

# QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

## ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ - БОЙЦИТЕ НА ВХОДА НА СИСТЕМАТА -

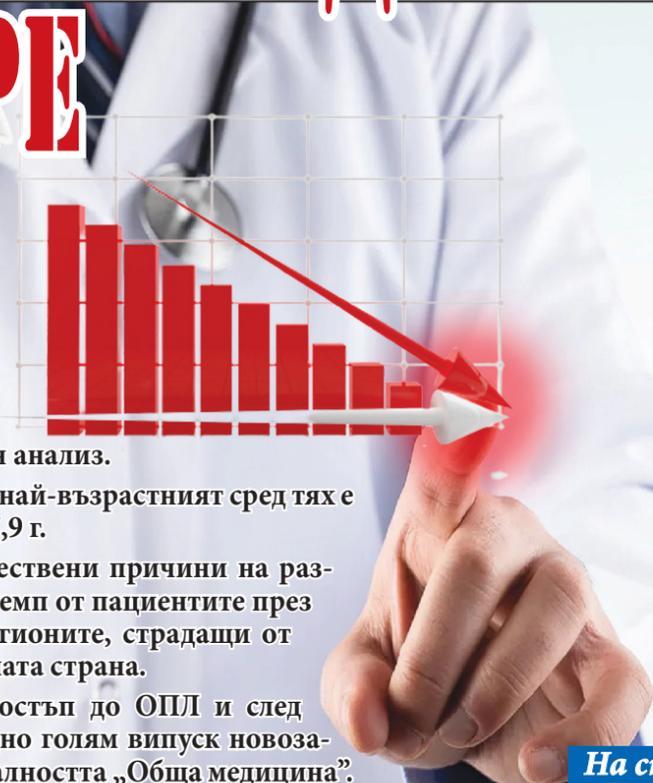
### ДНЕС И УТРЕ

**П**о данни на БЛС общопрактикуващите лекари са сред най-застаряващата група медици. По-рано тази година стана ясно, че над 400 души от тази група са прекратили практиките си. Очевидно е, че предстои криза, но конкретните отговори изискват по-задълбочен анализ.

В България практикуват 3661 ОПЛ като най-възрастният сред тях е на достопенните 91 г. Средната възраст е 57,9 г.

Данните сочат, че намаляването по естествени причини на разглежданата група ще се „усеща“ с ускорен темп от пациентите през предстоящите години, първоначално в регионите, страдащи от най-тежък недостиг, а впоследствие и в цялата страна.

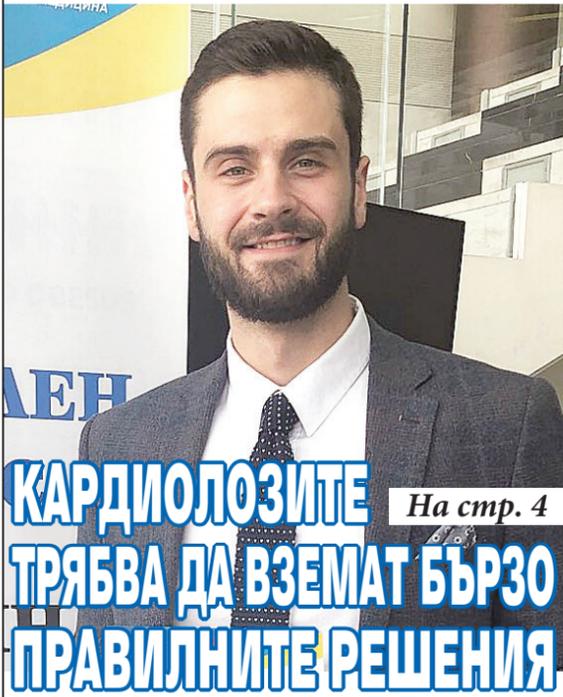
За да продължи българинът да има достъп до ОПЛ и след 15 години, е нужно ежегодно по един средно голям випуск новозавършили медици да се насочват към специалността „Обща медицина“.



По темата за кадровата обезпеченост при ОПЛ към момента и какви са прогнозите в следващите години, разговаряме със зам.-председателя на БЛС д-р Николай Брънзалов.

На стр. 6, 7

### Д-Р ИВАН-АСЕН ШИШМАНОВ



КАРДИОЛОЗИТЕ ТРЯБВА ДА ВЗЕМАТ БЪРЗО ПРАВИЛНИТЕ РЕШЕНИЯ.

На стр. 4

### ПРОФ. ЕМИЛ ПАСКАЛЕВ:



ЗА ЕДВА 5% ОТ РЕДКИТЕ БОЛЕСТИ СЪЩЕСТВУВА ЛЕЧЕНИЕ

На стр. 8

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



- Д-р Иван Маджаров: Хартинената и електронната рецепта трябва да съществуват паралелно
- Параметрите, които БЛС договори в Анекса към НРД 2020-2022
- Голяма крачка към Дом на българския лекар
- 74-тият Събор на БЛС се обяви против отпадането на хартинената рецепта

На стр. 2-3

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

## БЛС ДОГОВОРИ 30% УВЕЛИЧЕНИЕ НА ЦЕНИТЕ ЗА ДЕЙНОСТИ В ПИМП И СИМП, 25% ЗА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

28 април 2022 г.

След три месеца тежки и интензивни разговори по параметрите на Анекса към НРД 2020-2022 г. Български лекарски съюз успя да постигне следните договорености за изпълнителите на медицинска помощ:

30% средно увеличение на цените на дейностите в ПИМП и СИМП, които влизат в сила със задна дата от 01.01.2022. За първи път извънболничната помощ беше изведена като приоритет и беше договорен толкова сериозен ръст на цените.

В ПИМП ръстът на цените е средно 30%. Съществено е увеличението както на профилактични прегледи, така и за диспансерно наблюдение на хронично болни пациенти. Повишени са и цените за капитационни плащания при ОПЛ.

31% средно е повишението на цените на дейностите в СИМП, включващи първични и вторични прегледи, медицинска експертиза, профилактични прегледи, диспансерно наблюдение на хронично болни пациенти, прегледи по майчино и детско здравеопазване.

В МДД е налице чувствителен ръст на броя на изследванията (обемите). Целта е да се покрият нуждите на пациентите и да им се даде възможност да се възползват от по-голям брой изследвания.

В болнична помощ Български лекарски съюз постигна поставената цел от средно увеличение на цените за дейности в размер на 25%. Новите цени влизат в сила от 01.05.2022 г. За оставащите месеци до края на годината болниците ще получат и увеличени бюджети - приблизително с 25%.

Анексът на НРД за медицинските дейности между НЗОК и БЛС за 2020 - 2022 г. е достъпен на [www.blsbg.com](http://www.blsbg.com).

## ДИРЕКТОРЪТ НА ЦСМП – СОФИЯ С НАГРАДА ЗА БЕЗОПАСНИ УСЛОВИЯ НА ТРУД

Директорът на ЦСМП – София д-р Георги Гелев беше награден от КНСБ със статуетка Прометей за здравословни и безопасни условия на труд в центъра.

Тази награда се връчва ежегодно по случай Световния ден за безопасни и здравословни условия на труд. Отличието бе връчено лично от президента на синдикалната организация Пламен Димитров.

„Става дума за чудесен ръководител, за невероятни лекари, медицински сестри, фелдшери и шофьори, които работиха неуморно по време на пандемията, работят постоянно в полза на обществото“, каза лидерът на синдиката при връчването на наградата, която се споделя и от председателката на КНСБ в центъра д-р Ана Николова.

„Като станах директор на центъра пред 20-тина години, го заварих с 88 000 обслужвани болни и пострадали на година. Сега те са вече 156 000 годишно. Въпреки натовареността екипите са отлични, хора с висока отговорност и професионализъм“, каза д-р Георги Гелев.



## Съборът на БЛС е против отпадането на хартиената рецепта

14 май 2022 г.

Делегатите на 74-тия Събор на БЛС са категорично против пълното отпадане на хартиената рецепта, както предвиждаха заложените промени в Наредба 4 и които към момента са в етап на обсъждане. Подобна мярка е необоснована, неразумна и нерационална. Това би нарушило правата на пациентите и ще възпрепятства лекарите в изпълнението на служебните им задължения. С това си решение те препотвърдиха позицията на Националния съвет на БЛС от 16.04.2022 г.

Подобна мярка ще доведе единствено до възникване на допълнително напрежение по оста „лекар-пациент“. Нещо повече: тя нару-

шава правата на пациентите и възпрепятства лекарите в изпълнението на служебните им задължения. С отпадането изцяло на хартиената рецепта, ще се стигне до ситуации, в които лекар, извън кабинета си, няма да може да предпише лечение и да бъде в полза на своите пациенти.



Резонен е въпросът: **Защо хартиените рецепти важат в Европа,**

а у нас все още се обсъжда тяхното пълно отпадане? Българските лекари за пореден път заявяват пълната си подкрепа за дигитализацията на сектора, но без това да бъде за сметка на ограничаването и отнемането на права на лекари и пациенти.

Забраната за използване на хартиена рецепта не решава нито един проблем на здравната ни система, напротив - ще създаде допълнителни затруднения за пациенти и лекари.

Затова: 74-тият Събор на БЛС настоява хартиената рецепта да продължи да важи паралелно с електронната такава и напомня: **Лекарят е лекар във всеки един момент, не само в работно време, пред своя компютър!**

# 701 дни са необходими на една нова терапия да достигне до онкологично болните пациенти в България

22 май 2022 г.

Средно 701 дни са необходими на една нова терапия да достигне до онкологично болните пациенти в България, сочи доклад на EFPIA, изготвен от IQVIA. Това е доста повече от средните 545 дни за Европейския съюз. И още: само за 2021 г. на глобалния пазар в сферата на онкологията са пуснати над 20 иновативни терапии, а за периода 2012-2021 техният брой е 169.

Докладът на EFPIA беше представен по време на работна среща между представителите на Националния онкологичен алианс по инициатива на Българското онкологично научно дружество (БОНД). По време на срещата бяха обсъдени основните цели и приоритети, залегнали в Националния противораков план, както и оставащите стъпки до неговото финализиране и приемане от страна на Министерство на здравеопазването.

Данните сочат, че през 2020 г. 2,7 млн. души в Европейския съюз са диагности-



цирани с рак, а други 1,3 млн. души са загубили живота си вследствие на заболяването. Очакванията на Международната агенция за изследване на рака са до 2035 г. смъртните случаи да нараснат с 24%, което ще превърне рака във водеща причина за смърт в ЕС.

И още: от проведено проучване през 2021 г. сред медицински специалисти във Франция, Германия, Италия, Испания, Великобритания, Румъния и България, данните сочат, че 68% от лекуваните пациенти с рак на гърдата в България са

били диагностицирани в стадий II и III и едва 12% в стадий 0-I. Подобна е ситуацията в Румъния, докато в останалите изследвани държави процентът на пациентите, диагностицирани в ранен стадий на заболяването, е 27%.

„Тези данни за пореден път показват липсата на адекватна превенция и работещи скринингови програми в страната. Ако имаме такива, щяхме да диагностицираме рака на гърдата, както и много други заболявания, в доста по-ранен стадий. Надяваме се с приема-

нето на Националния противораков план и стартирането на дейностите по него, да обърнем тази статистика, както и да осигурим равен достъп до съвременно лечение за всички граждани в страната“, допълни проф. Асен Дудов, д.м., председател на БОНД.

„Благодаря Ви от името на Български лекарски съюз както за тази работна среща, така и за всички усилия, които полагате и ще продължавате да полагате за решаване на раковия проблем в България. В наше лице Вие имате верен партньор и съмишленик. Всички приключения тук осъзнаваме сериозността на проблема и искрено се надяваме съвместни усилия да успеем да насочим вниманието на обществото към него, да успеем да ангажираме населението на страната ни и то да стане активен участник в превенцията и профилактика не само на онкологичните заболявания, а изобщо“, заяви адв. Даниел Колев, юрист на Български лекарски съюз.

## XIX КОНГРЕС НА БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ ПО РАДИОЛОГИЯ

Организационният комитет на Българската асоциация по радиология има удоволствието да Ви покани на своя XIX конгрес, който ще се проведе присъствено в периода 3-6 ноември 2022 г. в Гранд хотел Пловдив, гр. Пловдив.

За предстоящото издание на конгреса Организационният комитет има амбициозната задача да подготви изключително стойностна научна програма, която ще включва множество интересни научни сесии. Специални гости ще бъдат изтъкнати лектори от страната и чужбина, които ще имат възможността да споделят своя огромен опит в оживени дискусии и неформални разговори.

В предконгресния ден - 3 ноември - ще се проведе Европейско училище по абдоминална образна диагностика под егидата на ESOR Visiting Professorship Programme, чиято цел е да привлече голям брой специализанти и млади лекари в областта на образната



диагностика. За информация и регистрация за училището - <https://cmebg.com/en/sabitia/esor-school/>.

За повече информация, онлайн

регистрация и новини - <https://cmebg.com/sabitia/xix-kongres-radiologia/>, където ще бъде публикувана информация за участие с резюмета.

## Покана за конференция „Обществени аспекти на психичното здраве и психичните разстройства“

Конференцията „Обществени аспекти на психичното здраве и психичните разстройства“ се организира по проект „Психично здраве и социални неравенства“, финансиран от Фонд „Научни изследвания“.

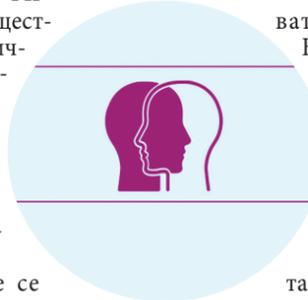
Конференцията ще се проведе на 17 и 18 юни в новата конферентна зала на Софийски университет „Св. Климент Охридски“. Форматът на събитието е хибриден. Конференцията е на английски език.

Основната му цел е да събере водещи учени, изследователи и заинтересовани страни, за да споделят своите изследо-

вателски резултати и опит. Конференцията предоставя интердисциплинарна платформа за изследователите, в която да представят и дискутират теми, свързани с неравенствата, социалното изключване, стигмата, дискриминацията, както и аспектите на грижата и интеграцията на хората с психични разстройства.

Ако решите, че искате да присъствате онлайн, можете да подадете заявка за достъп през платформата Zoom на: [samh@phls.uni-sofia.bg](mailto:samh@phls.uni-sofia.bg).

Програмата на конференцията може да видите на [www.blsbg.com](http://www.blsbg.com).



## ГОЛЯМА КРАЧКА КЪМ ДОМ НА БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАР

121 години след основаването на Български лекарски съюз медиците най-накрая ще имат свой дом. 74-тият Събор на Съсловната организация реши да инвестира и даде мандат на Управителния съвет на Български лекарски съюз за започване на преговори за закупуване на сграда на лекарите в столицата.

Всички подробности и параметри от предстоящите преговори са в процес на уточняване. Закупуването на сграда от Български лекарски съюз не е обвързано по никакъв

начин с парцела в двора на Медицинска академия, който е собственост на Съсловната организация и на който към този момент няма възможност да бъде построена сграда, заради съдебен спор.

Български лекарски съюз е второто учредено в световен мащаб сдружение на медици с над 32 000 члена към този момент, които за първи път, след повече от век, ще имат свой собствен дом.



## ОТБОРЪТ НА УМБАЛ „СВ.АННА“ 2 ПОБЕДИ ВЪВ ФУТБОЛНИЯ ТУРНИР ЗА ЛЕКАРИ

28 май 2022 г.

Футболният отбор на УМБАЛ „Св. Анна“ 2 победи в турнира за лекари, организиран от Български лекарски съюз съвместно с УМБАЛ „Св. Анна“. Във финала те се наложиха над МБАЛ „Св. София“, а срещата завърши 2:0.

Така отборът на МБАЛ „Св. София“ зае второто място. Бронзът отиде при 1-ви отбор на УМБАЛ „Св. Анна“. Надпреварата е своеобразно продължение на миналогодишния турнир „Заедно срещу болестта“.

Български лекарски съюз и УМБАЛ „Св. Анна“ си поставят за цел футболният турнир за лекари да стане традиционен.

Надпреварата се проведе на стадион Бистрица и продължи през целия ден, до излъчването на отбора шампион.



## Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ: ХАРТИЕНАТА И ЕЛЕКТРОННАТА РЕЦЕПТА ТРЯБВА ДА СЪЩЕСТВУВАТ ПАРАЛЕЛНО



*Идеята на МЗ за промени в Наредба 4, касаещи пълното отпадане на традиционната рецепта, породила сериозен дебат относно уместността на това решение. Работещите в сектора на здравеопазването и техните съсловни организации, наред с пациентите и техните сдружения, а и обществото като цяло не одобри подобна стъпка. Какви са съображенията и притесненията на БЛС относно тази идея – разговаряме с председателя на организацията д-р Иван Маджаров.*

Д-р Маджаров, идеята за въвеждане на изцяло електронна рецепта предизвика остра реакция в съсловието, НС на БЛС излезе със становище, което беше препотвърдено от Събора. Какво провокира тези несъгласия с проекта за промени в Наредба 4 на МЗ?

Нека започнем с това, че лекарите и БЛС като тяхна съсловна организация подкрепят цялостната идея за дигитализацията в здравеопазването. Нещо повече: ние сме сред основните участници в редица дискусии и работни срещи по тази тема, положени са огромни усилия от наша страна. Стараем се да бъдем конструктивни и оказваме пълно съдействие за процесите в тази посока. С пълното отпадане на хартиената рецепта обаче на практика се оказва, че правата ни като професионалисти, а и тези на пациентите, ще бъдат ограничени. Лекарят обаче е лекар по всяко време на денонощието, не само пред компютъра или телефона. Няма значение дали аз съм пенсиониран или практикуващ лекар, дали съм в кабинета си, или извън него, аз, като лекар, имам право да издам предписание на нуждаещ се от медицинска помощ пациент във всеки един момент. Реално със забраната за използване на хартиена рецепта една от най-базисните функции на медика бива осуетена. Което, разбира се, рефлектира и върху пациентите. Нека не забравяме, че една голяма част от лекарите, около 1/3, са над 65 години. За по-възрастните колеги, а и пациенти, подобна крачка е допълнителен стрес. Нашата позиция няма да бъде променена – категорични сме: хартиената и електронната рецепта трябва да продължат да важат паралелно.

Някои определят оставянето на хартиената рецепта като крачка назад в дигитализацията.

Това е доста повърхностен поглед върху ситуацията и също толкова несъстоятелен. Мисля, че фактът, че в целия ЕС само в една страна е премахната изцяло хартиената рецепта и важи само електронната такава е достатъчно красноречив. Нещо повече: Швеция, Финландия и Дания са страните успели да достигнат над 90% използваемост на електронната рецепта, но без въвеждането на забрана за използването на хартиената. Явно в останалите държави става въпрос за много по-добър начин на комуникация и на внедряване на новостите чрез убеждение, а не по силов път. Не може една технологична придобивка да води до забрана на нещо друго, до отмяна на правото на лекаря да изписва лекарства по всяко време на денонощието. Въвеждането на електронен преглед означава ли, че трябва да ми бъде забранено да преглеждам по друг начин? Това, че има смартфони, означава ли, че трябва да забраним на лекар, който няма смартфон, да практикува? Това е другият прочит на аргументите на Министерството на здравеопазването, които казват – „ние ще ви направим приложение, ще направим софтуер и като го има този софтуер, вие ще сте длъжни да работите с него и забраняваме по другия начин“. В анкета, поместена на сайта на Български лекарски съюз, над 90% от гласувалите колеги бяха против отпадането на хартиената рецепта. Бялата и електронната рецепта трябва да съществуват паралелно. Категоричното становище на лекарите е своеобразно подкрепено и от обществото. В анкета, пусната на сайта на пациентска организация, 95% от гласувалите бяха против забраната на бялата рецепта, а в допитване на една от националните ни телевизии 75% от гласувалите бяха против. При такава нагласа е самоубийствено да се опитваш да наложиш административно решение. Препоръчвам на тези, които взимат решенията, изобщо да забравят думичката „отлагам“. Необходимо е решение за паралелно използване на хартиената и електронната рецепта, а всички заедно трябва и ще направим нужното да популяризираме електронната такава.

Казахте, че държавите в ЕС в голямата си част използват и двата вида рецепти. Правено ли е проучване в тази посока?

Да. БЛС направи проучване, публикувано на сайта на организацията. Там са и ползваните източници – правителствени сайтове, такива на международни организации и доклади. Единствено Естония използва като единствен вариант електронна рецепта.

А как виждате преминаването към новите технологии и поетапното свикване с този нов начин на функциониране на системата на здравеопазване?

Хартиената рецепта постепенно ще изживее времето си, както много други неща в ежедневието ни, но не смятам, че това може да се случи със забрана. Във всички нови технологии първо има изобретение, после ограничено потребление, после масово и накрая чак ползите. Не разполагаме с огромно време, за да извървим тези етапи. Най-важно е да обърнем внимание на начина на въвеждане на новите технологии. Трябва да премахнем старите процеси. Новият процес на съхраняване на пациентско досие в НЗИС е нещото, което ще премахне необходимостта от съхраняване на хартиеното досие, защото данните се съхраняват другаде, то е гарантирано дигитално. Ако успеем да променим средата, в която ще се направят нововъведенията, ще си гарантираме, че този процес няма да се провали.

Интервю на Георги Радев

29 април 2022 г.

## АНЕКСЪТ КЪМ НРД 2020-2022 ВЕЧЕ Е ФАКТ

В Министерство на здравеопазването Български лекарски съюз, Надзорния съвет на НЗОК, проф. Петко Салчев - управител на НЗОК и проф. Асена Сербезова - министър на здравеопазването, подписаха Анекса към Националния рамков договор 2020-2022 за медицински дейности.

30% е средното увеличение на цените на дейностите в ПИМП и СИМП. По-високите цени за извънболнична помощ влизат в сила със задна дата от 01.01.2022г.

„За първи път извънболничната помощ беше изведена като приоритет и беше договорен толкова сериозен ръст на цените. В ПИМП ръстът на цените е средно 30%. Съществено е увеличението както на профилактични прегледи, така и за диспансерно наблюдение на хронично болни пациенти. Повишени са и цените за капитационни плащания при ОПЛ. Диспансерният преглед за пациент с едно заболяване вече се

заплаща 18 лв., с две – 20 лв., а с повече – 24 лв.“, съобщи зам.-председателят на БЛС д-р Николай Брънзалов.

В СИМП 31% средно е повишението на цените на дейностите, включващи първични и вторични прегледи, медицинска експертиза, профилактични прегледи, диспансерно наблюдение на хронично болни пациенти, прегледи по майчино и детско здравеопазване. Първичният преглед от 24 лв. става 34 лв. За прегледи на деца при педиатър – 36,50 лв. от 24,50 в момента. Цената на вторичните прегледи се повишава от 12 на 13 лв., за деца – на 15 лв. За медицинска експертиза – от 10 лв. на 13,60 лв.

В МДД е налице чувствителен ръст на броя на изследванията (обемите). Целта е да се покрият нуждите на пациентите и да им

се даде възможност да се възползват от по-голям брой изследвания. Увеличени са цените на хистологични и цитологични изследвания.

В болнична помощ Български лекарски съюз постигна поставената цел от средно увеличение на цените за дейности в размер на 25%. Така някои КП са без промяна в цените, но за други увеличението достига и до 50%. Сред тях са педиатричните, пулмологичните, неврологичните пътеки, интензивните грижи. Например за раждане цената нараства от 1100 лв. на 1450 лв. Пътката за новородени с тегло под 1499 грама от 4 774 лв. става 6 062 лв.

Новите цени влизат в сила от 01.05.2022 г. За оставащите месеци до края на годината болниците ще получат и увеличени бюджети – приблизително с 25%.



## Д-Р ИВАН-АСЕН ШИШМАНОВ:

# КАРДИОЛОЗИТЕ ТРЯБВА ДА МОГАТ ДА ВЗЕМАТ БЪРЗО РЕШЕНИЯ, КОИТО ДА СА ПРАВИЛНИТЕ

Д-р Иван-Асен Шишманов е специалист по кардиология в УМБАЛСМ „Пирогов“. Родом е от Велико Търново. Завършва Медицински университет София през 2017 г. Член е на Европейското дружество по Кардиология (ESC) и Дружеството на Кардиолозите в България (ДКБ). Участва в многобройни конгреси и семинари свързани със специалността. През 2019 г. е награден от SPAF Academy (Stroke Prevention in Atrial Fibrillation - Превенция на инсулт при предсърдно мъждене) на ежегоден научен форум във Виена. Наградата е за описан от д-р Шишманов клиничен случай от собствената му практика, свързан с превенцията на мозъчния инсулт. Разговаряме с него дни преди да защити своята кардиологична специалност. Открадваме няколко минути от времето му, за да поговорим за кардиологията, възможностите пред младите лекари и бъдещето на един такъв.



За д-р Шишманов можем да твърдим, че е потомствен лекар, тъй като баща му е общопрактикуващ медик. Родителите му обаче не се месят в решението му. Дори първоначално, идеите му за бъдеще били коренно различни.

„Категорично не съм искал винаги да се занимавам с това. До 16-17-годишна възраст исках да се занимавам с информационни технологии, но когато се сблъсках отблизо със специалността, не ми допадна начинът на работа. Стори ми се прекалено суха материя за мен“, признава младият лекар.

Щастлив е все пак, че сам е решил да тръгне по пътя на медицината и е категоричен, че всеки, който я е избрал за свой професионален път, трябва да е категоричен, че много иска да се занимава именно с това.

„Мисля, че ако човек не иска да се занимава

конкретно с тази професия, но все пак се захване с нея, нито той, нито пациентите му ще бъдат доволни“, категоричен е д-р Шишманов.

### КАРДИОЛОГИЯТА – СПЕЦИАЛНОСТ С НЕОБЯТНИ ВЪЗМОЖНОСТИ

По отношение на избора си на специалност, д-р Шишманов също не е особено категоричен. Още в първи курс смята, че подходяща за него би била кардиологията. Няколко пъти след това обаче се появяват съмнения за избора.

„Като всеки студент минах през множество други желания от рода на анестезиология, интензивно лечение, неврохирургия. Минах през доста специалности като желания, но накрая пак се върнах на кардиологията – категорично“, разказва той.

Не съжالياва за избора си, тъй като определя спе-

циалността, която е избрал, като логична и разбираема. В същото време тя давала възможности – както за извънболнична помощ, така за високоспециализирана болнична дейност.

На въпроса кои са качествата, които трябва да притежава в повече един кардиолог, д-р Шишманов казва, че тези специалисти трябва да са добре запознати с останалите медицински направления, тъй като рядко един пациент страда само от сърце.

„Кардиолозите трябва да са склонни да вземат бързо решения, които съответно трябва да са правилните. Тъй като в кардиологията доста често има спешни състояния, които са времево сензитивни. Една забавена реакция може да коства живота на един пациент“, казва лекарят.

### ПОЛОЖЕН ТРУД = ПРИЗНАНИЕ

През 2019 г. д-р Иван-Асен Шишманов е отличен измежду над 500 негови колеги от различни европейски страни, получавайки награда от Академията по превенция на инсулт при предсърдно мъждене.

„Тук говорим за пациенти с вътрешночерепни кръвоизливи, предчерепни тумори и въобще пациенти, при които има риск от кървене при използване на антикоагулация. Ако не

приемат подобна терапия може да получат инсулт, а ако я приемат, употребата на самото лекарство може да доведе до фатален кръвоизлив“, пояснява лекарят.

Д-р Шишманов е впечатлил оценителите, представяйки интересен клиничен случай от практиката си.

„Това беше пациент с давностно предсърдно мъждене, който беше лекуван дългогодишно с витамин К антагонист. Беше претърпял лека травма на главата и беше получил вътрешночерепен кръвоизлив. При такива пациенти са много деликатни въпросите кога, как и в каква дозировка, така да се каже, да бъде възстановена антикоагулацията. Това, че човекът е преживял кръвоизлив, рискът от инсулт и тромботични събития остава висок“, казва още той.

В крайна сметка след няколкократно проведени скенери на главата и на базата на самия профил на пациента, д-р Шишманов избира конкретен препарат, който повлиява положително пациента. След последния си инсулт лекуваният не получава други и в момента живее пълноценен живот, без усложнения вече трета година.

### „ПИРОГОВ“ – ГОЛЯМАТА ШКОЛА

Д-р Шишманов е щастлив, че му се е отдала възможност да специализира

не къде да е другаде, а в УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ – именно заради статута на лечебното заведение.

„Пирогов е голяма школа. През болничното заведение преминават безброй много пациенти, нерядко става дума за много комплицирани случаи, което налага т.нар. интердисциплинарен подход, което по-рядко може да се наблюдава в специализираните кардиологични болници. Нашите пациенти често са с по няколко проблема от рода на, да кажем, политравма и инфаркт или такива с остър хирургичен корем, а междувременно са развили и остър коронарен синдром“, казва специалистът.

По думите му, през последните години се сблъскавал с много и различна патология, което се оказва изключително благоприятно за израстването му като лекар.

### КОВИД – ПОРЕДНОТО ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО

Специализацията на д-р Шишманов съвпада с периода, в който светът е завладян от Ковид - 19. Заради заразата значително се увеличават пациентите с белодробни и тромбоемболии и миокардити.

„По време на т. нар. Делта вълна имаше значително повече случаи на белодробни тромбоемболии и миокардити. В частност белодробни тромбоемболии – доста често тежки, масивни, нерядко фатални“, признава той.

И без Ковид обаче в България броят на пациентите със сърдечни проблеми е по-голям. По думите на д-р Шишманов причините най-често са социално-икономически.

### ВЪЗМОЖНОСТИТЕ ПРЕД МЛАДИТЕ ЛЕКАРИ У НАС

Работата зад граница не е стояла на дневен ред прекалено дълго в съзнанието на младия лекар, тъй като той харесва живота си в България. По думите му обаче, особено заради Ковид, липсата на кадри в страната е проличала особено явно.

„Освен ниското заплащане, това, което провокира специалистите да емигрират, често е липсата на уреденост на системата. Да кажем, че повечето

млади, новозавършили лекари искат да специализират в някой от големите градове. Съответно формирант се четири-пет града, които са по-централни за медицината и в по-малките градове, за съжаление, както липсват кадри, така често липсват и цели отделения. Това е симптоматична неуреденост“, заявява специалистът по кардиологията.

По думите на лекаря този проблем по места може да бъде решен с допълнителна материална стимулация.

„Ако единствената ти възможност да работиш дадена специалност е само в по-отдалечен малък град, може да получиш финансов бонус за това, че избягаш да практикуваш там, вместо на мястото, където първоначално си пожелал“, размишлява медикът.

Друг ключов проблем според него е липсата на апаратура на места или конкретен тип специалисти, от които младите лекари да се учат.

### ХОБИТО НА ЕДИН КАРДИО СПЕЦИАЛИСТ

Д-р Шишманов не иска да говори прекалено високопарно за бъдещето. Надява се занапред да се развива в областта на инвазивната кардиология.

В свободното си време той обича да спортува, а сред любимите му занимания е тичането. Въпреки че още не е участвал в марафон, го обмисля сериозно.

Другото му интересно хоби е музиката. До скоро е свирил на китара и бас китара, като назад във времето дори е участвал в група, с която са изнасяли изпълнения на живо на аматорски фестивали в Пловдив, Несебър, София и в по-малки заведения.

Свиренето в банда в момента е заменен с това в домашни условия за удоволствие. В малкото останало свободно време се наслаждава на художествена литература и настолни игри.

Надява се в бъдеще да му се намира и повече време за пътувания и преди всичко той и хората около него да са здрави и щастливи.

„Мисля, че това е повече от голяма Надежда“, заключава бъдещият кардиолог специалист.



# НОВ МЕТОД НА ЛЕЧЕНИЕ УВЕЛИЧАВА ПРЕЖИВЯЕМОСТТА ПРИ ПАЦИЕНТИ С РАК НА ЖЛЪЧНИТЕ ПЪТИЩА И ПАНКРЕАСА

Пациент с хилусен холангиокарцином (първичен рак на жлъчните пътища) се подложи на високочестотна ендоскопска аблация под ЕРХПГ контрол, извършена от екипа на доц. Петко Карагъзов, началник на Отделение по Интервенционална гастроентерология в УМБАЛ Токуда. Процедурата се прилага за локална деструкция на тумора и има за цел да удължи преживяемостта на пациента.

Новият метод се извършва за първи път в България, едва две години след стартирането на подобен вид процедури в световен мащаб.

При 80% от пациентите с холангиокарцином няма радикално лечение. Причината е неблагоприятната локализация на тумора и фактът, че се диагностицира едва в напреднал стадий, когато хирургичното лечение е невъзможно.

„Това, което се правеше досега, бяха само дренажни интервенции – ЕРХПГ (ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография), стентирание и в общи линии нищо друго, не само в България, но и в световен мащаб. Тези тумори са бедни на клетки, тоест отговарят лошо на химиотерапия. Другите лечения са със спорен резултат. Хирургията като единствен радикален метод е възможна в не повече от 20% от случаите. Тогава просто слагаме стентове и го изпращаме вкъщи, до съвсем скоро

медицината не можеше да предложи друго“, обясни доц. Карагъзов.

Новата апаратура – Starmed Viva Combo за ендобилиарни или ехоендоскопски навигирани интервенции, с която разполага Отделението по Интервенционална гастроентерология в УМБАЛ Токуда, навлиза в световен мащаб преди около две години.

„Този метод е нещо сравнително ново – от скоро има публикации по този въпрос. Извършва се локална деструкция на тумора под рентгенов и ендоскопски контрол и това повишава преживяемостта на пациентите с първичен тумор на жлъчните пътища. Освен че се постига термична деструкция, се променя и имунният отговор на организма към тумора. Съществуват вече множество научни доказателства, че процедурата удължава осезаемо живота на тези пациенти, разбира се, съвместно с онкологичната терапия“, поясни доц. Карагъзов.

Другото приложение на новата апаратура е за локално третиране на тумори на панкреаса. Утвърдени индикации са невроендокринните тумори. Прилага се при т.нар. „лоши хирургични кандидати“ – пациенти с противопоказания за големи хирургични интервенции, както и такива, които не желаят операция. Докладвани са редица случаи на пълно унищожаване на тези тумори. Това е особено осезаемо за инсулиномите, които имат характерна клинична

изява. Симптомите на хипогликемия изчезват веднага при постигане на туморна деструкция. Показани за тази интервенция са и пациенти с метастази в панкреаса (например от бъбречни тумори). При пациентите с дуктален аденокарцином (рак на панкреаса) методът е палиативен и може да постигне известна редукция на туморния обем, което да е от полза за съпътстващата онкологична терапия.

## Как се извършва новият метод?

Прави се ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография, туморът се изобразява на рентген, след което под рентгенов контрол се въвеждат електроди и се упражнява радиочестотна аблация (изгаря се част от тумора). При тумори на панкреаса се прави същото, но електродът се въвежда в тумора под ендосонографски контрол през стомаха или дванадесетопръстника. Електродът се позиционира в центъра на тумора и отново се упражнява термична аблация.

При първия пациент, подложил се на процедурата в България, екипът на доц. Карагъзов прави високочестотна аблация на тумор на жлъчните пътища с неблагоприятна локализация.

„Постигнахме дезобструкция на пътищата. Контролирахме процеса холангиоскопски, тоест имаме директен визуален кон-



трол върху това какво се случва в жлъчното дърво. Процедурата свърши с поставяне на дефинитивни стентове. Реално успяхме да изчистим видимата част от тумора в самите канали и да възстановим проходимостта, което е ключово за преживяемостта на тези пациенти“, обясни доц. Карагъзов.

Според публикации и резултати – разликата в преживяемостта е поне няколко години.

„Реално погледнато борбата с този вид рак продължава, просто това е един малък напредък. За съжаление, все още не можем да кажем, че сме победили. Можем обаче да дадем на тези пациенти по-дълъг живот, а доскоро няхахме този шанс“, сподели началникът на Отделението по Интервенционална гастроентерология в УМБАЛ Токуда.

## НОВА ЕРА В ХИРУРГИЯТА



Революционна технология в персонализираната медицина влезе в „арсенала“ на още една от школите на Военномедицинска академия (ВМА).

В края на 2021 г. 3D-технологията бе приложена за първи път в болницата от проф. Неделчо Цачев и екипа му от Катедрата по ортопедия, травматология, реконструктивна хирургия и физиотерапия.

Благодарение на Holo Medical Assistant ние можем да видим истинския проблем на пациента с точност до милиметър. Това е една нова ера в хирургията, подчерта проф. Цачев. За прилагането на иновативния IT проект той получи престижна награда на конкурса Digital&AI Awards.

Сега технологията бе използвана и в областта на жлъчно-чернодробната хирургия.

Приложихме тази добавена реалност при един млад пациент, който има два независими тумора. Те са

оперирани, но установихме метастази в черния дроб. 3D-очилата ни дават неограничени възможности на нас хирурзите за интегриране на образните методики с практическата ни работа, тъй като осигуряват много по-добра визуализация, заяви доц. д-р Васил Михайлов от Клиниката по чернодробно – панкреатична и трансплантационна хирургия на ВМА.

Революционната технология се използва за първи път у нас в областта на жлъчно-чернодробната хирургия, като амбициите на екипа на ВМА са нейното приложение да бъде разширено в унисон с философията на ръководството на болницата за затвърждаване лидерските й позиции на иновативна и високотехнологична институция.



## Д-р Нора Великова от ИСУЛ с награда за уникален метод за лечение на глаукома

Д-р Нора Великова – офталмолог от Очната клиника на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ и асистент към Катедра „Спешна медицина“ на МУ-София, спечели конкурса „Млад учен“ на Българското глаукомно дружество. Наградата бе връчена за представянето на резултатите от иновативна за България миниинвазивна антиглаукомна операция – гониотомия с Kahook Dual Blade.

Методът, който се прилага само в Клиниката по очни болести на УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“, може да се извършва едновременно с операцията за катаракта (при възрастните хора тези състояния обикновено вървят паралелно), като така болният получава ефект 2 в 1: от една страна зрението се подобрява, тъй като се отстранява катарактата, а от друга – вътреочното налягане и рискът от прогресия на глаукомния процес намаляват.

Д-р Великова, в екип с началника на Клиниката по очни болести доц. д-р Борислав Кючуков, д.м., ФЕВО, извършват тази щадяща минимално травматична процедура от 4 години. Научно-изследователският проект е станал възможен благодарение на финансова подкрепа на Медицински университет – София. Миналата година д-р Великова също беше удостоена с награда за млад офталмолог с научен принос „Проф. Стоимен Дъбов“ от Българското дружество по офталмология.

Конкурсът „Млад учен“, проведен в рамките на XX Симпозиум на Българското глаукомно дружество (БГД), се състои от двуетапна селекция на участниците проекти.

Селекцията включва преглед на науч-



ните доклади в пълен текст и след това представяне на одобрените доклади пред аудитория от офталмолози. Оценката се извършва от Управителния съвет на дружеството с председател доц. Марин Атанасов, д.м., ФЕВО.

Какво представлява самият метод гониотомия с Kahook Dual Blade: Иновативното при него, освен че помага да се подобрят две състояния наведнъж, е, че стимулира естествената дренажна система на окото, за разлика от класическата хирургия, при която се прави изкуствен път за оттичане. При глаукомата в окото се образува повече течност, която притиска зрителния нерв и постепенно го уврежда безвъзвратно. По време на операцията в засегнатия орган се прави миниатюрна, 2 мм разрез, през който се поставя мека леща, която замества помътнялата вследствие на катарактата естествена леща. През същия отвор се влиза с още по-миниатюрно ножче, което стимулира дренажа на вътреочната течност.

Операцията е минимално инвазивна и с много добър профил на безопасност и бързо възстановяване. Ден след интервенцията пациентът може да бъде изписан, а до седмица да възвърне изцяло нормалния си начин на живот.

# ОБЩОПРАКТИКУВАЩИТЕ ЛЕКАРИ – БОЙЦИТЕ НА ВХОДА НА СИСТЕМАТА – ДНЕС И УТРЕ

Анализ на БЛС за състоянието на кадровата обезпеченост в системата на здравеопазването, представен на дискусия по темата в края на март, показва тревожни тенденции. Ако за някои специалности липсата на достатъчно лекари ще бъде по-сериозно усетена в близките години, то за други ситуацията и в момента буди сериозни притеснения. И понастоящем съществува недостиг от специалисти в доболничната помощ, педиатрия, шевмология и фтизиатрия, клинична лаборатория.

### АКЦЕНТИ

Данните на съловната организация показват, че общопрактикуващите лекари (ОПЛ) са сред най-застаряващата група лекари. По-рано тази година стана ясно, че над 400 души от тази група са прекратили практиките си. Очевидно е, че предстои криза, но конкретните отговори изискват по-задълбочен анализ.

Според данните на БЛС в България практикуват 3661 ОПЛ като най-възрастният сред тях е на достоянните 91 г. Средната възраст е 57,9 г. На графика 1. е демонстрирано разпределението по възраст, като е обърнато внимание и на пенсионната възраст. Видно е, че мнозинството лекари все още са в трудоспособна възраст, но има и застрашен дял работещи след достигане на пенсионна възраст. Известно е, че огромнен брой лекари въобще и ОПЛ в частност работят и много след пенсиониране, но това е удобна и нормативно установена мярка за границата между трудоспособна и нетрудоспособна възраст.

Професията е видимо доминирана от жените (67,2%). Това трябва да се има предвид, тъй като жените се пенсионира по-рано, но имат и по-висока средна очаквана продължителност на живота. Последното е важно предвид продължаването на трудовата дейност след пенсиониране. Данните са представени в таблица 1.

Възраст	Мъже	Жени	Общо	Дял от всички
24-29	22	50	72	1.97%
30-34	29	35	64	1.75%
35-39	13	35	48	1.31%
40-44	13	23	36	0.98%
45-49	71	125	196	5.35%
50-54	271	393	664	18.14%
55-59	386	603	989	27.01%
60-64	239	649	888	24.26%
65-69	73	283	356	9.72%
70-74	47	174	221	6.04%
75-79	21	69	90	2.46%
80+	17	20	37	1.01%
Общо	1180	2459	3661	100.00%

Таблица 1. Разпределение по възраст и пол на ОПЛ в България.

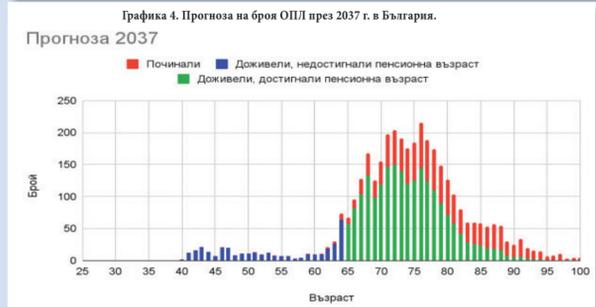
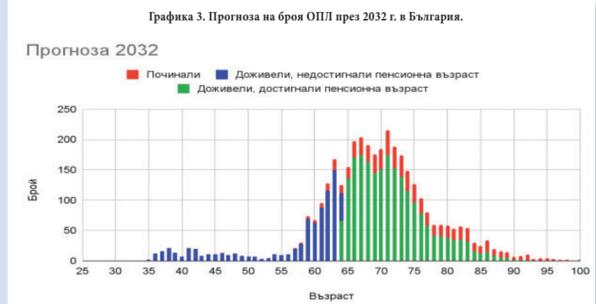
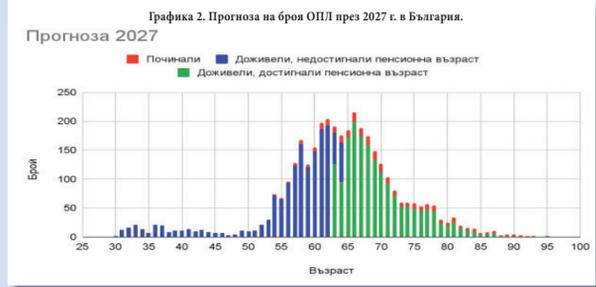
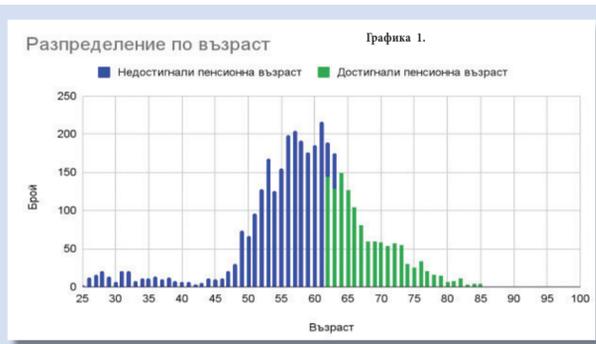
На база на последната публикувана таблица за Смертност и средна продължителност на предстоящия живот на населението от страницата на Националния статистически институт бяха изготвени прогнози за след 5, 10 и 15 г. Следва да се има предвид, че тя е на база данните от 2018-2020 г., а предвариелните данни за 2021 г. сочат влошаване на тези показатели. На графики 2, 3 и 4 е представен броят преживели, но не задължително работещи ОПЛ през 2027, 2032 и 2037 г. Отново под внимание е взета и пенсионната възраст.

**Графика 2.** Прогноза на броя ОПЛ през 2027 г. в България.

**Графика 3.** Прогноза на броя ОПЛ през 2032 г. в България.

**Графика 4.** Прогноза на броя ОПЛ през 2037 г. в България.

От графиките е видимо, че след едва 5 години близо половината ОПЛ ще са достигнали пенсионна възраст, а след 10-15 години много голяма част от сега практикуващите няма да са сред живите.



## 1 на всеки 10 човека не плаща здравни осигуровки

Това установява проучване на Института за пазарна икономика от април 2022 г. В него се посочва още, че:

• Данните за общопрактикуващите лекари показват, че в страната на един общопрактикуващ лекар се падат средно 1727 души от населението. Във всички области се забелязва увеличение на съотношението между население и ОПЛ между 2019 и 2020 г., като то е най-малко за област Велико Търново и София-град – във всички области на България ОПЛ намаляват и се налага да обслужват все повече граждани.

• Средното равнище на здравното осигуряване в България е 88,7% за 2020 г. – това означава, че в страната на всеки десет човека не плаща здравни осигуровки по никаква причина. Тъй като здравата осигурява пенсионерите и децата, на практика неосигурени са основно хора в трудоспособна възраст. На регионално ниво данните показват от 100% ниво на осигуряване в област Кърджали до малко над 83% за област Варна. Най-, застарелите области – Габрово, Кюстендил, Смолян, Разград, Враца, Видин – имат най-високо ниво на здравно осигуряване в страната, като основна причина е фактът, че пенсионерите се осигуряват задължително от държавата. На другия полюс – областите със сравнително „младо“ население (като Варна и Бургас) – делът на здравно-осигурените е сравнително нисък.

**Източник:** Кратък преглед на достъпа и ефективността на здравеопазването. Как работи здравната система на България за пациента, на [https://pro.bg/wp-content/uploads/2022/05/Report-Patients-29\\_April-2022\\_final-1.pdf](https://pro.bg/wp-content/uploads/2022/05/Report-Patients-29_April-2022_final-1.pdf)

	2022	2027	2032	2037
Общ брой	3661	3373	2997	2409
Намаление спрямо 2022 - бр.		288	664	1252
Намаление спрямо 2022 - %		7.87%	18.14%	34.2%
Средна възраст	57.9	62.3	66.6	70.6
Минимална възраст	24	29	34	39
Максимална възраст	91	92	94	94
Брой на ОПЛ, достигнали пенсионна възраст	1081	1615	2080	2121
Дял на ОПЛ, достигнали пенсионна възраст	29.53%	47.88%	69.4%	88.04%
В трудоспособна възраст	2580	1758	917	288
Намаление спрямо 2022 - бр.		822	1663	2292
Намаление спрямо 2022 - %		31.86%	64.46%	88.84%

Таблица 2. Обобщени данни на прогнозата за броя на ОПЛ в страната за следващите 15 години.

Видно от данните е, че намаляването по естествени причини на разглежданата група ще се „усеща“ с ускорен темп от пациентите през предстоящите години, първоначално в регионите страдащи от най-тежък недостиг, а в последствие и в цялата страна.

От представените данни е видно, че за да продължи българинът да има достъп до ОПЛ и след 15 години, е нужно ежегодно по един средно голям випуск новозавършили медци да се насочват към специалността „Обща медицина“. Съгласно сега действащите правила един специалист с достатъчно голям стаж, работещ в акредитирана (”пилотна”) практика може да отговори успоредно за обучението на до трима специалисти. Продължителността на специализацията е 3 години, ако няма удължавания поради бобот, ограничения при провеждането на модулите в университетските клиники и др.

С оглед на горното е важно да се прогнозира кога ще настъпи теоретичният момент, след който системата на първичната помощ няма да е в състояние да се самовъпроизвежда. В представените по-долу данни и прогноза за целите на простотата са игнорирани предизвикателствата свързани с акредитацията, както и с присъственото обучение по модулите, провеждащи се единствено в университетски клиники. Игнориран е и критерият за достатъчен стаж на специалистите, ръководещи обучението.

Таблица 3. представя обобщени данни за възрастовата структура на практикуващите лекари с придобита специалност „Обща медицина“ и прогнозни данни за следващите 15 години.

Година	2022	2027	2032	2037
Общ брой	1933	1808	1635	1397
Намаление спрямо 2022 - бр.		125	298	536
Намаление спрямо 2022 - %		6.5%	15.4%	27.7%
Средна възраст	57	61.8	66.4	70.9
Минимална възраст	30	35	40	45
Максимална възраст	84	87	88	90
Брой на ОПЛ, достигнали пенсионна възраст	379	719	1087	1237
Дял на ОПЛ, достигнали пенсионна възраст	19.6%	39.8%	66.5%	88.5%
В трудоспособна възраст	1554	1089	548	160

Таблица 3. Обобщени данни за възрастовата структура на практикуващите лекари с придобита специалност „Обща медицина“ и прогнозни данни за следващите 15 години.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обществото ни навлиза в криза с невиджани в близкото минало размери, изразяваща се в силно ограничен достъп до медицинска помощ. Проблемът е различен и различно тежък и ще се обостри в различни моменти в различните региони на страната, но никой не е в безопасност. Съвсем скоро системата няма да е в състояние дори да се самовъпроизвежда.

На този фон остават нерешени редица проблеми:

- недостатъчна подготовка на тема амбулаторна медицина в основния курс на обучение по специалности „Медицина“;
- малък брой акредитирани практики;
- липса на гъвкави възможности за придобиване на специалност „Обща медицина“;
- недостатъчно добър имидж на специалността както в обществото, така и сред останалите специалности.

Ако не се вземат много бързи и смели решения, ако те не бъдат наложени ефективно и мащабно, цялата система на здравеопазването в настоящия ѝ вид ще се срине. Ще е нужно радикално реструктуриране иначе ще загинат или ще бъдат инвалидизирани неизвештен, но огромен брой пациенти.

## Д-Р НИКОЛАЙ БРЪНЗАЛОВ:

# ЛИПСАТА НА КАРИЕРНО РАЗВИТИЕ И ОГРОМНАТА АДМИНИСТРАТИВНА ТЕЖЕСТ ПРИ ОПЛ ПРАВЯТ СПЕЦИАЛНОСТТА НЕАТРАКТИВНА

- Д-р Брънзалов, Български лекарски съюз погледна на кадровия проблем в здравеопазването през призмата на възрастовия срез в системата. Как стои въпросът в това отношение при общопрактикуващите лекари (ОПЛ)?

- Кадровият дефицит в лекарското съсловие е действително много сериозен. Специално в първичната извънболнична медицинска помощ е особено тежък. Ако видим какъв е възрастовият състав на колегите ОПЛ и колко реално са те, да не говорим какво е разпределението им по региони, положението действително е много тревожно. На практика, за мен над 85% от колегите ОПЛ са бившите участъкови лекари. Тези реформа е стартирала преди повече от 20 години и с тези бойци продължава да съществува. Много малко са младите хора, които желаят да работят като ОПЛ и да „изповядват“ специалността Обща медицина.

- А защо се оказва, че специалността е така неатрактивна за новозавършилите медци?

- Да започнем с това, че е доста трудно кариерното развитие в тази специалност. Второ, специализацията е мулен процес. Много пъти се променя условията за това, много пъти излизаха различни нормативни документи, които пречеха специалността да стане атрактивна. Придобиването на специалност „Обща медицина“ може би е едно от сравнително лесните зачислявания, но след това, периодът, през който трябва да се специализира, е много труден. Причината - ако специалностите имат собствени практики, без все още да се придобия специалност, на практика, докато я придобият трябва за определен период да „изоставят“ пациентите си и да намерят заместник. А реално един от най-големите проблеми в момента за колегите е именно заместването. В началото на реформата ОПЛ бяха близо два пъти повече отколкото са в момента. Това неминуемо се отразява и върху работата на колегите, а именно в тяхната все по-голяма натовареност. В момента, дори и в София, е проблем да се намери личен лекар. На плещите на семейния лекар е стоварена огромна отговорност, огромна административна тежест, а заплащането е абсолютно недостатъчно... Надявам се в най-скоро време хартията да отпадне, всичките документи да са електронни. Другата причина за малкия брой желаещи да станат лични лекари е, че повечето от младите хора не намират и самата специалност за атрактивна. За съжаление, има и други направления в медицината, при които се наблюдава тежък дефицит на кадри, например патонатомия, педиатрия, пулмология и др., мисля обаче, че при личните лекари ситуацията е най-тежка.

- Нормативните неуредици и процеса на специализацията ли са така да се каже препеняващите към това да бъде избрана тази специалност от младите лекари?

- Основните причини са липсата на кариерно развитие и административната тежест. Един пример – ако професор по вътрешни болести реши, дори да е взел специалност Обща медицина, да отиде да работи като ОПЛ, той ще получава същото заплащане като един колега, който е завършил вчера. Ние настояваме



По темата за кадровата обезпеченост при ОПЛ към момента и какви са прогнозите в следващите години, разговаряме със зам.-председателя на БЛС д-р Николай Брънзалов.

титуляри на практики да могат да бъдат само колеги ОПЛ, които имат специалност Обща медицина. Държавата обаче години наред отлага това решение, защото ако колегите, които имат специалност, се отдръпнат и спрат да работят, системата ще колабира. Пак повтарям, 85% от колегите, които бяха участъкови лекари, в момента са ОПЛ, а реформата датира от над 20 години. По 70-80 практики горе-долу годишно в България преустановяват своята дейност. аз имам колежка, която обслужва може би повече от 20 села в Родопите. И двете ѝ деца мисля, че завършиха медицина, но нито едно място в тази специалност. Колегите, които работят в болничната помощ, дори в специализираната помощ, в лабораториите и т.н., знаят: аз съм кардиолог - идва пациентът, консултирам го, пиша амбулаторния лист, какво съм установил и го връщам при ОПЛ. Те не се занимават нито с РЗИ, нито с отчети към Касата. Докато личните лекари, които сме около 3661 практикуващи, ако не бъркам, от тях не повече от 5% са групови, реално всеки един от нас трябва да върши сам всичко това, за което една болница или ДКЦ си имат съответния персонал. Това са нелекарски дейности, които отблъскват до голяма степен колегите, които са завършили наскоро медицина.

- Споменахте, че мерките вече са закъснели. Все пак виждате ли някакви полезни ходове, които биха могли да бъдат предприети, за да се намали негативният ефект от нарастващия недостиг на ОПЛ?

- Всичките мерки и реформи, които ни се предлагат, са напълно паливативни към момента. Цитирам Тонев от Комисията за здравеопазване. Ситуацията е много тежка. И лично аз не виждам друг вариант, освен вземането на тежки решения от страна на управляващите, в това число безплатно обучение, гарантиране на работно място и други финансови стимули, които ще направят специалността по-привлекателна. Наред с горепозисаното споменах тежест, която допълнително отблъсква младите от специалността. Редовно пациенти се пращат при нас да им напишем някакъв документ, който да пожелаят да работят тази специалност. Следващото поколение от бъдещи лични лекари трябва да е двойно по-голямо от настоящото, за да можем постепенно да преодоляваме сериозния кадрови

дефицит. Това, както споменах, ще е възможно само чрез бърза политическа намеса, защото колкото повече се отлага, толкова повече системата се обезкървява – това е ясно за всеки.

- Т.е. ако в други специалности липсата на кадри все още не е така остра, то при ОПЛ тя и към момента е осезаема?

- Разбира се. Можем да ги видим по райони – Кърджали, Разград, да не говорим за по-малки градове. Да приемем, че в по-големите градове, където има университетски болници, колегите са малко повече, но то и населението е повече. В провинцията обаче положението вече става критично. Ние имаме практикуващи колеги на над 80-годишна възраст! И работят активно. аз лично познавам трима. Те ясно си дават сметка, че преустановят ли дейността си, всичките им пациенти в района ще останат без лекар. Получаваме писма от кметове на различни населени места, които предлагат атрактивни условия за лекар, който реши да се установи да работи там. На практика няма малко населено място, където по време на местните избори кметът да не обещае на хората, че ще привлече лекар. Обаче много малко реално успяват. Апелират към нас да съдействаме за популяризиране на „бонусите“, които предлагат, за да привлечат лекар за съответния район. Да не говорим за селата. Има колеги, които работят действително на преклонна възраст. Сега като се замисля, на срещи, семинари и събирания, които имаме личните лекари, от тях години сме едни и същи хора на 20. Само дето намаляваме като брой.

- Ковид деста допринесе за това.  
- Да, най-много жертви сред колегите дадоха общопрактикуващите лекари, така е.

- Дали изобщо е възможно да се увеличи броят ОПЛ, така че да изгнем момент на колапс?

- Ние сме много добри в това да взимаме решения постфактум. Става катастрофа и чак когато се направи инспекция на място се установява, че на този участък има проблеми – липсва знак или маркировка, няма мантина или е налице някакъв друг проблем. Силно се опасявам, че нещо подобно ще се случи и сега: постфактум ще се тръгне към решаване на проблема и към взимане на мерки. Те обаче, ако не са добре обмислени, не са обсъдени с изпълнителите на извънболнична помощ, опасността да бъдат грешни е много голяма. Както вече е се случи: бяха направени неприемливи предложения за промени и сега постфактум правим работни групи и изчистваме детайлите.

- Малко като вземем темата, но не съвсем – преди време се повдигна въпросът, че общопрактикуващите лекари не могат да изключват от листата си пациенти, които проявяват агресия и нападат медицинските специалисти на работните им места. Този проблем остана ли и той нерешен?

- За съжаление и този проблем не е решен. Може да откажем да ги преглеждаме, ако състоянието им не е жизнеотзастрававащо, но не можем да ги отпием. Нещо повече – в настоящата нормативна база силно беше наложен един текст, че при нас може служебно да се записват пациенти, без ние да се виждаме с тях –

просто получаваш информация, че лицето X е включено в своята листа и трябва му попълниш регистрационната форма за избор и да я изпратиш в Касата. Така той вече е твой пациент. Моите извинения, обаче лечебният процес е двусочен - трябва да има доверие между лекар и пациент. Ние не сме нито рецептомати, нито талономати! Ние сме лекари – понякога с по 2, 3 или повече специалности и си упражняваме професията по брой години и не може силово да ни се налага нечия персона. Да, ще кажат някои, положили сме Хищократова клетва и т.н. Ние не отказваме лечене, но областта на общата медицина обичайно не предполага спешност, освен по изключение. Ясно е, че всеки лекар е длъжен да окаже помощ в условия на спешност. В случая обаче става въпрос за дългосрочен процес.

Хората в нашите листи са там вече повече от 20 години в по-голямата си част. Статистиката показва, че с всяка изминала година желаещите да сменят личния си лекар стават все по-малко и по-малко. Затова има както обективни, така и субективни причини. аз говоря за субективните – това, че не е била изградена връзка на доверие между лекар и пациент е причина за смяна на личния лекар в нищожен процент от случаите. Повечето предприемат тази стъпка заради смяна на местоживее, различни други житейски и прагматични съображения, но тенденцията да намаляват хората, които желаят да сменят семейния си лекар, стана трайна в последните години. Отделен въпрос е, че броят общопрактикуващи лекари намалява все повече и повече. Прекратяване на една практика, за София напр., означава, че поне 2 хил. човека остават без личен лекар.

Още един проблем си заслужава да посочим – този с пациентите с прекъснати здравноосигурителни права. Това, че не внасят здравните си осигуровки е за сметка най-вече на личните лекари и Спешната помощ.

Единственият губещ в системата от неосигурен пациент, който в даден момент решава да възстанови правата си, е неговият личен лекар, при който той е записан. За всичките години, в които пациентът е бил неосигурен, но е бил в листата на своя лекар, медикът не получава нищо, дори от капитацията. Заради неплатените вноски личният лекар не получава капитацията, която се е полагала на неговото лечебно заведение, за да съществува, за да може да бъдат прегледжани остри случаи безплатно – това се случва. Когато се възстановят здравноосигурителни права, на НЗОК се превеждат здравните вноски за 5 години, но личният лекар не получава нито стотинка от тези вноски. Някои биха казали, че и дейност от страна на ОПЛ не е имало в този период, но каква е била пък дейността на тези, които получават сумата за възстановяване на правата, бих попитал. Нали идеята е солидарна?

Проблемите за решаване, които стоят пред нас не са никак малко. Искрено се надявам управляващите да проявят смелост и в спешен порядък да вземат необходимите решения, защото след по-малко от 3-4 години може да се окаже, че българските граждани ще бъдат лекувани само от лични лекари в пенсионна възраст, които няма от кого да бъдат заменени.

## ПРОФ. ЕМИЛ ПАСКАЛЕВ:

# ЗА ЕДВА 5% ОТ РЕДКИТЕ БОЛЕСТИ СЪЩЕСТВУВА ЛЕЧЕНИЕ

**Проф. Емил Паскалев е ръководител на Клиниката по нефрология, трансплантация и диализно лечение към УМБАЛ „Александровска“. Той е председател на Българско дружество по нефрология от 2012 г. Има специалности по вътрешни болести, нефрология и здравен мениджмънт. Специализирал е бъбречна трансплантация, хронично бъбречно заболяване и редки болести в нефрологията в Испания, Франция и Германия. Проф. Паскалев е и ръководител на Националния експертен център за болест на Фабри. През 2021 г. лекарят получи наградата „Даниела Сеизова – В името на живота“. Отличието му бе връчено за заслуги в откриването на пациенти с болестта на Фабри.**

- Проф. Паскалев, каква беше причината да изберете да се занимавате с нефрология? С какво Ви привлича тази специалност?

- Специалността привлече вниманието ми докато изучавах вътрешни болести. Предимството на нефрологията е, че тя има три направления, които са изключително авангардни. Първото е консервативна нефрология, която позволява лекуване на заболяването основно с медикаменти. Второто: при нарушена бъбречна функция или загубена такава, може да се постави „изкуствен“ бъбрек. Най-авангардното е, че такива пациенти могат да бъдат трансплантирани с истински човешки бъбрек от друг човек - трупен или жив донор, което затваря кръга на нефрологията от 1 до 100 и обратно.

- Какви са наблюденията Ви като председател на Българско дружество по нефрология – привлекателна ли е тази специалност за бъдещите лекари?

- Има една особена характеристика по отношение на бъдещите лекари. Немалка част от тях са добре обучени, включително в областта на нефрологията. Придобивайки специалност обаче, заради „непривлекателните“ условия тук, търсят късмет си навън, което е тяхно право. Често причината да напускат страната е извън тях. Аз съм сигурен, че всеки от тях би останал, ако заплатите им са близки до европейските. В това отношение страната ни се нарежда на най-назад.

- Кои са най-честите бъбречни заболявания, които се наблюдават по нашите географски ширини? По-често ли боледуват българите от бъбреци в сравнение с другите нации?

- По данни на Европейска нефрологична общност, средната бъбречната заболяемост за страните от общността е 10%, т.е. всеки 10-и човек. За сравнение, според национално проучване в България средният процент

на хората с бъбречни увреждания е 13, което означава всеки 7-и българин. Тук говорим за значителна разлика, която се дължи основно на демографските особености тук. Активното население в България намалява за сметка на възрастните хора, които от своя страна имат много повече придружаващи заболявания, включително и бъбречни.

- Кои са основните причини за развитието на едно бъбречно увреждане?

- Три са най-честите причини за развитие на бъбречна увреда или хронично бъбречно заболяване. Най-честата от тях е наличието на захарен диабет. Той е причина в 36% от случаите за хронично бъбречно заболяване. Захарният диабет след известен период от време задължително води до бъбречна увреда.

Следващата причина е артериалната хипертония. Между 26-28% от пациентите с бъбречни проблеми са хипертоници. На последно място по честота се нареждат пациентите с чисто първични бъбречни заболявания като пиелонефрит например. Тези пациенти са едва 1/3 от общия брой – статистика, която, колкото и смущаваща да е, се оказва улесняваща за лекарите. Ендокринолозите например знаят, че след десетата година при пациентите с диабет може да се очакват и бъбречни увреждания. Именно затова и пациентите, които нямат първични бъбречни заболявания също трябва да следят своите показатели. Аз съм сигурен, че всеки си проверява автомобила на 15 хиляди километра дали е технически изправен. Защо да не правим подобни проверки в името на здравето си?

- Участвате в комисията по редки болести. Каква е равнотетката за тях на национално ниво?

- Голяма част от хората гледат на редките болести като случайност, която едва ли ще им се случи. Реалността обаче е, че поради големия брой нозологични единици (над 6000), редките заболявания се превръщат в сериозен проблем за общественото здравеопазване на всяка здравна система. В света над 300 милиона са пациентите с редки заболявания. 5% от населението на Европа страда от тях. Едва за 5% от редките болести има лечение, а около 40% от пациентите не могат да бъдат диагностицирани или се диагностицират късно. Голям социален проблем се явява фактът, че 75% от пациентите с редки болести са деца.

- Трудно ли се диагностицират пациентите с редки заболявания?

- Предвид огромния брой нозологични единици и населението на България, което е само 7 милиона, дадено заболяване може да се среща при едва един или двама пациенти. Когато броят на тези пациент е толкова малък, медицинските специалисти трудно могат да различат дадено рядко заболяване по симптоми, ако не го търсят целенасочено, както съм правил самият аз.

- Достатъчно добре ли са финансирани тези заболявания от НЗОК?

- Изхождайки от наблюденията си като член на Комисията по редки болести към Министерство на здравеопазването – да. Лечение се предоставя на пациенти, за които болести има лечение. И все пак, тези редки заболявания са малко по-трудни за менажиране в нашата здравна система. В това отношение помагат т.нар. експертни или референтни мрежи за всяка нозологична единица. Ръководеният от мен експертен център за болестта на Фабри е включен в референтната мрежа за Европа. Благодарение на това можем да наблюдаваме заболяването заедно с колеги от страни с по-голямо население, респективно с повече опит в областта, поради по-големия брой на болните от дадено рядко заболяване.

- Трудно ли се диагностицират пациентите с редки заболявания?

- Предвид огромния брой нозологични единици и населението на България, което е само 7 милиона, дадено заболяване може да се среща при едва един или двама пациенти. Когато броят на тези пациент е толкова малък, медицинските специалисти трудно могат да различат дадено рядко заболяване по симптоми, ако не го търсят целенасочено, както съм правил самият аз.

- Достатъчно добре ли са финансирани тези заболявания от НЗОК?

- Изхождайки от наблюденията си като член на Комисията по редки болести към Министерство на здравеопазването – да. Лечение се предоставя на пациенти, за които болести има лечение. И все пак, тези редки заболявания са малко по-трудни за менажиране в нашата здравна система. В това отношение помагат т.нар. експертни или референтни мрежи за всяка нозологична единица. Ръководеният от мен експертен център за болестта на Фабри е включен в референтната мрежа за Европа. Благодарение на това можем да наблюдаваме заболяването заедно с колеги от страни с по-голямо население, респективно с повече опит в областта, поради по-големия брой на болните от дадено рядко заболяване.

- Вие сте ръководител на националния експертен



център за болестта на Фабри. С какво се характеризира това заболяване?

- Това е хронично инвалидизиращо животозастрашаващо заболяване, което се предава чрез мутация, която се намира в половата хромозома X и никога в половата хромозома Y, която предопределя мъжкия пол. В този ред на мисли предаването на болестта си има съответната характеристика. Благодарение на нея ние може да кажем, ако открием един човек в една фамилия със заболяването, къде може да очакваме други, които да са със същото заболяване. Това на практика ни улеснява. Трудно е обаче да се докаже наличието на тази болест при пациент, който има много други заболявания.

- Кога започнахте да се интересувате от тази болест?

- Това беше много отдавна, когато бях млад лекар – преди да придобия специалността си по нефрология. Заболяването ми направи впечатление с многото си характеристики, многото си лица и органични увреждания. Беше чисто любопитство. А когато веднъж човек се ангажира в тази посока, желанието прераста в още по-голямо желание и в един момент – няма връщане, нямаше как да се откажа от това нещо. Ние бяхме диагностицирали около над 60 души, които са с болест на Фабри, като използвахме информация от стари публикации на колеги автори, които са много добри в областта на педиатрията,

защото заболяването може да се прояви със симптоми още по време на детската възраст.

- Как се третират тези пациенти у нас?

- По отношение на лечението, нещата са направени достатъчно добре у нас. В България се използва само най-доброто лечение, установено като такова. Пациентите са добре обхванати, въпреки особеностите на тяхното състояние и съответно прилагано лечение. Разчита се както на общо-практикуващите лекари по места, така на редица други специалисти. Болестта при тези пациенти уврежда повече от половината от техните органи, заради което те се наблюдават от 12 вида специалисти. С тях работим поне 2 пъти в годината, за да ги обследваме.

защото заболяването може да се прояви със симптоми още по време на детската възраст.

Имаше две публикации за първия диагностициран с болест на Фабри и още една, която е за трима пациенти, страдащи от болестта – и двете от 80-е години. Чрез търсене сред стари медицински документи се добрах до тези фамилии.

Беше минало много време след 1984 г. Моята работа по темата започна през 1995 г., като едва през 2012 г. се ангажирах професионално. На база на много голям скрининг, който отне много време – близо 2-3 години и цялата ми годишна отпуска, открихме много фамилии, където се наблюдава болестта. Половината от членовете на тези фамилии обаче бяха напуснали страната поради социално-икономически причини, основно младите хора. Останали тук бяха възрастните хора и пенсионерите. Т.е. ако ние сме открили 60 души тук, може би има още толкова или повече, които вече са извън България.

- Как се третират тези пациенти у нас?

- По отношение на лечението, нещата са направени достатъчно добре у нас. В България се използва само най-доброто лечение, установено като такова. Пациентите са добре обхванати, въпреки особеностите на тяхното състояние и съответно прилагано лечение. Разчита се както на общо-практикуващите лекари по места, така на редица други специалисти. Болестта при тези пациенти уврежда повече от половината от техните органи, заради което те се наблюдават от 12 вида специалисти. С тях работим поне 2 пъти в годината, за да ги обследваме.

- С колко се намалява продължителността на живота на тези пациенти?

- Намаляването на преживяемостта при мъжете е с 20 години, а при жените с 15 години. И все пак тази преживяемост зависи изключително много от това кога е открит пациентът и кога е започнало лечението. Ако това стане навреме, преживяемостта на един такъв пациент се доближава до среднестатистическата преживяемост в България. Първият пациент с Фабри, който аз открих през 2012 г., беше мъж на 53 години. Смяташе се, че с неговите увреждания трудно би надживял 60. Благодарение на терапията този пациент вече е на 64 години и смятам, че още дълго време ще живее. Ако беше започнал с терапията още по-рано и уврежданията нямаше да са толкова много. Затова за нас е важно да познаваме тези потенциални пациенти и да ги изследваме през 1-2 години, за да стартираме терапията в момента, в който дадени увреждания са в ранен етап.

- Защо е важно населението да бъде информирано за редките болести?

- Първо трябва да се знае, че те съществуват. Второ – те трябва да бъдат доказани, защото каквато и да е характеристиката на даденото заболяване – има начин да им се помогне. Независимо че в повечето случаи редките болести водят до преждевременна смъртност, в известен брой случаи може да се достигне до нормална преживяемост – особено когато има терапия. Т.е. да е свободен пътят им и достъпът до терапия, когато такава съществува. Мисля, че в нашата страна в този аспект нещата вървят твърде добре.

# “Сигурно и 99% ефективно“: ПРОТИВОЗАЧАТЪЧНОТО ЗА МЪЖЕ МОЖЕ СКОРО ДА БЪДЕ ФАКТ

Има много противозачатъчни средства за жени на пазара, но употребата при част от тях може да доведе до странични ефекти. В същото време има едва два начина мъжете да предпазят от нежелана бременност партньорката си: презерватив и вазектомия.

Поради тази причина основно жените поемат отговорността за контрацепцията, поемайки риска от странични ефекти. Това бременност може да бъде намалено, ако учените разработят сигурни и ефективни мъжки противозачатъчни.

**Британската служба за консултации по бременност:**

За последните 100 години разработването на контрацептиви бе основно насочено към създаването на продукти, които или спират овулацията при жените, или затруднява сперматозоидите да навлизат в матката. Последните проучвания, свързани с мъжката контрацепция, изостават поради значителни странични ефекти.

За да се справи с тази несправедливост екип британски учени насочва усилията си в посока създаването на орален мъжки контрацептив. Констатациите от проучването бяха представени на пролетната среща на Американското химическо дружество от д-р Абдула Ал-Номан от Университета на Минесота.

Повечето женски контрацеп-

тиви са свързани с половите хормони като естроген и прогестерон. Бяха положени усилия за разработване на противозачатъчни хапчета за мъже, насочени към мъжкия полов хормон – тестостерона. При тях клиничните изпитвания обаче показваха странични ефекти като наддаване на тегло, депресия и т.н., казва той и добавя: Тъй като мъжете не страдат от последствията на бременността, прагът на поносимост на страничните ефекти от противозачатъчни хапчета е доста по-нисък. Това е голяма бариера за разработването на мъжки контрацептиви. Ето защо ние се опитваме да създадем нехормонални противозачатъчни хапчета, опитвайки се да избегнем именно споменатите хормонални странични ефекти.

## Нехормонални мъжки контрацептиви

За да изработят нехормоналния мъжки контрацептив, д-р Ал-Номан и колегите му насочват вниманието си към протеина, наречен «рецептор на ретиноева киселина - RAR-α». Тестовите се правят на мъжки мишки.

RAR-α помага за свързването на вид витамин А, който играе роля в образуването на сперматозоиди. Чрез деактивирането на RAR-α изследователите успя-

ват да направят мишките стерилни.

В крайна сметка Ал-Номан и неговите колеги успели да синтезират съединението YCT529, което блокира действието на протеина RAR-α.

По този начин ние блокираме действието на витамин А така, че той да намали производството на сперматозоиди, без да пречи на други функции на витамин А, предотвратявайки страничните ефекти, каза той. Хапчето не само намали броя на сперматозоидите при мишките, но и успя да предотврати бременност с 99% ефективност, като не са наблюдавани никакви странични ефекти, добави той.

Трудно е обаче да се предвиди как ще протекат клиничните

изпитвания при хората, тъй като това е най-значителната бариера пред кандидата за лекарство: да докаже своята безопасност и ефикасност”, каза Ал-Номан.

Клиничните изпитвания на продукта се очаква да се проведат до края на тази година.

Според говорителя на Британска служба за консултации по бременност, безопасен и ефективен нехормонален мъжки контрацептив ще гарантира, че мъжете и жените споделят справедливо отговорността за контрол на раждаемостта.

Източник:

www.medicalnewstoday.com



## ОБИКНОВЕНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА УРИНАТА МОЖЕ ДА УСТАНОВИ РАК НА ПИКОЧНИЯ МЕХУР БЕЗ НУЖДА ОТ ЦИСТОСКОПИЯ



Ракът на пикочния мехур може скоро да бъде установяван с обикновено изследване, спестявайки на пациентите нуждата да се подлагат на цистоскопия.

За пример в Англия се извършват над 300 хиляди такива процедури годишно. При цистоскопията се вкарва камера в пикочния мехур през уретрата, която търси признаци на болестта.

Хората, при които се наблюдава кръв в урината, се подлагат на подобни процедури, за да разберат дали смущението е причинено от тумор, инфекция или при-

чината е коренно различна – камъни в уринарния тракт например.

Повечето от тестовите, за щастие, не доказват наличието на рак, но няма алтернативен начин за сигурна проверка, което може да доведе до дълго чакане и стрес за пациентите.

Лекари от Бирмингамския университет и Британската организация за изследване на раковите заболявания са разработили тестове, които да открият циркулиращото в урината ДНК, повлияно от тумор.

Изследването разглежда 23

### Лекарите създават нов тест, който улавя признаци на заболяването и може да намали наполовина броя на пациентите, подлагани на инвазивни процедури

гени и регистрира положителен резултат, ако установи мутация на ДНК, свързана с тумор и болни клетки.

В проучването са изследвани 165 пациенти с рак на пикочния мехур, като болестта е установена при 144 от тях (87 на 100).

Изследователите смятат, че използването на теста в случаи на кръв в урината, може да намали броя на пациентите, които се нуждаят от цистоскопия с най-малко 45%.

Тестът има потенциал да открие нови случаи на рак на пикочния мехур поради своята сензитивност и специфичност. Изследването би могло да намали нуждата от цистоскопия, пишат изследователите в своя документ, публикуван в списание Европейска урологична онкология.

Водещият изследовател Ричард Браун е категоричен, че въпреки

че цистоскопията е добър начин за диагностика на рака на пикочния мехур, той може да бъде прекалено тежък и времеемък за пациентите, което от своя страна изисква по-добри методи за диагностика.

В бъдеще нашият тест може да бъде по-лесен начин за по-бързо диагностициране на хора с рак на пикочния мехур, а десетки хиляди цистоскопии при здрави пациенти могат да бъдат избегнати всяка година, казва той.

Прототипът на продукта ще бъде превърнат в подходящ, лесен за боравене тест. Изследователите се надяват след като бъдат проведени клинични изпитвания на ефективността на теста, в крайна сметка той да бъде използван от здравните власти.

Източник: telegraph.co.uk

## Британската здравна организация помага на хората с трипанофобия и тревожност чрез добавена реалност

Британската организация „South London and Maudsley NHS Foundation Trust“ залага на добавена и виртуална реалност, за да помогне на хората, които имат страхове от медицински манипулации, свързани с игли, както на такива, страдащи от тревожност.

В хода на пандемията от Ковид 19 фондацията се е сдобила с 6 медицински VR-очила и приложения, за да обезпечи ваксинационните си центрове.

Използването на виртуална реалност ни дава възможност да помогнем на хората, използващи нашите услуги, да преодолеят страховете си в контролирана среда. Резултатите са впечатляващи при хората, които имат страх от игли. Наша основна цел е да подобрим както здравните показатели, така условията за пациентите, използвайки виртуална и добавена реалност, казва Оливър Сопранов, асоцииран главен медицински специалист.

Досега новите технологии са се използвали предимно в контекста на пандемията от Ковид-19. В настоящия момент те вече са пригодени и за пациенти, страдащи от различни форми на тревожност, включително и фобии.

Главният софтуерен инженер по проекта Милос Кресовеич обяви, че организацията ще разчита все повече на приложения с добавена реалност при грижата за пациентите с ментални проблеми, като дори ще разработват свои VR приложения.

Използването на подобни технологии е истинско вдъхновение, което ще донесе директни ползи за грижата за пациентите. Възвущащо е работата ти да има такъв огромен потенциал да промени човешки животи, заяви той.

Източник: slam.nhs.uk



# МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ ЗА ЛЕКАРИ

МЕДИЦИНСКИ  
НОВИНИ

**АКТУАЛНИ  
ПРЕПОРЪКИ ЗА  
ВТОРИЧНА  
ПРОФИЛАКТИКА  
НА ИНСУЛТ (АНА/  
ASA, 2021)**



Обновените препоръки относно вторичната профилактика на инсулта (при пациенти след инсулт или транзиторни исхемични атаки (ТИА)) бяха публикувани през май 2021г. съвместно от Американската асоциация по сърдечните болести (АНА) и Американската асоциация за изучаване на инсулта (ASA) в сп. Stroke. Сред препоръките



**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

**Платформата за лекари Medical News е водеща в различните методи на електронното продължаващо медицинско обучение (e-ПМО) у нас и е официален партньор на БЛС в e-ПМО.**

фигурира провеждането при възможност на диагностични тестове за определяне на причината за инсулта или ТИА в рамките на 48ч. от появата на първите симптоми.

Превантивните стратегии зависят от типа исхемичен инсулт или ТИА. Ето защо АНА/ASA разпределят опциите за клинично поведение според етиологичен подтип в нова секция на препоръките за диагностични стратегии след исхемичния инцидент. Ключови са мултидисциплинарният подход, както и персонализираните терапевтични цели съобразно съдовите рискови фактори, особено хипертонията, захарния диабет, липидния профил и тютюнопушенето.

Факторите, свързани с начина на живот, са намаляване на приема на сол и спазването на средиземноморска диета, аеробни упражнения с физическа активност за поне 10 минути 4 пъти седмично или интензивни аеробни упражнения за поне 20 минути 2 пъти седмично.

Промените в начина на живот изискват не само консултация със специалист, но и участие в специализирани програми, основани на теоритични модели за промяна в поведението, доказани техники и мултидисциплинарен подход.

Назначаването на анти-тромботична терапия, включително антикоагуланти и антиагреганти, се предприема при отсъствие на противопоказания. Комбинацията от антиагреганти и антикоагуланти обикновено не се предписва при вторична профилактика на инсулта, а двойната антиагрегантна терапия (DAT) се препоръчва за краткосрочно лечение само при специфична популация от пациенти: тези с ограничен инсулт и високорискови ТИА или с тежка симптоматична втретомозъчна стеноза.

При липса на противопоказания се прави скрининг за предсърдно мъждене и се започва антикоагулантна терапия с цел редукация на риска от рецидив. В случай, че не се открие друга причина за инсулта, се препоръчва мониторинг на сърдечния ритъм за откриване на окултно предсърдно мъждене.

При селектирани пациенти със стеноза на каротидните артерии като тези с тежка стеноза от страната на инсулта, се препоръчва обсъждането на каротидна ендартеректомия или стентирание на каротидната артерия.

Агресивният медикаментозен контрол на рисковите фактори и краткосрочната DAT се препоръчват като терапия от първа линия пред ангиоп-

ластиката и стентирането за превенцията на рецидив при пациенти с тежка интракраниална стеноза, за която се смята, че е причина за исхемичния мозъчен инсулт или ТИА.

Би могло да се обсъди провеждането на перкутанно затваряне на персистираещ foramen ovale при селектирани пациенти (млади, без лакунарен инсулт).

Не се установяват ползи от емпиричното лечение с антикоагуланти или тикагрелор при пациенти с емболичен инсулт без изяснена генеза.

**Източник:**

Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, Cockcroft KM, Gutierrez J, Lombardi-Hill D, Kamel H, Kernan WN, Kittner SJ, Leira EC, Lennon O, Meschia JF, Nguyen TN, Pollak PM, Santangeli P, Sharrief AZ, Smith SC Jr, Turan TN, Williams LS. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2021 Jul;52(7):e364-e467. doi:10.1161/STR.0000000000000375. Epub 2021 May 24. Erratum in: Stroke. 2021 Jul;52(7):e483-e484. PMID: 34024117.

## ОНЛАЙН СПИСАНИЕ

Всеки брой на списание Medical News Новости обединява най-новите проучвания и препоръки в дадена медицинска специалност от последните 12 месеца.

Динамичното ежедневие на съвременния лекар води до невъзможността да се следят най-важните научни статии в съответната област.

Именно по тази причина Medical News цели да помогне на лекарите "да са в крак" с най-актуалните проучвания за клиничната им практика.

Всяко едно списание се разпространява до мейлите на всички регистрирани в Medical News.



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

**QUO VADIS**

Редакционен броят е приключен на 1. 06. 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“

## ВИДЕО ОБУЧИТЕЛЕН КУРС

### ФИТОТЕРАПИЯ ПРИ ВЕНОЗНО-ЛИМФНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ



**Цели на курса:**

Този курс цели да запознае лекарите с базирана на медицински доказателства фитотерапия при венозно-лимфна недостатъчност

**За автора:**

Проф. Илина Кръстева, дфн е преподавател в Катедра по фармакогнозия, Фармацевтичен факултет, МУ-София

**Подходяща аудитория:**

Курсът е подходящ само за лекари, основно общопрактикуващи лекари и специалисти от всички останали специалности.

**Допълнителна информация:**

Курсът е част от програмата за онлайн продължаващо медицинско обучение за лекари на Български лекарски съюз и Medical News. Продължителността му е около 30 мин.

Материалите и използваната информация в курса са подготвени през 2021 г.

След курса предстои тест, за преминаването на който е нужен правилен отговор на над 70% от въпросите. При успешно преминаване на теста, всеки участник получава сертификат с 1 кредитна точка за продължаващо медицинско обучение (СМЕ). Ако не преминете успешно теста от първия път, ще имате още 2 опита за полагаването му.

## УЕБИНАР

Представени са лекциите:

1. "Тримебутин при лечение на функционални стомашно-чревни разстройства: Кой е най-подходящият пациент?" с лектор проф. Йоанис Папаниколау, MD, PhD, FEBGH, Университетска многопрофилна болница "Атикон", Атински университет, Гърция
2. "Клинични ефекти от приложението на тримебутин при пациенти със синдром на раздразненото черво и ГЕРБ – едноцентрово клинично проследяване" с лектор д-р Камен Данов, д.м., Началник на Отделението по гастроентерология в УМБАЛСМ "Н. И. Пирогов", София. Модератор на събитието: проф. д-р Красимир Антонов, д.м., началник на Отделение към Клиниката по гастроентерология на УМБАЛ "Св. Иван Рилски", София и председател на Българското дружество по гастроентерология.

Линк: <https://youtu.be/il3f3Kfap9Y>



## РЕГИСТРАЦИЯ

Вече над 18 000 лекари са регистрирани на Medical News.

За да имате достъп до e-ПМО на Medical News, официален партньор на БЛС, моля регистрирайте се на <http://medicalnews.bg/registration/> или влезте в профила си – <http://medicalnews.bg/login/>

Регистрацията Ви дава достъп до:

- Всички научни статии на Medical News
- Списания „Medical News: Новости“
- Седмичния ни бюлетин „Медицински новини“
- Акредитирани от БЛС онлайн обучителни курсове
- Уебинари
- Тема на месеца

# 175 ГОДИНИ ОТ РОЖДЕНИЕТО НА Д-Р ЙОРДАН БРАДЕЛ



натор в Мариинската болница в Москва, където го заварва Сръбско-турската война от 1876 г.

## Д-Р ЙОРДАН БРАДЕЛ И

### СРЪБСКО-ТУРСКАТА ВОЙНА

На 18 (30) юли 1876 г. Сърбия и Черна гора обявяват война на Турция. Тази война показва слабостите както на гражданската, така и на военната медицина във востаналите държави. Организацията и координацията на цялостното санитарното дело в двете държави се поемат от Русия. Д-р Йордан Брадел взема участие в тази война като доброволец. Той е изпратен в болницата в гр. Смедерево, където лекувал ранените сръбски войници и местното население. Дейността му там бива забелязана от Руското дружество Червен кръст и от сръбското правителство. В резултат на това д-р Брадел е награден със сръбски и руски орденни.

След злополучния развой на войната той се завръща на позицията си на ординатор. Започва и преподавателска дейност към Правителственото фелдшерско училище в Москва.

По това време все по-отчетливо се усеща приближаващият конфликт между Русия и Турската империя и войната вече е витаела във въздуха. По време на мобилизацията на руската армия, д-р Брадел се включва в редиците на Руското дружество Червен кръст. През самата война д-р Брадел работи като военен лекар в близкия тил, в болниците и лазаретите на Червения кръст. Наред с това е и преводач на руското командване и се занимава с набиране на доброволци в редиците на българското опълчение, което в хода на войната удвоява своя числен състав.

## Д-Р ЙОРДАН БРАДЕЛ И НАЧАЛОТО

### НА БЪЛГАРСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

След края на войната д-р Й. Брадел остава още известно време в Русия, след което в началото на 1879 г. се завръща завинаги в родината си.

Това съвпада приблизително с откриването на Александровска болница и той е назначен за неин управител. Един изключително важен момент за онези години – това е най-голямото лечебно заведение и очакванията и изискванията към него са големи – то е образец и модел за останалите.

По същото време д-р Димитър Моллов подготвя първия законов нормативен документ за устройството на българското държавно обществено здравеопазване „Временни правила за устройството на медицинската част в България“, утвърден с указ на генерал-губернатор княз Дондуков-Корсаков на 1 февруари 1879 г. На база на тези правила се учредява първият Висш медицински съвет с председател д-р Димитър Моллов, а в състава на неговите членове влиза и д-р Йордан Брадел. Съветът има за задача да постави основите на обществено-

то здравеопазване у нас. По тази причина започва интензивна дейност – откриване на болници, медицински служби, участъкови амбулатории. Поставя се началото на националното здравеопазване у нас. Д-р Брадел е част и от следващите медицински съвети, като на 4-тия е вече негов председател.

Наред с медицинската и административна дейност, българският лекар участва активно в различни области на обществения и държавен живот, проявява интерес и към научната дейност. От перото му излизат редица статии, някои от които имат приносен характер. По тази причина през 1881 г. е избран за дописен, а през 1884 г. за редовен член на Българското книжовно дружество (днес БАН).

В научната сфера д-р Йордан Брадел проявява жив интерес предимно по въпросите на съдебната медицина. През 1896 г. е избран за доцент по съдебна медицина в Софийския държавен университет, която дисциплина преподава до края на живота си. Д-р Йордан Брадел е първият лекар, който в свободна България получава звание доцент. Впоследствие е назначен и за държавен експерт по съдебномедицински въпроси. На практика той полага основите на първата медицинска дисциплина по академичен път – съдебната медицина, предтеча на медицинския факултет у нас.

Обществената ангажираност на д-р Брадел го отвежда във Великото народно събрание през 1881 г. като депутат. За съжаление, липсват конкретни данни за дейността му от този период.

През 1884 г., за период от 2 години, е назначен за главен лекар на Гражданската медицинска служба.

## БЧК

Първоначалната идея за образование на централно Българско дружество Червен кръст принадлежи на д-р Д. Моллов и д-р С. Мирков през 1882 г. Тази инициатива обаче не намерила широка подкрепа тогава, но не затихнала напълно. По времето, когато д-р Й. Брадел е главен лекар на Гражданската медицинска служба, идеята набира скорост и самият той поставя въпроса пред българското правителство за ратифициране на Женевската конвенция от 1864 г. След активна кореспонденция на българското МВНР и швейцарското правителство на 7 май 1884 г. председателят на Швейцарския федерален съвет уведомява министъра на външните работи на България, че последната се счита за присъединена към Женевската конвенция. Така работата по създаване на Българско дружество Червен кръст се интензифицира. През април 1884 г. пристига официална покана за излъчване на български представител за международната конференция на Червения кръст. Министерството на външните работи определя това да е д-р Брадел, снабдявайки го със специални правомощия да води официални разговори за признаването на дружество

на Червения кръст в България.

На 16 юни 1885 г. под председателството на митрополит Климент (Васил Друев) инициаторите за създаване на БЧК се събират на първо заседание и решават създаването на дружеството. Събранието определя 3-членна комисия в състав: д-р Йордан Брадел, Георги Каранфилович и Димитър Михайлов, която да отиде при княза, за да му представи устава и да поиска одобрение.

С писмо от 27 юни министърът на външните работи официално уведомява Густав Моание – председател на Международния комитет на Червения кръст в Женева за образуването на Българското дружество, изпраща му устава, преведен на френски език, и моли дружеството да бъде признато. На 20 август Густав Моание отговаря одобрително на министъра на външните работи. Но в това писмо се появява уговорката за преразглеждане на чл. 2 и 4 от българския устав. В писмото се казва:

*...Ние вярваме, че като следствие на новата редакция на чл. 4 следва да се прибавят думи и към чл. 2, от който се разбира, че в мирно време Дружеството ще се занимава само с обществени бедствия, като главно то му задължение се състои в подготовката за война.*

*Последното трябва да е очевидно*

С това Международният комитет на Червения кръст прави сериозна корекция на основната задача, залегнала в устава на централното дружество Червен кръст, че то има основна задача да подпомага държавното здравеопазване по обществения път. В желанието си Дружеството да получи час по-скоро международно признание, инициаторите решават да се съгласят с това искане.

Веднага след Съединението учредителите разглеждат измененията и допълненията на устава и дават окончателна редакция. С указ № 168 от 20 септември 1885 г. князът утвърждава устава и взема под покровителство централното Българско дружество Червен кръст. В състава на неговите членове влиза и д-р Йордан Брадел.

В дружеството д-р Йордан Брадел проявява завидна инициативност и дейност. Това е предпоставка да бъде преизбран през 1886 и 1887 г. наново за член на централното ръководство. Неговата дейност и любов към организацията са забелязани и оценени и през 1888 и 1889 г. той е издигнат за деловодител на централното ръководство, а през 1896 – 1897 г. вече е подпредседател.

През 1898 г. д-р Йордан Брадел заболява и е принуден да се оттегли от държавна и обществена дейност. Малко по-късно, на 26 януари 1899 г. напуска този свят.

## Източник:

Топузов, В., Д-р Йордан Брадел: [Биографичен очерк], ЦК на БЧК, С., 1981

Д-р Йордан Брадел е един от най-видните представители на българското здравеопазване в края на XIX в., един от медицинските възрожденци, борец за национално освобождение, един от строителите на българската държава в първите години след Освобождението, първият български лекар, хабилитиран в българско висше учебно заведение.

## УЧЕНИЧЕСКИ И СТУДЕНТСКИ ГОДИНИ

Йордан Брадел е роден на 01 април 1847 г. в гр. Елена. Негов първи братовчед е д-р Димитър Моллов, чието име свързваме със създаването на съсловната организация на лекарите у нас. Йордан получава начално и основно образование в родния си град. Решава да продължи обучението си в Русия и се установява в Одеса като стипендиант на руското правителство. Става възпитаник на Одеския лицей, който успешно завършва през 1870 г. През този период поддържа връзка с младежите от българската колония в града, както и с братовчедите си Д. Моллов и Сава Мирков от Москва. Под влиянието именно на тях двамата той решава да отиде в руската столица и да се яви на изпит в Медицинския факултет на Московския държавен университет. Така през 1870 г. Йордан Брадел става студент по медицина. Наред с обучението си, Й. Брадел се занимава и с широка обществена дейност, свързана с броженията за освобождение на България, която датира още от обучението му в Одеския лицей.

През 1875 г. Й. Брадел се дипломира успешно и получава правоспособност за лекарска практика. Решава да остане в Русия и там да практикува професията си. Така се запознава с тамошната система на здравеопазване – т. нар. земска медицина, чийто модел ще заимства по-късно у нас. С времето успява да стане орди-

# ФОТОГРАФЪТ, КОЙТО РАЗКАЗВА ЗА ЧОВЕШКИТЕ СЪДБИ



Многолик и необикновен. Няма да е пресилено да използваме подобни определения, когато говорим за проф. Росен Коларов. Директорът на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ е събрал в ежедневието си много дейности, като във всяка една от тях се стреми към иначе непостижимото съвършенство.

Проф. Коларов подхожда с изключителна отговорност към всеки един от ключовите постове, които е заемал и заема в областта на здравеопазването.

Преди да застане на поста си в ИАМН, той е бил началник на отдел в Изпълнителна агенция „Медицински одит“. Преди това над 14 години е бил управител на Специализираната болница по лицево-челюстна хирургия (СБАЛЛЧХ) в София.

На фона на сериозната си професионална биография професорът развива успешно и своята голяма страст фотографията. Има участие в над 70 национални и международни изложби и е носител на над 30 награди, между които в Япония, САЩ, Македония, Сърбия и други.

В същото време той е сред първите председатели на Управителния съвет на „SOS – Детски селища България“. Дейност, на която лекарят посвещава близо 20 години от живота си.

## Да контролираш справедливо и прозрачно

Проф. Коларов става директор на ИАМН на 16 март т. г. Осъзнавайки тежестта и предизвикателствата пред себе си, лекарят се впуска в това начинание с голямо желание и амбиция да направи много неща заедно с екипа си, с който мислят в една посока.

„Аз си давам сметка, че от нас не започва легоброенето. Ние сме само част в един много дълъг процес. За всичките тези години, откакто съществува агенция Медицински надзор, която събира в себе си Агенцията по трансплантации и агенция Медицински одит, в периода до 2019 г. е свършена много работа. Нашите цели и желания са да надградим постигнатото до тук“, заявява проф. Коларов.

Директорът на ИАМН се надява медицинският одит и контролът на качеството на лечебната дейност да се развият ползотворно и прозрачно, очертавайки като основни приоритетни направления трансплантациите на тъканни органи и клетки.



„Всичко онова, което се извършва като контрол, трябва след това хубаво да бъде анализирано, за да се видят онези проблеми, които съществуват в нашето здравеопазване. Освен че ще работим в екип, трябва да взимаме решенията прозрачно и на база консенсус“, пояснява професорът.

По думите му сериозно внимание трябва да се обърне именно на образованието в тази област. Точно по тази причина в момента екипът му провежда срещи с МОН и с Медицинските университети у нас с цел сътрудничество. Една от основните им идеи е темата с трансплантациите да влезе в учебните програми.

## Изборът да ръководиш като път в живота

Проф. Коларов има придобити специалности по Хирургична стоматология, Лицево-челюстна хирургия, Социална медицина и здравен мениджмънт и Обща стоматология.

Работил е като клиницист, но в крайна сметка поема по друг път, свързан с администрацията и управлението.

„Клиничната работа ми е тръпка. Аз много години съм бил клиницист и съм работил като такъв, но така се случиха нещата“, казва проф. Коларов.

Според него, когато управлявал лечебно заведение, отговорността е още по-голяма, защото на плещите ти са не само пациентите, поверени на грижата на лекуващия специалист, а и всички останали в болничното заведение.

„Трябва да имаш поглед върху всичко това, което се случва. Грижата ти става много по-всеобхватна, освен всички други неща, които трябва да се случат в чисто административен порядък“, казва още той.

Проф. Коларов притежава неуморима хъс да се усъвършенства непрекъснато. Затова като млад лекар обича да дежури. По този начин той трупа много опит и овладява своята професия. Това е и причината да харесва толкова много медицината – предизвикателствата, които поставя пред лекарите, които не трябва да спират да се развиват и образават.

## Фотографията – страст като никоя друга

Любовта към фотографията в живота на проф. Коларов датира от много години назад във времето – от края на



## Проф. Росен Коларов за изкуството да запечатваш истории за части от секундата

70-те.

„Фотографията е едно прекрасно магично изкуство, което за части от секундата, за една стотна или дори за хилядна част от секундата, запечатва цяла история. Всяка една снимка е един кратък разказ, който разказва история за красота, за човешки съдби. В снимката има всичко – има фабула, има поставена теза, която се развива, и всичко това трябва да се улови в момента, в който се случва“, казва лекарят фотограф.

Проф. Коларов изразява себе си основно с документална фотография, която заема централно място в неговото творчество.

„Тази фотография безспорно има силни социални елементи, много болка понякога, но има и много радост, защото хората живеят и със своите радости и със своите скърби. Със своите усмивки и със своите създи, независимо къде се намират – дали в България или някъде на друга край на света. Всеки има своето щастие или пък предизвикателство, което стои пред него“, заявява още медикът.

Любим свой кадър той отказва да назове, тъй като според него всеки един кадър или творба се явява рождба за фотографа, художника или по-общо казано за човека, който се занимава с конкретно изкуство.

„Този процес на създаване на нещо понякога е много дълъг и е съпроводен с много терзания. Обикновено нещата се случват така: Виждате нещо, вдигате апарата, снимате и знаете, че нещо е станало. Казваш си „Да, това е кадърът сигурно. Може би кадърът на живота ми“. Връщате се въкъщи, провявявате снимките и си казвате: „Абе добре е“. Като минава времето започвате да виждате определени слабости и в един момент си казвате „Как съм могъл да го снимам това?! Няма нищо в него“. Това е един дълъг процес, свързан с болка, докато ви се избистри всичко и направите онова, което искате. Има моменти, в които винаги намирате, че нещо е могло да бъде по-добро. Съвършенството е нещо прекрасно и въпреки че не може да бъде достигнато, ние всички трябва да се стремим към него“, заключава професорът.

## За по-доброто бъдеще на българските деца

Именно фотографията отвежда емоционално лекаря при децата, лишени от родителски грижи и по-конкретно в организацията „SOS-Детски селища България“. Проф. Коларов заема поста председател на управителния съвет на организацията през 90-те години на



миналия век.

„Преди промените имаше акумулирано обществено недоволство за това как се отглеждат тези деца, пратени някъде в далечни села и паланки, далеч от околото на обществото. Те се отглеждаха в една доста сурова среда, понякога наподобяваща казармени условия“, споделя наблюденията си лекарят.

В началото на 1989 г., преди промените, той представя изложба по темата, която не намира особен обществен отзвук поради тогавашните особености на системата.

„Проблемът беше доста остър. На 5-ти декември показахме тази изложба на широката общественост в Дома на киното в София. Имаше група хора, които проявяваха интерес към това, което се случва, изразявайки недоволство от една несправедливост“, разказва авторът на изложбата.

Тези хора са най-прекрасните неща в нашия свят. Те са нашата надежда, те са бъдещето. Всяко едно дете има правото на своето нормално съществуване, има правото да се усмихва, да се радва, да има нормално детство. Много е страшно, когато видите едно дете, на 7, 8, 10

„Децата са най-прекрасното нещо в нашия свят. Те са нашата надежда, те са бъдещето. Всяко едно дете има правото на своето нормално съществуване, има правото да се усмихва, да се радва, да има нормално детство. Много е страшно, когато видите едно дете, на 7, 8, 10



години, което е страдало през целия този период от време. Не е получавало майчина или бащинска обич, ласка и закрила, подаръци за Коледа и детски спомени. Това са съдби, пред които не можем да останем безучастни и студени“, категоричен е лекарят.

Според проф. Коларов за това колко е развито едно общество можем да съдим от начина, по който то си грижи за своите слаби членове, а именно децата, лишени от родителска грижа и на второ място възрастните хора.

## „Непожеланите“ – изложба отвъд изкуството

Именно казаното до тук е причината да се роди и изложбата, за която стана дума в горните редове. Надсловът „Непожеланите“ се появява след интервю на журналиста Лидия Огойска, а снимките разказват именно за условията, в които живеят „непожеланите“ деца и възрастни.

„Тя разказваше за тези горещи проблеми, които са в обществото, показвайки ги по един реален начин. Имаше, разбира се, несъгласие с това да излизат на преден план подобни проблеми, но се беше създало голямо обществено недоволство“, спомня си лекарят.

Опитвайки се да изложи своите снимки в контекста на 150-годишнината от създаването на фотографията като изкуство в света през месец май, 1989 г., проф. Коларов се сблъсква с „невидима стена“, като изкуството му тогава се оказва неудобно за режима. Снимките биват изложени и придобиват обществено след промените, на 5-ти декември 1989 г. в Дома на киното.

## Снимането като втора същност

Именно като своя втора същност проф. Коларов определя фотографията в своя живот.

„Мога да кажа, че в сърцето ми живеят двама. Единият е лекарят, другият – фотографът. Тези неща са свързани едно с друго. Естествено, че всяко едно изкуство дава на човека, който се занимава с него, много емоция, много радост. Понякога удовлетворения, понякога търсене на нещо. Винаги виждаш, че може да направиш нещата и по-добри, и по-добри. Това, от една страна, те прави неудовлетворен, но от друга страна, те кара да се стремиш към съвършенство. А това важи с още по-голяма сила за медицинската професия, където нямаш право на грешки, тъй като става дума за човешки живот“, категоричен е професорът.

Въпреки немалкото си задължения, проф. Коларов доскоро е намирал време да преподава наученото на студенти по фотография в Нов български университет, където той преди пандемията изнася лекции като гост-лектор.

И ако се чудите как проф. Коларов успява да съчетае всичките тези дейности в ежедневието си – той разкрива пред вас тайната – въпрос на организация и желание. Защото, когато човек желае нещо – няма невъзможни неща.

Материал на Милена Енчева

РАЗКАЖЕТЕ НИ ЗА ВАШЕТО ХОБИ:  
quovadis@blsbg.com ИЛИ 0899906644.