

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

ЛЕКАРСТВА ПО ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЯ

КАК COVID-19 ПРОМЕНИ ФАРМАЦЕВТИЧНАТА ИНДУСТРИЯ

Особените времена, в които живеем, дадоха своето отражение на всеки един отрасъл по света. „Новото нормално“ донесе със себе си инфлацията, социалната дистанция и работата от вкъщи. Как пандемията обаче промени фармацевтичния бизнес? На фона на глобална несигурност и страх от непознатото, компаниите трябваше да отговорят на

търсенето на ваксини и лекарства срещу болестта, създавайки нови методи на клинични изпитвания. Две години по-късно на пазара вече имаме и от двете. Какво обаче се случва с разработването на терапии в други ключови направления и какво предстои в бъдеще на фармацевтичния пазар – отговорите търсим с експерти в „На фокус“.

На стр. 6, 7

ПРОФ. НИКОЛАЙ ЖЕЛЕВ:



КОГАТО „ЧИСТАТА“ НАУКА НАВЛЕЗЕ В ПРАКТИКАТА

На стр. 8

- **Неправителственият сектор:** Нужно е спешно ускоряване на дигитализационния процес в здравния сектор
- Становище относно проект на ЗБНЗОК за 2022 г. и цени на медицинските дейности по НРД за 2022 г.
- Предложения и мотиви на БЛС за анекс към НРД за медицинските дейности 2020-2022
- Излезе списъкът със стипендиантите за 2021/2022 година

На стр. 2-3 и 10

DIAMATIX
CYBER PROTECT

Acronis

Покана за безплатен Уебинар на тема

„Киберсигурност в Сектор Здравеопазване - Предизвикателства & Решения“

Дата: Старт 14:00 - 15:00 10 Март 2022



Сезен Анефи
CEO
DIAMATIX



Слав Умленов
Account Manager
Acronis



Иван Драгоев
IT Security Engineer
DIAMATIX



Теми

1. Кратка информация за Diamatix – Сезен Анефи - Diamatix
2. Кибер заплахи от ново поколение и как да се защитите от тях? - Слав Умленов Acronis
3. Как Diamatix решава проблемите с киберсигурността? - Иван Драгоев - Diamatix
4. Q&A

ЛИНК КЪМ СЪБИТИЕТО:

<https://diamatix.com/bg/cybersecurity-webinar/>

ЗА КОНТРОЛ НА ГРИПНИТЕ СЪСТОЯНИЯ

Осцилококцидум!

ПРОФИЛАКТИЧНО
1 гоза седмично

ПРИ КОНТАКТ С БОЛНИ
1 гоза на всеки от контактите

ИЗЯВЕНА КЛИНИЧНА КАРТИНА
По 1 гоза сутрин и вечер

ПРИ ПЪРВИТЕ СИМПТОМИ
1 гоза възможно най-рано, повтаря се 2-3 пъти през 6 часа

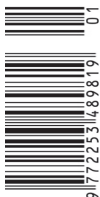
2 ОПАКОВКИ = 3 МЕСЕЦА ПРОФИЛАКТИКА!



BOIRON

Хомеопатичен лекарствен продукт без лекарско предписане. КХП 24118/06.11.2013
За пълна информация:
Бул. Шипченски проход 9, ет. 5, офис 11, 1111 София
email: boiron.bulgaria@boiron.bg

ISSN 2534-8981



СКАНИРАЙ МЕ



ГОРЕЩИ ТЕЛЕФОННИ ЛИНИИ НА БЛС: ЗА COVID - 02 907 07 08 | СИГНАЛИ ЗА АГРЕСИЯ - 02 907 07 07

НЕПРАВИТЕЛСТВЕНИЯТ СЕКТОР: НУЖНО Е СПЕШНО УСКОРЯВАНЕ НА

ДИГИТАЛИЗАЦИОННИЯ ПРОЦЕС В ЗДРАВНИЯ СЕКТОР

16 февруари 2022 г.

ДО:
ДОЦ. Д-Р АНТОН ТОНЕВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА
ПАРЛАМЕНТАРНА КОМИСИЯ ПО
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ КЪМ 47. НС

ВСИЧКИ ЧЛЕНОВЕ НА
ПАРЛАМЕНТАРНА КОМИСИЯ ПО
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ КЪМ 47. НС

Г-Н АСЕН ВАСИЛЕВ - МИНИСТЪР
НА ФИНАНСИТЕ

ПРОФ. АСЕНА СЕРБЕЗОВА -
МИНИСТЪР НА
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Г-Н БОЖИДАР БОЖАНОВ -
МИНИСТЪР НА ЕЛЕКТРОННОТО
УПРАВЛЕНИЕ

ОТНОСНО: Отворено писмо от неправителствения сектор във връзка със спешно вземане на решения за ускоряване на дигитализационния процес в здравния сектор и създаване на работеща информационна система с интегрирани болнични системи, системите в доболничната помощ и централизирани данни

УВАЖАЕМИ ДОЦ. ТОНЕВ,
УВАЖАЕМИ Г-Н ВАСИЛЕВ,
УВАЖАЕМА ПРОФ. СЕРБЕЗОВА,
УВАЖАЕМИ Г-Н БОЖАНОВ,

През изминалите 2 години българското здравеопазване се сблъска с безпрецедентно предизвикателство. Пандемията COVID-19 по категоричен начин демонстрира, че здравната система е основен елемент на националната сигурност и липсата на ефективно управление и инвестиции в тази сфера носи тежки загуби за гражданите и икономиката на страната. В този период на здравна криза особено ясно изпъкна ниското ниво на дигитализация на здравния сектор и липсата на работеща единна здравноинформационна система, която да осигури достоверни епидемиологични данни, даващи възможност за ефективно лечение на пациентите на база активно управление на ресурсите в здравеопазването чрез използване на надеждни здравни данни за създаване на контролирана и предвидима среда и вземането на информирани решения.

Липсата на стандарти и интегрирани модели на здравните данни води след себе си редица неблагоприятни последици както за сектора и неговото функциониране, така и най-вече за ефективното лечение на пациентите и превенцията на заболяванията. Така например се натрупаха редица примери за разминаване в данните, с които работят здравните институции. На 7 февруари 2022 г. „Индекс на болниците“ публикува данни за броя на пациентите, които през 2021 г. са били лекувани от COVID-19 във всяко едно лечебно заведение (ЛЗ) в страната, както и за процента на смъртните случаи сред тях,

настъпили вследствие на тази диагноза. Информацията бе обработена на база данните, които се попълват от ЛЗ в съответната информационна система на Министерство на здравеопазването (МЗ) и бе предоставена по официален път. На 9 февруари болница УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов” оспори част от данните. Според официалната статистика броят на пациентите, които са постъпили с COVID-19 в УМБАЛСМ “Н.И. Пирогов” през миналата година, са били 4349, като 32.9% от тях са починали от инфекцията. От лечебното заведение обаче изпратиха официално съобщение, в което се посочват други цифри. Според информацията на УМБАЛСМ “Н. И. Пирогов” през 2021 г. в болницата са хоспитализирани 4862 пациенти с коронавирусна инфекция. Като процент на смъртността за различните периоди на годината се посочват цифрите – 17.9% и 24.09%.

Липсата на автоматизиран процес на лечение на хронично болните пациенти, както и възможността за ползване на телемедицина, мобилни манипулационни на лаборатории и доставка на лекарствени продукти по домовете за отдалечените райони и такива без обществен транспорт (междуградските линии за последните 2 години са намалели с близо 30%), принуди НЗОК да удължава протоколите за лечение, за да се избегнат излишните административни бариери, които нямат отношение към лечението и водят до струпвания на пациенти пред кабинетите и в РЗОК. Намалването на посещенията при лекар влоши контрола на заболяванията и увеличи броя недиагностицирани или недобре лекувани пациенти, защото за 2 години държавата така и не успя да въведе ясна методология за реимбурсиране на телемедицината в страната, позволяваща дистанционни консултации и навременна дистанционна медицинска грижа. Също така, процесът на лечение, диагностика и профилактика на заболяванията се затруднява крайно, поради липсата на достъп до електронен запис на пациента, указващ преминалите медицински прегледи, издадените и изпълнени рецепти /електронни предписания относно приема на лекарствата и системата остава да разчита на евентуално налични хартиени документи и/или устни описания от пациента. Както сами разбирате, нито един от гореописаните процеси за предоставяне на медицинска грижа не може да бъде снетен за достоверен, предвид липсата на реални и сигурни данни за него.

Това не изчерпва всички въпроси, но безспорно поставя на дневен ред един основен проблем, а именно - защо в държавата все още нямаме дигитализация на здравеопазването и работеща единна здравноинформационна система, която да централизира данните в сектора и да позволява разработването на различни сечения и анализ върху тях, с цел предвидима, контролирана и ефективна здравна среда за пациентите, медицинските специалисти и отговорните за сектора институции.



Доц. Тонев,
Г-н Василев,
Проф. Сербезова,
Г-н Божанов,

Даваме си сметка, че това е наследен проблем, за който говорим от 15 години. Създаваме и че сте напълно наясно за негативните последици, до които води подобна липса, а именно:

- ▶ липса на стандартизирани медицински данни и интеграционни модели за реална здравна информация и създаване на предвидима и контролирана здравна среда;
- ▶ поставя под въпрос надеждността на официалната здравна информация и медицинските данни;
- ▶ уронва доверието на обществото в институциите и в медицинските специалисти;
- ▶ невъзможност за вземане на информирани управленски и медицински решения, касаещи контрола на заболяванията в страната и ефективното лечение на пациентите;
- ▶ лишава системата от възможност за контрол в реално време;
- ▶ възпрепятства въвеждането на нови модели за финансиране в здравеопазването, които да са обвързани с резултата от дейността и качеството на работа, а не с отчетността;
- ▶ възпрепятства въвеждането на системи за бенчмаркинг, които да доведат до подобряване на качеството на работа в здравеопазването;
- ▶ възпрепятства качеството и ефективността на лечебния процес, предвид факта, че медицинските специалисти не разполагат с реалната здравна информация, която да им позволява да вземат информирани решения;
- ▶ поставя под въпрос достоверността на предоставената здравна информация от България на международно ниво.

Това са само част от негативните последици, до които води липсата на работеща дигитална здравна система в страната. В тази връзка, бихме искали да призовем за незабавни действия от страна на отговорните власти. Вярваме, че основната роля на държавата е да създаде дългосрочна и интегрирана визия

за развитие на дигитализационния процес в здравния сектор. Тя следва да включва национална здравна инфраструктура и архитектура, където да бъдат заложени стандартите за медицински данни и обмена на здравна информация като основен инструмент за ефективно решаване на медицински предизвикателства.

Всячки организации приветстват действията, които МЗ е предприело за изясняване на официалната

информация от Covid-19 и ви уверяваме, че в лицето на долуподписаните сдружения ще получите пълна подкрепа за реализирането на работеща и пълноценна дигитална здравна система. Тя следва да интегрира автоматизирани модели на отчетност и управление, въвеждането на електронен обмен на данни и документи, въвеждането на електронни протоколи, интегрирането на електронната рецепта и направление в електронен здравен запис, създаването на публични регистри с анонимизирана информация на пациенти в доболничната и болнична помощ както и рамката за стандарти и архитектура на здравните данни. По този начин ще имаме възможността да осигурим предвидима, прозрачна и устойчива среда в здравната система. Считаме, че само по този път – на прозрачност, контрол, ефективност и реални, стандартизирани данни и с ефективна колаборация между заинтересованите страни, можем да променим и подобрим българското здравеопазване и да поставим пациента в центъра на здравната система.

Вярваме, че организацията на ефективна комуникация със заинтересованите страни ще бъде предприета възможно най-скоро, за да можем пълноценно да подкрепим държавата в предприетите от нея усилия в нещото начинание. Готови сме да обсъдим няколко предложения, които в краткосрочен план биха могли да ускорят процеса на дигитализация и изсветляване на информацията.

С уважение:

„Индекс на болниците“

Български лекарски съюз

Български фармацевтичен съюз

Българска генерична фармацевтична асоциация (БГФарма)

Асоциацията на научноизследователските фармацевтични производители в България (ARPharM)

Национална пациентска организация

Български клъстер за дигитални решения и иновации в здравеопазването

МА СТАРТИРА ОНЛАЙН РЕГИСТРАЦИЯ НА ДОБРОВОЛЦИ ЗА БОРБА С К-19

От 7 февруари МЗ пуна в експлоатация онлайн базирана система за регистрация на доброволци, които да подпомогнат лечебните заведения в борбата с COVID-19. Причините здравното ведомство, съвместно с „Информационно Обслужване“ АД, да изградят тази система са многобройните запитвания от граждани относно възможностите да подкрепят медицинските специалисти в усилията им за справяне с пандемията и нуждата от допълнителен персонал на първа линия срещу COVID-19, която изпитват болниците.

Всички граждани, които желаят да се

включат в помощ на лечебните заведения, могат да заявят своето намерение да бъдат доброволци на <https://www.his.bg/> или на единния информационен портал <https://cogonavirus.bg/>. Кандидатите за доброволци трябва да попълнят личните си данни и да посочат контакт за обратна връзка, като могат да опишат придобити умения и опит, ако имат такива в сферата на здравеопазването. Доброволците имат възможност сами да изберат лечебното заведение, в което биха искали да се включат на първа линия в борбата с COVID-19. Ако няма предварително посочена болница, ангажирана с лечението

на пациенти с коронавирусна инфекция, РЗИ ще насочват доброволците към лечебните заведения, които изпитват най-остра

нужда от персонал. Всички заявления ще се обработват изцяло по електронен път.

Източник: МЗ



СТАНОВИЩЕ ОТНОСНО ПРОЕКТ НА ЗБНЗОК ЗА 2022 Г. И ЦЕНИ НА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ ПО НРД ЗА 2022 Г.

1 февруари 2022 г.



ДО
ПРОФ. АСЕНА СЕРБЕЗОВА
МИНИСТЪР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДО
ДОЦ. Д-Р АНТОН ТОНЕВ, Д.М.
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА КОМИСИЯТА ПО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

ДО
ПРОФ. ПЕТКО САЛЧЕВ
УПРАВИТЕЛ НА НЗОК

ОТНОСНО: Проект ЗБНЗОК за 2022 г. и цени на медицинските дейности по НРД за 2022

УВАЖАЕМА ПРОФ. СЕРБЕЗОВА,
УВАЖАЕМИ ДОЦ. ТОНЕВ,
УВАЖАЕМИ ПРОФ. САЛЧЕВ,

Във връзка със законопроекта за Закон за бюджета на НЗОК за 2022г. изразяваме своето положително становище по предложените параметри за здравноосигурителни плащания за медицински дейности със следните мотиви:

1. Предложеното в законопроекта чувствително увеличение на параметрите на разходите за здравноосигурителни плащания за медицински дейности в извънболнична помощ (ПИМП, СИМП и МДД) в сравнение с 2021 г., отговаря напълно на вижданията на БЛС за необходимостта от повишаване на средствата за финансиране на извънболничната медицинска помощ.

2. Увеличаването на средствата по бюджетните редове за извънболнична помощ е стъпка в подкрепа на необходимата политика за повишаване ефективността на публичните здравни разходи, част от която са: гарантиране запазването и развитието на кадровия потенциал на структурите за извънболнична помощ; осигуряване нуждите на населението от медицински грижи, които с адекватно финансиране биха могли да се покрият в голяма част от случаите от структурите за извънболнична помощ; подкрепа на политиката за осигуряване на профилактика, превенция и ранно откриване на социалнозначими заболявания.

За постигане на горепосочените цели с предвидените средства в проекта за ЗБНЗОК за 2022 г. за ПИМП, СИМП и МДД в ЗБНЗОК за 2022 г., Български лекарски съюз предлага:

1. За Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП)

Български лекарски съюз предлага увеличение на цените за дейности – профилактични прегледи (вкл. по програми детско и майчино здравеопазване) и за диспансерно наблюдение на хронично болни пациенти и др. Предлага и не по-малко необходимото повишаване на цените за капитационни плащания, тъй като по този начин се финансират всички прегледи по повод остри заболявания на пациентите и други услуги, включени в пакета дейности на общопрактикуващите лекари.

2. За Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП)

Български лекарски съюз предлага значително да се увеличат цените за специализираните дейности, включващи първични и вторични прегледи, медицинска експертиза, профилактични прегледи, диспансерно наблюдение на хронично болни пациенти, прегледи по майчино и детско здравеопазване. Обемите, които предлагаме да залегнат в НРД, са в рамките на средното изпълнение за последните 2 години.

3. За Медико-диагностична дейност (МДД)

Български лекарски съюз предлага в НРД за медицински дейности да се увеличи чувствително обемите (броя изследвания) за таргетна група МДД, свързани с профилактика /превенция и ранна диагностика на социалнозначими заболявания като диабет, сърдечно-съдови, онкологични, ендокринологични, възпалителни, инфекциозно-възпалителни заболявания, хематологични, метаболитни и др., а също и повишаване на обемите на останалите медико-диагностични дейности. За МДД следва да се има предвид, че през 2022 г. в пакета медико-диагностични дейности по Наредба № 9 се очаква въвеждане на нови изследвания, гарантирани от бюджета на НЗОК, като засега това са: Протеин на човешкия епидим 4 (HE4); D-димер и др. Предлагаме да се договори евентуално намаляване на цената за Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19 (PCR).

Увеличението на бюджета на НЗОК за медико-диагностични дейности ще покрие нуждите на пациентите и ще им даде възможност да се възползват от по-голям брой изследвания, ще допринесе за навременната диагностика, като едновременно с това ще намали случаите, при които поради липса на ресурс за осъществяване на изследвания в извънболничната помощ пациентите се насочват за диагностика в болнични условия.

4. За Болнична медицинска помощ

Смятаме, че в бъдеще е необходима съществена промяна на финансирането на болничната медицинска помощ чрез въвеждане на по-високи цени и прилагане на комплекс от мерки за ежегодно намаляване на броя на предвижданията в хоспитализации, съобразено с доклада на Световната банка още от 2105 година, както и с докладите на ЕК от 2019 и 2021 година.

За НРД 2022 г. предлагаме:
- Съществено увеличение на

цените на процедурите за интензивно лечение с цел укрепване на кадровия и инфраструктурен потенциал на отделенията за интензивно лечение на територията на страната.

- Значително увеличаване на цените на амбулаторните процедури, по които се извършват оперативни, диагностични и терапевтични процедури без болничен престой. С определянето на адекватни цени за еднодневните процедури се цели здравословни проблеми на пациентите да се решават бързо, без пролежаване в болница и в рамките на един ден те да бъдат обслужени и да се върнат към нормалния си ритъм на живот.

- По отношение на останалите медицински дейности, извършвани в болнична помощ, сме приложили метод за определяне на „справедлива цена“ за КП – с коефициент, изчислен на база Британската система на определяне на цена на клиничните пътеки. Български лекарски съюз възприе този метод като база за постепено премахване на диспропорциите в цените на отделните клинични пътеки, натрупани с времето.

Поради огромния ресурс, необходим за постигане на горепосочените цели, предложеното повишение на цените на КП е изчислено като процент от необходимото увеличение за достигане на тази справедлива цена.

На база на това предлагаме диференцирано увеличение на цените на КП, съобразено с предложения ресурс по ЗБНЗОК за 2022 г. и реално очаквания обем дейности по КП. Предложеното средно увеличение на цените е минималното необходимо за съхраняване на болничната система. Трябва да се има предвид, че на ЛЗ за болнична помощ Надзорният съвет на НЗОК разпределя стойности за отчитаните към НЗОК дейности (бюджети), което е инструмент за регулация на разходите на НЗОК за БМП. Извън регулация са само дейности за раждане, грижи за здрави новородени и хемодиализа.

Подчертаваме, че предложените от нас цени са съобразени с параметрите, заложили в Проекта за ЗБНЗОК за 2022 г. и поставят началото на политика за преодоляване на кадровото обезкървяване на здравната ни система.

С УВАЖЕНИЕ,
Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС



Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ: НАДЯВАМ СЕ ДА ОСТАНЕТЕ В БЪЛГАРИЯ И ДА ДАДЕТЕ СВОИТЕ ЗНАНИЯ ТУК

9 февруари 2022 г.

Вярвам, че това, което сте научили, ще Ви помогне да бъдете прекрасни лекари, където и да работите, искрено се надявам обаче да останете в България и да дадете своите знания в нашата държава. С тези думи председателят на Български лекарски съюз д-р Иван Маджаров се обърна към абсолюентите от випуск 2021 г. на Медицински факултет към Медицинския университет - София по време на церемонията по връчване на дипломите им.

„Където и да работите – дали в България, или по света, неминуемо ще се сблъсквате с факта, че независимо от главоломното развитие на медицината и науката, и при тях съществуват ограничения, а лечението при определени случаи невинаги е възможно. Затова помнете: Ние свещенодействаме в областта на медицината, но не сме богове. Ще

има много случаи, в които ще се сблъскате с неуспех“, предупреди абсолюентите д-р Маджаров.

Председателят на Български лекарски съюз не пропусна да окуражи младите лекари, заявявайки, че вярва в познанията им и е убеден, че те ще знаят кое е подходящото и правилното лечение за техните пациенти. И подчерта, че е особено важно младите лекари да бъдат състрадателни, хуманни, да преживяват страданията на своите пациенти.

Д-р Иван Маджаров даде и съвет на абсолюентите: „Учете непрекъснато, усъвършенствайте се, помнете, че човекът, който се е обърнал към Вас, го е направил, защото има проблем и има нужда от Вас, не позволявайте безразличието да завладее живота Ви и със сигурност ще бъдете успешни лекари, със сигурност обществото ще Ви се отплати за усилията, които си положили.“

БЛС ОПРЕДЕЛИ СТИПЕНДИАНТИТЕ ЗА 2021/2022 ГОДИНА

За поредна година студенти по медицина от цялата страна влязоха в надпревара за стипендии в конкурса на БЛС за финансово стимулиране на млади лекари.

Класирани са 34 бъдещи лекари от 5. и 6. курс, специалност Медицина. Те ще получават по 150 лв. ежесмесна финансова подкрепа за период от 9 месеца.

СПИСЪК НА КЛАСИРАНИТЕ СТУДЕНТИ:

1. Айлин Гюнай Фейзуллова
2. Александър Иванов Кърцков
3. Благомир Иванов Бояновски
4. Велислав Кирилов Павлов
5. Вероника Миленова Горанова
6. Виктор Павлинов Георгиев
7. Виктория Павлова Илиева
8. Геннад Атанасов Костадинов
9. Георги Василев Василев
10. Данаил Атанасов Костадинов
11. Десислава Станимирова Накова
12. Диана Мохамед Махмуд
13. Дилиана Йорданова Петкова
14. Зорница Дамянова Дамянова
15. Ивелина Диянова Делчева
16. Ивеста Иванова Кирова

17. Ивет Емилова Манчева
18. Йоана Георгиева Иванова
19. Калина Руменова Тончева
20. Константин Станислав Момчилов
21. Лора Стефанова Иванова
22. Лъчезар Цветомиров Личев
23. Мария Георгиева Ашикова
24. Мишел Светозаров Байчев
25. Нериман Елверова Топчиева
26. Никол Михайлова Станчева
27. Николай Николаев Ангелов
28. Ралица Драгомирова Димитрова
29. Ралица Евгениева Николова
30. София Недялкова Недялкова
31. Страхил Каменов Василев
32. Цветан Стефчев Тончев
33. Цветомила Димитрова Кичукова
34. Юлита Борисова Попова

С всички стипендианти ще бъде сключен договор, който ще регламентира реда за получаване на стипендиите и ще получат подробна информация на предоставените от тях имейли.

Целогодишно продължава и приемът на документи за финансиране на участие в национални и международни научни форуми на специализанти, докторанти и млади лекари до 35 години.

ОТ 24 ФЕВРУАРИ ЗАПОЧНА ПОСТАПНО ОБЛЕКЧАВАНЕ НА ПРОТИВОЕПИДЕМИЧНИТЕ МЕРКИ В СТРАНАТА

Считано от четвъртък, 24 февруари, по преценка на собствениците, управителите/организаторите на обекти/мероприятия може в обекта/на събитие да се допускат посетители без изискване да предоставят „зелен сертификат“. Изискването за „зелен сертификат“ остава задължително за персонала на всички обекти с обществено значение.

От същата дата се допуска посещенията на до 12 деца в група при провеждане на присъствени групови занятия за деца в езикови, образователни центрове, центрове за подкрепа на личностно развитие и други обучителни центрове и школи при носене на защитни маски за лице, хигиена на ръцете, редовно проветряване на всеки час и дезинфекция.

В доклада на главния държавен здравен инспектор е предложен тристъпков подход за облекчаване на противоепидемичните мерки, според който от 20 март да отпадне изискването за „зелен сертификат“ в цялата страна при благоприятна тенденция в развитието на епидемичната обстановка.

С пълния текст на заповедта можете да се запознаете на сайта на МЗ.

КРАСИВ УМ

МЕДИЦИНАТА КАТО ПРИЗВАНИЕ ЗА „ЗЛАТНИЯ ХИПОКРАТ“ Д-Р ЦВЕТАН ТОНЧЕВ

Той е млад, амбициозен, с виждания надскочили крехките му години. Д-р Цветан Тончев е носител на наградата Златен Хипократ на випуск 2021 г. на Медицински университет – София. Родом е от Шумен, израснал е във Варна, а студентството си прекарал в София. В момента е доброволец в Клиника по обща и онкологична гинекология към ВМА – София, а добрата новина е, че иска да продължи да помага на българските пациенти като остане да се развива у нас.

- Защо решихте да се занимавате с медицина? Каква мотивация стои зад Вашето решение?

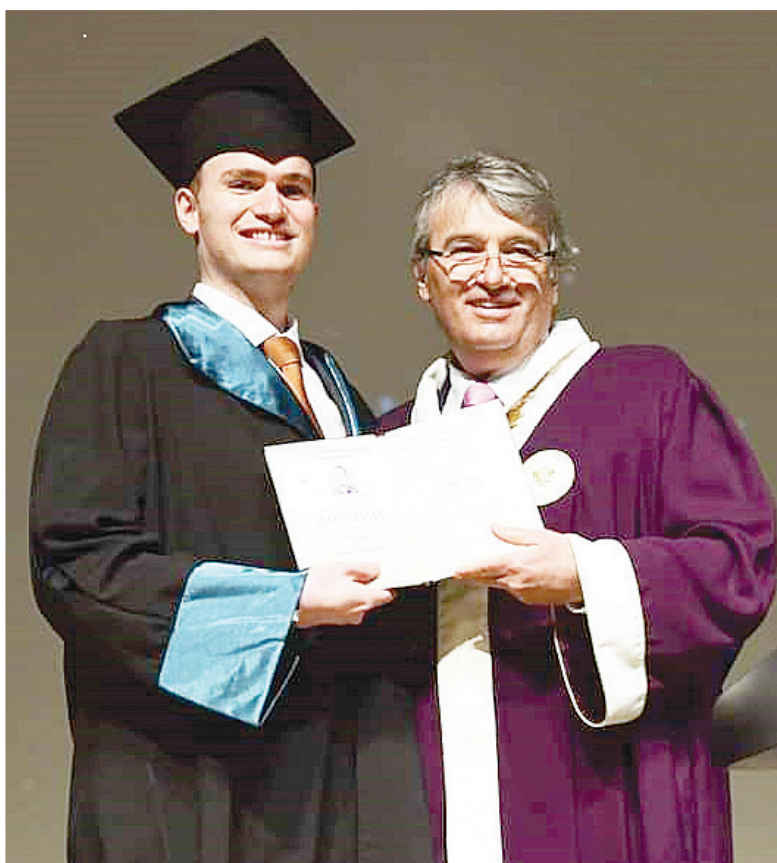
Решението ми да следвам медицина е един продължителен и осъзнат избор, който не мога да конкретизирам като определен момент. В моето семейство няма други лекари. Още от първите ми срещи с лекарите като техен пациент се възхищавам на техните възможности и познания, на тяхното желание да помагат на хората. В предгимназиалния си период вече усещах, че това е нещото, с което желая да се занимавам. Поинтересувах се повече за лекарската професия, поговорих доста с лекарите, които познавах и така се убедих, че медицината е моето призвание.

- С какво Ви привлече тази специалност?

Избрах да бъда лекар по безброй причини, две от които винаги изплуват на първо място в съзнанието ми. Първо – желанието да помагам на хората и да виждам усмивките на лицата им – изпитвал съм вече доста пъти това чувство като студент, стажант, докато работех по време на следването си и си пожелавам да го изпитвам още безброй пъти като лекар. Другата причина е науката – още от малък имам по-задълбочен интерес в изучаването на различни науки – първоначално математика, след това чужди езици, а впоследствие химия и биология, като за тази цел почти винаги съм посещавал извънкласни занимания – винаги желаех да надградя основата, преподавана в училище. Медицината е необятна наука, в която човек всеки ден може да научава нещо ново, и още по-възбуждащото, да участва в открития и да пише наука. Като лекар съм сигурен, че няма как жаждата ми за познания и наука да бъде утолена – живеем във времена на безпрецедентен научен и технологичен подем, всеки ден откриваме нещо ново.

- Трудно ли се става Златен Хипократ по медицина? Какво Ви костваше това?

Званието Златен Хипократ приемам като награда и признание за всички усилия, положени през годините. В медицината всички науки са изключително свързани помежду си – за да бъдеш добър лекар е необходимо да имаш широки познания, понякога простиращи се далеч извън твоите интереси.



Тази награда символизира постоянството и уважението, с което съм подходил към всяка една дисциплина в стремежа си да развия широкопектърна медицинска култура – вярвам, че тя ще бъде полезна както на моите бъдещи пациенти, така и на мен самия. Зад тази награда стоят доста часове над учебниците, много прекарани дни в най-различни болници, било то като студент, доброволец или на работа, но с ръка на сърцето мога да кажа, че си заслужавах.

- А струват ли си към днешна дата безбройните безсънни нощи прекарани в учене? Мислите ли, че това ще се окаже предимство, когато търсите работа?

Да, всяко едно усилие си струва. Винаги съм бил максималист – мой приоритет е да постигна целите си, дори и понякога с повече от необходимите усилия. Щом целта е постигната, никога не съжалявам за положения труд. Надявам се, разбира се, наградата ми да се окаже предимство при търсенето на работа – от една страна това би означавало признание за моя труд и постоянство, а от друга – уважение към Университета ни и медицинската наука.

- Какви са основните предизвикателства, които стоят пред младите лекари у нас. Може ли да откриете такива?

Основните предизвикателства произлизат от големите промени, които се случват с нас при завършването ни. На раменете ни се поставя голяма отговорност, която до момента не сме носили. За да я понесем, ние трябва да сме както психически подготвени, така и самоуверени – това изисква вяра в натрупаните знания и умения през годините. Именно поради това много от нас, включително и аз, участвахме активно в лечебния

процес още като студенти. Така сме по-близо до реалността, която започва след получаването на заветната диплома.

- Завършвате медицина в особени времена. Промени ли пандемията вижданията Ви за вашето бъдеще като медик?

Не откривам сериозни разлики в своите виждания – още преди началото на обучението си съм наясно, че медицината е по-различна от останалите професии – тя е призвание. Лекарите се посвещават на каузата да опазват човешкото здраве и живот, което без съмнение означава те първи да се мобилизират при кризи като тази и да дават всичко от себе си. Бих пожелал на себе си и всички колеги, не само лекари, а всички, които под някаква форма участват в здравеопазването – медицински сестри, санитарни, фармацевти, специалисти по здравни грижи, да получават признание за своя труд и жертвите, които правят. Смятам, че нашата професия все още не е достатъчно оценена от обществото ни, но все пак наблюдаваме положителна тенденция в тази посока. Дано спрем да се фокусираме само в негативните примери, които винаги ще присъстват под една или друга форма, а да даваме трибуна и на добрите неща в медицината – със сигурност те са много повече.

- По какъв начин пандемията се отрази на Вашето обучение?

Пандемията и неизвестното, пред която ни постави, бяха причината да пропуснем доста упражнения по различни дисциплини. За мое лично щастие, и за това на колегите от моя випуск, ние бяхме преполовили 5-и курс в своето обучение и имахме положена основа, която да ни позволи да се подготвяме самостоятелно по съответните предмети (разбира се, доколкото

това е възможно). Бяхме в такъв етап, в който почти всеки се беше включвал в болничната система като санитар или болногледач и вземането на решение за участие в борбата срещу Ковид – 19 беше една идея по-лесно, сравнявайки ни с колегите от випуските след нас. Дори и отделението, в което съм доброволец в момента (Клиника по обща и онкологична гинекология към ВМА – София), е в постоянна готовност за трансформация в отделение за борба с Ковид – 19, така че пандемията далеч не е отминала.

- Насочили ли сте се вече към конкретна област на медицината, в която да продължите да се развивате и защо се спряхте именно на нея?

Интересите ми са в областта на акушерството и гинекологията. Това е една всеобхватна специалност. От една страна, целият процес от диагностицирането на една бременност до раждането на новия живот, е най-възбуждащото събитие във всяко семейство. От друга страна, гинекологичната хирургия бележи нови върхове ежедневно – онкогинекологичните заболявания, които са изключително често срещани, се откриват все по-рано и се лекуват все по-успешно. Минималноинвазивната и роботизирана хирургия също се развиват с невероятна скорост. Моята цел е да се специализирам именно в ранното откриване и навременното, миниинвазивно по възможност, лечение на тези заболявания.

- Какви са Вашите бъдещи планове за развитие? Къде предпочитате да се развивате, у нас или в чужбина?

Обичам страната си и желая да се развивам в България. Смятам, че нашата система се развива в правилната посока, макар и по-бавно, отколкото ми се иска. Ежедневно наблюдавам пациенти, които се лекуват по европейските и световни стандарти – от момента на първия преглед при лекаря до крайното излекуване на пациента. И при това в много по-кратки срокове спрямо здравните системи на запад. Оптимист съм и желая да се боря за по-добро здравеопазване за всички нас.

- Може ли да назовете най-големите пробойни в българското здравеопазване и какво според Вас трябва да се промени спешно, за да може повече хора, също като Вас, да пожелаят да се развиват тук в страната си?

Определено е налице огромна пропаст между лекарското съсловие и пациентите – с годините голяма част от тях са изгубили вярата си в нас. Считам, че тя е от първостепенно значение за лечебните резултати и трябва да превърнем възстановяването ѝ в първостепенна цел на нашето съсловие.

Условията за започване на специализация в страната ни също не са на нивото, което е необходимо, за да задържим все повече колеги тук – предложенията, които получаваме от страните в Западна Европа, ни

привличат с както с по-добър достъп до специализантско място, така и с по-добро заплащане. Това са двете посоки, в които трябва сериозно да се работи, за да намалим потока на колеги към Терминал 2.

- Какво послание бихте отправили към хората, от които зависят промените в българското здравеопазване?

Благодаря за възможността да се обърна именно към тях. Уважаеми колеги, преди да предприемате каквито и да е било промени, призовавам Ви да се поставяте на мястото на всеки лекар, всяка акушерка, медицинска сестра, санитар, както и на всеки пациент, които ще бъде засегнати от тях. Нашата професия е по-различна от всяка друга и в нея са вплетени много човешки съдби, които не могат да се измерят с финансови и цифрови резултати – те трябва да бъдат осмислени и почувствани.

- Какво бихте казали на тези, които сега тръгват по Вашия път – какви грешки да избягват и какво е добре да знаят?

Най-важното е дълбоко в себе си да са убедени, че желаят да бъдат лекари. Ако силно вярват и искат това, колкото и трудни предизвикателства да срещнат по пътя си, те ще го извървят, дори и в даден момент препятствията пред тях да им се струват непреодолими.

- Завършихте едно дълго обучение по медицина успешно – какво предстои за Вас?

Предстои ми да започна своята специализация – надявам се да получа възможност да развия своя потенциал в България.

- Как се виждате след 10 години? Какво се надявате да Ви се случи и как ще работите за постигането на тази визия?

Виждам се като лекар, който е натрупал стабилна основа от умения и знания, достатъчна, за да бъде категоричен в своите диагнози и лечения. Но в никакъв случай обучението ми няма да приключи тогава – то ще продължи докато работя. А в личен план си пожелавам прекрасно семейство с поне две деца.

- Какво обичате да правите в свободното си време, ако Ви остава такава?

Винаги съм се радвал на доста свободно време – при правилна организация и желание човек има време за всичко. На първо място обичам да бъда с любимите си хора – с моята любима, със семейството си, с приятелите си. Използвам всяка възможност да посетя родителите си във Варна и да се полюбувам на морето, което в София искрено ми липсва. Спортувам любителски, обичам разходките, а още повече пътуванията – както в страната, така и в чужбина.

Пожелавам на всичките си колеги да намират свободно време за себе си и своите семейства и да бъдат щастливи.

Интервюто взе: Милена Енчева

ВИРТУАЛНА БИОБАНКА ЗА ТУМОРНИ ТЪКАНИ

Каква е ползата от създаването ѝ у нас



- Д-р Василева, как се роди идеята за създаването на „Космос“? Какво Ви провокира да застанете зад този проект?

- Идеята за създаването на биобанката се роди от нашата нужда да използваме такава. Заедно с д-р Йорданов работим по различни проекти, като за по-голямата част от тях са нужни голямо количество проби от пациенти. Такива се събират трудно в един-единствен център. Затова би било много по-лесно, ако съществува програма, която да обединява клиничните данни и туморни проби от различни институции.

- Защо решихте да се насочите към науката?

- Много харесвам една сентенция на бащата на органосъхраняващата хирургия на гърдата - Умберто Веронезе. Той казва: „Вярата в науката е вярата в бъдещето“. Смятам, че науката е единственият ни реален шанс да подобрим резултатите при нашите пациенти. Всяко едно наше действие трябва да бъде базирано на доказателства и световен опит. Опитът на всеки от нас е изключително ценен. Това е нещото, което ни прави добри лекари, но опитът на отделния човек е капка в морето на световното знание. Медицината, базирана на доказателства, създава добрата медицинска практика.

- Какъв е Вашият предишен опит в ползването и обновяването на подобни биобанки и защо са ценни те?

- През 2012 г. започнах докторантура в МУ-София. Част от моята дисертация се състоеше в направата на биобанка с туморни тъкани от пациенти с рак на гърдата. Подобни биобанки са от изключителна полза. Проблемът е, че често клиничните данни, свързани със съхраняваните проби, са доста оскъдни, а именно тази информация е важна за съвременната наука. Не просто да имаш тъканта, а да знаеш какво се е случило с нея - на каква терапия е бил подложен пациентът и какви са резултатите от прилагането ѝ. Колкото повече тъканни проби биват изследвани, толкова по-ценна е получената информация. Тъканните проби са в основата на прогреса на медицината и онкологията.

- Защо е важно да има централизирана биобанка за съхраняване на тъкани?

- Под централизирана имаме предвид събираща на едно място, но същевременно нашата биобанка не е централизирана, тъй като ние не можем да се ангажираме на този етап да оценяваме отново всяка диагноза и да складираме на едно място всичките тъканни проби. Те си стоят в съответната институция, където се е лекувал пациентът. В момента, в който са нужни на

някой лекар, вместо той тепърва да започва да събира проби, може да ги поръча от биобанката и те да му бъдат изпратени.

- За кого би била от полза подобна виртуална биобанка? По какъв начин е ценна тя, от една страна, за лекарите, от друга страна за пациентите?

- Тя би била много полезна, но не за пациентите, които в момента лекуваме, а за тези, които в бъдеще се сблъскват с дадено заболяване, тъй като получените проби могат да се използват за бъдещи изследвания. От друга страна ползата за лекарите е голяма. Всеки лекар трябва да може да анализира резултатите от своята работа. Трябва да може да вижда как и в кой момент даден пациент реагира на дадено лечение, като за целта всеки лекар трябва да има своя база данни. Това е от една страна. От друга, всеки изследовател или лекар, който иска да се занимава с научна работа, се нуждае от такива събрани проби, благодарение на които неговите научни изследвания ще се случват много по-бързо. Съответно цялата наука ще се развива по-бързо.

- Имате ли конкретен пример, в който липсата на подобни проби се е оказала предизвикателство за Вас?

- По време на моята дисертация първите две години и половина реално погледнато основното ми занимание беше да събирам проби. Със сигурност щях да имам някакво предимство и да намеря повече зависимости в рамките на проучването си, ако вече имах наличните проби.

- Това ли е средството за развитието на т. нар. персонализирана медицина?

- Абсолютно, защото с персонализираната медицина ние вече разбирате, че всеки човек е различен и индивидуален. Много е трудно да се извеждат общи правила за всички и съответно колкото повече знаем за пациентите, за колкото повече пациенти знаем, толкова повече шансът ни да намерим най-подходящото лечение за тях е по-голям.

- За проучването на какви заболявания или състояния подобни туморни проби биха могли да се окажат особено полезни?

- За всяка една туморна локализация може да има полза от такива тъканни проби. Аз се занимавам с рак на гърдата. Според молекулната квалификация раът на гърдата се разделя на четири субтипа. През последните години за много от молекулните субтипове се разработиха доста ефективни лекарства, но има такива типове като тройно негативният карцином на гърдата, при който, въпреки че постоянно се откриват нови мишени за таргетна терапия, преживяемостта на пациентите, особено в метастатичен стадий, всъщност е доста ниска. Т.е. там има нужда от още много такива клинични изследвания.

- Оттук нататък какво следва, как ще продължи да се движи този проект до неговата пълна реализация?

- Много се надявам този софтуер да бъде полезен за всички отделения по хирургия, патология, акушерство и гинекология. Нашата идея е да можем да включим колкото се може повече лекари и съответно колкото се може повече пациенти в нашата база данни, за да може наистина резултатите да са значими. Ако някой от вашите читатели има интерес, нека не се колебае да се свърже с нас.



- Доц. Йорданов, как се обединихте с д-р Василева в идеята за създаването на въпросната виртуална биобанка?

- В процеса на работа. Докато работихме по определени проекти, установихме, че един от големите проблеми е да се намерят необходимите проби за всеки научноизследователски проект. Това ни наведе на мисълта, че можем сами да започнем да събираме и да предлагаме тази услуга на други изследователи, които са попаднали в нашата ситуация.

- Преди да спечелите награда за този проект участвали ли сте и в други подобни?

- С д-р Василева изследваме главно рака на маточната шийка. Когато започнахме с гинекологичните тумори, се сблъскахме с проблема дефицит на тъканни проби. Това ни наведе на мисълта, че можем да направим такава тъканна банка. Първо направихме тъканна банка в Медицински университет - Плевен. След това в процеса на общуване стигнахме до извода, че ако може да се включат повече центрове, по-лесно бихме си осигурили пробите. Така се роди и идеята за създаването на въпросната виртуална биобанка.

- Как изглежда една виртуална биобанка? И какво се съхранява в нея най-често?

- В една биобанка, независимо каква е тя, могат да се съхраняват три неща: тъканни проби, съхранени в парафинови блокчета, свежо замразени тъкани и кръв. Ние - аз и доктор Василева - не съхраняваме проби. Пробите се съхраняват в съответните звена, които участват във виртуалната биобанка. В момента, в който на някой му трябва нещо, ние веднага можем да кажем къде и колко проби имаме. Можем да отговорим на неговите желания и съответно да му доставим съответните проби или резултати от клинични изследвания. Затова е виртуална, защото ние не разполагаме с всички проби. Те си стоят в институциите, където са били придобити.

- Мислите ли, че и други биха имали интерес да се обединят в едно общо виртуално пространство?

- Истината е, че всеки би имал интерес от подобно сътрудничество, защото в крайна сметка това е един ресурс, който може да се използва за придобиване на научни знания. Другото особено нещо е, че всъщност ние събираме и клинична информация, което в биобанките по принцип не е много застъпено. Така че всяка форма на колаборация води до по-добри резултати.

- За какво могат да бъдат използвани въпросните туморни тъкани. За какви основни цели могат да бъдат съхранявани и респективно използвани?

- Туморните проби могат да бъдат използвани от академичните институции. Някой изследовател, например, има хипотеза и иска да я докаже или съответно да отхвърли. За целта изследва тъканните проби по своята хипотеза и получава съответния резултат. Другият вариант е тъканните банки да се използват от фармацевтичните компании, които по този начин си набират проби, за да могат да направят определен тип изследвания, свързани с направата на нови медикаменти. Това са двата вида потребители на биобанката: научноизследователските центрове на академичните институции и фармацевтичната индустрия. Ние на този етап сме насочени основно към първата група академични изследвания.

- Трудно ли става набирането на въпросните туморни тъкани?

- Процесът на събиране и съхранение на пробите е логичен и лесен. В процеса на диагностика и лечение на всеки пациент туморната му тъкан се изпраща до Отделението по патологията. Там пробите се изследват под микроскоп, като част от тъканта, която в противен случай би се изхвърлила, може да се запази и за в бъдеще. В същото време молим пациента да подпише информирано съгласие, за да можем да направим допълнително парафиново блокче, което да използваме за научноизследователски цели. Практически процедурата не е сложна, но ситуацията, в която се намира нашето здравеопазване, е особена. Всички колеги са преуморени, а патологоанатомите не са най-широко разпространената специалност.

- Трудно ли се създават високотехнологични решения на фона на състоянието на родното здравеопазване?

Да правиш научни изследвания в България не е лесно. Зад подобна теза застават редица учени, особено в областта на медицината. Трудностите са от различно естество. Липсата на обобщени клинични данни се явява особено предизвикателство.

Опитвайки се да помогнат за решаването на част от проблема, д-р Мариела Василева и доц. д-р Ангел Йорданов се обединяват, за да създадат първата виртуална биобанка за туморни тъкани. Проектът „Космос“ печели наградата „Предприемач в науката 2021“. Какви са реалните ползи и с какво ще бъде полезна новосъздадената биобанка, четете в интервюто, което двамата лекари изследователи дадоха за в-к „Quo vadis“.



- Досега нашият екип се блъска основно с трудности. От известно време имаме подкрепата на МУ - Плевен, но за съжаление, нещата стават трудно. Най-трудното в цялата работа е, че в България е инвестирано в база - има лаборатории, има центрове, има апаратура, но в един момент се оказва, че не всеки с добра идея има достъп до тях. Това налага ние да правим всичко по този бабен и мъчителен начин, защото в един момент каквато и идея да имаш колкото и да е добра тя, ако не намериш хора, които да те подкрепят и да ти помагат, тя просто не може да се реализира. Всички тези неща, които правим, те са на доброволни начала. Ние отделяме от свободното си време, за да можем да свършим тази работа. Така че по-скоро отговорът е да, трудно е.

- Вас какво Ви мотивира като лекар да се занимавате с наука?

- Щом работиш в университетска болница, според мен е важно да се занимаваш с наука. Това е мое лично мнение. Мен ме е мотивирал шансът да работя с хора, които са на много високо ниво. В процеса на общуване и на работа с тези хора, те са ме мотивирали да започна да се занимавам с научна работа.

- Какво очаквате да се случи от тук нататък?

- Това, което очаквам да се случи, е да продължим да работим, независимо от трудностите, да продължим напред с хората, с които сме се захванали. Да приобщаваме все повече и повече хора, особено млади такива, на които им се занимава с това нещо. В крайна сметка всяко едно такова занимание води до определен тип признание. Може и да не е в България, но всеки един научен работник особено млад такъв, би изпитал голямо задоволство като види името си под своя публикация в реномирано западно списание.

- А по отношение на проекта?

- Има интерес към него, има колеги, които имат желание да започнат да събират проби. А това, което се надявам да се случи, е да увеличим темпото, с което събираме проби. Вярвам, че до края на годината или началото на следващата, вече ще имаме първите проекти, изработени с наши проби. Това са ми надеждите. Да започнем да функционираме като самостоятелна тъканна банка, която да може да задоволи научноизследователските интереси на определен тип изследователи в България.

- За специалистите от кои направления биобанката би представлявала интерес?

- Това са всички онкологични специалности. Ние в момента събираме проби от гинекологични тумори и тумори на гърдата. Надяваме се в рамките на тази година да можем да започнем и събиране на проби от колоректални карциноми и други тумори на гастроинтестиналният тракт. Имаме интерес от страна на специалисти в областта на хирургията, гинекологията и урологията. Те са изяви желание да се включат в събирането на тъканните проби, тъй като колегите, които се занимават с някаква академична дейност, осъзнават, че това е част от пътя към тяхното хабилиране, но и не само! На тяхното професионално развитие и усъвършенстване.

Страницата подготви: Милена Вячева

ЛЕКАРСТВА ПО ВРЕМЕ НА ПАНДЕМИЯ

Как Covid-19 промени фармацевтичната индустрия

ДЕЯН ДЕНЕВ:

БЛИЗО 700 ДНИ СА НУЖНИ ЗА ВКЛЮЧВАНЕ НА ИНОВАТИВНИ ПРЕПАРАТИ ЗА РЕИМБУРСИРАНЕ ОТ ЗДРАВНАТА КАСА

Деян Денев е директор на ARPharM. Експерт е по фармацевтично законодателство и лекарствена политика. Като директор на асоциацията представлява научноизследователската фармацевтична индустрия по ключови въпроси, касаещи лекарствената политика и регулации, интелектуална собственост и развитие на фармацевтичния пазар.



Как се отрази пандемията на фармацевтичните компании и работата им с клинични проучвания? Първоначално беше шок за индустрията, защото знаете: по-голямата част от клиничните изпитвания се провеждат в болнична среда. А болниците и медицинските специалисти бяха натоварени със съвсем други задължения, свързани с борбата с пандемията. Самите пациенти изпитваха страх да посещават лечебни заведения и да участват в клинични изпитвания. Имаше много сериозно затруднение, което доведе до изоставането на доста клинични изпитвания. В крайна сметка обаче индустрията бързо се адаптира, въведоха нови методи на проследяване на резултатите от клиничните изпитвания. Засили се електронният формат на събиране на данните, за да се намали рискът за пациентите, които участват в тези клинични изпитвания.

Има ли забавяне в проучванията за някои заболявания за сметка на COVID, когато говорим за клинични изпитвания и разработки?

Не бих казал. Стратегиите на една фармацевтична компания е устойчива във времето и тези клинични проучвания, които се провеждат в момента, са планирани преди години и имат конкретни цели и те трябва да бъдат приключени, независимо какъв е резултатът - дали се стига до терапия или не могат да се съберат доказателства, свързани с дадена субстанция, която да дава надежди, че ще стане лекарствен продукт. Имаше едно забавяне и леко изоставане на фокуса, но в крайна сметка индустрията отново се върна в обичайния си ритъм. Дори вече е налице безпрецедентна колораборация между академичните среди, изследователите, фармацевтичните компании и регулаторните власти. В крайна сметка пандемията ни показа, че регулаторният процес може да бъде значително по-бърз и ефективен, без това да е за сметка на качеството.

По какъв начин се обединиха изобретенията от Вас институции и бизнеспартньори, за да могат ваксините и дадени терапии да стигат по-бързо до пациентите? Обикновено когато се разработват нови лекарствени продукти, финансовият риск е изцяло за сметка на фармацевтичните компании. Загуба съвременният модел за разработка на нови лекарства и продукти неминуемо минава през голяма мултинационална корпорация, чиито акции обикновено се търгуват на фондовата борса, която, заедно със своите акционери, поема финансовия риск да инвестира в разработването на нова терапия, която в крайна сметка да стигне до пациентите. При борбата с пандемията обаче в поемането на част от този финансов риск се включваха и правителствата, сключвайки договори за предварителна продажба на ваксини преди те да бъдат одобрени.

По отношение на регулаторния процес се въведе т.нар. „rolling review“, а именно разглеждане на доказателствата, данните, документите за одобрение в реално време. Така процесът се ускорява, без разбира се, това да е за сметка на качеството.

Трябва ли да има промяна в регулаторната рамка и в начина, по който се одобряват медикаментите заради ситуации като тази с COVID-19?

Това са адаптирани регулаторни процеси, които са необходими, тъй като все повече от новите терапии са персонализирани. Т.е. прилаганият досега подход за събиране на пациенти за дадено клинично изпитване - десетки хиляди пациенти - вече не е възможен. И когато терапията е персонализирана, тук данните трябва да се събират по съвсем различен начин и доказателствата да се представят по съвсем различен начин просто защото популацията, в която терапията работи, не е толкова голяма, но все пак трябва да се съберат достатъчно данни за нейната ефикасност и безопасност. В същото време адаптирането на регулаторните процеси по одобряване на нови терапии е в ход и в момента с оглед бъдещето на медицината. Що се отнася до другата част от процеса, след като една терапия, разрешена за употреба, е на път да стигне до българските пациенти чрез реимбурсация, което е предмет на национално решение, тук имаме нужда от сериозни оптимизации.

Какви оптимизации трябва да бъдат направени според Вас на национално ниво?

За да се включи нова терапия в реимбурсацията, българската държава в лицето на конкретен орган извършва оценка на здравните технологии. Това в момента се случва във всички 28 държави членки на Европейския съюз. Всяка държава си го прави отделно. Т.е. една компания трябва да кандидатства пред 28 органа с 28 различни комплекта изисквания, за да докаже, че терапията трябва да бъде реимбурсирана. В края на миналата година се прие регламент за европейска оценка на здравните технологии само в частта клинична ефективност. Много е важно този процес да бъде финализиран, за да може, както и при разрешението за употреба, европейска институция да извършва тази част от оценката, която се прави така или иначе на база едни и същи данни и всички 28 държави, включително и България, да ползват тази оценка, без да я правят на национално ниво. Това много ще ускори процеса. Второто, което трябва да се отбележи, е, че нашите изисквания за включване на нови терапии за реимбурсация са многопластови, сложни и дублиращи се. Освен оценката на здравната технология, трябва да се

докаже, че терапията е реимбурсирана в 5 от 17 държави. Трябва да докажат, че са налице позитивни оценки на здравните технологии от друга група държави. В същото време включването на нови терапии в списъците на лекарствата, които държавата плаща, е не повече от веднъж годишно. Всички тези комплексни фактори водят до това, че около 40% от разрешените за употреба от ЕМА лекарства са достъпни за българските пациенти и българският пациент чака средно 700 дни след разрешението за употреба, за да бъде включена дадена терапия в реимбурсация. Не е приемливо германските пациенти да имат достъп до една терапия 150 дни след разрешаването ѝ за употреба, а българските пациенти да трябва да чакат пет пъти повече. Разбира се, възможността на германското общество и държава да заплащат нови здравни технологии са значително по-големи от българските, затова са нужни нови модели на договаряне на цени и стойности на заплащане, които да позволят по-бърз и по-добър достъп у нас.

Има ли приоритетни специалности, когато става въпрос за реимбурсация на лекарствата у нас?

Като цяло достъпът до нови терапии в България е бавен поради многото препятствия и големите отстъпки, които компанията трябва да плаща. Но все пак има разлики - достъпът до медикаменти в онкологията е малко по-добър, отколкото в редките болести, например. При редките болести се вижда сериозно забавяне, тъй като там става въпрос за малко на брой пациенти, а стойността на терапията понякога е много висока. Много по-трудно е да се стигне до реимбурсация и да се убедят властите, че тази терапия трябва да стане достъпна.

В кои области на медицината фактът, че се правят допълнителни разработки през последната година, дава надежди за лечение на въпросните заболявания?

На първо място трябва да споменем онкологията. Там напредъкът е изключително сериозен. Борбата със солидните тумори, в зависимост от локализацията, е много трудна и тежка, но напредъкът първо в образната диагностика, после в прецизната геномна диагностика, която открива генетичните профили на самите тумори и дава възможност атакуването им с точно това лекарство или комбинация от лекарства, които ще подействат най-добре, дават много сериозни надежди. Второто, което трябва да споменем, е болестта на Алцхаймер. Тук се очаква сериозен напредък, съществуващите терапии в момента третират само симптомите на болестта. Новите терапии за ранни и леки форми на заболяването ще могат да забавят началото или прогресирането на болестта. Това обаче е свързано отново с диагностиката и тук трябва задължително да отворим скоба и да кажем, че ранното откриване на заболяванията, особено за онкологичните, е от изключително значение за тяхното лечение. Т.е. ние в България имаме нужда от национални скринингови програми на демографски принцип, които да работят добре и здравеопазването да стига до пациента преди усложненията - нещо, което при нас не се случва. Сякаш системата се страхува да ги търси тези пациенти, защото ако ги намери, ще трябва да ги лекува.

И затваряйки скобата, редно е да споменем рака на кръвта, където вече е налице сериозен пробив в лечението - три терапии с CAR-T клетки, които помагат на тялото да се противопостави на рака така, че да не се налага прилагането на агресивна химиотерапия за цял живот, вече са разрешени за употреба и са достъпни за пациентите в САЩ и в някои европейски държави. За съжаление, българските пациенти все още нямат достъп до тях.

ПРОФ. ИЛКО ГЕТОВ:

В БЛИЗКО БЪДЕЩЕ ЩЕ ГОВОРИМ ЗА КВАНТОВ СКОК НА ИРНК ТЕХНОЛОГИЯТА В ТЕРАПЕВТИЧНИТЕ СРЕДСТВА

Проф. Гетов, какво наложи изготвянето на подобрени версии на сегашните ваксини срещу COVID-19?

Няколко са причините за усилията в разработването на нови версии на ваксините срещу коронавируса. На първо място това са множеството варианти на вируса, едновременно им циркулиране, бързото разпространение на Омикрон варианта и наличието на значителен дял неваксинирано население, което е потенциална среда за поява на нови варианти. Изследванията и усилията са насочени към създаване и проучване на следваща версия на ваксините - предимно иРНК, която да е ефикасна срещу всички известни варианти досега, и тези, които са обект на притеснение и наблюдение от СЗО, а не само срещу Омикрон.

Защо бустерните дози се оказаха недотам ефективни?

Не бихме могли да твърдим категорично, че бустерната ваксинация е неефективна, защото ваксинираните с три дози по изключение стигат до болнично лечение, много ниска - на практика нулева, е смъртността и заболяването преминава леко и има характер на настинка. Със сигурност бустерната доза е необходима за рисковите групи пациенти и разбира се, за защита от наличните варианти на вируса. Проблемът е по-скоро, че предимно хора, които вече са се ваксинирали с две дози, са склонни да си поставят бустера, докато неваксинираните остават приблизително същия брой.

Кога да очакваме втората версия на разрешените ваксини и с какво те ще превъзхождат настоящите версии?

Версия 2 на иРНК ваксините можем да очакваме като разрешение за употреба най-рано в края на м. март и налични за приложение след м. април 2022. Важно е да се отбележи, че новата версия на ваксините няма да бъде специфична към варианта Омикрон, а поливалентна към всички или преобладаващите варианти на вируса.

Какви са очакванията за развитието на вируса и каква ще бъде ролята на ваксините за овладяването на критичните му проявления в обществения мащаб?

Очакванията са през следващия есенно-зимен сезон вирусът да има вече повече ендемичен характер, да намалява вирулентността и заразността му и така да се върви към самоограничаване на разпространението и значението му. Трябва да се отбележи, че това са параметри, които могат да бъдат постигнати при наличие на



Проф. Илко Гетов завършва Фармацевтичен факултет на ВМИ - София през 1988 г. Понастоящем заема длъжността професор към катедра Организация и икономика на фармацевтичния факултет за мандата 2021-2025 г. Автор е над 200 публикации, 12 учебни помагала, 15 монографии и глави от монографии с над 300 цитирания в индексирани списания в J. Citation Reports на Clarivate, Scopus на Elsevier, Web of science на Clarivate, Google scholar и др. Председател на УС на БФС 2013-2020 г.; Първи вицепрезидент на Pharmaceutical Group of EU - 2016; Председател на Комисията по ОЗТ 2017-2019 г.; Член на СНМР на ЕМА - от 24.10.2020 г. и към момента.

висок дял преболедували и/или ваксинирани в популацията. В световен мащаб вече повече от 62% от населението е ваксинирано и заедно с преболедувалите се приближаваме към колективен имунитет, но ... има държави, където дори медицинските специалисти нямат завършен ваксинационен курс.

Ще променят ли компаниите подхода си при изработката на ваксини?

На този етап като предварителен преглед имаме в ход за 4 ваксини - аденовирусни, инактивирани, протеинни, но нито една не е готова за същинската процедура за разрешаване за употреба и оценка. Като научна консултация ЕМА е в услуга на компанията и има множество кандидати, които се възползват от тази възможност. Това, което е различно в сегашната ситуация, е, че компаниите могат да се възползват от целия научен потенциал на регулаторните институции в името на бързото създаване на лекарства/ваксини за Ковид.

Разработва се комбинирана ваксина за коронавируса и сезонния грип. На какво залагат компаниите,

филмирана таблетка 150 mg PF-07321332, който е пептидомиметичен инхибитор на основната протеаза на SARS-CoV-2, наричана също 3С-подобна протеаза или nsp5 протеаза. Инхибирането на вируса прави протеина неспособен да обработва полипротеинови прекурсори, предотвратява репликацията. Другата съставка е в бяла филмирана таблетка, съдържа ритонавир, който инхибира СУРЗА медиращия метаболитизъм на PF-07321332 и осигурява повишени плазмени концентрации. Ритонавир е част от терапията на ХИВ/СПИН и сега.

Как ще бъдат използвани новите лекарства? Само в болнична среда ли ще бъде възможно тяхното приложение?

На този етап имаме достатъчно опит за използването на ремдесвир в болнични условия и моноклоналните антитела, като еднодневна процедура. Пероралните лекарства ще се прилагат преимуществено в амбулаторни условия за лечение на COVID-19 при възрастни, които не се нуждаят от допълнителен кислород и които са с повишен риск от прогресия до тежка форма. Таблетките се приемат заедно на всеки 12 часа, за 5 дни. Paxlovid трябва да се приложи възможно най-скоро след диагностициране на COVID-19 и в рамките на 5 дни от появата на първите симптоми.

Ще променят ли лекарствата срещу Ковид хода на пандемията?

Лекарствата за терапия променяха хода, защото вече имаме възможност и за терапия в болнични и амбулаторни условия. Но битката на човечеството с вируса SARS-CoV-2 не е приключила. Важно да не забравяме, че първата цел в управлението на пандемията не е създаването на лечение в домашни условия, а недопускането на нови случаи на заболяване и съответно смъртни случаи.

С какво си обяснявате различните обществени нагласи спрямо ваксините, от една страна, и лекарствата, от друга? Сякаш част от хората са готови да приемат всякакви доказани и недотам доказани работещи лечения, но не желаят да се ваксинират категорично.

Според мен основна причина е нагласата за сигурност - ако ми стане нещо има с какво да ме излекуват. Това съждение обаче има много съществени проблеми или бих казал аспекти - първо т.нар. пост-Ковид, втори на интерлевкин и последното разрешено за употреба - за първи път комбинация от две таблетки за перорална употреба. Опаковката на Paxlovid съдържа една розова

показват - близо 90% от постъпилите в болница са неваксинирани, смъртните случаи продължават много дълго време да се задържат на високи нива и натоварването на системата и липсата на медицински персонал - лекари и сестри, е катастрофално. В голяма степен тук говорим за проблем на обществото и цялостна криза на доверието в институциите и системата на здравеопазване.

В този ред на мисли може ли съвсем накратко да опишем стандартите, по които става одобрението на всеки един препарат от страна на ЕМА, независимо дали става дума за ваксини или медикаменти за перорална употреба, например?

С две думи - НЯМА никаква разлика в изискванията. Спазват се всички стандарти, документация, добри практики, данни и стъпки. Единствената разлика е в паралелния ход на отделните етапи - напр. едновременно се оценява качеството и ефикасността и това спестява време, което води до пораждането на известни съмнения. Съксяването на времето на процедурата се дължи на административни облекчения, а не на компромиси в оценката на данните. ЕМА е изключително стриктна в оценката и изискванията и доказателствата са фактите - за ЕС имаме разрешени за употреба 5 ваксини, докато СЗО препоръчва общо над 10.

Промени ли начинът на работа на фармацевтичните компании в хода на пандемията и как повлия Ковид на регулаторния процес?

КОВИД ускори и интензифицира процеса на разработване на нови ваксини и лекарства, ангажира огромни ресурси и доведе до Ренесанс на фармацевтичната индустрия. Също така трябва да отбележим и обединяването на усилията на няколко компании в разработването на един продукт, споделянето на опит, вкл. между регулаторните институции, производствени мощности и т.н.

Вярвате ли, че настоящата ситуация може да се окаже проводник на много други открития в лекарствената индустрия?

Категорично, вече са в много напреднал етап разработването на ваксини на базата на иРНК технология за ракови заболявания, тежки хронични заболявания и редки болести. В близко бъдеще ще говорим за квантов скок на иРНК технологията в терапевтичните средства, защото позволява адаптиране за различни потребности, налице е безопасност и сигурни резултати.

ПРОФ. НИКОЛАЙ ЖЕЛЕВ:

МНОГО Е УДОВЛЕТВОРЯВАЩО, КОГАТО „ЧИСТАТА“ НАУКА НАВЛЕЗЕ В ПРАКТИКАТА

Проф. Николай Желев е световноизвестен учен, признат за гений, заради създаването на изкуствено човешко сърце с диаметър едва 1 мм.

Проф. Желев е един от впечатляващите примери как учените правят бизнес, за да реализират научната си работа. Той е професор по медицински биотехнологии в Медицинското училище към университета в град Дънди, Обединеното кралство. Почетен професор в осем университета в Обединеното кралство, Китай, България и Русия. Бил е първият Почетен консул на България в Шотландия. Основал е няколко биофармацевтични и биотехнологични компании за разработването на нови лекарства срещу рак и сърдечна хипертрофия. За това му помага и допълнителното образование от Dundee Business School. Завършва биохимия в Софийския университет през 1985 г. и работи в Института по молекулярна биология на БАН. През последните години българският учен работи в партньорства с Харвард, Китай, Русия и някои от българските университети.



- Проф. Желев, Вие „отглеждате“ човешки сърца с големина 1 мм. За какво служат те и каква е технологията на създаването им?

- Аз съм молекулярен фармаколог – занимавам се с разработването на нови лекарствени вещества. Това е дълъг процес и той изисква тестване на много етапи – на клетъчни култури, на органи, на животински организми и т.н. Проектът с отглеждането на човешки сърца беше стимулиран от един друг проект, по който работехме с български учени като големия кардиолог акад. Чудомир Начев, който, за съжаление, вече не е сред нас, колеги от МУ - Пловдив – проф. Вили Стоянова и др. Тогава имахме вещества, които трябва да се тестват върху човешки сърца, за да се види тяхната ефективност при сърдечна хипертрофия. Традиционно това тестване се извършва върху животински модели – плъхове, което е неетично – животните страдат. Освен това е трудно да се третират достатъчно количество животни, за да са достоверни изводите. Тогава, в резултат на няколко години изследвания, ние успяхме да създадем мини човешки сърца от стволови клетки, за да може да имаме достатъчно количество за експерименти. Те се отглеждат в малки епруветки. Това, което направихме за пръв път в света, е да разбодем мини сърцата от хипертрофия, за да може да бъде тествана ефективността на нашите лекарствени вещества. Проблемът обаче е с намирането на стволови клетки. Традиционно те се изолират от пъпна връв, така че тяхното количество е ограничено. Технологията за препрограмиране на диференцирани човешки в стволови клетки беше открита от японски и британски учен, които получиха Нобелова награда през 2012 г., а ние показахме как тази технология работи на практика и как може да се превърне в иновация, за да се използва във фармацевтичната индустрия. Ние успяхме да препрограмираме кожни клетки в стволови, след което да ги диференцираме в кардиомиоцити до минисърца. Този пробив беше докладван на международни научни форуми през 2014 г. От тогава това се използва много широко в индустрията. Ние веднага получихме поръчки от фирми, защото наличността на много сърца дава възможност да се тестват хиляди вещества и да се стигне до молекула с най-голяма ефективност.

- Дали тази технология ще ни позволи един ден да бъде създадено човешко сърце с нормални размери, което да е годно за трансплантиране?

- Да, това беше предсказано от нас още през 2014 г., въпреки че не това беше целта на нашето изследване. Аз съм имал шанса,

възможността и късметата да работя в много водещи медицински институти както у нас, така и в чужбина – Медицинските университети в Пловдив и София, Харвард и Дънди. Ние като фармаколози създаваме мини сърца като моделни системи, върху които да тестваме бъдещи лекарствени вещества. Две години по-късно екип от кардиолози и биоинженери от Харвард, в колорация с местната болница в щата Масачузетс, успяха да създадат човешко сърце с реални размери. Това, което те направиха, е да вземат сърца от донори, 80 бр. мисля, като тези сърца са с различни недостатъци, които ги правят негодни за трансплантация. Така да се каже, успяха да ги „разглобят“, да отделият тъканта, така че да остане само сърдечният „скелет“, след което се взимат стволови клетки от пациент и върху този скелет се изгражда новото сърце, което може да се трансплантира. Това се прави в специални съдове, при съответни условия, които позволяват даден орган да бъде поддържан жив извън тялото. Доколкото знам, все още не са използвани за реална трансплантация, но колегите са доказали, че такава технология позволява създаването на човешко сърце, без опасност от отхвърляне, тъй като са изградени от стволови клетки на самия пациент. В Тел Авив направиха нещо подобно – те обаче принтираха човешко сърце на 3D принтер. Самият принтер използва специални хидрогелове – смес от стволови клетки, колагени и фитопротеини и се създава този гел, който се поставя в принтера и се принтира съответният орган. Тези принтери навлизат и в България. Имаме големи успехи в тази област в МУ – Пловдив, проф. Виктория Сарафян например успешно прилага тази технология в областта на онкологията. Доколкото знам, все още няма успешна трансплантация на такива „дизайнерски“ сърца в пациенти, но смятам, че сме близо до този момент.

- Дали е възможно тази технология да послужи в бъдеще за създаването и на други човешки органи?

- О, да, разбира се. Стволови клетки отдавна се използват за регенерация на органи, но засега става въпрос за увредени органи, в които се инжектират стволови клетки от самия пациент, които спонтанно възстановяват дефекта като заменят увредената тъкан със здрава. Тук обаче не говорим за замяна на цял орган. Ние вече имаме успехи, когато органът се изгражда инвитро и след това се трансплантира в организма на базата на тези технологии. В тази област има немалко успехи. Колеги от Харвард успяха да създадат минимозък – разбира се, не за трансплантация, а за научни изследвания, но големината е няколко сантиметра, колкото е и в едно човешко ембрио, което функционира по подобен начин като физиология с аксони, дендрити и т.н. Австралийски учени създадоха минибъбреци, имаме мини бели дробове, стомаси и т.н., някои от тези органи са успешно трансплантирани. Създадохме напр. изкуствени вагини от стволови клетки. Тези вагини са трансплантирани на млади жени, което им дава вече възможност за нормален полов живот. Колеги от Медицинското училище в Северна Каролина създадоха мини пениси, като на този етап експериментите са със зайци. Интересно е, че вече има успешно трансплантиран такъв пенис на мъжки екземпляр и функционира съвсем нормално. Колеги в Русия в Кубанското медицинско училище създадоха хранопроводи, засега при плъхове, но нещата успешно напредват. Бяха създадени уши и т.н. Това вече не е научна фантастика – човешки органи се създават извън човешкото тяло посредством стволови клетки на пациента, чрез принтиране, в реални размери, които се имплантират и функционират успешно.

- Чрез Вашата работа Вие се включвате и в борбата с рака.

Бихте ли ни разказали повече за напредъка в тази посока.

- Всъщност това беше основното ми занимание като научен работник и след това като фармаколог. Нашият подход в създаването на лекарство против рак може да се обобщи като „рационален подход“. Ние стъпваме на познаването на молекулните механизми, които превръщат една нормална клетка в ракова. Те са най-различни и затова класификацията на рака е много комплексна – може би имаме над 600 вида рак. Всеки рак е индивидуален – трябва да знаем какви са тези мутации, които карат клетката да се дели неконтролно. Аз имах щастието да работя с много добри учени, които предложиха много иновативни идеи – кои молекули, кои процеси трябва да повлияем, за да имаме лечебен ефект. Един от тях получи Нобелова награда по медицина през 2019 г. – Уилям Келин от Медицинското училище на Харвард. Той предложи една много оригинална мишена, срещу която трябва да бъде разработено лекарство вещество. Той е познат на обществото у нас – преди година беше част, макар виртуално, от една научна конференция по Медицина на бъдещето, посветена на 75-годишнината на МУ – Пловдив. За мишената, която той предложи, ние създадохме лекарствени вещества, молекули, които много специфично се свързват с раковата клетка и имат много добър терапевтичен ефект. Целта не е да убием раковите клетки – това може лесно да стане. Главното е да запазим здравите, които често се различават от туморните съвсем незначително – имат същия геном, а разликите са само в няколко мутации. Проф. Келин е идвал в моята лаборатория в Шотландия, както и аз съм гостувал няколко пъти в неговата в Харвард и с негова помощ изследвахме вещество с противотуморни свойства, използвайки един иновативен модел. Защото как намираме доказателства, че едно вещество наистина

намира своята мишена в контекста на един жив организъм? В нашия случай е една киназа в ядрото на клетката. Как доказваме, че веществото, прието като таблетка, преминава през храносмилателната система, влиза в съответните ракови клетки, преминава през клетъчната и ядрената мембрани и действа селективно и специфично. С проф. Келин успяхме да направим биосензор, който показва движението на това лекарство вещество в реално време – следим го на камера дали то намира мишената. Тази методика щади експерименталните животни, защото не е хуманно животните да страдат по време на опитите. В нашия случай техният брой беше силно редуциран, а освен това животните не биват убивани, за да се регистрират резултатите от експеримента, а просто се наблюдават на камера. След приключването на изследванията, те продължават да живеят.

Създаването на едно лекарствено вещество е много дълъг процес – особено при заболявания като рака, където имаме различни мутации, които трябва да се третират по различен начин. Дори имаме и едни и същи мутации при различни пациенти и веществото действа различно. Т.е. тук опираме до понятието персонализирана медицина. Ние не лекуваме рака, лекуваме пациента – съобразно неговия геном, тенома на раковите му клетки и избираме такива лекарствени вещества, които да предизвикат желан терапевтичен ефект, без странични такива.

- Върху какво работите в момента?

- В момента съм си в България. Тук създадохме Venture Studio – Venrize Life Sciences, работещо в сферата на предприемачество в областта на медицинските и естествени науки. Работим с мрежи и общности от предприемачи в науката, учени изобретатели и избираме проекти, които имат качества и потенциал да се превърнат в практически приложения в областта на здравеопазването при рак, сърдечносъдовите заболявания, сега и вирусология. Така че търсим интересни проекти и помагаме на учените да ги претворят в продукти. А за това се изискват специални умения. Повечето учени не ги притежават, а често липсва и достатъчно опит да видят как тяхното откритие може да бъде претворено в практиката. Аз съм в консултивния съвет на една фондация „Карол Знание“ – мисията ѝ е да подкрепя млади български учени и техните проекти, така че да намерят практическо приложение. Занимавам се с консултиране в редица университети у нас и в чужбина – МУ – Пловдив, във Великобритания и Русия. Много е удовлетворяващо да видиш как „чистата“ наука навлиза в практиката, защото там е истинското потвърждение за силата на знанието – да създадеш нещо, което лекува болести или поне прави живота на хората по-лесен.

Интервю на Георги Радев



ЖЕНА, НОСИТЕЛ НА HIV, БЕШЕ ИЗЛЕКУВАНА СЪС СТВОЛОВИ КЛЕТКИ

Терапията е била насочена към справянето с онкологично заболяване, с което пациентката се е борила

Американска пациентка, болна от левкемия, се превърна в първата жена и третия човек, излекуван от ХИВ след получаване на стволови клетки от донор, който е бил резистентен към вируса, причиняващ СПИН, съобщава Ройтерс.

Случаят е докладван на конференция за ретровирусите и опортюнистичните инфекции, която се е провеждала в Денвър. Лечението е осъществено със стволови клетки, които са извлечени от пъпна връв.

Лечението, приложено на пациентката, е насочено към друго заболяване, с което тя се бори – остра миелоидна левкемия - вид злокачествен рак на кръвта. Жената е в ремисия и живее без вируса вече 14 месеца, без нужда от допълнително лечение срещу ХИВ, известно като антиретровирусна терапия.

При предишните два случая на излекува-

ни от ХИВ, пациентите са били мъже. При тях е била направена трансплантация на костен мозък.

„Това е третият докладван случай на жена, носеща вируса на ХИВ, излекувана при подобни обстоятелства“, заяви Шарън Люин, председател на Международното дружество за борба със СПИН.

Случаят е част от голямо проучване, ръководено от д-р Ивон Брайсън от Университета в Калифорния и д-р Дебора Персод от университета „Джон Хопкинс“ в Балтимор. Целта му е да проследи 25 души с ХИВ, които да се подложат на трансплантация на стволови клетки, взети от кръв от пъпна връв за лечение на рак и други сериозни заболявания.

Пациентите в проучването първо се подлагат на химиотерапия, за да се унищожат раковите клетки. След това лекарите

трансплантират стволови клетки от хора със специфична генетична мутация, при която липсват рецепторите, използвани от вируса за заразяване на клетките.

Учените вярват, че по този начин пациентите могат да развият имунна система, която е устойчива на ХИВ.

Люин заяви, че трансплантацията на костен мозък не представлява широко приложима стратегия за лечение на повечето хора, живеещи с ХИВ. Но случаят «потвърждава, че лечението на ХИВ е възможно и допълнително подкрепя използването на генната терапия като възможност за лекуване на ХИВ».

Изследването показва, че важен елемент за успеха е трансплантацията на устойчиви на ХИВ клетки. Преди това учените вярваха, че често срещан страничен ефект при трансплантация на стволови клетки,



позната като болест присадка срещу гостоприемник, при която имунната система на донора атакува имунната система на реципиента, е изиграла роля при лечението.

„Взети заедно тези три случая на излекувани след трансплантация на стволови клетки ни помагат да проверим различни компоненти на транспланта, които са абсолютно ключови за лечението“, казва Люин.

БЪЛГАРСКИ ПАТЕНТ В ПОМОЩ НА ОНКОЛОЗИТЕ



Учени от БАН изобретиха инструментариум за определяне степента на злокачественост на рака на простатата

Метод и кит за диагностика на нови мутантни форми на фузия (сливане) между два гена, (TMPRSS2 и ERG) със значение за определяне на степента на злокачественост на карцинома на простатата е най-значимото научно приложно постижение за 2021 г. на Института по биология и имунология на размножаването (ИБИР).

Патентовани са метод и приложен кит от проф. Красимира Тодорова-Хайрабедян за диагностично откриване на онкофузионни протеини, имащи значение за метастазирането. Методът бе приложен за откриване на нивата на мутантните протеини в серуми на пациенти с карцином на простатата и позволява по-точно определяне на степента на злокачественост на туморите. Това се дължи на способността му да разпознава само структури, запазили функционалните си свойства. Всички сливания, водещи до неправилно навити протеини, без ефект в клетките, не се разпознават.

С помощта на същия метод бе установен и нов механизъм на действие на известни генни регулатори, имащи значение за раковото метастазиране в костите и бързия туморен растеж. Стана ясно, че транскрипционните фактори RUNX2, ETS1, cMYB директно повлияват нивата на онкофузионния протеин TMPRSS2-ERG. Това води до усилване на стволовите характеристики на туморите, те губят своите тъканно-специфични свойства и стават по-трудно достъпни за унищожаване от имунните клетки.

По този начин разработеният метод позволява по-добро разделяне на пациентите с оглед ефективно лечение (андроген-депривационна терапия, химиотерапия), тъй като пациентите, имащи тази мутация на генно ниво невинаги имат функционален онкофузионен протеин, носещ повишена злокачественост.

Проф. д.б.н. Красимира Тодорова-Хайрабедян беше удостоена с наградата „Изобретател на годината 2021“ (статуетка и плакет) от Българското патентно ведомство и Съюза на изобретателите в България в категория „Химия и биотехнологии“.

ДНК тест открива поредица неврологични заболявания

При изследването се използва алгоритъм, който отчита повтарящи се елементи в цели геноми, сравнявайки тези от здравни хора и тези от засегнати такива

Обикновен ДНК тест може да сложи край на годините несигурност за хората, страдащи от неврологични заболявания, установи ново изследване, за което съобщава британското издание „The Guardian“.

Назад във времето категоричното поставяне на диагноза като болест на Хънтингтън и някои форми на амиотрофична латерална склероза, е било трудно, тъй като, въпреки че причината за симптомите е генетична, провеждането на правилните изследвания е можело да доведе до закъсняване на диагностиката с години.

Нова проучване сочи, че цялостното геномно секвениране (WGS) може бързо и точно да открие редица неврологични състояния като въпросното изследване може да бъде приложено в рутинната клинична практика.

„Много е вълнуващо, защото това ни дава надежда, че най-сетне одисеята с диагностиката на такива пациенти е към своя край“, каза проф. Марк Колфийлд от Лондонския университет „Куйн Мери“ и бивш главен учен в „Genomics England“.

Цялостното геномно секвениране вече се изпробва при пациенти с редки заболявания или рак в детска възраст от Национална служба по здравеопазване в Англия. Въпреки това се смяташе, че техниката не работи при част от пациентите с повторни разстройства на експанзията.

Такива състояния са относително чести, засягащи около един на 3000 души и включвайки невродегенеративни и двигателни нарушения като синдром на крехък Х, болест на Хънтингтън, атаксия на Фридрайх и някои форми на амиотрофична латерална склероза или деменция на фронталния лоб.



В същото време обаче тези пациенти с техните неврологични симптоми се подлагат на множество тестове, като всеки изследва по един ген, а това им отнема от шест до осем седмици до получаване на резултат - което означава дълга диагностична одисея за много от тях. За тези с нетипични клинични прояви, особено деца без предишна положителна фамилна анамнеза, процесът може да отнеме години.

Проф. Патрик Чинери, клиничен директор в Съвета за медицински изследвания, казва: „Много пациенти с неврологични заболявания никога не получават точна диагноза. Това ново проучване показва как цялостното секвениране на генома може да се справи с това предизвикателство чрез истинска национална програма, като предоставя водещи световни изследвания на пациенти в цяла Англия и подобрява тяхното здравеопазване.“

Новият тест използва алгоритъм, който може да забележи повтарящи се елементи в пълния геномен секвентен анализ, като сравнява тези от здрави хора с тези, засегнати от дадено състояние. „Предимството е, че можете да тествате множество варианти по едно и също време“, каза д-р Ариана Тучи от Лондонския университет „Куйн Мери“ която ръководи изследването.

Проучването, публикувано в The Lancet Neurology, оценява точността на пълния геномен секвентен анализ за откриване на повтарящи се нарушения

на повторната експанзия при 404 пациенти, които преди това са били диагностицирани чрез други тестове, като се заключава, че точността и чувствителността на цялостното геномно секвениране са сравними.

След това то бива използвано за изследване на 11 631 недиагностицирани хора с клинични симптоми, потенциално свързани с повтарящи се нарушения на повторната експанзия, което довежда до диагностициране на 68 от тях. Сред онези, които са се възползвали, са шест деца, някои от които нямат съобщена фамилна анамнеза и вероятно са останали недиагностицирани - включително 10-годишно момиче с интелектуални затруднения и 18-годишен тийнейджър с деменция.

„Тук в един тест имаме капацитета да диагностицираме най-често срещаните неврологични състояния“, каза Колфийлд.

Айлин Флин, пациентка в The Ataxia Center в University College London Hospitals, която беше диагностицирана с атаксия на Фридрайх чрез проучването, казва: „През последните 15 години от уверен човек, обичаш танците и общуването, се превърнах в пациент с проходилка и нечленоразделна реч.“

„Преди диагнозата си мислех, че би било по-добре да имам рак, тъй като обикновено има ясен път за действие, който да ви помогне да се преборите с болестта. Поставянето на диагноза не е лек, но най-накрая знам какво се случва и разбирам какво трябва да направя, за да отложам неизбежното възможно най-дълго.“

Окончателната диагноза също означава, че други членове на семейството могат да бъдат тествани - за съжаление, това потвърди, че по-малката ѝ сестра също има заболяването.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ И МОТИВИ НА БЛС ЗА АНЕКС КЪМ НРД ЗА МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ 2020-2022

С конкретните предложения може да се запознаете на www.blsbg.com, а в следващите редове може да видите мотивите за направените предложения от Български лекарски съюз за ПИМП, СИМП, МДД и БП по ЗБНЗОК за 2022 г.

Приетото чувствително увеличение на параметрите на разходите за здравноосигурителни плащания за медицински дейности в извънболнична помощ (ПИМП, СИМП и МДД) в сравнение с 2021 г., отговаря напълно на вижданията на БЛС за необходимостта от повишаване на средствата за финансиране на извънболничната медицинска помощ.

Увеличаването на средствата по бюджетните

редове за извънболнична помощ е стъпка в подкрепата на необходимата политика за повишаване ефективността на публичните здравни разходи, част от която са: гарантиране запазването и развитието на кадровия потенциал на структурите за извънболнична помощ; осигуряване нуждите на населението от медицински грижи, които с адекватно финансиране биха могли да се покрият в голяма част от случаите от извънболничната помощ; подкрепа на политиката за осигуряване на профилактика, превенция и ранно откриване на социално-значими заболявания.

За постигане на горепосочените цели с предвидените средства в ЗБНЗОК за 2022 г. за ПИМП, СИМП, МДД и БП в ЗБНЗОК за 2022 г., Български лекарски съюз предлага:

За Първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП):

Български лекарски съюз предлага увеличението на бюджета за ПИМП да се използва за повишаване на цените за дейности с около 30%. Ръстът е абсолютно належащ, за да бъде направена извънболничната помощ привлекателна за кариерно развитие. По данни на Български лекарски съюз в момента 63% от лекарите са над 50-годишна възраст, а средната възраст на медиците у нас е 53 години. При общопрактикуващите лекари данните са още по-тревожни: над 88% от тях са над 50-годишна възраст, а средната възраст при тях е 58 години. Достигнали пенсионна възраст пък са близо 30% от всички общопрактикуващи лекари.

Български лекарски съюз настоява за съществено увеличение на цените за дейности – профилактични прегледи (вкл. по програми детско и

майчино здравеопазване) и диспансерно наблюдение на хронично болни пациенти и др. Целта е, от една страна, да се запазят съществуващите практики, а от друга, първичната извънболнична медицинска помощ да стане по-привлекателна за младите лекари. Затова се предлага сериозен ръст на цените на профилактичните прегледи при малките пациенти или: при деца от 7 до 18 цената на профилактичния преглед да стане 18 лв. (до сега тя беше 11 лв.); а при възрастните от 18 лв. на 25 лв. Диспансеризация: 34 % увеличение.

Български лекарски съюз настоява и за значително повишаване на цените за капитационни плащания, тъй като по този начин се финансират всички прегледи по повод остри заболявания на пациентите и други услуги, включени в пакета дейности на общопрактикуващите лекари. При деца за капитационни плащания предлагаме увеличението да бъде от 2,20 лв. на 2,90 лв. За възрастни от 18 до 65 години да станат от 1,40 лв. на 1,75 лв., а за възрастни над 65 години от 2,20 лв. да се увеличат на 2,70 лв.

За Специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП):

Български лекарски съюз предлага средно 31% увеличение на цените за специализирани дейности, включващи първични и вторични прегледи, медицинска експертиза, профилактични прегледи, диспансерно наблюдение на хронично болни пациенти, прегледи по майчино и детско здравеопазване. Мяроката има за цел насърчаване на профилактиката, диспансерното наблюдение и проследяване както при децата, така и при хронично болните пациенти. Не на последно място подобна мярка ще задържи интереса на колегите от спе-



циализираната извънболнична помощ, трудът на които през годините беше силно подценен и натоварен с големи обществени очаквания.

Сред конкретните предложения са: първичният преглед при специалист от 24 лв. да се увеличи на 35 лв., а при педиатър да стане 37 лв. При вторичен преглед предложението е за възрастни той да се заплаща от НЗОК на 13 лв., а за деца на 15 лв.

За Медикодиагностична дейност (МДД):

Български лекарски съюз предлага в НРД за медицински дейности да се увеличат чувствително броят на изследванията (обемите) за таргетна група МДД, свързани с профилактика/превенция и ранна диагностика на социалнозначими заболявания, като диабет, сърдечносъдови, онкологични, ендокринологични, възпалителни, инфекциозно-възпалителните заболявания, хематологични, метаболитни и др., а също и повишаване на обемите на останалите медикодиагностични дейности. Целта е да се покрият нуждите на пациентите и да им се даде възможност да се възползват от по-голям брой изследвания, което ще допринесе за навременната диагностика, като едновременно с това ще намали случаите, при които поради липса на ресурс за осъществяване на изследвания в извънболничната помощ пациентите се насочват за

диагностика в болнични условия.

Български лекарски съюз предлага намаляване на цената за Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19 (PCR), както и отпадане на заплащането от НЗОК на теста за Ковид анти-тела. Предлагаме още повишение на цените за цитологични, хистобиопсични изследвания, мамография и ехография на млечна жлеза.

За МДД следва да се има предвид, че през 2022 г. в пакета медикодиагностични дейности по Наредба № 9 се въвеждат нови изследвания, гарантирани от бюджета на НЗОК, като засега това са: Протейн на човешкия епидидим 4 (HE4); D-димер, Полимеразна верижна реакция за доказване на минимум 14 типа на човешки папилом вирус (HPV), включващ типове с висок онкогенен риск 16 и 18 и др.

За Болнична медицинска помощ:

Смятаме, че в бъдеще е необходима съществена промяна на финансирането на болничната медицинска помощ чрез въвеждане на по-високи цени и прилагане на комплекс от мерки за ежегодно намаляване на броя на предвижданите хоспитализации, съобразено с доклада на Световната банка още от 2015 година, както и с докладите на ЕК от 2019 и 2021 година. В бюджета на НЗОК са заложили 2,2 млн. хоспитализации. Български лекарски съюз предлага те да са около 1,8 млн., които реално са със 100

000 повече спрямо миналата година, когато са отчетени 1,7 млн. хоспитализации.

Увеличението, което предлагаме в цените на клиничните пътеки, е средно 25%, но варира силно в зависимост от това дали дадена дейност досега е била силно подценена или надценена. Така за някои КП не се предвижда увеличение, за други обаче то достига и до 50%. Сред тях са педиатричните, пулмологичните и неврологичните пътеки.

Предложеното средно увеличение на цените е минималното необходимо за съхраняване на болничната система. Трябва да се има предвид, че на ЛЗ за болнична помощ Надзорният съвет на НЗОК разпределя стойности за отчитаните към НЗОК дейности (бюджети), което е инструмент за регулация на разходите на НЗОК за БМП. Извън регулация са само дейности за раждане, грижи за здрави новородени и хемодиализа.

В предложенията си Български лекарски съюз е заложил съществено увеличение на цените на процедурите за интензивно лечение с цел укрепване на кадровия и инфраструктурен потенциал на отделенията за интензивно лечение на територията на страната. За интензивните грижи предложеното увеличение е с близо 30%.

Сред ключовите предложения е значително увеличаване на цените на амбулаторните процедури, по които се извършват оперативни, диагностични и терапевтични процедури без болничен престой. С определянето на адекватни цени за еднократните процедури се цели здравословните проблеми на пациентите да се решават бързо, без пролежаване в болница и в рамките на един ден те да бъдат обслужени и да се върнат към нормалния си ритъм на живот.

Подчертаваме, че предложените от нас цени са съобразени с параметрите на ЗБНЗОК за 2022 г. и поставят началото на политика за преодоляване на кадровото обезкървяване на здравната ни система.



СЕРТИФИКАТИ ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА)

НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:

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

За контакти:

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

Яна Кръстева
0899 906 655

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ: Направете запитване на 0899906644 и quovadis@blsbg.com

QUO VADIS

Редакционно броят е приключен на 25. 02. 2022 г.

Адрес на редакцията:

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

Тел.: 359 8 999 0 66 44

Главен редактор: Георги Радев

Репортер: Милена Енчева

Email: quovadis@blsbg.com

Предпечат: Ан-Ди

Експонация и печат: ИПК „Родина 2“

100 ГОДИНИ ОТ РОЖДЕНИЕТО НА ОРТОПЕДА ВЪЛШЕБНИК ПРОФ. Д-Р РОСЕН ИВАНОВ

Проф. д-р Росен Иванов (4.1.1922, Стара Загора – 23.6.2005, Стара Загора) завършва медицина през 1945 г. в София, въпреки че любовта му към музиката е огромна, а големият певчески педагог Христо Брѝмбаров е открил у него прекрасния глас на един бъдещ бас. Още един талантлив български ортопед доказва, че медицината е изкуство и тя надделява в избора на професия. След завършване на висшето си образование работи като участъков лекар в с. Долна Липница, Търновско и с. Костенец, Софийско, а по-късно е ординатор в Санаториума на Червен кръст в Баня (1948). През 1949 г. е избран за асистент при проф. Бойчев в Клиниката по ортопедия и травматология на ВМИ-София. През 1951 г. преминава в новооткритата Катедра в ИСУЛ, където става хоноруван доцент (1963), редовен доцент (1969), професор (1974), зам.-директор на база 2 на



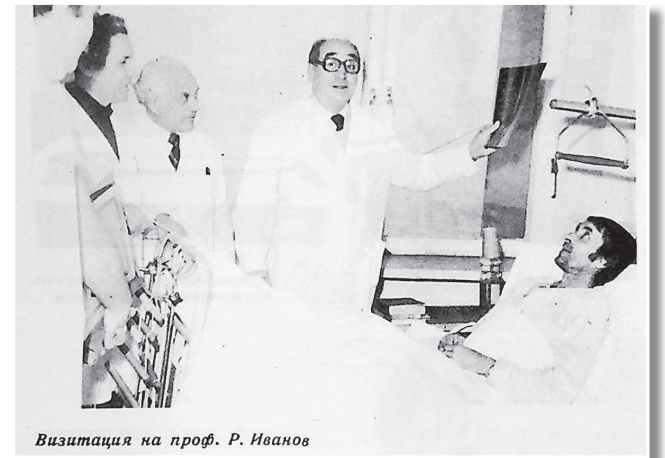
„Златните ръце“ на проф. Росен Иванов вече половин век помагат на болните. Снимка Владимир Рашков

МА (1972-1976), основател и ръководител на Клиниката по ортопедия и травматология към Първостепенна окръжна болница – Стара Загора (1976), която става база и на новооткрития Медицински факултет

(1983).

Проф. д-р Р. Иванов е автор на над 120 научни труда и съобщения, публикувани у нас и в чужбина. Участва в много международни конгреси и конференции в Полша, Италия,

Румъния, Югославия, Германия и др. Има важни приноси в областта на ендопротезирането, остеосинтезата на бедрената шийка, остеомиите на проксималния край на фемура и на таза, артродезите на ходилото, лечението на вродената луксация на тазобедрената става, вродената псевдоартроза на тибията, вродените криви ходила, ендопротезирането и много други. Повече от 20 години е член на редакционната колегия на сп. „Ортопедия и травматология“. Проф. д-р Росен Иванов създава своя школа в гр. Стара Загора, където ръководител на клиниката след неговото пенсиониране става проф. П. Тивчев (1986-1989), а по-късно доц. Г. Пройчев (до ранната му кончина през 2001). Проф. д-р Росен Иванов е един от големите български ортопеди, с виртуозна оперативна техника, владеещ целия арсенал на оперативната ортопедия и травматология, ерудиран специалист, отличен преподавател, желан консултант - много уважаван от цялата ортопедично-травматологична общност (ред. колегия Ортоп. травм., 1987). През 1999 г. получава званието Почетен гражданин на Ст. Загора.



Визитация на проф. Р. Иванов

След „около 10 хил. влизания в операционната зала“ (в. „24 часа Тракия“, 25.06.1999 г., бр. 25, стр. 1), през лятото на 2005 г. проф. д-р Р. Иванов поема вечния си път.

Развитието на ортопедията и травматологията като специалност у нас първите години след Втората световна война е безлязано от изолацията от съвременните постижения на западната медицина и ограниченията за пътувания на научни форуми и специализации в чужбина. Ето защо българските ортопеди и травматолози от това време са известни със своята изобретателност и е много

добре известно, че те имат най-много рационализации и изобретения в сравнение с другите специалности, компенсирайки по този начин недостига на инструменти и имплантати.

За статията са ползвани следните източници:

Tanchev, Panayot & Tanchev, Panayot. (2016). Panayot Tanchev, Panayot P. Tanchev History of Hip Surgery in Bulgaria in P. Tivchev, Pl. Kinov (eds) Hip Surgery, BGKniga Publishing House, Sofia, Bulgaria, 2016 (in Bulgarian).

Редколегията на в-к „Quo vadis“ изказва огромна благодарност на библиотеката „Родина“ – гр. Стара Загора и в частност на г-жа Слава Драганова за оказаната помощ и съдействие при изготвяне на материала.



1979 г. Лекарският колектив на клиниката по ортопедия

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГЪТ ГЕЙМЪР

Или защо за д-р Руслан Кулински игрите са най-добрият начин да пребориш стреса

Време. Това, което никога не стига на д-р Руслан Кулински. Специалистът по гастроентерология е трето поколение лекар и от началото на 2019 г. е назначен в Комплексен онкологичен център – Русе. Графикът му винаги е препълнен, защото е сред малкото специалисти в града, които правят и ендоскопии. Такива са единици в целия град. Именно затова времето е малко, а напрежението в повече. За да разпусне, или както самият той казва „изчисти кеша“ – залага на хоби, което му доставя удоволствие още от ученическите години, а именно компютърни игри.

Лекар трето поколение

Д-р Кулински твърди, че е избрал медицината за своя професия „случайно“. В продължение на разговорите обаче става ясно, че може би гените са оказали по-ключовата роля от случайността.

Всъщност той е трето поколение лекар. Дядо му д-р Иван Маринов е онкогинеколог, а баща му д-р Никола Кулински – онкодерматолог. И двамата му предци са прекарвали по-голямата част от трудовия си стаж в КОЦ Русе, където в крайна сметка попада и самият д-р Кулински – младши.

„Дядо ми от малък, още отпреди да се науча да говоря ме караше да казвам, че ще ставам „докер и шофьор“. Просто не съм можел да кажа нито доктор, нито шофьор. Оказа се, че първо и по-лесно станях „докер“, впоследствие и „шофьор“, шегува се лекарят.

В крайна сметка си признава, че е възможно дядо му да е причина за направения от него професионален избор.

„Като деца ни оставят да си мислим, че сами избираме, но всъщност съзнанието ни така е моделирано в процеса на възпитание, че да вземем точно тези решения“, казва той.

Гастроентерологията – по едно щастливо стечение на обстоятелствата

Д-р Кулински завършва медицина през 2006 г. Въпреки родословието си от лекари, не успява да си намери веднага желано място за специализация. Прекарва известно време в Спешно отделение към болницата в Русе, докато не се отваря място за него в отделението по гастроентерология.

„Това е изключително разнообразна и богата специалност, богата на патология – има 9 различни органа, които се включват в нашата специалност. Има разнообразна апаратура, която се използва за диагностика, както и различни процедури – инвазивни и неинвазивни. А повечето пациенти имат сходни оплаквания – болки в корема, гадене, безапетития, което може да се дължи на патологията от всеки от органите на стомашно-чревния тракт – както казах разнообразие има и не може да е скучно“, признава медикът.

Предвид, че съвсем не сме от нациите, които се славят със здравословно хранене, д-р Кулински пояснява, че по-големият порок на българите всъщност е чашката, а в последното време и стресът.

„Това в момента е водещата причина за каквато и да е патология, но това не е специфично само за България – по-скоро това е световна тенденция. Предполагам заради Ковид пандемията, инфлацията и генералната несигурност“, пояснява той.

А това се случва именно защото връзката между мозъка и стомашно-чревния тракт е много изразена.

„Този стрес, който ние преживяваме в момента, категорично влияе



на функцията на стомашно-чревния тракт. Това много често се изразява в нарушение на перисталтиката – при някои пациенти разстройството, а при други констипация“, пояснява лекарят.

При стрес се стига и до безсъние, което задълбочава затормозяването на системата, като напоследък това се наблюдава и при децата. За голяма част от пациентите обаче е изненадващо, че именно стресът може да е причината за проблемите им.

„Отнема ми време да обясня, че наистина има връзка между напрежението и стомашното неразположение, в какво се изразява тя и как това, че си под напрежение, няма как да не се отрази. Пациентите обаче остават неудовлетворени от това обяснение – не си им намерил болест, следователно те продължават да се изследват и да харчат парите си безсмислено“, казва д-р Кулински.

Времето, което никога не стига

Най-честият проблем, с който се сблъсква д-р Кулински в своята практика, е липсата на време.

„На мен не ми стига времето. Аз обичам да обяснявам на пациенти-

те какво точно и как се случва, защото вярвам и съм убеден в това, че когато те чуят и разберат каква е причината и къде бъркат, могат по-лесно и успешно да коригират дадения проблем – било с промени в диетата или с приложеното лечение. Като не им обясня, ще им напиша една рецепта, което ще ми отнеме примерно 30 секунди буквално. След три дни, когато пациентът не е получил мигновено подобрене – много често се случва точно това – той да си казва: „Пак ми изписаха някакви глупави лекарства, аз ще си правя каквото си искам, той лекарят нищо не разбира“. Съответно се къса връзката: няма доверие, няма ефект и няма смисъл“, споделя гастроентерологът. Именно по тази причина той избира да обяснява на пациентите си, което отнема понякога и 30 минути.

„Ако на човек отдели 25-30 минути, не знам колко човека ме чакат отвън. Чак ме е страх да си покажа носа, за да видя колко са чакащите, които гледат лошо. А когато стане време да си тръгна, за да прибера детето си от училище, започват разправията“, казва лекарят.

Според него със сигурност причината за подобни ситуации е липса на кадри.

„Има недостиг на активно рабо-

тещи гастроентеролози, които работят и ендоскопия. Гастроентерологични кабинети в Русе има, но повечето от лекарите са на възраст около 60 и разбираемо сами намаляват натовареността си. А сам не можеш да компенсираш това и то е за сметка на семейството – децата и жената го отнасят“, заявява медикът.

На месец през амбулаторния му кабинет минават средно над 170 души, като отделно има такива – „Аз само да попитам“, които само получават съвети и си тръгват. За миналата година пациентите на КОЦ – Русе, преминали през кабинета, са над 3000, а направените ендоскопии са над 650.

„Ако имаше повече хора, които да се занимават с това в града, ситуацията щеше да е по-различна и нямаше да сме толкова натоварени“, признава д-р Кулински.

Според него причината за липсата на лекари у нас съвсем не е само финансова. „Напротив, пари в здравеопазването има, но трябва да си ги заслужиш.“

„Хората, на които им се работи, имат отношение към пациентите и си разбират от работата, имат достатъчно предпоставки да се справят добре финансово в областта на медицината. За съжаление, това идва едва, след като вземеш специалност и натрупаш малко опит. След 35 може да се справяш по-добре финансово. За да имаш пари до тогава обаче – караш на мускули и дежурства в Спешното. Чакаш мама и тате да ти помагат, макар че на 30-35 ти вече имаш семейство и дете, което чака на тебе, а ти чакаш на твоите родители“, споделя още медикът.

По думите му това, което отблъсква младите медицински специалисти да се развиват у нас, често е отношението на по-опитните колеги, които трябва да те научат и да ти дадат хляба в ръцете, както и на обществото към професията – „бялата мафия“.

„Като новозавършил лекар на мен ми обясняваха години наред как нямам желание да работя. Началниците ми постоянно обясняваха как не съм достатъчно активен“, спомня си д-р Кулински. „Вероятно е било начин за по-добра мотивация“.

От друга страна част от пациентите са особено нетърпеливи.

„Българинът иска всичко стане веднага. Той не може да чака. Как ви звучи изречението: „Ама аз сега съм излязъл от работа, как ще ме върнеш? Как отговаряте Вие на този въпрос при положение, че е имало хора записани от преди двестри седмици, които стоят и чакат, а той иска да влезе преди всички, защото е излязъл от работа и на него сега му е удобно. Нещата за такива хора трябва да се случват сега – веднага, качествено и бързо! Ако може в обедната му почивка – това никъде по света го няма“, заявява гастроентерологът.

Компютърните игри срещу стреса

Въпреки че времето му никога не стига, д-р Кулински успява да отдели по час за любимото си хоби



всяка вечер.

„Привечер към 11:00 когато всички легнат да спят, аз се отдавам на компютърни игри. В момента играем Fortnite с голямото дете. Поне по час на ден, защото за повече няма време – той трябва да спи и да ходи на училище“, разказва лекарят.

Играе също Starcraft, но най-много време преди е отделял на World of Warcraft.

„Изпразва ми мозъка, така не мисля за нищо. Всичко се случва на автоматичен принцип. Мозъкът ми не функционира там, не ми се налага да взимам някакви решения и да нося някаква отговорност. Изпразваш кеша – изчистваш го от ежедневните проблеми. Затова и играя преди заспиване“, пояснява д-р Кулински.

Въпреки че е много запален по хобито си, за него то ще си остане просто хоби. Никога не е мислил да се занимава професионално с това, въпреки че осъзнава, че гейминг индустрията е много добре финансово обезпечена.

„Категорично могат да се изкарват пари от това и хората го правят, но там, като във всяка друга сфера, за да си на много високо ниво, трябва да играеш много часове на ден, за да станеш наистина добър и да започне това да ти носи добри доходи“, допълва лекарят.

Самият той никога не се е замислял да се занимава професионално с игри, въпреки че назад във времето е вземал участие в гейминг турнири.

„Ходихме на турнир по Starcraft в София заедно с мои съученици. Играта беше по двойки, като от Русе се включихме 2 такива. Аз и моят приятел, с когото бяхме в един отбор, взехме трето място, а другите ни съграждани първо. Но това беше в едно друго време от предния век, към днешна дата е невъзможно да се случи – всяко нещо с времето си“, заключава медикът.

За д-р Кулински компютърните игри винаги са били просто забавление.

„По време на студентството ми беше контакт с приятелите. Бях в такава среда, че всички играеха нещо и така ние си намирахме начин на комуникация. Правехме го за забавление“, казва той.

Но никога забавлението във виртуалното пространство не би изместило медицината, защото д-р Кулински обича своята професия. В най-смелите му мечти не са гейминг турнирите, а предаването на опита си на специализантите в областта на гастроентерологията. Паралелно с това се надява в бъдеще да има повече време за себе си и семейството си и защо не малко повече спорт.