешна медицина, гастроентерология и диетика, здравен мениджмънт. Специализирал е в Холандия, Германия, Япония, Франция и САЩ.

Цялата му професионална кариера преминава в структурата на Военномедицинска академия. Той е доайен в терапевтично-диагностичните ендоскопски процедури на заболяванията на гастроинтестиналния тракт и хепатобилиарната система.

Има над 140 публикации, участие в седем книги и монографии. Председател е на Българското дружество по гастроентерология, секретар на Българската асоциация на хирурзи, гастроентеролози и онколози, член е на Борда на Българското трансплантологично дружество.

В края на 2017 г. правителството предложи на Президента на Република България да удостои с орден „Стара планина“ – втора степен, проф. Крум Кацаров за изключително големите му заслуги в областта на военномедицинското дело.

човек всичко му е бедно. Основните проблеми са първо недофинансирането на системата и второ – лошата организация. Когато няма достатъчно инвестиции, нещата се изкривяват. Защото инвестицията е не само да дадеш едни пари, а и да ги вложиш в добре организирана система. Когато си беден обаче, не можеш да си подредиш къщата. Така че нещата са свързани и колкото и пари да се дават, в тази неорганизирана и хаотична система нищо няма да се случи. Богатите страни са добре организирани. Има една много интересна мисъл: „Най-адекватното наказание за глупостта, е бедността“. Мисля, че тя казва всичко. За съжаление е така – не сме съизмерими

с останалите страни в ЕС. Влизаме в магазина и виесте с 200 лв., а аз съм с 1000. Ясно е, че ще напазаруваме различни неща. А стоката е една и съща, защото България не произвежда нищо в медицината, с изключение на медикаменти, така че каквото и да правим, всичко го купуваме по същия начин, както пациентите или лекарите във Франция, Англия, Словения или където и да било другаде. Ние пазаруваме едни и същи неща на една и съща цена и няма как с парите, които се отделят, да купим по-добро здравеопазване.

- За сметка на това имаме двойно повече болници от някои европейски държави.

- Това опира до организа-

чавани. Сега са 3.8 млрд. лв. и пътеките пак са на същите цени.

- Трябва ли да се направят остойностяване на медицинските дейности и на лекарския труд?

- Трябва, но е много плашещо да се направи. Как ще ги остойностиме? Ако приемем някакви европейски критерии, какво ще се получи? При лекарствата го направихме – сравняваме цената с няколко европейски държави, но ако направим същото с медицинските дейности и труда, ще установим, че в една операция, в която тук лекарският труд не е калкулиран изобщо, в Западна Европа, към която се стремим, е примерно 5000 или 6000 евро. Какво да остойностяваме? Нашата най-високотехнологична пътека е около 1500 лв., а само консумативът, който касата не плаща, в някои случаи надхвърля 4 000 лв. А ако сложим и лекарския труд? Най-простото остойностяване обикновено е адекватно на консуматива, така че ако той е 4 000 лв., толкова е и трудът. Къде отиваме тогава? Така че остойностяването звучи много добре и Лекарският съюз правилно иска да бъде направено, но то е абсолютно плашещо за нашата държава. Тогава хората ще разберат, че за парите, които се влагат в системата, имаме едно чудесно здравеопазване. Не може да бъде по-добро.

- Във ВМА създадохте школа и се стараете максимално да обучавате младите си колеги. Това ли е начинът да останат в България?

- Едно от нещата, за които съм благодарен на Господ, е, че младите колеги, които се обучават в тази клиника, наистина са много стойностни и като хора, и като лекари. Даже ми се иска да си мисля, че всички млади хора са такива. Колеги тук наистина искат да научат, да знаят, да могат. Някои от тях излязоха от гнездото и там, където отидоха, направиха много добри неща. Така че се гордея с тях. Страхувам се да не избягат, защото ние на етажа с проф. Владов, за последните години имаме 8 човека, които са в Западна Европа, в престижни водещи клиники, където са се доказали като специалисти.

- Това е добре, но как да ги задържим?

- Не можем. Там получават наистина добро заплащане, получават ясна перспектива, какво ще се случи с тях. Знаят, че следват определени стъпки и всичко е абсолютно предвидимо в кариерата им – знаят как ще се развиват, какво ще получават, къде ще бъдат и т.н.

- БЛС организира кампании против агресията срещу медици. На какво се дължи, според Вас, това позорно явление?

- Агресията е част от живота ни към момента. Има я както към лекарите, така и към учителите, към децата... Ние не сме никакво изключение, агресията е навсякъде около нас. При лекарите е по-видима, по-значима, защото е много нелогично някой да дойде да те спасява, а ти да вземеш да го набиеш. Това е абсолютен nonsens, но и насилието, което се случва в училище или на други места, е абсолютно същото. Няма разлика. Може би повече гласност се дава при нас, защото наистина феноменът е доста уродлив сам по себе си.

- Все пак, оптимист ли сте за нашата здравна система?

- Тя, системата, е част от държавата и трябва да сме оптимисти, защото тук живеем. Системата няма как да се развива самостоятелно, извън държавата. Ако страната ни върви напред, ще има оптимизъм. Но ако не се развива добре и нещата се забатачат, няма как само здравната система да е добра.

- Къде бяхте по време на празниците?

- Тук, в София. Пуснах всички колеги, защото им се взе здравето миналата година. Младите трябва да почиват, да се радват на живота, а не само да работят. Аз останах, защото имаме доста голяма спешност и трябва някой да дежури.

- Какво си пожелавате в личен план за 2018-та година?

- Неща, които не зависят от теб. Първо да си здрав и да имаш късмет. Това е най-добрата комбинация, която човек може да си пожелае.

- А на колегите?

- Същото. Да са живи и здрави!

Интервю на
Лили Войнова

ГЕННА МУТАЦИЯ СЕ СВЪРЗВА С БЕЛОДРОБНАТА ХИПЕРТОНИЯ



Доц. Васил Велчев е завършил Медицинския университет в София. Работил е в МБАЛ Национална Кардиологична Болница и в Университетска болница „Лозенец“. Сега е завеждащ сектор „Електрокардиостимулация“ към Клиниката по кардиология на УМБАЛ „Св. Анна“ в София. Специалните му интереси са в областта на две сравнително редки заболявания – хипертрофичната миокардиопатия и белодробната хипертония.

ДИФЕРЕНЦИАЛНАТА ДИАГНОЗА Е ШИРОКА

„Една анемия, заболяване на лявото сърце или белодробната хипертония дават еднаква симптоматика, тъй като в тези случаи се получава недостатъчна доставка на кислород до широките тъкани – коментира лекарят. - В този смисъл джипито просто трябва да изключи най-баналните причини, за да не натоварва спешните центрове. Но ако общопрактикуващият лекар не се ориентира, ако и амбулаторният кардиолог се затруднява и човекът продължава да има оплаквания, уместно е да бъде консултиран с болничен кардиолог или да постъпи в специализиран център, където диагностичната оценка може да бъде направена“, препоръчва доц. Велчев.

Той напомня, че задухът е симптом за много заболявания, което мо-

синдромът на белодробна артериална хипертония, когато се локализира в съдовете на белия дроб, е бил с много лоша прогноза и преживяемостта е била до 2,5 - 3 години. През последните 20-25 години обаче са изработени групови лекарства, които разширяват белодробните съдове и превръщат заболяването в хронична болест. Пациентите не могат да се излекуват, но в момента средната продължителност на живота след диагнозата нараства на около 7,5 години.

Заболяването има два пика - единият е между 20 и 40 години. Класическият пациент е млада жена на 27-28 години, която е започнала да страда на 18-20 години и след това е имала период от 7-8 години, през които е лекувана от различни специалисти. Има и втори пик - между 50-60 години. Така че това не е заболяване само на младите хора, както се смяташе преди, казва лекарят. В „Св. Анна“ средната въз-

белези на декомпенсация. Ако стигне пациент до този стадий, все още има шансове да му се помогне, макар те да са по-ограничени. Дясната камера е помпа, която работи с големи обеми, но при ниско налягане, за разлика от лявата камера, която работи с големи обеми при високо налягане. По този повод откриването в късен стадий е свързано с лоша прогноза. „Всъщност и тогава има надежда, защото имаме двама трансплантирани пациенти, които са оперирани в Австрия, тъй като в България шансът да се получи бял дроб е почти никакъв. Защо се трансплантира бял дроб, след като при белодробна хипертония страда дясната камера на сърцето? „Тя е затруднена от това, че ра-

боти при високо съпротивление. Ако ѝ се осигури нормален бял дроб, тогава съпротивлението пада и камерата изведнъж открива, че няма нужда да помпа толкова, и проблемът се решава“, казва специалистът. „Нашата задача е да открием тези пациенти, които биха имали полза от съответното лечение и да им го приложим. И понеже скринингът се прави, когато човек има задух, ехографистът е първият специалист, който може да каже, че има обреченост на дясната част на сърцето и вероятно то се дължи на някакъв проблем, който не е свързан с най-честата патология – болестите на лявото сърце. След това пациентът се насочва към експертен център“, казва доц. Велчев.

По дефиниция винаги, когато има повишено налягане в белодробната артерия, говорим за синдрома - белодробна хипертония. Има около 5 групи състояния, които могат да бъдат характеризирани като белодробна хипертония и задачата на лекаря е да разграничи към кой точно вид спада синдромът, който лекува и съответно дали е подходящ за специализирана терапия. Това обясни за в. Quo vadis доц. Васил Велчев.

Той посочи, че в петте групи влизат заболявания на лявото сърце, като исхемична болест и увреждания на белия дроб, като хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ). Нерядко те се усложняват и се получава асоциирана белодробна хипертония. Но понякога БХ е изолирана сама по себе си. Тогава се определя като белодробна артериална хипертония (БАХ). „За тази група има много специфични хапчета, които НЗОК отпуска и това чувствително удължава живота на пациентите“, казва кардиологът. Според доц. Велчев става въпрос за болести, които преди години са смятани за много редки, тъй като заболяемостта е била от порядъка на 1 на 10 000 души. Постепенно с подобряване на диагностиката вече се

откриват при 1 на 1000 души. Същевременно се задълбочава

РАЗБИРАНЕТО ЗА ПАТОГЕНЕЗАТА

„Има група пациенти, които са с мутация на определени гени (BMPR2). Друга група са преживели белодробна емболия и са развили късни промени в белодробните съдове. Трета група са свързани с тъканни заболявания, т. е. това не е една болест и нашето разбиране е сериозно променено през последните 10-ина години“, споделя кардиологът. Други от причините се крият в употребата на някои лекарства, особено на тези, свързани с отслабване. Според доцента вече има доказателства, че част от таргетните терапии могат да доведат до белодробна хипертония. „Досега ние не сме имали такива пациенти, но очакваме, че някои, след успешно излекуване на онкозаболяването, ще дойдат при нас със съвсем различен проблем“, казва той. Друга честа причина е преживяна белодробна емболия. Смята се, че между 2 и 4% от заболяването може да еволюира до хронична белодробна хипертония, а това не е малък процент. В ранните стадии универсалният симптом е задух при физически усилия



же да забави лечението. Често болните се диагностицират с астма или други състояния. „Средно време между първите симптоми и поставянето на диагнозата в момента е около 2 години. Това е дълъг латентен период“, категоричен е доц. Велчев. Обяснява, че преди години

раст на пациентите с белодробна хипертония е около 52 години. По-голямата част са жени. Мъжете са около 30%, но по думите на доцента при тях синдромът е с по-лоша прогноза. Ако не се открие навреме заболяването, дясното сърце няма много възможности и започва да развива

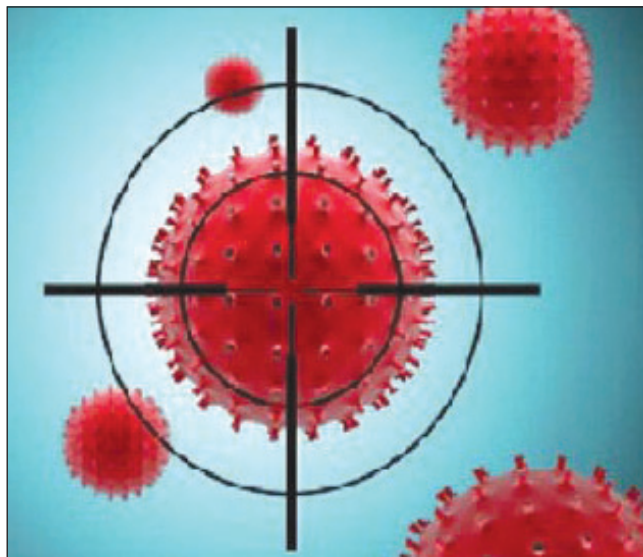


Три специализирани центъра тестват болестта

Намират се в УМБАЛ „Св. Анна“ и Националната кардиологична болница в София и в УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна. В тях се провежда серия от тестове, най-инвазивният от които е т. нар. дясна сърдечна катетеризация, която картира налягането и определя къде има най-голямо съпротивление. За да може да се постави диагнозата белодробна артериална хипертония, съпротивлението трябва да бъде повишено. Ако нормата е 25 mmHg в покой, в тези случаи трябва да е над 30 mmHg, за да се диагностицира артериална хипертония. Лечението на идиопатичната белодробна хипертония е само с медикаменти, но в групата пациенти, които са преживели белодробна емболия, е възможно оперативно лечение, което е изключително ефективно. „Това са най-благодарните пациенти, защото могат да бъдат излекувани“, казва доц. Велчев. Проблемът е, че в България тази операция все още не се извършва и болните се насочват към чужбина. „За да се създаде един такъв хирургичен център, той трябва да има обхват на население около 50 млн. души, за да може да се правят 30-40 операции годишно. В противен случай излиза, че хирургът ще е непрекъснато начинаещ. Сега ние реферираме към Австрия около 7 човека за година, като те обикновено приемат 4. Ако има много добър скрининг в страната, може бройката да се качи, но пак няма да е оправдано да открием подобен център“, смята доцента.

Според него засега най-важното е да се откриват засегнатите от белодробна хипертония пациенти, за да им се помогне. „Трябва да се мисли в тази посока. Затова в нашия център чрез семинари се опитваме да поддържаме жив интереса към този синдром, така че лекарите, които го срещнат, да могат да го разпознаят. Засега има интерес от колегите. Проведохме симпозиум в „Св. Анна“ с интервенционалните кардиолози. Идеята ни беше да разговаряме за инвазивните изследвания – да се правят така, че да може и ние да ги използваме, без да се налага да ги повтаряме. Защото ехографията е нещо безвредно, но не е добре непрекъснато да се бърка по съдовете на човек. На семинара присъстваха колеги от Пловдив, Хасково, Плевен и София“, разказва доц. Велчев. Той призова лекарите да разчитат на своя нюх и когато някои от пациентите им не се повлияват добре от лечението на поставената диагноза, да се търси допълнителна консултация. За да се открие навреме заболяването.

КОЙ Е УБИЕЦЪТ – ВИРУС ИЛИ Т-КЛЕТКИ?



100 ГОДИНИ ОТ ПАНДЕМИЯ, НАРЕЧЕНА ИСПАНСКИ ГРИП

Той се появява през януари 1918 г. и постепенно превзема света. Пандемията продължава до декември 1920 г. Заразата се разпространява дори в Арктика и островните групи на Тихия океан. Данните за смъртносния ѝ ход показват, че при тогавашното население на Земята от 1,86 милиарда души, загиват близо 5%, а 500 милиона са заразените. Няма достатъчно яснота относно географския произход на пандемията. За разлика от повечето грипни епидемии, които засягат предимно деца и по-възрастни в недобро здравословно състояние, при испанския грип голяма част от заразените са били млади и зрели хора с отлично до този момент здраве. По-късно бедствието се сочи като причина за увеличаване броя на засегнатите от латаргичен енцефалит.

Изследвайки тъкан, взета от замразени жертви на грипа, учените стигат до заключение, че вирусът е убивал посредством предизвикване на цитокинна буря, т.е. на свръхреакция от страна на имунната система, се казва в публикация на Scientific American.com.. "Смъртта от грип не е като смърт от кур-

шум или ухапване от паяк черна вдовица - отбелязва д-р Амеш Адалия, специалист по инфекциозни заболявания от Университета Джонс Хопкинс. - Присъствието на самия вирус не е това, което убива. Инфекциозното заболяване винаги е сложно взаимодействие със самия заразен организъм."

След като навлезе в тялото, грипният вирус започва да кара човешките клетки в носа и гърлото да правят негови копия. Натрупаните вируси предизвикват силен имунен отговор. Армия от белите кръвни клетки, антитела и молекулни медиатори се насочва срещу тях, за да ликвидира заплахата. Т-клетките атакуват и унищожават тъканта, приютила вируса, особено в дихателните пътища и белите дробове, където обичайно се гнезди агресорът. При повечето здрави възрастни хора този процес работи и те се възстановяват в рамките на дни или седмици. Но понякога реакцията на имунната система е прекалено мощна и унищожават толкова много тъкан в белите дробове, че клетките вече не могат да осигурят достатъчно кислород в кръвта, което води до

хипоксия и смърт.

В други случаи не самият грипен вирус предизвиква бурни и потенциално смъртоносен имунен отговор, а по-скоро - вторичната инфекция, която се възползва от изтощената имунна система. Обикновено бактерии от вида Streptococcus или Staphylococcus инфектират белите дробове. Бактериалната инфекция в респираторния тракт може потенциално да се разпространи в други части на тялото и кръвта, което води до септичен шок, обхващащ целия организъм. Това е агресивен възпалителен отговор, който вреди на много органи

Въз основа на изследвания при аутопсии, Катлийн Съливан, ръководител на отдела по алергология и имунология в Детската болница във Филаделфия, казва, че при около една трета от хората, за които се смята, че са починали от грипни усложнения, причината всъщност е, че вирусът е претоварил имунната система. Друга трета от пациентите умират поради имунния отговор към вторични бактериални инфекции, обикновено в белите дробове, а останалата трета - загиват от увреждане на един или повече органи, се казва в текст на OFFNews. Освен бактериалната пневмония, вторичните услож-

нения на грипа варират от сравнително леките инфекции на синусите и ушите до много тежки заболявания, като миокардит, енцефалит, миозит или рабдомиолиза. Описани са и случаи на синдром на Рей и синдром на Гилен-Баре, при които понякога настъпва частична или почти пълна парализа. Тези усложнения са по-редки, но могат да бъдат фатални.

Броят на хората, които умират от имунен отговор към първоначалната вирусна инфекция в сравнение с вторичната бактериална зараза, зависи отчасти от вирусния щам и чистотата на помещението, в които са настанени болните. Прочувания сочат, че по време на грипната пандемия през 1918 г., повечето заразени са починали от последващи бактериални инфекции. И още - силно вирулентните щамове по-често убиват от собствения отговор на имунната система. Такава е хипотезата.

Доказан факт е, че повечето смъртни случаи, свързани с грипа, са сред децата и възрастните хора - две групи, които са твърде уязвими. Имулната система е адаптивна мрежа от органи и се учи как най-добре да разпознава и реагира срещу заплахите с течение на времето. Тъй като при децата е още "не-

обучена", тя не може да реагира оптимално. Имулната система на пациентите в напреднала възраст пък често е отслабена от възрастта и основните заболявания. Както много младите, така и най-възрастните по-трудно прекарват и се възстановяват от атаката на собствената си имунна система. Така че децата на възраст между 6 и 59 месеца и хората над 65 години са подложени на най-голям риск от развитие на потенциално смъртоносни усложнения. Към тази група се числят и бременните жени, както и хората с определени хронични заболявания, включително ХИВ/СПИН, астма и др. За сега ваксинацията остава най-добрият метод за про-

филактика на грипа и свързаните с него усложнения. Не са загубили значение и азбучните предпазни мерки, особено когато се предлагат по поетичен начин, както в стихотворението на известния сатирик Димитър Стойчев:

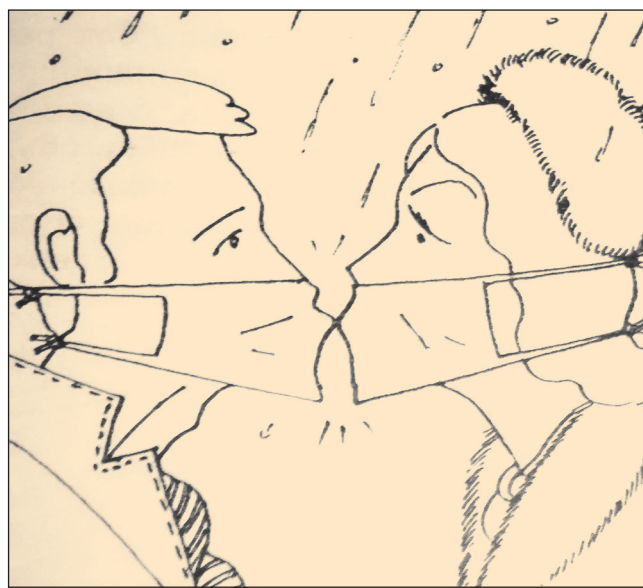
„В автобуси и купета,
от брави и канапета
дебне вирус лош.
Пряко антибиотици,
доктори и медсестрици,
дебне ден и нощ...
Грип - на устата цип!
...
Сенки две във полудрача
с неизпълнена задача
сливат се в една.
Нека да ги спина
грипа!
Аз съм настрана..."



ОЧАКВАНЕ ЗА МЛАДОСТ

Бръчките по лицето могат да останат в миналото, надяват се специалисти от Университета в Пенсилвания. Те проучват възможностите за поддържане младостта на кожата. Известно е, че при стареене кожните адипоцити се губят и липсата им е една от основните причини за появата на бръчки у по-възрастни хора.

Изследванията на учени от Пенсилвания показали, че човек е в състояние да повлияе на собствените си кожни клетки. Нещо повече - съществува механизъм за стабилното им превръщане в адипоцити. Все още това се приема за хипотеза и в лабораторни условия се провеждат експерименти върху миши и човешки тъкани. Въпреки че проучването е фокусирано единствено върху борбата с белезите по кожата, резултатите от него вероятно ще имат далеч по-широко клинично приложение в козметиката и пластичната хирургия.



Черногледите ли сте?

Ако се чувствате некомфортно и настроението ви клони към нулата, ако Ви е повалила умора, усещате се омаломошени и нямате желание за работа, то този тест е за вас. Той ще ви помогне да си изясните причините за лошото си настроение и как да погледнете по-ведро на живота.

Всеки отговор с: „Да“ Ви носи по 1 точка, „Понякога“ - 2 т., „Не“ - 3 т.

ВЪПРОСИ:

1. Случва ли се да си повтаряте – „Защо никой не ме разбира“?
Да, Не, Понякога
2. Често ли страдате от безсъние?
Да, Не, Понякога
3. Имате ли чувството, че непрекъснато нещо Ви боли?
Да, Не, Понякога
4. Струва ли Ви се, че животът Ви напоследък губи смисъл?

5. Мислите ли, че често се проваляте?
Да, Не, Понякога
6. Приемате ли, че в някои отношения сте по-лош/а от другите?
Да, Не, Понякога
7. Често ли Ви обхваща раздразнение?
Да, Не, Понякога
8. Чувствате ли се самотен/самотна, дори когато сте сред много хора?
Да, Не, Понякога
9. Страдате ли от липсата на обич?
Да, Не, Понякога
10. Трудно ли се концентрирате?
Да, Не, Понякога
11. Постоянно ли се уморявате?
Да, Не, Понякога
12. Мислите ли, че дните Ви са еднообразни?



13. Губите ли чувството си за ориентация?
Да, Не, Понякога
14. Имате ли усещането, че сте предаден/а от хора, които са Ви близки и приятели?
Да, Не, Понякога

РЕЗУЛТАТИ:

Съберете точките, съответни на вашите отговори и вижте в коя група попадате:

От 30 до 45 точки. Далече сте от черногледството. Малко Ви е тъжно, леко сте настинали или сте уморени. По тази причина понякога виждате света в мрачни тонове, но Вашето настроение лесно ще се поправи. Гледайте комичен филм, постановка или телевизионно предаване. Купете си сборник с вицове и ги прочете на приятели.

От 18 до 29 т. Прекалено уморени сте. Работата, ангажиментите и недоспиването Ви изтощават. Трябва да спрете и да си починете.

От 15 до 17 т. Наистина сте в мрачно настроение. Почивка, приятно пътуване и срещи с добри приятели ще Ви заредят с позитивни емоции и енергия.

За всички. Имайте предвид, че смехът е заразителен и Ви е нужно да се посмеете от сърце.

СИМП - НА ИЗЧЕЗВАНЕ!

Работни срещи за новия НРД



Експертните работни срещи между БЛС и НЗОК за Националния рамков договор (НРД) 2018 стартираха едва на 3 януари тази година. Лекарското съсловие няма вина за забавянето на преговорния процес, който трябва да започне в началото на ноември 2017-та, след внасяне проектобюджета на НЗОК в пленарна зала.

Липсата на нормативни документи отложи старта на срещите, въпреки многократно заявеното силно безпокойство от страна на БЛС, изразено в писма до всички отговорни инсти-

туции. При това оперативното ръководство на съсловната организация бе обобщило и предоставило на НЗОК нужната информация. В началото на октомври 2017-та Лекарският съюз изпрати към МЗ и към Здравната каса предложения за НРД 2018, в обем от над 50 страници, съдържащи текст за промени в редица наредби.

С цел прозрачност на преговорния процес, протоколите от работните срещи се публикуват в сайта на БЛС. За да се чуе най-ясно гласът на медиците във

връзка с новия НРД, Лекарският съюз заедно с CredoWeb, откри дискусия. Мотивираните мнения на колегите са образно казано тревожна камбана, която предупреждава: „Специализираната извънболнична медицинска помощ ще изчезване, ако не се вземат мерки за повишаване цените на медицинските дейности и не се премахнат административни тежести; загиват не само общински болници, но и общински ДКЦ при все, че има райони в страната останали и без ОПЛ; медицинската помощ се оказва достъпна само за хората живеещи в големите градове“. И веднага възникват въпроси – това ли е родната социална политика? Как политически многоцветното пожелание „грижи за здравето на нацията“ би се трансформирало в реалност? Какво следва да се промени?

Ето пример със СИМП. Над 80 на сто от приходите на ДКЦ-тата се разходват за фонд работна заплата. Останалите финансови средства, от 15-20% от при-

ходите, са крайно недостатъчни, за да се поддържат необходимите условия за извършване на дейността, както и да се правят инвестиции в съвременна апаратура, ремонтни дейности на остарелия сграден фонд и продължаващо обучение на колегите. Като наследници на бившите поликлиники, ДКЦ са задължени да изплащат по 6 работни заплати на медиците, които се пенсионират. Изброените фактори водят до дисбаланс между парите, които управителите на ДКЦ трябва да платят и финансовите ресурси, с които реално разполагат. Последните са трагични – неразплатени задължения към НОИ, НАП, колеги, контрагенти на ЛЗ. Съдебните дела са ежедневие за голяма част от ЛЗ за СИМП. Нерешените проблеми задълбочават кризата в системата и са предпоставка за опасни противопоставяния (между пациенти и лекари; между различни специалисти), които водят до влошено качество на лечебната дейност.

Д-р Галинка Павлова, зам.-председател на БЛС:

Не можем да дадем дължимото на пациентите си, когато нямаме подходяща база и апаратура, когато не достигат лекари

Д-р Павлова е категорична: „Налице са дефицит и недомислици в нормативната база. Това генерира неудовлетворение, усещане за несправедливост и естествено - недоволство, както в съсловното ни, така и сред хората, търсещи нашата помощ.“ Според зам.-председателя най-съществените акценти при преговорите за ИМП са:

- Намаляване на бумажната и административните тежести, които затормозават медиците;
 - Електронизация на работата;
 - Повишаване цените за медицински дейности.
- За болнична помощ от съществено значение са следните промени:
- Диференцирано повишаване цените на клиничните пътеки;
 - Продължителност на болнична престой - по лекарска преценка;
 - Спешно се налага промяна в алгоритмите на някои клинични пътеки;
 - Изясняне на дейности от болнична в извънболничната медицинска помощ, но на адекватни цени.
- Припомняме, че в края на изтеклата година бе постигнато съгласие между БЛС и НЗОК по отношение на финансовите параметри за работа в периода от 1-ви януари до 1-ви април 2018 година при условията и реда на действие на НРД 2017. Срокът за подписване на НРД 2018 е до 28-ми февруари тази година.

Д-р Мони Турналиев, „МЦ Смолян”, гр. Смолян:
Ще дойде момент, когато медиците ще се откажат от Касата

Един от проблемите на СИМП е, че Здравната каса сама си определя средствата за извънболнична помощ и често отново сама ги пренасочва към други пера. Това ни поставя в невъзможност да работим дори по договора, който е подписан. Регулативните стандарти по принцип са ниски и след като Касата не дава информация, какво е използвано и какво е останало за годината, ние реално работим под 90% от договореното. Лекарският съюз заведе дело и по Закона за достъпа до обществена информация вече е ясно, че това е така, т. е. нещата, които казвам, не са нещо умозрително или нещо, което си измислям, а е доказан факт. Това е изключително неволна практика, която обществена институция НЗОК, за съжаление, практикува. Второто е, че от години се говори, как дейности от болничната помощ могат да бъдат прехвърлени в доболничната, но това не се случва поради лобистки



интереси, които се защитават от Националната здравноосигурителна каса. Има, примерно, едно вливане на витамини на хронично болни пациенти, за което има клинична пътека, а това може да бъде извършвано и в ДКЦ, дори в кабинета на джипито, но то остава като дейност в болнична помощ. Има много други подобни недоразумения.

Наблюдава се тенденция специализираната извънболнична медицинска помощ да бъде атакувана двустранно. От една страна от Сдружението на общопрактикуващите лекари, които аз уважавам, но някои от тях все още нямат специалност „Обща медицина“. Много от дейностите бяха изнесени и дадени механично на джипитата, независимо дали те са придобили специалност или не. Самите общопрактикуващи лекари, които имат придобита специалност, не би трябвало да допускат подобно нещо. Искам да сполея и друго –

прямат. Не е нормално това поветче грижи да са за стопляне на шипове, а хората за палиативни грижи да се гърчат вкъщи и цялото семейство да е натоварено, защото няма клинична пътека. Това е абсолютно неморален факт и не бива да се допуска. Нарича се дехуманизация на медицината.

„МЦ Смолян“ е частно лечебно заведение, тъй като Смолянската община, по настояване на лекарите от медицинския център и джипитата, позволи да си закупим кабинетите. Всичко е приватизирано, както имаме и 4 легла, затова кахаме това чудо – изнасянето на клиничните пътеки в извънболничната помощ, което не се случва вече 15 години. Центърът ни няма дългове, частните кабинети са наши и работим добре, но големият ни проблем е с недостига на лекари, който прогресира невероятно бързо. Лешото е, че крайният потърпевш ще бъде пациентът. Това трябва да е ясно на всички.



Просто при дефицит на нещо, цената му се покачва. Ние не сме като в София да има кешов пазар, но мисля, че това ще се промени и скоро и тук хората ще си плащат. Не знам това колко го разбират разни министри и шефове на каси. В нашето здравеопазване най-тежко е положението на областните болници, защото политиките ги водят целенасочено към фалит. Смятам обаче, че доболничната помощ в крайна сметка ще оцелее, но пациентът ще трябва да си плаща.

Законът за здравното осигуряване беше ремонтиран няколко пъти през годините. В първоначалния вариант наистина имаше договорно начало. След това депутатите от всички партии го отмениха и в момента Касата каквото реши, това прави. Някои малки неща се регулират по наше настояване, но истината е,

че не ни чуват. Лекарският съюз предупреждава от години за различни проблеми. Съюзът беше прав, че не трябва да има мораториум върху специализираните на младите лекари, но имаше и сега се чудим защо няма медици. БЛС беше прав, че здравният фонд ще се управлява лошо и сега това се случва. Крайният резултат от всичко, пак казвам, ще падне върху пациентите. Ще намалее медиците, дефицитът ще качи цената на лекарския труд и ще дойде момент, когато колегите ще спрат да работят с касата, защото проблемите са големи. Да не говорим за това какви здравни вноски плаща държавата за пенсионери, служители и деца. Да не говорим, че 1.5 млрд. лв. ги взеха от здравните вноски и ги дадоха незнайно къде. Това са допълнително утежняващи фактори на картината в момента.

Препъникамъни в специализираната извънболнична помощ

Д-р Валери Веселинов, управител на ДКЦ 2 – гр. Добрич:

Възможни са фалити на диагностично-консултативни центрове

Проблемите на лекарите в СИМП са много, но основният е, че не се използва напълно капацитета на извънболничната помощ поради липсата на достатъчно регулативни стандарти. Към специалистите се насочват около 20% от направленията за консултация. Отделно има и недостиг от диагностични дейности. Когато един пациент е изпратен на специалист, джипито дава съответното направление, но уточняването на диагнозата е свързано с ангажирането на много голям ресурс като изследвания, а в същото време средствата са крайно недостатъчни. Така излиза, че ние нямаме достатъчно условия да работим. Много се говори за изнасяне на дейности в извънболничната помощ, за използване ресурса на СИМП, но на практика е точно обратното. В момента, в който ресурсът е изчерпан, това автоматично води до увеличаване на хоспитализациите. И говоря за

диагностични хоспитализации – пациенти, които се приемат за поставяне на диагноза, като при всички случаи това в болничната помощ е в пъти по-скъпо.

Проблемите на ДКЦ-ата са още по-сериозни, защото в здравното заведение освен лекари, работят и специалисти по здравни грижи, технически персонал, помощни структури, без които не можем да съществуваме. Приходът обаче се генерира само от лекарите. За медицинските сестри в НРД и във всички други документи нищо не се коментира. Това е една от причините за сериозния недостиг в извънболнична помощ на такива кадри. В същото време виждате какъв е дисбалансът между цените на нашите дейности. В нашето ДКЦ работят около 30 лекари, а общо персоналот е около 85 човека. При това повишаване на минималната работна заплата и при фиксирането на нашите приходи, ние се справяме трудно. ДКЦ не

са никакви търговски дружества. Не знам да има такова търговско дружество, което нито може да си определи само цената на продукта, нито дори обема на работа. Ние сме ограничени както по отношение на цена, така и по отношение на обем, а в същото време разходите растат значително. И в един момент се получава така, че само фонд работна заплата вече е към 85% от общите приходи. Това автоматично води до невъзможност за разплащане с всички доставчици на лекарства и консумативи, а за инвестиции в апаратура не искам изобщо да коментирам. Затова е напълно възможно скоро да започнат фалити и на ДКЦ-та. Не може от една страна да бъдем регулирани и то рестриктивно, а от друга да бъдем свободни икономически субекти. Това е нонсенс. Няма как да стане.

Има няколко посоки, в които да се мисли за промени и безспорно НРД е един от сериозните лостове, чрез които



мо да се увеличат средствата за медико-диагностична дейност, да се променят цените, защото някои са неадекватни и на трето място да се повишат регулативните стандарти. Основното е да бъде дадена възможност за извършване на дейност. Ето пример – в извънболнична помощ в пакет „Хирургия“, отстраняването на доброкачествени тумори е включено в основния преглед, на който цената е 20 лв. Същото това нещо в болницата вече е клинична пътека и там цената е около 200 лв. Има високоспециализирани дейности, които са калкулирани на обидни и смешни цени в извънболничната помощ от порядъка на няколко лева. Създава се впечатление сякаш вид умислено игнориране на тази част от медицинската дейност. На теория възможности са дадени, но на практика те са сведени почти до нула като реално извършване. В момента се говори, че се изнасят в доболнична помощ амбулаторни процедури и когато се чете това нещо, то звучи добре. Реалността обаче е друга. Бюджетът, който се отпуска в нашия център е средно за 2-3 процедури място месечно. Така че го има, но реалното му изпълнение е формално. Това трябва да се промени.

Д-р Димитър Дамянов, хирург в ДКЦ 24, гр. София:

Здравеопазването в България не може да бъде излекувано

Ниското заплащане на специалистите в извънболничната помощ е най-сериозният проблем в ДКЦ. Причините са не само в рамковия договор, но и във вътрешните правила, които са приети в повечето диагностично-консултативни центрове в София. За провинцията няма представа как стоят нещата. Обикновено там колегите работят и в болничната помощ, така че е по-различно, но в София управителите на ДКЦ определят размера на плащане. Всички сме назначени на основна работна заплата, а това, което се получава като допълнително трудово възнаграждение, е в зависимост от участието по здравна каса. Така че докато при джипитата капиталитацията е за цял месец и независимо дали са в болнични и командировка, си получават възнаграждението, при нас не е така. Ако не си работил, защото примерно си бил в отпуск, не получаваш пари. Лимитите също са голяма пречка и ограничават работата ни. Има месеци, в които няма как да се изпъл-

нят. През декември има много почивки, край на тримесечието е, но от него не могат да се прехвърлят направления и пари в другото тримесечие. Специално при нас хирургите регулативните стандарти са толкова обръкани, че аз с пет направления за скенер мога да си изчерпя бюджета за целия януари. Проблемите в самите диагностично-консултативни центрове също са много големи. Нашето ДКЦ е едно от малкото, които са добре, но в рамките на София такива са само 4-5. Всички останали са на ръба. Според мен е заложено фалит на тези медицински заведения и основната причина да смятам, че те ще фалират е фактът, че на всички болници им беше разрешено да си направят ДКЦ. Смятам, че е заложен фалит и приключване с извънболничната специализирана помощ, която е изнесена от болниците. Възможно е това да е заради апетити към сградите, които са с голям прилежащ терен и на

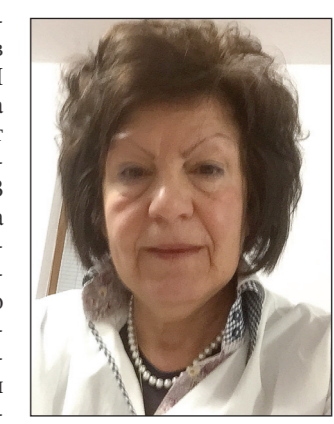


комуникативни места. По принцип тази реформа, която започна през 2000 г., беше с идеята здравеопазването да се приватизира и мисля, че рано или късно това ще стане. Така, както се получи с много частни болници. След като не се приватизираха лечебните заведения, започнаха да се приватизират дейности и хора, които имат средства, си наемат работещите в другите болнични заведения и по този начин те съществуват, а държавните се обезверяват откъм специалистите. И след като им е разрешено да си открият и диагностични центрове, те си затварят цикъла и останалите ДКЦ ще изчезнат. За съжаление моето мнение е, че здравеопазването в България не може да бъде спасено. Не може да бъде излекувано по простата причина, че лекарите са малко. Много от колегите са в пенсионна възраст и рано или късно ще спрат да работят, като това няма да е след повече от 5-6 години.

Д-р Нели Ноева, управител на ДКЦ I в Габрово:

Липсата на пари в СИМП увеличава хоспитализациите

Трите стълба, на които стои здравеопазването в България, са ПИМП, СИМП и болнична помощ. Разбира се, не трябва да се игнорират и МДД, лекарствоснабдяването и денталната помощ. В никакъв случай те не трябва да се противопоставят помежду си, но от години държавните институции, които творят правилата за развитие на здравеопазването, говорят само за ОПЛ, болници и лекарства. Някъде в пространството остава СИМП. Не е правилно когато НС на НЗОК реши да ползва резерва на Касата да покрива само направени разходи за лекарства и болнична помощ и в същото време в СИМП да има неизползваните средства на национално ниво, а по места, където все още се работи и има ЛЗ за СИМП, да бъдем санкционирани, защото сме направили РС. Прегледите са извършени, изследванията са направени и те санкционират с протокол за неоснователно получени суми и това остава за наша сметка. Никой не си прави труда да изчисли, че пациент, който може да бъде уточнен с консултации и изследвания в СИМП и да



му се назначи адекватно лечение, се хоспитализира без нужда. За този пациент се заплаща КП по 500 – 640 лв. в болницата, вместо 70-80 лева за консултации и изследвания в СИМП.

Не е правилно за извънболнична помощ (ПИМП, СИМП и МДД) да се отдели само 14.1% от бюджета на НЗОК, а за лекарства над 30%, за болнична помощ над 42% и да искаме системата да работи. Нерешено са остойности медицинските услуги и изследвания в СИМП. В основания пакет медицински услуги за всяка специалност – наредба №40 на МЗ са включени всички дейности, които е придобил лекарят по време на обуче-

нието си и следипломната квалификация до живот - и това се оценява за 20 лева първичен преглед. В цената на прегледа (като вид услуга) трябва да се включва само извършването на пълен клиничен преглед, специфичен за всяка специалност, без извършване на каквито и да е инструментални или специализирани и високоспециализирани дейности за диагностика, изследване и лечение – те трябва да бъдат извадени като ВСД или да се доплащат от пациента.

От години са едни и същи цените на всички медицински услуги в СИМП на НЗОК, потребителската такса е замръзнала на 2,90 лева от 2012 г., отделно почти 50% от пациентите са освободени от нея – освобождава ги държавата с наредба на МЗ и МФ, но не ни компенсират средствата; повишава се минималната заплата на 510 лв. и така се вдига възнаграждението на най-нискоквалифицираните служители в ДКЦ – санитарите, а няма средства за увеличаване на заплатите на медицинските специалисти и лекари. Затова губим и малкото останали медицински кадри.



Български лекари извършиха уникално ендопротезиране на аорта

Екипът на Сърдечно-съдовия център на Сити Клиник, начело с доц. Иво Петров - национален консултант по инвазивна кардиология и началник на Клиниката по ангиология и кардиология, извърши първото в света цялостно ендопротезиране на аорта. Уникалната манипулация е отразена с научна публикация в едно от най-престижните списания за кардиология в света „Journal of the American College of Cardiology“.

Пациентът Евгени Павлов - с близо 50 сантиметра разкъсване на аортата, е спасен в Сърдечно-съдовия център. В двучасова спешна

интервенция доц. Иво Петров и д-р Зоран Станков поставят два последователни стента, за да се затвори разслояването на съда по цялата му дължина, и по този начин е спасен не само животът на Евгени, но е запазена напълно подвижността на крака му. Това е първото у нас и в света цялостно ендопротезиране на аорта, което започва от основата на съда, непосредствено над сърцето.

Обичайният подход при такива случаи е класическа отворена кардиохирургия, но състоянието на пациента не е позволявало отворен достъп. „Когато докараха Евгени стана ясно, че минимално инвазив-

ната интервенция е единственият му шанс. Иначе нямаше да оцелее“, споделя д-р Зоран Станков.

„Донякъде позитивната развръзка беше и въпрос на шанс, защото освен нужния опит, имаме на разположение и необходимия имплант. Това е стент от ново поколение, който не се реимбурсира у нас. Клиниката ни разполагаше с няколко броя, тъй като бяхме един от центровете на мащабно клинично проучване“, допълва доц. Иво Петров.

На снимката: д-р Зоран Станков, пациентът Евгени Павлов и доц. Иво Петров

Транскатетърна клапна имплантация в „Св. Екатерина“



В университетската кардиологична болница „Света Екатерина“ приложиха уникално за България „безкръвно“ лечение на 74-годишна пациентка с високостепенна трикуспидална рестеноза и инсулфициенция. При този тежък сърдечен проблем се налагало повторно имплантиране на клапа, но класическата операция била рискова. Кардиолозите предложили новата протеза през вена на шията. Техниката се прилага за първи път в България, нова е и за света. В глобален мащаб са описани около 150 случая.

Пациентката е оперирана преди 11 г. по повод на стеснение на клапата между лявата камера и лявото предсърдие, което затруднява нормалния поток на кръвта, и води до връщане на кръв от дясна камера към предсърдието. Тогава й е поставена митрална клапа с механична протеза и трикуспидална клапа с биологична протеза. След операцията е проследявана в

клиниката, като през последните 2 г. започва да се развива инвалидизираща сърдечна недостатъчност.

Проф. Юлия Джоргова, пионер в областта на интервенционалната кардиология, и кардиолозите от нейния екип са извършили за 4 часа щадящата имплантация. Транскатетърната аортна клапна имплантация, по-известна като TAVI процедура, се утвърждава като метод за лечение на голямо стеснение на аортата при високорискови пациенти за конвенционално кардиохирургично лечение в „Св. Екатерина“. Болницата е с най-голям опит в областта на TAVI процедурите в България. Методът е нов, но дава добри дългосрочни резултати при наблюдаваните пациенти. Приложим е обаче за много ограничен кръг от болни. По сходна технология се извършва и смяната на биологични протези при пациентите с дисфункция на биологични митрални и трикуспидални клапни протези.

Водещи хирурзи спасиха бебе на четири месеца



Момиченце на 4 месеца бе спасено с общите усилия на лекари от ВМА и УМБАЛСМ „Пирогов“. Извършена му е изключително рядка операция за премахването на 15 см тумор. Лекуващите го медици споделят, че това е най-малкото дете, което е оперирано с подобна патология в практиката им.

В навечерието на Коледа родителите потърсили контакт с лекари от старозагорската болница, тъй като състоянието на момиченцето се влошило. Установено било наличие на чернодробен тумор. За щастие, добро-

качествен, но с големи размери, които възпрепятстват нормалните функции на организма, включително и сърдечната дейност. За операцията разказват специалистите.

Д-р Цветко Георгиев, завеждащ Отделение по хирургия на новороденото в „Пирогов“, където бебето било транспортирано: „Поради спецификата на тумора и възрастта на детето, беше взето решение и всъщност се обърнахме за съдействие към проф. Владов, към Военна болница като един от, бих казал, хората с изключителен

опит в областта на чернодробната хирургия. За нас също беше предизвикателство, тъй като са оперирани деца, но на по-голяма възраст. Обикновено при такива туморни формации се изчаква да поизраснат малко децата преди да се направи операцията. Но тук бяхме лимитирани много от размера и развитието на тумора. И тази възраст беше предизвикателство. Бих казал, че това е възраст за операция, която е най-малкото дете, което сме срещали и сме оперирали до този етап с такава чернодробна патология.“

Проф. Никола Владов, началник на Клиниката по чернодробно-панкреатична и трансплантационна хирургия на ВМА: „При това детенце, представите си едно бебе колко килограма е, 4-5 кг, този хемангеом беше над 10 см. Към 15 см, което само по себе си е абсолютна индикация за операция. И тук въобще не се коментират индикациите за операция. Тя беше направена, стана много елегантно. Опитът, който имаме наистина е голям. А пък те имат много големия опит с работа с деца. И като събрахме двата опита, се получи това нещо. Така че това е пътят според мен на такива взаимоотношения между болниците.“

БГ робот улеснява ин витро процедурите

Уникалното изобретение имплантира сперматозоидите в яйцеклетката изключително прецизно. Автор на робота, наречен „Микрона“, е проф. Костадин Костадинов от Българска академия на науките. Освен от нашенци, към иновацията вече има интерес и от чужденци.

Роботът действа съвършено, като използва пипетка, по-тънка от човешки косъм. Затова и при процедурите ин витро, когато с ръчното инжектиране могат да бъдат направени едва 80 опита на ден, новото техническо чудо позволява те да станат 10 000. Това увеличава шансовете за зачеване. „По този начин човешкият фактор и възможността за грешка се свеждат до минимум“ - твърди проф. Костадинов, който е бивш заместник-министър на образованието и в момента съветник в МОН. Роботът успява да подбере сперматозоидите с най-добри показатели и да ги въведе в яйцеклетката, като това се случва за броени минути. Управлението се осъществява от специалист, който може да си служи и с таблет. Не е необходимо медикът да стои до пациентката по време на манипулацията. В момента роботът, който е бил замислен само за ин витро процедури, показва и нови качества. Очаква се неговото приложение и в много други сфери на медицината. Причината е, че изобретението може да инжектира вещества в клетки с размер 30 хилядни от милиметъра. Той успява да удари с лечебни вещества полуделите туморни клетки, без да увреди останалите тъкани, както това се случва при химиотерапията. Това е и една от причините чуждестранни специалисти да проявяват интерес към него, за да тестват собствени медикаменти и процедури. В момента китаяска компания провежда чрез робота изследвания за рак, а японци тестват посредством „Микрона“ нови лекарства на клетъчно ниво, за да преценят какви са възможностите за приложение.

Роботизирана ръка възстановява усещането за сетивност

Изследователи от Италия, Швейцария и Германия са създали прототип на механична протеза, която не само може да замества ампутираната ръка на даден пациент, но и да възстанови поне частично способността за сетивност. Според Паоло Роселини от Университетската болница „Аугустино Гемели“ в Рим технологията съществува още от 2014 г. По това време обаче екипировката била толкова обемна, че първоначалният вариант на роботизираната крайник не можел да бъде изнесен от лабораторията.

Сегашната версия вече е достатъчно компактна, така че да бъде изпробвана в реални условия от доброволец. Сега това е Алмерина Маскарело, която губи едната си ръка преди повече от 20 години. Тя ще има възможност да тества механичната протеза в продължение на шест месеца под стриктен

лекарски контрол. Все пак пациентката ще трябва да носи освен изкуствената ръка и раница с компютър. Той трансформира информацията от сензорите в сигнали, които могат да бъдат „разчетени“ от човешкия мозък.

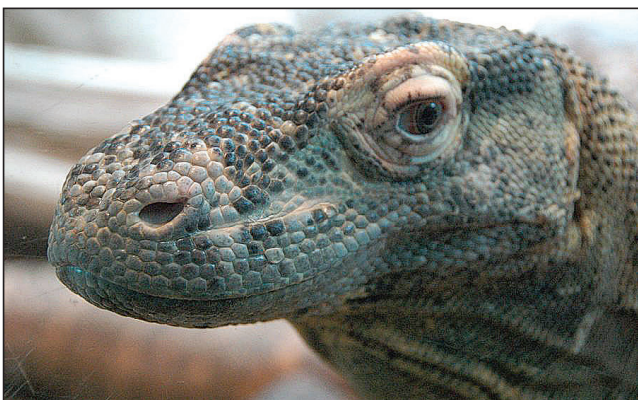
Технологията работи по следния начин: в роботизираната ръка са монтирани датчици, които разпознават дали докосваният обект е твърд или мек. Те изпращат информацията до компютър, който я трансформира и преpraща към електроди, имплантирани в нервните окончания на ампутирания крайник. Така сигналите се предават към мозъка на пациента, който получава съвсем истинско усещане за допир. По време на различните тестове пациентите са успявали да разпознаят дали обектът е твърд или мек в 78% от случаите, а също така да опишат приблизителните му размер и форма.



Нови пептиди с антимикробна активност

Изследователите, изучаващи комодските варани от университета George Mason във Вирджиния, са открили в кръвта им 48 неизвестни досега пептиди, от които се очаква да имат антимикробни свойства. Тези пептиди вероятно спомагат животното да не може да се инфектира от собствената си слюнка, в която живеят най-малко 57 вида бактерии. При наличие на толкова голям брой бактерии е лесно обяснимо защо вараните са развили толкова много защитни механизми за предотвратяване на инфекции от собствена слюнка, както

и от раните от ухапване, получени в битки с други представители на вида. Изследователите са изолирали и синтезирали 8 от пептидите и са изпробвали способността им да се справят с инфекции. Седем от пептидите са проявили антимикробна активност срещу Pseudomonas aeruginosa и Staphylococcus aureus, а един от тях само срещу P. aeruginosa. Може би тези протеини разкриват нов път за развитие на лечения срещу бактерии, резистентни на антибиотици. Резултатите от изследването са публикувани в Journal of Proteome Research.



Международен екип от учени е открил най-старите известни случаи на рак на гърдата и мултиплен миелом. Изследванията са направени чрез компютърна томография на две мумии от некропола Куббет ел-Хава на западния бряг на Нил срещу Асуан, Египет, съобщава Science Daily. Изследова-

Най-старият рак в света

телите използвали компютърната томография за анализ на мумиите. Тази техника е по-точна, когато се търси информация от вътрешната страна на мумиите, както и фини детайли в превръзките и

техниките на балсамиране. Детайлите показват, че методите за балсамиране се променят с течение на времето и начините, описани от гръцкия историк Херодот са характерни само в късния

период. Проучванията, проведени върху двете най-стари мумии, разкриват, че от тези болести са страдали и хората в древността. Изводите от изследванията също така потвърждават, че тези лица са

принадлежали към висшето общество с достатъчно ресурси, за да се грижат за тях продължително време, когато няма лекарства или лечения на разположение за техните заболявания.

Това е система от иновации, които силно имитират функцията на регулиране на глюкозата от здравия панкреас. Представява комбинация от различни устройства (вече са познати на много диабетици) като инсулинова инфузионна помпа и система за непрекъс-

Изкуственият панкреас

наблюдение на глюкозата (CGM). В новата технология устройствата са интегрирани чрез компютърен алгоритъм. Различните варианти на изкуствен панкреас излизат на пазара с имена като системи

за автоматизирано доставяне на инсулин или като автономни системи за гликемичен контрол, но се основават на общ принцип на действие. С новата система се избягва многократното бодене за из-

мерване на кръвната захар с глюкомер и се осигурява непрекъснат добър контрол на диабета - основен фактор за отдалечаване на усложненията и съхранение на сърдечно-съдовата система.

Лечение с ...Herpes Simplex

Американски изследователи от Медицинския център на педиатричната болница в Синсинати са получили генноизменен вид на обикновения херпесен вирус. Той е променен така, че да атакува само раковите, а не здравите човешки клетки. С негова помощ, в лабораторни условия е постигнато забавяне в развитието на злокачествен тумор - сарком. Освен това, чрез допълнително внесени гени, на вируса е придадена способност да отделя вещество, водещо до луминисценция. Тя позволява

прецизно да се определи местоположението на злокачествения тумор. Много скоро откритието ще бъде приложено в клиничната практика. С помощта на променения херпесен вирус специалистите ще диагностицират ракови образувания с размер до сантиметър.

И още - с херпесния вирус се разработват лечебни препарати. Младият руски биолог Ирина Алексеенко от Института по молекулярна генетика към Руската академия на науките (РАН), заедно с колегите си от Института по биоорга-

нична химия и биология на гена към РАН, е започнала предклинични изпитания на средство за терапия на рака на главата и шията. Този препарат съдържа генно създаден вирус на херпес, който убива злокачествените клетки. Експериментите показват, че при новото лечение се повишава ефективността на лъчевата терапия с 63 процента. За младата изследователка Алексеенко успехът на проекта е жизнено важен, тъй като собствената ѝ майка страда от рак. Препаратът е без аналог в момента.

Пейсмейкър срещу сънна апнея

Досега за противодействие на апнеята пациентите използват апаратура, които оприличаваха на противогоаз. Апаратчетата бяха неудобни. Това е на път да се преодолее чрез навлизане на невромодулятор за лечение на обструктивна сънна апнея.

Представява имплант, който осигурява стимулация за отваряне на мускулите на дихателните пътища по време на сън. Контролира се от специален пластир. Технологията действа като пейсмейкър, помагайки за синхронизиране приема на въздух с действието на езика. За целта устройството използва сензор за дишане и стимулиращо захранване с батерии. От нововъведението ще се възползват не само пациентите с апнея, но и техните партньори, които се будят по принуда, когато чуят звука от шумно поемане на въздух, подобно на задушаване.

Тестват възпаление с дъвка

Отдавна се знае, че 6 до 15% от пациентите със зъбни импланти развиват възпалителен отговор. Това се дължи на бактериите, които унищожават меките тъкани и костта около импланта. В бъдеще пациентите ще могат да се възползват от бърз и достъпен метод, основан на дъвченето на дъвка. Разработен е от изследователски екип във Вюрцбург, Германия.

На практика тестът действа

по следния начин: ако има възпаление в устната кухина, при дъвченето на дъвка се отделя горчив агент. След това пациентите могат да посетят зъболекаря си, който да потвърди диагнозата и да предпише лечение. Този тип ранно откриване има за цел да предотврати сериозни усложнения, като загуба на костна тъкан. Според учените всеки може да използва новото диагностично средство навсякъде и по всяко

време без да е необходимо никакво техническо оборудване. Какъв е механизмът: при налячието на възпаление се активират специфични ензими, които разграждат протеини. Само за 5 минути тези ензими разграждат и специална съставка на дъвката, като по този начин освобождават горчиво вещество, което веднага се усеща. В момента се разработват бързи тестове с дъвки за други болестни състояния.

Високотехнологична играчка помага на болните деца

Учени изобретиха медицински робот, който създава весело настроение на малките пациенти и едновременно с това следи за състоянието им. Над проекта, ръководен от известния експерт в сферата на персоналните роботи - Синтия Бризил, работят специалисти от Масачузетския технологичен институт. За да е по-привлекателен за децата, роботът представлява синьо-зелено плюшено мече, наречено Huggable. То може да гушира вниманието на децата към болките и да ги развлича по време на продължителни процедури. Високотехнологичната играчка е особено полезна в онкологичните и реанимационните отделения. В мечето е скрит

смартфон и сензорна мрежа, с чиято помощ роботът реагира на докосване и отговаря с поздрав. Huggable умее да поддържа несложен разговор, разбира от шеги и задава разни загадки. Родителите могат с помощта на компютър и други устройства да изпращат посланията си на смартфона, а мечето ги възпроизвежда, за удивление на децата. В хода на тестването малките пациенти на Бостънската болница общували с робота. Те му стискали лапата, шегували се с него и се забавлявали с няколко лесни игри. Очакванията са, че играчката ще стане истински приятел на всяко дете, което трябва да пребори тежко заболяване.



Трикордер като в „Стар трек“

Почитателите на филма „Стар трек“ познават апарата трикордер, който, поставен на пациента, моментално сканира и диагностицира организма. Това устройство вече е реалност. Д-р Базъл Харис, който е лекар от спешната

помощ в Уинууд, Пенсилвания, и неговите двама братя - инженерите Джордж и Гюс, са поличили приз от 2,6 млн. долара на конкурса Tricorder X Prize, който награждава откриватели на портативна техника за здравна диагностика. Апа-

ратурата на Харис е колкото голям мобилен телефон и може да следи със сензори жизнените показатели на тялото. Например - да открива диабет, пневмония, анемия, предсърдно мъждене, нарушаване или прекъсване на дишането по време

на сън. Данните автоматично се предават на здравните служби на хиляди километри разстояние. Засега устройството открива 30 патологични нарушения, но учените го усъвършенстват, за да диагностицира над 50 заболявания.

Лекари от Литва и Полша протестираха заради ниски заплати и увеличено работно време

Литовски лекари в началото на януари т.г. организираха шествие във Вилнюс с искане за по-високи възнаграждения. Те настояват заплатите им да се увеличат до размера на две средни за страната или около 2100 евро, съобщават от БНТ. В момента средните заплати на младите специалисти са между 800 и 900 евро. Според литовското здравно министерство увеличение е възможно, ако то бъде заложено като приоритет. Лекарите обаче не виждат ясна перспектива и заявяват, че настоящото положение кара мнозина от тях да емигрират в западни страни.

В Полша хиляди лекари про-



тестираха заради налаганите им нови договори, които увеличават драстично работното им време. По данните на полското Министерство на здравеопазването около 3500 медици в болничната помощ са отказали да подпишат договорите, позволяващи работната седмица да е повече от 48 часа. Според протестиращите обаче броят на лекарите, отказали се от тези договори, е по-скоро около 5000. Протестиращите са поискали бързо и значително увеличаване на средствата за здравеопазване.

Държавното здравеопазване в Полша е хронично недофинансирано, страда от липса на персонал и организация. В някои

региони чакането за платени от държавата процедури може да отнеме години. Ниските приходи карат лекарите да работят допълнително в частни клиники или да емигрират в чужбина.

Лекарският протест наруши работата в някои болници, включително и в детски отделения. Лечебни заведения като тези в Балисток са били принудени да отложат процедури, които не са животоспасяващи, както и да спрат обслужването на спешни случаи през нощта. Премиерът Матеуш Моравецки заяви наскоро, че подобряването на системата на здравеопазването е голямото предизвикателство за неговото правителство.

Преселението на медици продължава

Известно е, че в ЕС повече лекари и медицински сестри се местят от една страна в друга, отколкото представителите на всяка друга нуждаеща се от висока регулация професия. Обикновено потоците тръгват от Изток на Запад, от по-бедните страни от ЕС към по-богатите. Според анализ на

Ето един от примерите в текста. Всичко, което трябвало да направи медикът Ингмар Линдстрьом, (завършил медицинското училище в Тарту в Естония през 2001 г.) било да се премести на 200 километра, за да удвои заплатата си. Той изкарвал около 600 евро месечно като лекар в Естония. Изпит-

месечно - четири до пет пъти повече, отколкото биха могли да направят в Естония - и недостигът на финландски лекари улеснява намирането на работа. „Близко 30-40 процента от всеки дипломиращ се випуск се изнася“, каза Линдстрьом.

Обучението на лекарите е дълъг и скъп процес, но не всяка страна може да възнагради абсолвентите си. Разходите за здравеопазване на глава от населението варират драстично в страните от ЕС, от 816 евро годишно в Румъния до над 4 000 евро в Люксембург, Германия и други западноевропейски страни. И така лекарите и медицинските сестри следват парите.

Изследване малко преди присъединяването на Естония към ЕС през 2004 г. - само три години след като Линдстрьом завършил медицинско образование - показва, че повече от половината от естонските 17 749 здравни работници обмислят работа в чужбина. През 2004 г. страната е имала 4 312 практикуващи лекари; оттогава повече от 1800 лекари са кандидатствали за квалификация в чужбина. Естония не е единствената страна, която е изправена пред напускането на своите здравни работници.

Румъния е загубила полови-

ната си лекари между 2009 г. и 2015 г. Няколко години след присъединяването на Полша към ЕС повече от 60 процента от учещите в пети и шести курс студенти по медицина планират да работят в чужбина. Словакия има около 15 000 практикуващи лекари, когато се присъедини към ЕС през 2004 г., 3 800 от тях са подали молба за напускане.

Тежко засегнати от изселването на лекари и медицински сестри са Португалия и Гърция, сочи анализ на „Политико“. Тази миграция на млади специалисти към запада се случва във време, когато средната възраст на един лекар в ЕС се увеличава. Повече от един на всеки трима лекари в ЕС е на възраст над 55 години през 2014 г. До 2020 г. този „пенсионерски връх“ ще означава, че повече от 60 000 лекари - 3,2% от работната сила - ще напускат професията всяка година, твърдят от Еврокомисията.

В някои страни като България и Румъния загубата на лекари и медицински сестри е повече от тревожна. Що се отнася до намирането на медици от развиващите се страни, има вероятност приемащите държави да пресушават откъм кадри страните, от които наемат специалисти.

ОБЛЕКЧВА СЕ ДОСТЪПЪТ ДО ЛЕЧЕНИЕ В ЕС

Министерство на здравеопазването в България предлага промени в Наредбата за условията и реда за заплащане на операциите на българи в клиники от Европейския съюз

Достъпът на здравноосигурени българи до лечение в чужбина ще бъде облекчен, предвиждат промени в Наредбата за условията и реда за заплащане на лечение на български граждани в чужбина. От предлаганите промени най-много ще се облагодетелстват хората, които подават заявление за предварително разрешение за възстановяване на разходите за трансгранично здравно обслужване. Освен това вече всеки лекар с професионален опит в областта на трансплантологията ще може да се включи в Комисията за лечение в чужбина, когато се разглежда случай на пациент с нужда от трансплантация зад граница. Според сега действащите правила, само един от членовете на комисията е заменяем. На негово място задължително влиза националният консултант по трансплантология, когато се обсъждат заявления за трансплантации. Работата на комисията обаче се бави всеки път, когато националният консултант не може да присъства на съответното заседание. Затова от МЗ предлагат в тези случаи в комисията да участва друг специалист по трансплантология.

„С осигуряването на възможност Комисията за лечение в чужбина да се подпомага и от друг лекар с професионален опит в областта на трансплантологията ще се обезпечи бързината на производството и непрекъсваемостта на работа на комисията. В същото време с участието на различни специалисти в областта на трансплантологията ще се осигури максимална обективност и професионална прецизност в зависимост от вида на органната трансплантация“, се посочва в мотивите на МЗ. Според ведомството, новата наредба ще осигури по-голяма оперативност при спазване на принципите на достъпност и своєвременност и цялостно изпълнение на терапевтичните алгоритми, гарантиращи безопасност и качество на лечението.



данните на Европейската комисия преселването на здравните специалисти е особено силно изразено от Източна и Южна Европа. Всъщност тези страни обучават лекари за по-богатите си съседни. Това твърди в своя публикация Дженифър Харви, цитирана от „Гласове“.

вал удоволствие от работата си и харесвал мястото, където живеел. „Но това не плаща всички сметки“, подчертавал той. Ниското заплащане било основната причина Линдстрьом да отиде във Финландия. Просто отвъд залива младите лекари изкарват 2 000 или 3 000 евро

254 СТОЛЕТНИЦИ ЖИВЕЯТ В БЪЛГАРИЯ

Медицинският университет в София ще изследва гените им

Общо 254 столетници живеят в България, сочат данни на Националния статистически институт. А Медицинският университет в София се зае да изследва гените им, за да се опитат лекарите да разгадаят тайната на дълголетието им. Ръководител на проекта „Геномът на българския столетник“ е проф. Драга Тончева, като медицинците вече са намерили и посетили 45 от дълголетниците у нас.

„На глава от населението най-много столетници има в областите Благоевград, София, Кърджали, Пазарджик и Плевен. А най-много на брой

са хората на 100 и повече години в София - 46, най-малко - във Видинска област, където е само един“, разказа подробности за проучването на МУ-София генетикът Любомир Балабански, цитиран от БНР.

Според специалиста по-голямата част от столетниците са там, където има повече условия за по-добър живот и най-вече по-добър достъп до здравни услуги. „До момента не сме намерили нищо застъпващо се или някакво съответствие между диетите им. Много от тях споделиха, че не са се старали да се хранят здравословно. Всички

анкетирани отговаряха, че са яли „каквото има“, но по малко, т.е. не са преяждали“, обясни генетикът. Той посочи, че идеята на проучването е да бъдат анализирани и установени факторите, които предразполагат към дълголетие у нас. Главната цел на проекта е да бъдат изследвани генетично българските столетници, като за постигането й трябва да съберат проби от възможно най-голям брой хора, за да се изолира тяхното ДНК, както и да се извърши цялостен геномен анализ.

Общото между всички дълголетници е, че до много късна възраст повечето хора са били физически активни, не са прекалявали с алкохола, не са пушили през живота си или ако са - то е било за по-кратки периоди.

ХУМАННОСТ СРЕД СМЪРТ И РАЗРУХА

Бомба пада върху сградата на сградата на бул. „Витоша“ и ул. „Денкоглу“



На 10 януари отбелязахме 74 години от една от най-жестоките бомбардировки на София. Тогава е извършена първата комбинирана, т. е. дневно-нощна атака над столицата. Загиват 750 и са ранени още над 700 души - предимно цивилни, мирни граждани и много по-малко военни. Поразени са над 900 сгради, половината от тях са напълно разрушени.

Операция „Приливна вълна“

На 13 декември 1941 г. , десет месеца след като България се присъединява към Тристранния пакт, Народното събрание в София обявява война на Великобритания и САЩ. Това е символичен акт, а не намерение за конкретни военни действия от наша страна. България никога не ги предприема. Но това не е отчетено от британския премиер Чърчил и американския президент Рузвелт. През август 1943 г. Великобритания и САЩ дават началото на операция "Приливна вълна". Тя има за цел да неутрализира съюзниците на Третия райх - Румъния и България, като ги принуди да капитулират. Над териториите на двете държави започват системни бомбардировки. Над София са предприети 11 въздушни нападения. Първата масирана въздушна атака на столицата е на 14 ноември 1943 г. Тогава 91 вражески самолета разрушават 47 сгради, загиват около 60 души, близо 200 са ранени. Следват бомбардировки почти през десет дни.

На 10 януари 1944 г. , около 12 ч. по обед сирени предупреждават за предстоящо въздушно нападение. Половин час по-късно

столицата ни е атакувана от 180 американски бомбардировача и 100 изстребителя. Срещу тях противовъздушната отбрана на София изпраща 39 прихващачи. България губи само един самолет срещу 31 свалени американски бомбардировачи. Но истинският ужас за софиянци настъпва през нощта на 10 срещу 11 януари. За случилото се разказва генерал Стоян Стоянов в книгата си

„Ние бранихме тебе, София“

Авторът е военен летец, един от защитниците на столицата. Той участва в 35 бойни полета срещу англо-американските самолети, сваля 3 бомбардировача и 2 изстребителя и нанася сериозни повреди на още 4 самолета.

Генерал Стоянов разказва: "На 10 януари на софиянци бе съдено да преживеят ужаса на една варварска бомбардировка. В този зимен ден нашата столица беше жестоко ударена на два пъти - през деня и през нощта. Тази бомбардировка бе добре запомнена от жителите на столицата, защото тя не бе "слаба", както се казваше за всички досегашни бомбардировки. При тази бяха ударени не само крайните квартали, а бе засегнат и силно разрушен и центърът на града. До това нападение правителството не бе помислило за евакуирането на държавни учреждения и индустриални предприятия, нито на част от населението, но след този ден настана такава паника, която не се поддава на описание. Градът сам доброволно се евакуираше, без заповед, без принуда.

Особено тежко бе преживяна нощната бомбардировка. Такава досега не бяха виждали. А нощем изобщо човек е по-впечатлителен. В града бе настъпил хаос, ад. Разрушени къщи и разорани улици, димящи пожари и развалини, повредена електрическа мрежа и водопровод, студ и дезорганизация, изплашени граждани, които плахо се завръщат към домовете си - това бе София вечерта към 22 часа. Те търсеха изчезналите си близки или топло място, където да се приютят в студена нощ, когато изведнъж, неочаквано за всички и без предупреждение от сирените, се чуват артилерийски изстрели и в същото време над главите им падат отново бомби и прелитат самолети на противника със силния

рев на моторите и с грохот на стрелба от оръдия и картечници. Целият град бе осветен от пуснатите с парашути, бавно падащи лампиони и от причинените пожари. Всеки от нас се бе прикрил, където го бе заварил бомбардировката.

На сутринта още от тъмни зори по пъгичката и шосетата, излизали от София, във всички посоки тръгнаха кертвани от хора, напуснали своите топли огнища, за да се спасяват кой където може, само да не останат в града. Мнозина от тях не знаеха къде отиват, но тяхното желание бе преди всичко да бъдат далеч от хаоса."

Равносметката от кошмарното денонощие е 1800 бомби, изсипани над София, с обща тежест от 450 тона, 750 загинали и още толкова ранени, стотици напълно сринати или полуразрушени сгради.

Защитниците на София отклоняват част от атаките и свалят голям брой вражески самолети. Между героите са Димитър Спасаревски, Георги Кюмюрджиев, Мито Дисов, Стоян Стоянов, Неделчо Бончев, Любен Кондаков, Герхард Венгел и много други. "

Българското правителство започва тайни преговори

с англо-американските съюзници в Истанбул и Анкара. Временно атаките са спрени. Но след провала на разговорите бомбар-

дировките над България са подновени. На 30 март е най-тежката от тях. Извършената евакуация на София обаче проваля плановете на нападателите да убият голяма част от населението - жертвите и ранените са значително по-малко. Но над 3500 сгради са напълно унищожени. В следващите месеци са извършени още няколко въздушни атаки над София и други наши селища. България излиза от Тристранния пакт в първите дни на септември 1944 г. и въздушните нападения над страната са прекратени.

Равносметката

По време на бомбардировките от 1943-1944 г. са убити, безследно изчезнали и починали от раните си над 2000 души от софийското население, разрушени са над 12 500 сгради. Близо 1/4 от сградния фонд на София е сринат. Напълно унищожени са Държавната печатница, Областният съд, Малката баня, Градската библиотека, театър "Одеон", Юнион клуб, Домът на културата и печата, Артилерийските казарми, католическата катедрала "Свети Йосиф" и мн. др. Силно засегнати са Народният театър, Народното събрание, Българската земеделска банка, Богословският факултет, Природонаучният музей, зала "България", къщата музей "Иван Вазов", сградата на БАН, Централна баня.

Пострадалата сграда на БАН, януари 1944 г.



Бомби над Александровска болница

При въздушното нападение на 10 януари 1944 г. в района на болницата падат повече от 50 бомби и всички клиники и институти са в различна степен засегнати. Част от сгради са сринати до основи. Убити са 15 души от персонала. Разрушена е западната част от дясното крило на централната сграда, там където се помещава Ръонтгеновия институт и Противораковия център. Лекарите своевременно евакуират пациентите в зимника и от болните хора не са дадени жертви. Материалните щети са огромни. Скъпите рентгенови апарати за диагностика остават разбити под развалините. Друга бомба пада върху главния вход на Детската клиника и разрушава хола и библиотеката. Ценна медицинска литература е унищожена. Бомба пада и в южната половина на кухнята, където се намира лекарският стол. Над него е болничната аптека, която също е разрушена. Убити са 6 лекари и един работник от кухнята. Бомба пада и над сградата, в която се помещава централното отопление. Тук са убити седем души технически персонал, а инсталацията е безвъзвратно унищожена. Високият болничен комин също е засегнат. Срината от бомба е болничната лавка, която тогава била използвана за склад. Двуетажната сграда на вътрешната клиника е тежко пострадала от падналите в околността три-четири бомби. Засегната е хирургическата клиника. Покривът е пробит на повече от



тридесет места, таванът и мазилката в стаите са паднали, всички стъкла са изпочупени, а някои от прозорците и вратите - изкъртени. Сградите на Очната и Ушната клиника са засегнати още по-тежко. Помещенията на Нервно-психиатричната и Кожната клиника са повредени и негодни за работа. Дворът на болницата е осеян с бомбени дупки, дълбоки по 3-4 метра. Бомбардировката прекъсва водната, електрическата и телефонната инсталация. Александровска болница не може да функционира и

започва евакуация

Най-напред се транспортират ранените и тежко болните в провинциални болници. Следва системно преместване на отделните клиники и институти, за които са определени различни села и гра-

дове в Северна България, в близост до ЖП линии. Евакуацията на болницата продължава повече от един месец. Вътрешната клиника е преместена в село Драганово, близо до Горна Оряховица. Хирургическата клиника - в гр. Луковит, а Терапевтичната клиника в село Стражица.

В Александровската болница остава само нейният управител с малък помощен персонал. Запазва се общата амбулатория с двама лекари и с по един служител. Имуществените щети на сградния фонд и медицинската апаратура възлизат на милиони левове. По време на бомбардировките над Александровска болница 15 души са убити и около 180 ранени. Болните са стресирани и уплашени, но напълно убедени във високия морал и професионална етика на българските медици. Те не изоста-

вят своите пациенти. Напротив - с риск за собствения си живот продължават да се грижат за тях. Нещо повече - лекуват и враговете си. Ето един от многото примери.

Гастроентерологът д-р Георги Милиев

По време на бомбардировките над София той бил санитарен подофицер в Пето огнестрелно поделение в София. „Беше страшно - спомня си лекарят. - Навсякъде

падаха бомби“. Подофицерът се намирал в един окоп, когато съсем наблизко паднал американски самолет. „Пилотът беше в тежко състояние - разказва д-р Милиев. - И въпреки, че беше от вражеските сили, мой дълг бе да му помогна. И аз го спасих“. Тази постъпка не е изненадваща за лекаря, приел хуманността като своя същност и дълг, убеден, че човеколюбието е неотменна част от великата медицинска професия.

Доброволец от Въздушна защита на ул. „Александър I“ - отсечката между ул. "Граф Игнатиев" и ул. „Алабин“, януари 1944 г.



Sedare dolore devinum est

Читателите на вестник „Quo vadis“ добре познават творчеството на известния наш ревматолог и писател проф. Златимир Коларов, автор на над 485 научни труда и 30 научно-популярни книги и брошури, на 8 художествени и 1 публицистична книга, 1 сценарий за игрален и 9 за докумен-

тални филми. Той е председател на Българското медицинско дружество по остеопороза и остеоартроза, както и на Съюза на писателите-лекари „Димитър Димов“ в България, клон на Международния съюз на писателите-лекари – UMEM. Носител е на 8 награди и номинации като лекар и пре-

подавател, сред които Наградата на името на проф. Константин Чиров, 12 награди за белетристични и 8 за кино-творби. Ето две вълнуващи творби, с които лекарят-писател заявява своята гражданска позиция, осъждайки посегателствата над медици и агресията в обществото ни.



ЛЕКАРЯТ – ЖЕРТВА ИЛИ ГЕРОЙ?

А може би – светец? Основание да го каже е латинската сентенция „Sedare dolore devinum est“ – да лекуваш болката е божествено. И тъй като Бог е Един, лекарят би могъл само да е светец в Божията сянка, в изнурителната битка на Човека с болката и злото – Човека, в случая Лекаря с главна буква... Това го мисля аз, мислят го и хилядите в бели престилки, мислят го и десетките хиляди болни, намерили божествената утеха от болката под грижите на своя лекар, който никога не е имал претенции да е нито бог, нито светец, а обикновен човек, обречен да служи и помага на болни и нещастни хора. Логичен е въпросът – с какво се отблагодаряват държавата и обществото за самоотвержения му, изпълнен с тревоги и безсъние живот, обречен на другите, от нощното бдение над болните по време на дежурства до изнурителните дневни визитации, прегледи, операции и консултации? С ниски заплати, с жълти лъжи, които се излизват като помия върху преждременно побелелите глави на по-голямата част от лекарите, защото по-младите отдавна лекуват болни хора в чужбина и ги няма в страната, с нехигиеничните условия

на труд и най-вече – с пренебрежително отношение към цялото медицинско съсловие, извратено в посегателство и физическо насилие над най-безобидната прослойка на обществото, която се е обрела да помага, а не да причинява болка! Меко казано е, че съм възмутен от побой и насилие над медици – лекари, медицински сестри и акушерки в последния месец. Агресия заради самата агресия, немотивирана агресия, агресия без всякакво основание! И нищо конкретно не се чу и писа за отговора на правозащитната система към побойниците. Или отново, както много пъти досега, тя – правозащитната система чака глъчката да загълхне, вълненията да утихнат и случката да се забрави – както народът казва „кучетата сипял, кърванът си върви...“ Насилникът няма права, не може да има права, мястото му е в затвора и то задълго! Отдавна пиша и го казвам по различни телевизии и радиа – чии са правата: на изнасиления, пребития, осакатения, ограбения, убития, на неговите близки или на безчинстващия идиот, за когото понятия като етика, чест, морал, хуманност, цивилизованост, законност изобщо не съществуват.

Безправие, което отразяват техните постъпки ги лишава от права! И хич да не говорят магистратите и да потриват извинително ръце, че „видите ли, така се случило, той престъпникът неумишлено пребил човека, без да иска го осакатил за цял живот, да го пощадим, защото и той си има своите права...“, разбирай права да изнасилва, пребива, осакатява, ограбва и убива. Особено за рецидивистите. Какво правят на свобода личности (не хора!) с по десет-петнайсет висящи дела? Какво означава понятието „криминално проявен“? Че като е проявен, скъпи родни магистрати, защо се разхожда свободно по улиците и продължава да върши престъпните си пъклени дела? Защо не го вкарахте навреме там, където му е мястото – най-малкото това е превенция за обществото и милионите невинни и честни хора в тази страна? Колко хора бяха убити от „криминално проявени“? Не смятам пребитите, осакатените, ограбените, за накърнените изобщо не става дума в тази безнравствена и безправна вакханалия, която се вихри в страната? Докога ще чакате, скъпи родни магистрати? Търпението на хората отдавна се изчерпи, напра-

вете най-сетне нещо! В случаите с пребитите медици, на ход сте вие, скъпи родни съдии и прокурори – случаят е тест за вашата човешка съвест и професионална доблест, чест и подготовка, изобщо за правозащитната система на страната – какво ще отсъдите, т.е. как ще осъдите побойниците! Или отново ще ги освободите под гаранция и оневините после, тъй като със затвор са нарушени гражданските им права на свободна личност в тази правова държава? Какво означава лека телесна увреда за гинеколожката, загубила съзнание за повече от тридесет минути, както четох някъде? Какво е тогава тежка увреда – жертвата да умре или се парализира до края на живота? След като осъдите насилниците и ги пратите за години в затвора, скъпи магистрати, първото нещо, което трябва да направите заедно с министрите на правосъдието и на здравеопазването, главния прокурор и депутатите е да криминализирате като тежко престъпление посегателството под каквато и да е форма над медици при изпълнение на служебните им задължения и след това съвестно да си свършите работата докрай, т.е. до затвора

за всички „безобидни“ „криминално проявени“ с по над десет висящи дела в досието! Защото и малкото останали в България побелели лекарски глави ще си вземат слушалката и бялата престилка и ще отидат да лекуват стари хора в Западна Европа, където не съществува подобно нещо като побой над лекар или сестра. Сестрите и младите лекари вече го направиха – казвам го като лекар с тридесет и седемгодишен медицински стаж и толкова като преподавател, който познава в детайли проблемите и слабостите на здравната система в страната. Дължни сте да го направите за десетките хиляди болни в България, за хилядите лекари, за своите деца, които трябва някой да лекува, за чистата си съвест, скъпи родни магистрати и политици! Или като се разболеете вие и вашите деца (не ви го пожелавам по никой начин!) ще отидете да се лекувате при същите тези български лекари, но на запад. Помислете за тези, които нямат вашите пари да го направят и остават тук, в България, при оскърбените, унижени и обругани, но високо хуманни български медици!

С Цъфи (Пламен Цафаров) учехме в една студентска група в бившата Медицинска академия. Среден на ръст към нисък, мургав, с черни тревожни очи зад дебелите стъкла на кръглите си очила с широка рамка, отстъпчив, плах, на моменти неуверен, толерантен и не-сръчен, Цъфи беше най-кроткото и добро момче в групата. Буйни, едри, трениращи различни силови и бойни спортове, другите момчета често се шегувахме с непохватността му при патологоанатомичните дисекции и неувереността в контакта му с жените, но не преминавахме границата, за да не го нараним и да се почувства непълноценен. Той отговаряше на закачките ни с нуевверена усмивка и плаха забележка, която не чувахме в избухналия смях. Заради готовността да помогне с лекции и учебници на всеки, да разбере и да подкрепи морално всяка младежка изповед, породена най-често от несподелена или изгубена любов, да даде пари в заем на най-бедните в групата и после да забрави да си ги поиска и за много други неща го обичахме по студентски – без замисляне, искрено, спонтанно.

Баща му беше психиатър, мисля че бе доцент или професор. Не ни е преподавал и не съм го виждал. Няколко пъти Цъфи ме въведе в кабинета му в дома им на бул. Витоша, за да ми даде някакви учебници. Стените бяха покрити до тавана с книги, широкото бюро в средата бе отрупано със списания и подредени листи пред старата пишеша машина, един хлътнал диван с протрита дамаска тънееше в ъгъла пред ниска потъмняла маса, широк персийски килим с изсветлели краски покриваше пода. Направи ми впечатление сумракът – завесите, тъмни, плътни и протрити, бяха спуснати. Тънък слънчев

ЦЪФИ

лъч, в който се гонеха бляскави пращинки, се процеждаше между тях и разсейваше тъмнината. Помислих си – няма начин Цъфи да не е плах и неуверен в тази мрачна обстановка и интересът ми към баща му се засили. Имах чувството, че е мрачен, вгълбен човек, отдаден на науката и пациентите си, забравил, че синът му има нужда от простор и светлина, въпреки че бе психиатър и би трябвало да ги знае тези неща по-добре от един студент по медицина.

След завършването бившите вече състуденти се пръснахме из България. За десет години обиколих няколко града – Бяла Слатина, Пазарджик, Пловдив и в края на десетата годи-



Снимка: проф. Георги Байчев

на се завърнах в София. За това време, като си идвах за два-три дни да видя родителите и старите си приятели, често позвънях на Цъфи да се срещнем. Той приемаше поканата с охота. Пиехме водка с доматен сок в някакво заведение край бившите кина Благоев и Москва – аз по-бързо и на едри глътки, той – бавно, през свити устни. Бе все така притеснителен и плах. Каза, че е включен в групата по изучаване на мозъка към БАН, създадена по идея на Людмила Живкова. В продължение на часове ми разказваше за работата си. С всяка среща ме въвеждаше все по-дълбоко и по-дълбоко в дебрите на мозъка и в дълбините на душата. Слушах го в захлас. Броят на празните чаши пред мен растеше, неговата оставаше една. Разделях се – аз леко нестабилен, той все така свит и притеснен, с уговорката да се срещнем пак някой ден. При последната ни среща каза, че след промените от 1999 г. програмата по изучаване на мозъка била прекратена и се прехвърлил в Клиниката по психиатрия на Медицинския университет като асистент. Вече работех в София, но не намирах време да му се обадя. Знаех, че той нямаше да го направи – просто беше такъв човек, готов да посрещне когото и да е, да го изслуша и да му помогне, но не и да го потърси по каквото и да е повод.

Един ден срещнах наша състудентка от групата. Бе началото на пролетта, все още бяхме млади и ни беше весело. Разприказвахме се, спомнихме си спортните лагери в Паничище, Равда, бягствата от лекции, за да отидем на ки-

но, изпитите, на които аз и Цъфи подказвахме като отличниците и „натегачите“ на групата, както ни определяха тези, които, въпреки квалификацията, се ползваха без угризения и колебания от услугите ни в критичните изпитни ситуации. Лицето ѝ помръкна, побледня, изглеждаше разстроена.

- Не знаеш ли? – попита тя.
- Какво? – попитах аз.
- Цъфи почина?
Сепнах се, не можех да повярвам.
- Как? – попитах аз с пресъхнала уста.
Било преди няколко месеца през зимата – разказа тя, – някъде към седем и половина-осем вечерта, било тъмно и студено, валял сняг, Цъфи се връщал след дневно дежурство въкъщи. Минавал покрай Двадесет и втора гимназия, за да завие по Витоша. В градинката зад ъгъла го ударил с нещо тежко по главата и му взели портфейла. Той останал да лежи в локва кръв в снега. Намерили го сутринта вкоченен, изстинал. Успели да го спасят, но бил с необратими мозъчни увреди – парализиран, непознаваш другите, неконтролиращ себе си. След няколко месеца умрял от залежаване.

Слушах вцепенен, не можех да повярвам: Цъфи – най-кроткото и добро момче в групата, чисто като цвете и невинно като врабче, да го пребият и да умре от студ и парализа на улицата. И то за два-три лева! Колко пари можеше да има в портфейла на един лекар по онова време на кризи и раздори? Не повече от три – колкото за една закуска и едно кафе. Той, който бе готов да помогне и на врага си, който разплиташе тайните на мозъка и се прекланяше пред силата на волята и на душата, бе пребит на улицата като куче...



Проф. Георги Байчев: Няма по-голям грях от греха срещу надеждата

Някои хора трудно откриват своето хоби, но проф. Георги Байчев има няколко. Казва, че благодарение на тях успява да се зареди с положителна енергия, за да може да върши успешно работата си. А тя е сериозна – професорът е хирург и онколог в Клиника “Гръдна хирургия” на ВМА и всеки ден се бори за живота на своите пациенти.

Професионалните му интереси са насочени към: доброкачествените заболявания и рака на млечната жлеза, пластично-реконструктивната хирургия на гърдата, лимфогенното метастазиране, раните и раневото зарастване, менопаузата и онкохирургията. Доц. Байчев е номиниран за „Водещ Световен учен по Онкология за 2005“ от Международния биографски център в Кембридж и е носител на Почетен знак „Български Лекар“ – втора степен през 2005 г. Автор е на множество научни публика-

ции във водещи медицински издания.

Най-мощното му хоби е фотографията, но то е свързано и с другите две – пътешествията и колекционирането на камъчета. В разговор с журналистката Надежда Ненова професорът казва: „Обичам да пътувам и винаги, когато имам възможност, гледам да си подаря няколко дена сред природата, а в България има невероятни места. Част от нас винаги остава там. Взимам си от това място за спомен камъче, което усетя и така се оказва, че имам колекция от повече от 80 камъчета от уникални места. Във филма „Тайната“ имаше разказ на едно дете, което сподели, че има място, на което ходи, за да се зарежда. И тъй като не може да е постоянно там, си взима камъче, което е винаги в джоба му. И където и да се намира, ако възникне някакъв проблем, си бърка в джоба, държи си камъчето и се пренася на мястото. То

каза – „това е моето камъче на благодарността“. В Испания, в Андалусия има цяла планина на благодарността. Аз притежавам камъче и оттам. За мен контактът с природата и с цветята е нещо велико.“

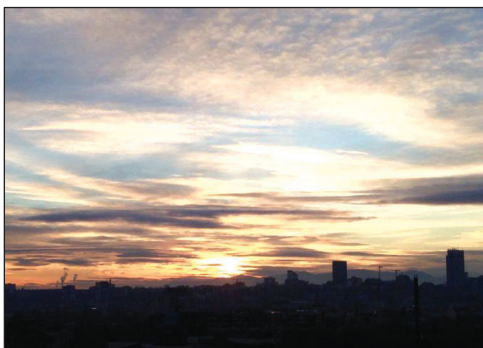
Първите снимки, обяснимо, хирургът е направил в операционната, във връзка с подготовката на публикациите и научните си трудове, а също и при честите си пътувания за конгреси и конференции. Постепенно кръгът се разширява и обхваща всяко нещо, което е направило силно впечатление на лекаря.

Друг източник на вдъхновение за него е поезията. Проф. Байчев подчертава: „Поезията, която познавам и чета, да не казвам голяма дума, но тя ме спасява, защото ежедневието често е много тежко и тъжно. Имам честта да познавам едни от най-добрите български поети, а с мои фотографии са илюстрирани око-

ло 10-12 стихосбирки – на Жоро Трифонов, Николай Заяков, Ана Боянова, Весела Димова. Привилегия е, че благодарение на работата си се срещнах с тези хора“. Затова философски и поетични са думите, с които хирургът озаглавява снимките си – поредните „камъчета на благодарността“.

А иначе, в работата си е убеден, че няма по-голям грях от греха срещу надеждата. Особено за тежкоболните с рак. „На един пациент никога не трябва да му се взима надеждата, защото има някои неща, които са много над нас и ние не можем да ги ръководим. Вярата, надеждата и любовта на близките са най-големите помощници в онкологията“, категоричен е лекарят, отдал живота си на човеколюбието и на красотата. Във всичките ѝ форми.

Представяме творби на проф. Байчев, свързани с поезията и сами раждащи поезия.



Небе е душата

„Ако болката ни извисява - може би небето го боли повече от всички нас. Тогава?“

Кирил Кадийски



Разпятие...

Моите и твоите белези се пресичат някъде в пространството между два различни свята... И докато устните ти мълвят „Обичам те...“, над душата ми ляга сянката на разпятие...

Весела Димова



Прибързали цветове



Това е само гара



Свободата, Санчо!



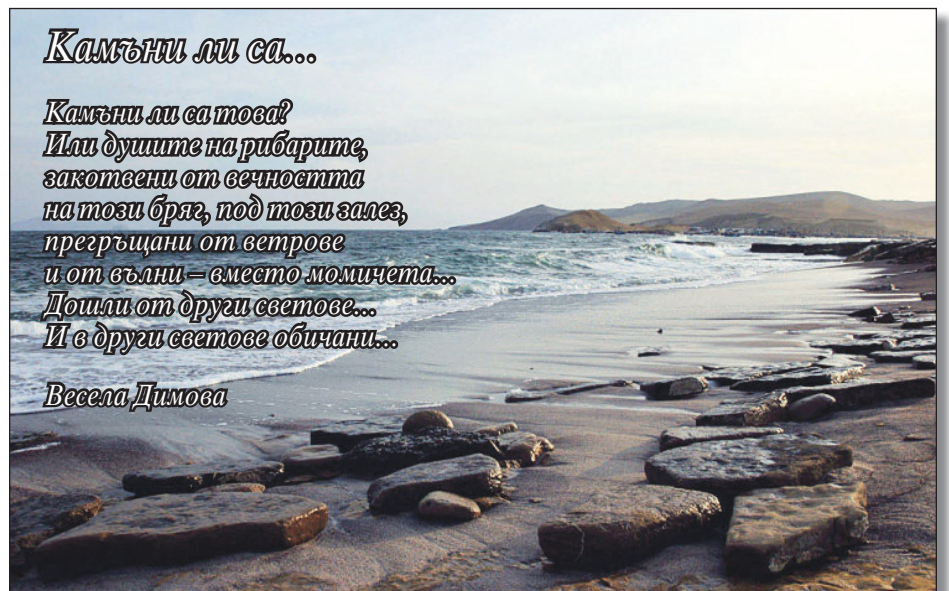
Понякога човек се ражда...



Майките



Белезите



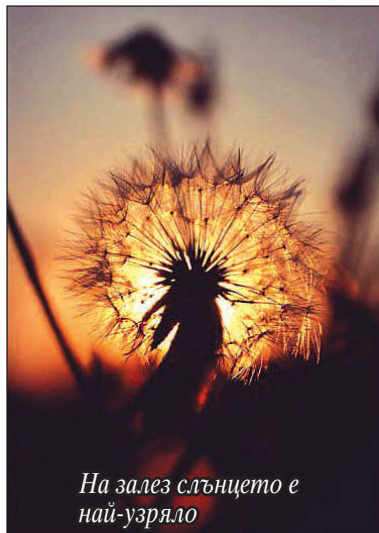
Камъни ли са...

Камъни ли са това? Или душиите на рибарите, закотвени от сечността на този бряг, под този галез, прегръщани от ветрове и от вълни – вместо момичета... Дошли от други светове... И в други светове обичани...

Весела Димова



Молитва за Винсент



На залез слънцето е най-узряло



Има ли кой да ви обича?