София | година XX | Брой 11 | 30 ноември | 2022 | www.blsbg.com

ЛЪТОПИСИ

QUO VADIS

НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

ОБЕДИНЕНИ В БОРБАТА С ДЕТСКИЯ РАК

По данни на СЗО от декември, 2021 г. всяка година около 400 000 деца и юноши на възраст от 0 до 19 години заболяват от рак. Най-често срещаните видове рак в детска възраст включват левкемии, рак на мозъка, лимфоми и солидни тумори като невробластом и тумор на Wilms.

В страните с високи доходи повече от 80% от децата побеждават болестта. В държавите с ниски и средни доходи се излекуват по-малко от 30%.

Повечето случаи на рак в детска възраст могат да бъдат излекувани с генерични лекарства и други форми на лечение, включително хирургия и лъчетерапия.

Предотвратимите смъртни случаи от рак в детска възраст в държавите с ниска степен на развитие са резултат от липса на диагноза, погрешна или забавена такава, лоша организация на достъпа до грижи, отказ от лечение, смърт от токсичност и рецидив.

Само 29% от държавите с ниски доходи съобщават, че лекарствата за лечение на рак са общодостъпни за тяхното население, в сравнение с 96% от държавите с високи доходи.

Каква е ситуацията у нас – разговаряме с:

Маргарита Борисова – председател на сдружение „Деца с онкохематологични заболявания“

Лидия Витанова – председател на сдружение „Заедно срещу саркома“

Д-р Иван Боронсузов – Клиника по детска клинична хематология и онкология към УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“

На стр. 6, 7, 8

PROACTIVE CONSULTING

НИЕ МОЖЕМ И ЗНАЕМ КАК ДА ПОДГОТВИМ ВАШИЯ ПРОЕКТ

През януари 2023 г. ще стартира тримесечен прием на проекти за финансиране на ново оборудване на лекарски кабинети в селските общини по Програма за развитие на селските райони.
Допустимо е строителство и ремонт,
както и изграждане на фотоволтаици за собствени нужди.
Гарантираме лично отношение към всеки клиент и отговорност към успешната реализация на всеки проект.

Резултатите говорят за нас!

За контакти: office@pro-active.bg | тел.: 0878 833 693 | pro-active.bg

Д-Р БОЖИДАР ХРИСТОВ, Д.М.

ДА ИЗБИРАШ НИКОГА ДА НЕ СПИРАШ

На стр. 4

ДОЦ. Д-Р ПЕТКО КАРАГЬОЗОВ, Д.М.

ИНОВАЦИИ БЕЗ ГРАНИЦИ

На стр. 5

ГРИПНИ СЪСТОЯНИЯ

ОСЦИЛО кокцинум®

БЪЛГАРСКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕН СЪЮЗ
НАГРАДА НА БФС ЗА "ХОМЕОПАТИЧЕН ЛЕКАРСТВЕН ПРОДУКТ ЗА 2022 ГОДИНА"

ЗА ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ГРИПНИ СЪСТОЯНИЯ

BOIRON®

Високо ценим Вашето здраве

Хомеопатичен лекарствен продукт. За повече информация: Боарон БГ ЕООД, София, бул. Шипченски проход 9, тел. 02/963 45 00

ISSN 2815-3774

- **БЛС и НЗОК подписаха анекса към НРД 2020-2022, позицията на съсловната организация обаче остава непроменена**
- **Лекарският съюз отправи покани за срещи към всички парламентарно представени партии**
- **Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите за 2021 г.**

На стр. 2-3

БЛС: ПРЕГОВОРИТЕ С ТОВА РЪКОВОДСТВО НА КАСАТА СА НЕВЪЗМОЖНИ! ИСКАМЕ ОСТАВКИТЕ НА УПРАВИТЕЛЯ НА НЗОК И НА ПРЕДСЕДАТЕЛЯ НА НАДЗОРНИЯ СЪВЕТ

9 ноември 2022 г.

БЛС излиза от преговорния процес с настоящите ръководства на Надзорния съвет на НЗОК и на Касата. Нещо повече - настояваме за оставките на управителя на НЗОК проф. Петко Салчев и на председателя на Надзорния съвет на Касата д-р Александър Златанов. Оттук нататък отговорността за състоянието на системата е на тези, които взимат решенията – парламент и Министерски съвет, категорични бяха от ръководството на БЛС по време на извънреден брифинг на съсловната организация. И добавиха: „Обръщаме се към всички парламентарни групи да вкарат спешно в дневния си ред наболелите проблеми в системата, свързани с начина на управление на НЗОК и с начина на разпределение на средствата за здраве.“

Ръководството на съсловната организация обясни исканите оставки със следните причини:

Рецидив с опитите за прикриване на средства, гласувани от парламента за здраве – пари, които трябва да стигнат до българските лекари и пациенти. „Тази година, за пореден път, до нас беше изпратено едноличното решение от страна на Надзора на НЗОК за разпределянето на очаквания остатък от гласуваните от парламента пари за здравна помощ за 2022 г. Това е нарушение на Закона. Той гласи, че УС на БЛС и НС на НЗОК трябва заедно да решат как да бъдат разпределени тези средства“, обясни д-р Маджаров. И добави: „Вместо заедно да договорим Методика, за пореден път получаваме гласувани готови текстове, ултимативни, които или приемаме, или имаше една реклама, в която се казваше „ядеш сега или гориш“. А в случай че не приемем, лекарите и лечебните заведения не получават и малкото трохи, които им се подхвърлят.“

Бламиране, имитиране и саботиране на преговорния процес. Нито що се отнася до разпределянето на средствата за тази година, нито по отношение на тригодишния рамков договор, който трябва да бъде подписан в края на годината и който лекарите в страната чакат - реални преговори не е имало до този момент, обясниха от БЛС.

Нежелание за решаване на проблемите в сектора, които пречат и на работещите, и на пациентите.

Ръководството на Български лекарски съюз беше категорично, че няма да допусне да се взимат еднолични решения в ущърб на съсловието и ще продължи да бъде гарант за спазване на законността в системата на здравеопазването. И се обърна към пациентите: „Нашите усилия са и в защита на Вашите права, защото добре заплатените медицински специалисти са добре лекуващи медицински специалисти.“

БЛС винаги е бил гарант за спокойствието в системата, категоричен беше д-р Маджаров. „Ножът е опрял до кокала! Оттук нататък си запазваме правото да предприемем последващи законови действия – включително и протестни“, завърши председателят на съсловната организация.

Районните колегии на БЛС излязоха с декларации в подкрепа на действията на УС на БЛС.

Още на www.blsbg.com.

IN MEMORIAM

НАПУСНА НИ ДОЦ. Д-Р ГОТА ВЪЛКОВА, Д.М.

Доц. д-р Гота Вълкова, д.м. специализира медицинска генетика и клинична лаборатория и през 1967 г. създава Отделение по медицинска генетика към ВМИ-Пловдив, чийто ръководител е до 1999 г.

Доц. д-р Гота Вълкова е деен участник в откриването на Медико-генетичен консултативен център през 1986 година.

Уважаван специалист и колега, тя посвещава живота си на хората и оставя след себе си светъл пример за професионализъм, достойнство и човечност. Доц. Вълкова ще остане завинаги в историята на МУ-Пловдив и в сърцата на всички като заразяващ със своя позитивизъм човек, пишат колегите й от учебното заведение.

УС на БЛС изказва съболезнования на семейството, близките, колегите и на всички, които обичат и уважават доц. Гота Вълкова!

Дълбок поклон пред паметта й!

ПОЧИНА ДОЦ. Д-Р МИГЛЕНА СТАМБОЛИЙСКА

Доц. Стамболийска завършва медицина във ВМИ-Варна през 1979 г. От 1981 г. е лекар в Клиниката по гастроентерология на УМБАЛ „Св. Марина“.

Придобива специалности по вътрешни болести през 1984 г. и по гастроентерология и диететика през 1986 г. Последователно е асистент, старши и главен асистент в Учебен сектор по гастроентерология (1981 - 2014). Завеждащ лекар на гастроентерологично отделение в периода 1997 г. – 2000 г., а от 2010 г. до 2013 г. е завеждащ Ендоскопски център към клиниката.

През 2014 г. придобива образователна и научна степен доктор, а от 2015 г. е доцент. Автор е на 2 монографии, съавтор на 5 учебника и 3 ръководства. Има над 80 публикации и над 90 участия в национални и международни научни форуми.

Напусна ни един безкрайно добър човек и приятел, прекрасен колега, ерудиран учен и професионалист, пример за подражание със своята честност, всеотдайност, отзивчивост и доброта, пишат за нея колегите й.

УС на БЛС изказва дълбоки съболезнования на близките, приятелите и колегите на д-р Стамболийска.

Светлина по пътя!

ОТИДЕ СИ ДОЦ. АЛЕКСИ АЛЕКСИЕВ

На 83-годишна възраст този свят напусна доц. Алекси Алексиев, чиято професионална кариера бе тясно свързана с Клиниката по психиатрия на УМБАЛ „Александровска“, съобщиха от лечебното заведение.

Доц. Алексиев завършва ВМИ – София през 1963 г. Първоначално работи в Психиатричната болница в гр. Бяла, след което е клиничен ординатор в Университетската психиатрична клиника на ВМИ-София. Професионалният му път минава през главен лекар на Психиатричната болница в Карлуково и редовен докторант в психиатрична клиника във Варшава, където защитава дисертация. От 1974 г. е асистент, а през 1982 г. се хабилитира като доцент. Дългогодишен член на Катедрата по психиатрия при МУ-София, началник на Клиниката по психиатрия на УМБАЛ "Александровска", основател на Дневния стационар в клиниката и два мандата в ръководството на Съюза на медицинските дружества в България. От 2009г. до 2018г. е част от екипа на ДКЦ „Александровска“ ЕАД.

Доц. Алексиев беше един от пионерите на психотерапията у нас и радетел на холистичния подход в психиатричното обслужване. Ще го запомним като дълбоко уважаван човек и лекар, който безрезервно и с чест отстояваше ценностите на лекарската професия и бе пример за младите поколения медици със своята ерудиция, всеотдайност, човечност и професионализъм, пишат за него от болницата.

Поклон пред паметта му!

ФИНАНСИРАНЕ НА НОВО ОБОРУДВАНЕ НА ЛЕКАРСКИ КАБИНЕТИ ПО ПРОГРАМА ЗА РАЗВИТИЕ НА СЕЛСКИТЕ РЕГИОНИ

Уважаеми колеги,

От нова година стартира прием на проекти за финансиране на ново оборудване на лекарски кабинети в селските общини по подмярка 6.4.1 от Програма за развитие на селските райони.

Изисквания към кандидатите:

- Микропредприятия /персонал до 9 души средносписъчен брой вкл. за последните 2 финансови години, съгласно справки подавани към НСИ/.
- Регистрирани като еднолични търговци или юридически лица по Търговския закон.
- Фирмите трябва да имат седалище/клон на територията на община от селски район.

Допустими дейности:

Предоставя се подпомагане за инвестиции в неземеделски дейности, които са насочени към развитие на услуги във всички сектори на икономиката. Допустимо е производство на енергия от възобновяеми енергийни източници за собствено потребление, т.е. закупуване и монтаж на ФЕЦ за задоволяване на нуждите на действащо микропредприятие – медицински или стоматологичен център.

Допустими разходи:

- строителство - изграждане, ремонт или реконструкция на недвижимо имущество;
- закупуване, включително чрез лизинг на нови машини и оборудване до пазарната стойност на активите, включително медицинско и стоматологично оборудване и апаратура, както и оборудване на аптека;
- общи разходи, свързани с хонорари на архитекти, инженери и консултанти, хонорари, свързани с консултации относно екологичната и икономическата устойчивост, включително проучвания за техническа осъществимост, които могат да са максимум 12% от стойността на целия проект;
- нематериални инвестиции: придобиване и създаване на компютърен софтуер и придобиване на патенти, лицензи, авторски права и марки.

Условия за допустимост:

- инвестицията да се осъществява в селски район;
- инвестицията да няма отрицателно влияние върху околната среда.

С предимство са:

- проекти, насочени към създаване или развитие на здравни и социални услуги. Насочеността се определя от кода по КИД-2008:

Сектор Q:
- Q 86.21 „Дейност на общопрактикуващи лекари“;
- Q 86.22 „Дейност на лекари специалисти“;
- Q 86.23 „Дейност на лекари по дентална медицина“;

Сектор G:
- G 47.73 „Търговия на дребно с лекарства и други фармацевтични стоки“;
- проекти, подадени от кандидати, притежаващи опит или образование в сектора, за който кандидатстват или проекти, подадени от кандидат, чийто собственик или представляващ притежава образование и/или стаж в сектора, за който кандидатства;
- кандидати, осъществявали дейност най-малко 3 години преди годината на кандидатстване - фирмата е имала нает персонал и е реализирала приходи от дейността си;
- проекти на кандидати, на които седалището на дружеството е в същата община, в която ще е извършва инвестицията от най-малко една календарна година;
- проекти, създаващи нови работни места.

Минимална стойност на проекта – €10 000.

Максимална стойност на проекта – €600 000.

Финансовата помощ е до 50% от разходите по проекта, но не повече от €200 000 и при спазване на правилата за „минимална помощ“.

След одобрение на проекта е допустимо авансово плащания в размер до 50% от одобрената финансова помощ, след предоставяне на банкова гаранция.

Телефон: +359 2 954 11, имейл: pr@blsbg.com

На www.blsbg.com можете да се запознаете с резюме на подмярка 6.4.1 – медицина и Списък на селските райони.

БЛС И НЗОК ПОДПИСАХА АНЕКСА КЪМ НРД 2020-2022, ПОЗИЦИЯТА НА СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ ОБАЧЕ ОСТАВА НЕПРОМЕНЕНА

23 ноември 2022 г.

НЗОК и БЛС подписаха Анекса към НРД 2020-2022. Това стана ясно на брифинг след съвместно заседание между УС на БЛС и НС на Касата, свикано по инициатива на служебния министър на здравеопазването д-р Асен Меджидиев.

С документа се регламентира увеличение на цените на клиничните пътеки в болнична помощ с 8%, а в медико-диагностичната дейност с 18%. То влиза в сила от 1 септември и ще бъде устойчиво и за следващата година.

В Анекса беше разписано още, че след приемането на нов бюджет и след като бъдат договорени новите цени за ПИМП и СИМП, то те задължително ще влязат в сила със задна дата от 01.01.2023 година.

„Това, което направихме днес, е да приключим успешно финансовата година. Най-важното е, че медиците ще получат парите, които им се полагат“, каза председателят на БЛС д-р Иван Маджаров.

И добави: „Всички се обединихме днес, че икономия ще има и тя ще бъде разпределена по предложената от нас Методика.”

Председателят на БЛС обаче подчерта, че в предложението на НЗОК за следващия рамков договор се съдържат много неприемливи за БЛС неща.

“Въпреки постигнатата договореност, на фона на постъпилите предложения от страна на НЗОК за НРД 2023-2025, позицията на Лекарския съюз по отношение на преговорния процес по предстоящия Рамков договор и исканите оставки остава непроменена”, завърши д-р Маджаров.

ПОКАНИ ЗА СРЕЩИ КЪМ ВСИЧКИ ПАРЛАМЕНТАРНО ПРЕДСТАВЕНИ ПАРТИИ

11 ноември 2022 г.

Управителният съвет на Български лекарски съюз отправи покани за срещи към всички парламентарно представени партии.

Причината: Ескалиращото напрежение в здравния сектор, липсата на стабилност, предвидимост и невъзможността за работа с ръководствата на Надзорния съвет на НЗОК и на Касата в лицето на управителя на НЗОК - проф. Петко Салчев и на председателя на Надзорния съвет на Касата – д-р Александър Златанов.

От Съсловната организация подчертават, че е от съществено значение парламентарно представените партии да бъдат запознати с проблемите в сектора.

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ:

МЕДИЦИНАТА Е НАУКА, В КОЯТО ПОСТИЖЕНИЯТА СА КОЛЕКТИВНИ

12 ноември 2022 г.

„Безспорно е, че медицината е наука, в която постиженията са колективни, и темата, на която е посветена днешната конференция, е ярък пример точно за това. Истината е, че ако няма колаборация и тясна връзка между няколко специалности – неонатолози, детски офталмолози, педиатри, анестезиолози и др. навременната диагностика и лечение на това социалнозначимо заболяване, което често води до инвалидизация, няма да бъде успешна”, заяви при откриването на форума „Ретинопатия на недоносеността – за бъдещето на нашите недоносени деца“ д-р Иван Маджаров и допълни, че конференцията ще бъде още един пример за съвместна работа, споделяне на знания и опит и ще даде принос за лечението на малките пациенти, които се раждат недоносени.

Председателят на БЛС коментира, че ставаме свидетели в последните години точно на това – успехите в една област да водят до появата на проблеми в друга. „В случая все по-малки деца успяваме да спасяваме и това пък води до увеличаване на случаите с диагноза ретинопатия на недоносените. Това обаче не ни пречи да вярваме, че ще се справяме все по-добре”, каза д-р Маджаров.

Форумът „Ретинопатия на недоносеността – за бъдещето на нашите недоносени деца“ поставя във фокуса си един от най-наболелите и социалнозначими въпроси на детската офталмология и неонатология. В рамките на конференцията водещи лекари от България и изтъкнати международни специалисти ще обменят опит в съвременната диагностика и терапевтични възможности за ретинопатията при недоносените деца. Симпозиумът се организира от Българското дружество по детска офталмология, неврооофталмология и офталмогенетика - „Ретинопатия на недоносеността – за бъдещето на нашите недоносени деца“ и се провежда под патронажа на президента на Република България г-н Румен Радев, в партньорство с Български лекарски съюз и Столична община.

ДОЦ. КАРАГЬОЗОВ ПОЛУЧИ ГОЛЯМАТА НАГРАДА В КОНКУРСА ЗА ИНОВАЦИИ И ДОБРИ ПРАКТИКИ В ЗДРАВНИЯ СЕКТОР

8 ноември 2022 г.

„Трябва да правим всичко възможно иновациите да стигат до пациентите“, каза д-р Иван Маджаров, председател на управителния съвет на Български лекарски съюз, който се обърна към наградените в конкурса за иновации и добри практики на „Капитал“ и биофармацевтичната компания „АбВи“ с пожеланието да бъдат все така творчески настроени и смели. Той връчи наградата на победителя в тазгодишния конкурс доц. д-р Петко Карагьозов, началник на Клиниката по гастроентерология в „Аджибадем Сити клиник Токуда“. Специалистът наскоро получи отличие и на церемонията „Лекар на годината - 2022“. Доц. д-р Петко Карагьозов беше награден от Български лекарски съюз е в категория „Принос за развитие и прилагане на иновативна медицина и уникални техники“.

Втора награда журито връчи на проф. д-р Анна Кънева, началник на Клиниката по детска кардиология в Националната кардиологична болница, за иновативната интервенция на вродена сърдечна малформация при бебе с екстремно ниска възраст и тегло. Третата награда отиде при екипа на медико-диагностичен център „Медикус Алфа“ за въвеждане на иновативни технологии.

Наградата за пациентска добра практика е за Фондация за палиативни грижи за деца „Ида“. Отличѐн бе и проектът „Бързи герои 112“ на организацията „Сърце до сърце за България“, чрез който децата се учат да разпознават инсулт.

Наградите бяха връчени по време на деветата конференция “Иновации и добри практики в здравния сектор”. Форумът се организира от в. „Капитал“ в партньорство с Health PR.

#ПРЕБОРИГНЕВА

Продължават обученията на медици за справяне с агресивни пациенти

5 ноември 2022 г.

През септември т.г. БЛС рестартира националната си кампания срещу насилието над медици #ПребориГнева, както писа в. „Quo vadis“ в бр. 9/ 2022 г.

Медици от УМБАЛ „Лозенец“ – София бяха поредните участници в обучението, което е специално разработено от психолози на Лабораторията за психично здраве при ВМА. 20 лекари и медицински специалисти започнаха двудневен безплатен тренингов курс. Обучението беше открито от доц. Йорданка Узунова – началник на клиниката по педиатрия в УМБАЛ „Лозенец” и председател на Етичната комисия към Столична лекарска колегия. Доц. Узунова поздрави присъстващите и заяви, че агресията, за съжаление, е сериозен проблем, с който, за да се справят медиците, трябва да имат съответни умения. Модератори на двудневния курс бяха Даниела Лазарова – психолог в сектор „Психологична оценка и превенция“ - ВМА и Иглика Парашкевова – психолог в сектор „Психологично консултиране, психотерапия и кризисни интервенции“ – ВМА.

По време на обучението, което включва практически и теоретични модули, участниците повишават както уменията си за справяне с актовете на агресия и насилие спрямо тях, така и психологическите си умения за справяне в нестандартни и критични ситуации, усъвършенстват уменията си за вземане на решение и решаване на конфликти и други.

Рестартът на Националната кампания на БЛС срещу насилието над медици #ПребориГнева започна през месец септември от гр. Самоков, защото градът е една от невралгичните точки у нас, а медицинските екипи често са обект на вербална и физическа агресия.

В помощ на лекарите и медицинските специалисти, Български лекарски съюз съвместно с психолозите от Лаборатория за психично здраве – ВМА, разработи листовки със съвети и алгоритъм на поведение при комуникация с агресивен пациент и/или близките му.

Обучителните курсовете са безплатни за лекари и медицински специалисти. Лечебните заведения, които желаят да се включат, е необходимо да позвънят на тел: 0898483597 или да изпратят имейл до pr@blsbg.com.

На имейл: blsus@blsbg.com пък могат да бъдат подавани сигнали за агресия над медици. Те ще бъдат незабавно предавани към Главния прокурор, съгласно подписаното споразумение между БЛС, МЗ и Прокуратурата на Р България.

Министерският съвет одобри годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите за 2021 г.

02 Ноември 2022

Правителството прие Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите за 2021 г. Документът представя състоянието и тенденциите в динамиката на основните показатели, характеризиращи общественото здраве.

През 2021 г. продължава тенденцията за намаляване на заболеваемостта от злокачествени новообразувания (392.3 на 100 хил. души за 2021 г., спрямо 399.3 на 100 хил. за 2020 г. и 434,9 на 100 хил. за 2019 г.), като най-висока е заболеваемостта от рак на храносмилателните органи (91.7 на 100 хил.), рак на млечната жлеза при жените (87.2 на 100 хил.) и рак на женските полови органи (87.2 на 100 хил.).

Майчината смъртност (5.1 на 100 хил.) намалява спрямо 2020 г. (6.8 на 100 хил.). Достигнатото равнище на детската смъртност (5.6 на 1 000) остава по-високо, отколкото в ЕС (3.3 на 1 000).

Запазва се тенденцията за намаляване на раждаемостта. Коефициентът на общата раждаемост е 8.5 на 1 000 души, като остава по-ниськ от този за ЕС (9.1 на 1000), но се доближава до нивото в повечето европейски страни.

България продължава да е с висок коефициент на общата смъртност, който през 2021 г. е 21.7 на 1 000 души, при 18.0 на 1 000 за 2020 г. и среден показател за ЕС 11.6 на 1 000. Структурата на смъртността по причини се промени през 2020 г., когато COVID-19 зае трето място, а през 2021 г. вече заема втора позиция като причина за смърт (18.5%) след болестите на органите на кръвообращението (53.7%) и новообразуванията (11.6%). Годишната заболяемост от COVID-19 в България за 2021 г. (7 784,01 на 100 хил. души) е над два пъти по-висока в сравнение с тази в ЕС (2 894,64 на 100 хил.).

Наблюдаваната през последните години структура на смъртността по причини се променя, като през 2021 г. COVID-19 заема втора позиция като причина за смърт (18.5%) след болестите на органите на кръвообращението (53.7%) и новообразуванията (11.6%).

В доклада са представени и дейностите по опазване на общественото здраве, държавния здравен контрол и изпълнението на имунизационния календар на страната. Разгледани са рисковите фактори - тютюнопушене, употреба на алкохол, нездравословно хранене и намалена двигателна активност, обвързани със заболеваемостта и смъртността от хронични незаразни болести. Представени са данни за финансирането на здравните дейности, човешките ресурси в системата, дейността на лечебните заведения, фармацевтичния сектор и лекарствената политика.

Източник: МЗ

ДА ИЗБИРАШ НИКОГА ДА НЕ СПИРАШ

Д-р Божидар Христов, д.м. за образованието като най-ценна инвестиция

Амбицията да се развиваш, съчетана с желанието да бъдеш полезен на другите, са две от безспорните качества на д-р Божидар Христов, д.м. Младият медик завършва медицина в МУ-Пловдив. Още по време на своето обучение започва работа в УМБАЛ „Каспела“. Именно там се заражда и интересът му към гастроентерологията.

След близо 8 години практика, освен безценен опит, се е сдобил и с дузина квалификации. Извършва широк спектър от диагностични и терапевтични процедури, сред които видеоколоноскопия, видеогастроскопия, ендоскопска ретроградна холангио-панкреатография и ендоскопска ехография.

Неговият стремеж към усъвършенстване не остава незабелязан. Тази година той беше сред наградените от Български лекарски съюз в категория „Ти си нашето бъдеще“.

Гастроентерологията като безценно поле за изява

В рода си д-р Христов няма други лекари, чийто пример да последва, но когато идва моментът да реши как ще се развива животът му, той е категоричен, че иска да се занимава с нещо, което „да предава смисъл на живота му“.

„… нещо, което да ме кара да се чувствам пълноценен като личност, да правя нещо смислено. Нещо, което ме развива като личност, но същевременно да създава и ползи за обществото. В този ред на мисли изборът ми на професия беше осъзнат и обмислен, а не плод на детска мечта“, казва той.

Колкото до избора на специалност, като немалка част от младите лекари, за д-р Христов тя се оказва по-скоро благоприятно стечение на обстоятелствата. Още от студентската скамейка, той попада в УМБАЛ „Каспела“, където преоткрива възможностите на гастроентерологията.

„Разбрах какви хоризонти открива тази специалност, колко разнообразна е тя. Впоследствие си дадох сметка, че това ще е моят бъдещ път на развитие, тъй като най-добре отговаря на моя характер и възможности. Гастроентерологията предлага много възможности в сферата на консервативното лечение и интервенционалните процедури. Осъзнах, че хоризонтите и полето за изява в това направление са доста. Можеш да помогнеш на хората в толкова много аспекти“, казва лекарят.

Изборът да не спираш да се развиваш

„Човек трябва да се стреми постоянно да се развива“, категоричен е д-р Христов. Вярва в схващането, че ако не вървиш напред или си в застой, значи вървиш назад. А на фона на лесния достъп до информация е престъпление да не инвестираш в себе си.

„И в криза, и в подем най-добрата инвестиция е в образование“, категоричен е лекарят. Самият той е инвестирал в редица курсове в чужбина, които, освен безценен опит, са му дали полезни контакти на клинично и академично ниво.

„Тези контакти дават възможност постоянно да бъдеш в течение с най-добрите, с най-новите тенденции, които са в гастроентерологията“, допълва той.

Д-р Христов не отрича, че среща огромна подкрепа за развитието си и от болницата, в която работи.

„Не само аз, но и целият ни екип, срещаме много сериозна подкрепа и в материално, и в чисто морално отношение постоянно да вървим напред и да постигаме нови цели“, казва още лекарят.

Академичната страна на нещата

Освен че развива успешно клиничната си дейност, д-р Христов е асистент в Медицински университет – Пловдив. За да поддържа добро академично ниво, той не спира да обогатява знанията си.

„Човек не може да бъде адекватен на реалностите и да преподава, без да следи какво се случва. Не само в гастроентерологията, но и в медицината като цяло всичко се променя за дни, така че човек трябва да е мотивиран да не изостава“, пояснява медикът.

В този ред на мисли, тази година д-р Христов успява да защити дисертация в сферата на гастроентерологията, касаеща еластографията на панкреаса.

Въпреки постиженията си в академично отношение, неговите амбиции и цели са насочени основно към клиничната дейност.

„Фокусът ми е основно върху работата ми с пациенти и ежедневната ми дейност в болницата, но по принцип медицината е такава сфера, че клиничното и академичното развитие вървят ръка за ръка. Трудно е човек да се поддържа на добро ниво, ако едно от двете изостава“, казва още гастроентерологът.

А ролята на преподавателя се оказва особено важна в обучението на всеки бъдещ медик.

„Той трябва да събуди интерес у студента като чисто емоционално го обвърже с предмета, който преподава. Разбира се, ние трябва да срещаме желание и от отсрещната страна. Не можем да принудим някой да научи нещо“, пояснява д-р Христов в качеството си на асистент.

„И към днешна дата има студенти, които дал`и защото много обичат това, което правят, много са амбициозни, или по някаква друга причина, са много мотивирани сами да търсят информация. За нас като преподаватели е много приятно да се работи с такива хора, защото виждаш, че това, което им даваш като знания, се цени. Разбира се, съществува и друга група студенти, където мотивацията е значително по-ниска. Там полагаме повече усилия, но образованието е двустранен процес. Нужна е заинтересованост и от двете страни“, допълва лекарят.

Мисията да подобряваш качеството на живот на пациентите

В болницата, където работи д-р Христов, се развиват всички аспекти на гастроентерологията. Най-изявени са интервенциите върху жлъчната и панкреасната система.

„Опитваме се да наложим всички методи и техники, които съществуват в световен мащаб. При нас се провежда ендоскопско изследване на жлъчните пътища, което често съчетаваме с лазерна литотрипсия, т.е. лазерно разбиване на камъни при пациенти, при които това нещо не е възможно да стане чрез стандартни методи“, обяснява лекарят.

„Аз лично много ценя подобни манипулации, тъй като те често се извършват на млади хора с голям хоризонт пред тях. Наскоро имахме пациентка на 34 години с детска церебрална парализа. Тя беше с камъни в жлъчните канали, които не са били изчистени, въпреки че жлъчният й мехур беше изваден. В общия случай това момиче трябваше да понесе една сравнително тежка реконструктивна операция. В същия момент манипулацията, която ние й предложихме, позволи тези камъни да бъдат разбити и извадени в кратък времеви интервал. Интервенцията беше 45 минути и на третия ден пациентът се прибра вкъщи. Мисля, че това са случаите, с които ние най-много трябва да се гордеем, защото те реално променят живота на човека.“

В голяма част от случаите се налага и извършването на палиативни дейности при хора с онкологични заболявания, които не са подходящи за радикално лечение.

„Стремим се да създадем комфорт в живота при тези хора, правейки всичко възможно да удължим прогнозата при тях, но за съжаление интервенциите там не лекуват“, пояснява лекарят.

Гастроентерологията по света и у нас

По думите на д-р Христов, гастроентерологията у нас не отстъпва като качество на работа и предлагани услуги спрямо други страни.

„Не само че не отстъпва, а в определени аспекти дори и я превъзхожда. В други страни например гастроентеролозите не гледат на ехограф, това нещо се прави изцяло от интервенционални рентгенолози, докато тук в България в почти всеки един по-голям център има възможност да се правят такива процедури“, пояснява лекарят.

По думите му, в България има отлични гастроентеролози на много високо ниво – в София, в Пловдив и в останалите областни градове, а колаборацията между тях е отлична. Разбира се, всичко зависело и от материалното обезпечение на центровете, където се практикува тази специалност.

„Гастроентерологията, като повечето медицински специалности, е до голяма степен обвързана с технологичния напредък. Не може да се прави голяма гастроентерология, без да имаш условията. В този ред на мисли, голяма част от постиженията ми са възможни благодарение на болница „Каспела“, където ми се оказва пълна техническа и морална подкрепа“, признава докторът.

Като много други специалисти в областта, д-р Христов наблюдава, че пациентите у нас често идват с напреднали заболявания в кабинета, но това според него не е свързано само с желанието на хората да следят здравето си, а и с информацията, която достига до тях.

„Те трябва да знаят за кои тревожни симптоми да следят. За съжаление, скринингът като понятие у нас се приема със скептицизъм. Трудно е да обясниш на пациент на над 55-годишна възраст без оплаквания, че трябва да си прави регулярно скринингова колоноскопия. При пациентите в чужбина този въпрос не стои на дневен ред“, казва още лекарят.

В същия момент напредналите заболявания изключително усложняват тяхната работа и често водят до голямо емоционално неудовлетворение при лекарите.

Успешен млад лекар в България – мисия възможна?

Да си млад и успешен медик у нас, голяма част от лекарите ще се съгласят, че не е лесно. Съгласен е и д-р Христов.

„Трудно е, тъй като всеки лекар иска най-доброто за себе си. Макар че в България има дефицит на кадри, ситуацията в големите университетски центрове е доста наситена. Не всеки млад лекар може да попадне в такава среда и не всеки има късмета да работи с хора, които имат желание да го развиват. Но когато си мотивиран и си готов на жертви, нещата се случват“, признава лекарят като споделя, че за да стигне до там, където е в момента, му е коствало много жертви в здравословно и лично отношение.

Впечатленията му са, че е нужен поне 10-годишен хоризонт на един млад лекар, преди да започне да бере плодовете на своя труд.

„Моят учител, при когото започнах работа, ми казваше: В медицината няма големи скокове, за разлика от други професии, където бързо можеш да се изстреляш на върха. Като млади лекари ние не можем да търсим бърз успех, но рано или късно, ако човек е мотивиран и полага усилия, те ще бъдат оценени“, казва още медикът.

В този ред на мисли, като голяма оценка за своя труд приема връченото му от БЛС отличие.

„Това е голяма чест за мен и съм много щастлив, никога не съм го очаквал. Освен че ме радват, подобни отличия осмислят положения от мен труд и служат като доказателство, че той не е бил незабелязан.“

Най-ценни за него обаче остават оценката и признанието от пациентите, на които лекарят е помогнал и продължава да помага.

Доц. д-р Петко Карагьозов за пътищата, които сами прокарваме

ИНОВАЦИИ БЕЗ ГРАНИЦИ

Вярата в прогреса е водеща сила в живота на началника на Клиниката по гастроентерология в Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда доц. д-р Петко Карагьозов. В комбинация с любовта му към специалността му, лекарят успява да постави нови основи в упражняването й у нас.Само в рамките на последната година доц. Карагьозов въвежда четири иновативни за страната ни ендоскопски техники, сред които са нов метод на лечение, увеличаващ преживяемостта при пациенти с рак на жлъчните пътища и тумори на панкреаса и нов миниинвазивен метод в лечението на дистална стомашна обструкция.

През 2016 г. лекарят въвежда дигиталната холангиоскопия в клиничната практика за първи път в страната ни. До момента е извършил над 450 процедури, което го нарежда сред водещите експерти в областта в световен мащаб.

На тазгодишната церемония „Лекар на годината“ 2022 доц. д-р Петко Карагьозов получи признанието от Български лекарски съюз в категория „Принос за развитие и прилагане на иновативна медицина и уникални техники“.

Да се престрашиш да бъдеш първи

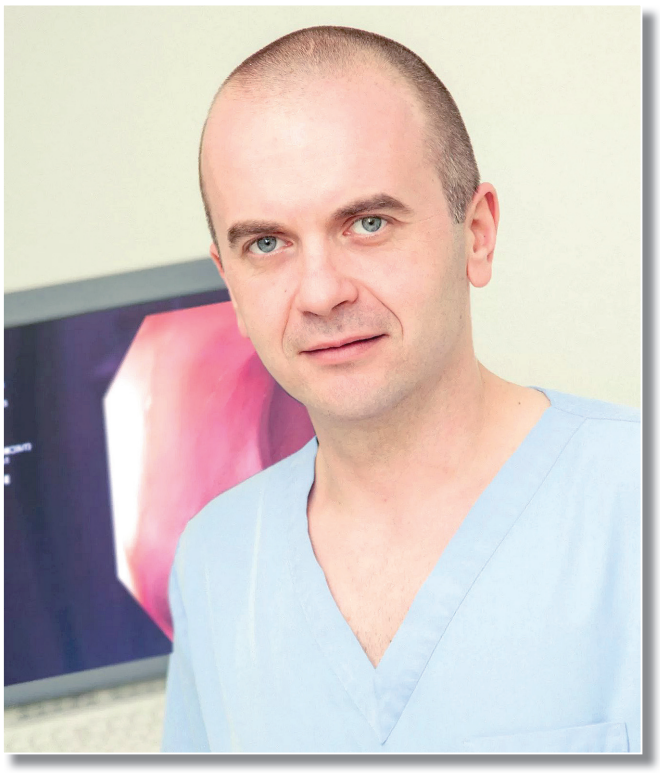
Интересът на доц. Карагьозов към гастроентерологията се предава по наследство. Баща му д-р Иван Карагьозов е сред първите ендоскописти у нас.

Още преди да завърши образованието си, Карагьозов-младши е сигурен в избора си на специалност. Вижда огромен потенциал в нея и вярва, че има с какво да допринесе за развитието й. Професионалният му път като лекар стартира във Военномедицинска академия, където прекарва първите 6 години след завършването си. През 2011 г. започва работа в Аджибадем Сити Клиник УМБАЛ Токуда, където работи и до днес. През последните 6 години оглавява собствено отделение по интервенционална гастроентерология там, а тази година застава начело на клиниката по гастроентерология.

„Специалността винаги ми е била интересна и винаги съм се стремял да постигна професионални висоти, практикувайки я. Старал съм се да овладея максимално много методики, да следя новостите и да прилагам нови техники, за да съм максимално от полза на пациентите си. През 2016 г. въведох дигиталната холангиоскопия в клиничната практика за първи път у нас, след като болницата, в която работя, инвестира в нужната техника. Работата ми в тази област стана основа за защита на дисертацията ми“, пояснява лекарят.

Дали има момент на страх, когато отъпкваш сам нови пътеки?

„Разбира се, че има“, признава доц. Карагьозов. “Едно е да въведем нещо, когато то е утвърдено в цял свят и просто по някаква причина ние започваме да го прилагаме по-късно. Съвсем различно е да стартираме с нещо, което все още е неутвърдено. Винаги има страх, че ще излязат резултати, които не са обнадеждаващи, че методиката ще отпадне в даден момент или ще се окаже неефикасна за пациентите.По думите на доцента, страхът от непознатото не изчезва. Но въпреки него лекарят не спира да развива гастроентерология у нас с нови и нови техники за лечение и диагностика.



Добрият екип като най-ценно достижение

Сред поредицата от професионални успехи като най-значим доц. Карагьозов откроява създаването на един истински добър екип. „Гордея се с това, че съм послужил като пример на хората, с които работя, а те със същата отдаденост следват посоката, която очертахме заедно“, казва той. „Радва ме и фактът, че вече има лекари, които се изградиха при нас и сега работят в големи болници на ключови позиции.“

По думите му, наградата, връчена му от БЛС, е оценка не само за самия за него, а за хората, с които работи. „Това е оценка не само за мен – но и за екипа ми. Практически няма как човек да бъде индивидуалист и да постигне големи резултати в никоя област. Това е екипна работа. Изключително се радвам от факта, че работата ни е била забелязана, това в крайна сметка говори, че сме на прав път“, заявява медикът.

По думите му, няма конкретна формула, с която един лекар може да се открои като добър такъв и за всеки тя е строго индивидуална. Самият той обаче вярва, че естеството на неговата професия предполага постоянно развитие в името на това медикът да бъде истински полезен на своите пациенти.

Широк кръгозор – широка полезност

В стремежа си да се усъвършенства и да учи нови техники и методи на работа д-р Карагьозов стига чак до Япония – меката на ендоскопията и ендоскопските техники, които стоят в основата на гастроентерологията като специалност. „Прекарах месец там. Това надгради базисните ендоскопски техники, които тогава владеех и успях в голяма степен да дообогатя мирогледа си по отношение на определени методики“, пояснява медикът. Преминал е също множество курсове по гастроентерология и интервенционална ендоскопия в Германия, Чехия, Холандия, Италия, Израел и САЩ, както и обучение за преподаване на ендоскопия (Рим, 2017). Щастлив е, че е имал възможността да приложи наученото и най-вече да полага основи в специалността у нас. „В Токуда имах големия шанс да започна почти от нулата, тогавашния началник на вътрешното отделение д-р Асен Петров, който ме покани да работя там, ми даде пълен картбланш да се развивам в желаната от мен посока и да реализирам визията, която тогава имах. Шансът, който той ми даде, се оказа ключов за кариерата ми“, споделя доцентът. Лекарят е особено благодарен и за опита си във Военномедицинска академия. „Аз много дължа на школата на ВМА. Тези хора ме накараха да вярвам, че има смисъл в това, с което се захващам, и до голяма степен ми дадоха първоначалното „ноу-хау“. Научих много не само в медицински аспект, но най-вече обогатих визията си, добивайки идея кое как трябва да се случва. Излизайки от там, вече знаех какво точно искам“, споделя още медикът.

Технологиите, които променят медицината

Към днешна дата лекарят е доволен от факта, че в УМБАЛ Токуда има възможност да си служи с техника, която му гарантира работа на добро европейско ниво. „В болницата има абсолютно всички необходими условия за работа на европейско ниво. От огромна важност е не само материално-техническата обезпеченост, а и високото ниво на другите дисциплини – хирургия, реанимация, образна диагностика и др., без които е невъзможно да вършим работата си качествено. Гастроентерологията е много широкообхватна специалност, има много органи, с които се занимаваме. Моят фокус е основно интервенционална ендоскопия, т.е. на лечебни процедури с ендоскопски достъп, което до много скоро е било предмет основно на хирургията“, казва още лекарят.

Другият основен фокус на д-р Карагьозов и неговия екип е прецизната диагностика и превенцията на развитието на злокачествени заболявания. „Ние се стремим да се развиваме и в двете направления. От една страна, да осигурим превенция на пациентите що се касае до предракови състояния (например на хранопровода, на стомаха, дебелото черво, панкреаса). От друга страна, се стараем да осигурим възможност за ендоскопска терапия по най-модерния минимално инвазивен начин, достъпен в момента в света“, разяснява доц. Карагьозов.

И въпреки че достъпът до качествено лечение и диагностика на гастроентерологичните заболявания у нас не е еднакъв, според лекаря се движим в правилна посока. „Методиките за диагностика не са унифицирани. Що се касае до ендоскопската диагностика - там резултатите много варират в зависимост от оператора – нещо, по което според мен трябва да се работи. За сметка на това обаче образната диагностика напредна изключително много и стана много достъпна. Сега масово се работи със скенер, магнитен резонанс и т.н., което също помага много от проблемите да се установят навреме“, казва още лекарят.

Без златна среда

Говорейки си за иновации и лечение в ранен стадии, логично изниква въпросът възползват ли се пациентите у нас от тях. Задачата да запознаят пациента с възможните стратегии за неговата диагностика и лечение и на достиженията на медицината, както и вариантите за решаване на неговия конкретен проблем, е на самите лекари. Четейки в интернет или социални мрежи, е малко вероятно пациентът сам да избере най-правилната за него стратегия. „Колегите са добре информирани какво и къде се прави и реферират пациента на правилното място за подходящата за него интервенция. Пациентът няма как сам да прецени коя процедура е подходящата за него.“

„Това, което трябва да знаят пациентите, е, че най-добри резултати се постигат при ранна диагностика и е изключително важно своевременното провеждане на профилактични изследвания. Като пример – повечето видове рак на дебелото черво са предотвратими, стомашният рак е единствено лечим, ако се диагностицира в ранен стадий, т.е. своевременното попадане при специалист е решаващо.“ Колкото до желанието и готовността на самите пациенти да се изследват, лекарят е категоричен – няма златна среда. Част от хората посещават лекар по-често, отколкото трябва, а други – прекалено късно…

По думите на доц. Карагьозов, Ковид е влошил допълнително нивото на профилактика, но не само у нас и не само в областта на гастроентерологията. Надява се обаче негативните последици от пандемията да се преодолеят бързо, фокусът да се измести към превенцията и ранната диагностика, особено предвид възможностите, които предлагат технологиите.

Материал на Милена Енчева

ОБЕДИНЕНИ В БОРБАТА С ДЕТСКИЯ РАК

По данни на СЗО от декември, 2021 г. всяка година около 400 000 деца и юноши на възраст от 0 до 19 години заболяват от рак. Най-често срещаните видове рак в детска възраст включват левкемии, рак на мозъка, лимфоми и солидни тумори като невробластом и тумор на Wilms.

В страните с високи доходи повече от 80 % от децата побеждават болестта. В държавите с ниски и средни доходи се излекуват по-малко от 30 %.

Повечето случаи на рак в детска възраст могат да бъдат излекувани с генерични лекарства и други форми на лечение, включително хирургия и лъчетерапия.

Предотвратимите смъртни случаи от рак в детска възраст в държавите с ниска степен на развитие са резултат от липса на диагноза, погрешна или забавена такава, лоша организация на достъпа до грижи, отказ от лечение, смърт от токсичност и рецидив.

Само 29 % от държавите с ниски доходи съобщават, че лекарствата за лечение на рак са общодостъпни за тяхното население, в сравнение с 96 % от държавите с високи доходи.

Необходими са системи за данни за рака при децата, за да се стимулира непрекъснатото подобряване на качеството на грижите и да се вземат адекватни политическите решения.

Каква е ситуацията у нас през погледа на двама родители, които са чули диагноза рак за децата си – разговаряме с:

МАРГАРИТА БОРИСОВА – **председател на сдружение „Деца с онкохематологични заболявания“**

ЛИДИЯ ВИТАНОВА – **председател на сдружение „Заедно срещу саркома“**

- Г-жо Борисова, как се роди идеята за сдружението „Деца с онкохематологични заболявания“?

- М.Б.: Синът ми беше диагностициран с левкемия, когато беше на 5 години. Слава Богу, през 2008 г., след 2,5 години лечение, пребори рака. Във времето на неговата терапия аз и други родители установихме колко много неща липсват на тези деца, болни от рак. В периода 2008 – 2010 г. всеки от нас беше зает с мисълта с какво може да подпомогне семейства, които се сблъскват с тази диагноза. Така през 2010 г. се събрахме група ентусиасти и регистрирахме Сдружението, като водеща беше идеята да предоставим психологическа подкрепа за децата, които се лекуват от рак, както и за техните родители.

- Това ли е, което липсва или липсваше до този момент?

- М.Б.: Да, наред с пространство в близост до болницата, където децата да могат да изчакат на спокойствие и в относителен комфорт резултатите от изследванията си. Тогава се чакаше по пейки, кафенета, в колите – понякога с часове. Това беше в началото. Във времето установихме, че има неща, с които просто няма кой да се заеме. Точно през 2010 г. започнаха да изчезват медикаменти за онкоболни пациенти. Налагаше се родителите сами да ги търсят и закупуват от чужбина, макар че лечението на деца се води безплатно. Говорим за базисни медикаменти… Лекарите изписваха рецепти, които нямаше как да бъдат изпълнени в България. Събирахме средства, които дарявахме на болниците, за да могат да закупуват медикаментите, които НЗОК не заплащаше. После успяхме да се преборим заплащането на лекарствата да се поема от Фонда за лечение на деца в чужбина. Нещата вървяха добре до закриването на Фонда и прехвърлянето на дейността му към НЗОК. Оказа се, че трябва да разчитаме на чиновници да решават казуси, свързани със здравето на децата ни. Лекарите изписваха тонове бумаги, които им биваха връщани заради какви ли не бюрократични дреболии. Тогава инициирахме промени в две наредби, които се случиха, за да може да не се стига до подобни нелепи ситуации. Паралелно с тези дейности през 2013 г. в една от сградите на болница ИСУЛ, в непосредствена близост до детската онкохематология, открихме Център за информиране и консултиране на деца с онкохематологични заболявания, който от 2017 г. работи като Център за социална рехабилитация и интеграция. През 2020 г. пък отвори врати първият в България и на Балканите възстановителен център за деца (на снимките – *бел. ред.*), преборили рака, и техните семейства. Там работим и с родители на деца, загубили битката с коварната болест. Нашите психолози са на разположение на всички засегнати. Освен това центърът е комуникационна точка за хора със сходен проблем – важно е усещането, че не си сам в страданието и има кой да те разбере по най-добрия начин.

- Г-жо Витанова, Вие сте председател на сдружение „Заедно срещу саркома“. Предполагам, че нещо във Вашата лична история е довело до създаването му?

- Л.В.: Да. Аз и съпругът ми сме родители на дете, което беше диагностицирано с остеосарком. Преди 2 години, когато чухме тази диагноза, не знаехме за какво става въпрос и какво ни предстои. Сблъскахме се с действителността, с фактите… За съжаление, нашето дете загуби битката само осем месеца след поставянето на диагнозата. В негова памет, ние и още няколко приятели, решихме да създадем това сдружение, което да помага в борбата със саркома като цяло, защото това е едно изключително рядко заболяване в световен мащаб. Най-разпространените му форми засягат основно деца. Поради неговата рядкост, случаите са много малко и все още няма намерено адекватно лечение, което да дава еднозначно положителен резултат и което да повиши нивата на преживяемост.

- Казахте, че сте се сблъсквали с действителността, с фактите. Какви са те?

- Л.В.: Беше една много страшна действителност – липса на емпатия, на чувствителност към детската психика, малкото знания за това заболяване като цяло. Забавиха се важни изследвания. Тук е прието саркомът да се лекува с консервативна химиотерапия, докато в страните, където има специализиран Саркома център, ползват тежки химиотерапевтици, защото това е сериозно злокачествено заболяване, което бързо метастазира и трябва да се атакува агресивно. Забавянето на образните изследвания води до усложнения и късното откриване на разсейки и в резултат неадекватно, догонващо лечение. В един момент ампутацията се оказва единствено решение, което обаче може да доведе до допълнителни усложнения, които да костват живота на пациента.

- А какво смятате, че трябва да бъде направено, за да можем по-успешно да се борим със саркома?

- Л.В.: На първо място бих посочила необходимостта от масирани информационни кампании, насочени към целевата група. Визирам деца в тийнейджърска възраст. Да се запознаят родителите какво представлява заболяването, какви са симптомите. Това е от изключително значение, защото симптоматиката остава дълго време скрита и незабелязана. Затова трябва да се знае какви са сигналите, при които трябва да се посети лекар. На следващо място е важно да се знае какви стъпки трябва да се предприемат при съмнение за диагноза сарком. От международните центрове, с които сме в непрекъсната комуникация, препоръчват при съмнение за това заболяване в рамките на 24 часа да се направи скенер, ЯМР и лечението да се започне максимално бързо. Трябва да се помисли как да бъде увеличен броят на патолозите, които дават хистологията на база биопсия, за да се скъсим времето от диагнозата до началото на лечението. Според мен е наложително да се осъвременят протоколите за химиотерапия, защото по наша информация има изоставане у нас в това отношение. Не на последно място трябва да работим в посока на изграждане на специализиран саркома център, където да работи мултидисциплинарен екип. Наясно съм, че това напоследък стана едно клише, но за саркома това е от огромно значение, защото това заболяване ангажира няколко медицински специалности. Химиотерапевтът тук има ключова роля, за да може терапията да обхване не само тумора, но и разсейките. Ако не се включат различни специалисти, изходът в повечето случаи е фатален.

- Г-жо Борисова, как е разположена държавата в последващата грижа, след като е постигната трайна ремисия?

- М.Б.: Доколкото знам единствено в Германия децата биват насочвани за рехабилитация след приключване на лечението в център, подобен на нашия. В Италия има организация като нашата, която също поддържа такъв център. Той обаче е за деца с различни заболявания. Това, от което имаме нужда, е малките пациенти и техните семейства да бъдат информирани още в болниците, че има място, където могат да намерят помощ и подкрепа след приключване на лечението. В София имаме контакт с децата. Екипът ни извършва мобилна работа в болницата. Ковид прекъсна за известно време тази дейност и сега постепенно я възстановяваме. В Пловдив и Варна обаче разчитаме изцяло на медицинския персонал да съдейства с информирането за помощта, която предлагаме. Хората не знаят за тази възможност. Смятам, че е наложително да се направи и програма за проследяване на късните ефекти от лечението на рака при деца.

- Услугите в центъра платени ли са? Къде се намира той?

- М.Б.: Не, безплатно е. Намира се в с. Опицвет край Костинброд. На сайта на центъра (childrenscancercenterbg.org – *бел. ред.*) може да се направи резервация и да се видят услугите, които предлагаме, наред с всички координати. При нас работят психолози, социални работници, аниматори и т.н.

- Имате ли данни за броя хора, които са ползвали или ползват услугата?

- М.Б.: От откриването на центъра до момента са преминали 75 уникални семейства и 25 младежи, които са ни намерили и идват самостоятелно.

- Имате ли обратна връзка от тях?

- М.Б.: Да, даже имаме книга, в която хората могат да напишат впечатленията си (на снимките – *бел. ред.*).

- Във Вашия случай има ли негативни дългосрочни ефекти от лечението?

- М.Б.: Да. Като че ли не успяхме да се справим със социалната адаптация по най-добрия начин. Възможно е да има и ефекти в медицински аспект, но аз не съм специалист и не мога да определя дали са резултат от терапията. Личните лекари нямат нужната подготовка да посрещнат такива въпроси. В Европа вече изготвят паспорти на съвръвйврите. Но всяка държава си има и регистър. Тук нямаме такъв и историята на заболяването и терапията са на листа и в нечии компютри, но я няма обединена, така че да може да се направят изводи. Затова е много важно да се създаде регистър. Има хора, които са готови да го изработят и да го подарят. Но той има нужда и от последваща поддръжка. Не знам как да си обясня това нежелание да бъде създаден и поддържан такъв. При левкемиите напр., лекарите в Австрия и Германия казват: „Ние няма какво повече да направим от колегите в България – лечението е еднакво.“ Тук ще кажа, че у нас се предпочитат по-бюджетните лекарства, но не това е проблемът. У нас липсва съпътстващата грижа, която подпомага организма на пациента той да не се увреждa в такава силна степен. Децата, които се лекуват от рак, имат нужда от хирург, стоматолог, ендокринолог и т.н. Когато едно дете е лекувано по подходящ начин и с качествени лекарства, то оздравява и става пълноценен член на обществото, когато порасне.

- Г-жо Витанова, разкажете повече за сдружение „Заедно срещу саркома“.

- Л.В.: Ние сме младо сдружение. То беше основано тази година през май. Това, което успяхме да постигнем за тези 5-6 месеца, е онова, което на нас ни липсваше, когато чухме диагнозата, а именно да предоставим цялата информация на едно място – какви са вариантите за лечение, накъде да тръгнат хората, какво да поддържат, кои са важните неща и пр. Затова създадохме уебсайт, който е тясно фокусиран върху тази тема. Постарахме се да съберем всичко, което един родител трябва да знае, когато чуе диагнозата *сарком*, на едно място. Това е ключово, когато на родителя му предстои да вземе решение как да лекува детето си. На сайта са публикувани историите на много родители, които разказват за техния път в борбата със саркома, независимо как е завършила тя, и тук искам да им благодаря, че се съгласиха да направят това в името на каузата. Публикували сме методологията, по която следва да протича диагностиката и лечението, има класификация на достъпен език на видовете саркоми, защото това също го няма в такъв вид никъде, разказваме възможностите за лечение у нас и в чужбина, за да може хората да бъдат подготвени за предстоящото в максимално възможна степен. Идеята за информираност е централна за сдружението – ще работим с медии, с лекари, с всички, чиято дейност е свързана пряко или косвено със заболяването. В момента адаптираме опита от чужбина – т.е. всички статии, които са публикувани до момента от саркома центрове, от специалисти, от нови клинични проучвания, регистриран прогрес някъде, какъвто и да било, се превежда и се качва на сайта ни. Наред с това искаме да бъдат направени редица промени в България. Подкрепяме идеята, за която спомена и г-жа Борисова, за създаване на регистър у нас. Не за друго, а за да се види каква е успеваемостта в страната ни при лечението и ако тук държавата не може да осигури успешно лечение, то да се работи в посока на това да бъде създаден работещ механизъм за лечение в чужбина. Тези паспорти на хората, които са се лекували от сарком, също са много важни, защото трябва да има проследяване. Това заболяване е много коварно и след постигане на ремисия, след два месеца може да се окаже, че ие е появил на още 2-3 места и лечението започва отначало. Особено сарком на Юинг – при него, след изчистването му от едно място, след месец се появява на други. Ще искаме саркомът да бъде включен в списъка с редки болести у нас. Навсякъде по света това е така, само тук не е, което е абсурдно. Така няма основание да се изиска от държавата да бъдат обучени специалисти, да се правят клинични проучвания и в България и да се направи специализиран център, където да се лекува това заболяване. Търсим съдействие от международни организации. Искаме да се включим в европейските референтни мрежи, за да ползваме техния опит. Ще спомена тук и това, за което г-жа Борисова спомена, а именно лекарствата сираци, които се прилагат в лечението. Страната ни е малка и не е атрактивна за фармацевтичните компании и съответно нашите пациенти са лишени от някои лекарства, а понякога те се оказват жизненоважни. От опита ни в Турция мога да кажа, че там лекуваха детето ни комбинирано – венозна химиотерапия и химиотерапия на хапчета, плюс лъчелечение и още няколко подхода за атакуване на тумора. Тук химиотерапевтиците на хапчета са почти непознати. Искаме да помогнем тези нови методи на лечение да бъдат имплементирани у нас, за да повишим шансовете за българските деца. Въпреки негативния ни опит и факта, че загубихме детето си, ние търсим обединение и взаимна подкрепа от обществото, специалистите и лекарите, за да се борим по-успешно с това заболяване. Не обвиняваме никого, наясно сме със ситуацията и затова търсим специалистите, с които гледаме в една посока, с които заедно да се борим за по-добра преживяемост, намалява-не на детската смъртност от това заболяване и ако можем да обърнем негативната тенденция, която чертае лошата прогноза на това заболяване.

- Вашият фокус към момента като че ли е да обедините световния опит и добрите практики. Дали има държава, която е създала успешен модел в това отношение и чийто опит можем да ползваме?

- Л.В.: Нека да започна с това, че сдружението ни вече е част от големи и важни международни организации, откъдето можем да научим много и да адаптираме критично важни добри практики. През месец ноември тази година бяхме приети в Европейския алинас за редки болести – EURORDIS. Това е неправителствена организация, в която членуват над 1 000 пациентски организации от над 74 страни, чиято цел е да направят живота на хората с редки болести по-добър.

Отново през м. ноември, сдружение „Заедно срещу саркома“ стана част и от най-голямата „Глобална мрежа за защита на пациенти със саркома“ (Sarcoma Patient Advocacy Global Network).

Това е изключително важно за нас, защото ще допринесе за внедряването на най-новите методики на лечение на саркома, активности в посока обучение на специалисти и не на последно място адекватна грижа за пациентите със саркома.

По отношение на въпроса Ви дали има държава, която е създала успешен модел на лечение на саркома – да, има такива. Още в самото начало на нашата дейност ни направи впечатление опитът на Великобритания. Там има асоциация като нашата на родители на деца, диагностицирани със сарком. Нашият сайт ползва в голяма степен техния опит и данни. Те дори вече говорят и за скринингова програма, което е революционно, защото, както казах, симптомите на това заболяване са скрити и много общи. Там обаче са намерили подход за такъв тип скрининг, който предстои да бъде обсъден от техните власти. Следим развитието на нещата там. Освен това правят и много клинични проучвания, събират се средства за тях, за да може да се направи пробив в лечението. Така че техният опит е много полезен и ние се опитваме да го адаптираме към нашата действителност. Основна спънка за това е споменатата вече няколко пъти липса на регистър у нас. Това ни лишава от възможността за проследяемост на различните случаи от гл.т. на диагноза и приложена терапия. Организират се симпозиуми и научни конференции по темата, на които се оповестяват най-новите достижения в областта. САЩ има ценен опит също, така че и там следим последните новини и всяка ценна информация се качва на сайта ни. Не на последно място искам да кажа, че ние сме на разположение на всеки, който е чул страшната диагноза. Аз помня, когато ние се сблъскахме със заболяването. Имах огромната нужда да поговоря с някой, който е минал през това, да ми даде повече информация какво да очакваме, къде са препъникамъните, за какво да внимаваме, как да подходим към детето. Не успяхме да намерим такива хора и така ние бяхме в една постоянна неизвестност. Така че освен по-далечните цели, които си поставяме, сме посветени и на това да предлагаме непосредствена подкрепа и помощ.

Бел. ред: *Според Правописния речник на българския език думата „саркома“ е в ж.р., но поради придобилата по-широка гражданственост, в текста се използва фórмата в м.р. – сарком.*

Д-Р ИВАН БОРОНСУЗОВ:

ОКОЛО 15 НА 100 ХИЛ. ДЕЦА РАЗВИВАТ ОНКОЗАБОЛЯВАНЕ

- Д-р Боронсузов, как се спряхте на медицината за Ваша професия?

- Реших, че това ми е най-интересно. И до ден-днешен, като чета странична литература в различни жанрове (аз обичам това много), най-интересна ми е медицината. Бях повлиян от любовта си към природните науки – обичах биология, химия, физика и във времето опитът показа, че това са сферите, които най-много ме вълнуват и привличат. Особена тръпка за мен са новите открития и на колко пациенти имат потенциала да помогнат. Каква ще бъде медицината на бъдещето – това най-много ме интересува и към момента. Не съм потомствен лекар – аз съм първият в семейната ни история. Можеш да избереш всякакви доходоносни професии, но аз предпочетох да избера онова, което ми е на сърце, защото с пари щастие не можеш да си купиш. Ако се върна назад, бих направил същия избор.

- Мимоходом споменахте, че желанието да помагате, е сред мотивите за избора. Каква е неговата роля?

- Разбира се, че има влияние върху решението ми. За всеки човек е огромно удовлетворение да види, че чрез дейността си помага на много хора.

- Как се спряхте на специалността Детска хематология и онкология?

- Първоначално се спрях на онкологията, защото е комплексна специалност, включваща патология, образна диагностика, хирургично лечение, лъчелечение, химиотерапия, генетика, имунология – на практика съдържа почти всички останали медицински дисциплини. Освен това онкологията е много динамична – това е специалността, в която с най-голяма интензивност се откриват нови лекарства, нови проучвания вървят непрекъснато. В тази специалност най-ярко можем да видим как пациенти, на които в миналото не сме могли да помогнем, днес или в бъдеще техните заболявания са вече лечими. След това се насочих към детската онкология поради факта, че преживяемостта в детска възраст е много по-голяма. Другият ми мотив е, че специалността комбинира онкология и хематология. Освен това работата с деца предлага вълнуващи моменти, които при възрастните пациенти ги няма – малките пациенти пеят песни, рисуват, пишат стихове и така има допълнително удовлетворение от работата.

Д-р Иван Боронсузов завършва МУ- София през 2011 г. с награда Златен Хипократ.

В периода 2012-2015 г. е специализант по детска клинична хематология и онкология в КДК-ХО-УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“.

Към настоящия момент продължава да работи в същата клиника.

Научните му интереси и занимания са в областта на солидните тумори в детска възраст. Има активно участие в научни проекти, свързани с генетиката на солидните тумори, както и изкаран курс в Грайфсвалд за имунотерапия при невробластом.

Каква е ситуацията у нас в областта на детската онкология, четете в интервюто, което д-р Боронсузов даде за в-к „Quo vadis“.

- С какви диагнози се сблъсквате най-често?

- При децата и при възрастните съществуват разлики. Децата имат специфичен спектър на онкозаболявания. При нас най-честото заболяване е остра лимфобластна левкемия. Следващи по честота са мозъчните тумори, които обаче са водещи като причина за онкологична смъртност. Следват лимфомите, а след тях са ембрионалните тумори, като най-честият сред тях е невробластомът, следван от нефробластомът, а накрая са други по-редки като хепатобластом, плевропулмонален бластом и т.н. Накрая са саркомите. Най-чести са рабдомиосаркомът, костните саркоми – остеосаркоми, сарком на Юинг. После идват по-редки тумори – герминативнолкетъчните тумори напр. и карциномите, които са най-чести при възрастните, но при децата са рядкост и съставляват около 2% от случаите. От всички онкологични заболявания, около 1% засягат пациенти в детска възраст. В световен мащаб статистиката, до която имам достъп, сочи, че около 15 на 100 хил. деца развиват онкозаболяване. Важното е обаче, че тези заболявания са на първо място като причина за смъртност, предизвикана от заболяване при деца, което си прави социалнозначими.

- У нас сходна ли е ситуацията? Какво сочат Вашите наблюдения?

- Да, няма причина при нас да е по-различно, защото онкологичните заболявания нямат някакъв идентифициран предиспозиционен фактор. Те възникват в общи линии на случаен принцип. Но напр. в Африка има висока честота на лимфом на Бъркит, който се предизвиква при имуносупресирани деца от вируса на Ебщайн-Барр. Там има и висока честота на сарком на Капоши. По-изостаналите страни се отличават с известна специфика в това отношение.

- По отношение на терапия и лечение как е позиционирана България спрямо Европа и САЩ?

- Абсолютно наивно е да твърдим, че при нас нещата са 1:1 като при тях. Има проблеми в детската онкология. Ще опитам да ги систематизирам.

На първо място по отношение на диагностиката - изоставаме отчайващо с другите европейски страни, да не говорим за САЩ. Прави ми впечатление, че по отношение на патология и генетика има много неща, които се правят на Запад и в САЩ и не се правят у нас. Когато започвах работа тук, забелязах, че в България не се прави амплификация на N MYC гена при невробластом, което е ключово в прогностично значение и има отношение към терапията. То се прави от десетки години в останалия свят. При нас го има едва от 5 години! Това за мен е срамно. Сега си спомням какви усилия положих това нещо да се имплементира. Включително чух аргумент, че няма смисъл да въвеждаме нещо подобно за само 5 деца годишно. Минаха години за въвеждането му. Мога да се похваля обаче със съвместната ни работа с Центъра по молекулна медицина към СБАЛАГ „Майчин дом“ – вече имаме спечелен проект за изследване на минимална резидуална болест при невробластом в костен мозък и периферна кръв с генетичен метод, при който се оценява степента на експресия на два транскрипта, които са специфични за невробластомните клетки. Когато се установят в костния мозък, това говори за ангажиране – дори минимална степен на експресия. Когато клетките не могат да се видят на микроскоп, с този генетичен метод могат да се хванат и това вече се прави, макар и в рамките на проучвания и студия, но очаквам да стане рутинно. Имаме и проект за цялостно геномно секвенциране и за метилационен анализ при солидни тумори в детска възраст. Дори и да бъде одобрен, проектът ще влезе в практиката след години. Но тези изследвания са част от бъдещето.

На следващо място идва терапията. Там нещата са по-добре спрямо диагностиката.

Следва на стр. 8

ОКОЛО 15 НА 100 ХИЛ. ДЕЦА РАЗВИВАТ ОНКОЗАБОЛЯВАНЕ

От стр. 7

По отношение на хирургичното лечение има някои операции, които не се правят в България. Напр. операции на чернодробни тумори не се правят рутинно у нас, макар че има спорадични такива след формиране на екип. Същата е ситуацията и при операции, разположени близо до съдове. Трябва да кажа, че е нужно да се обърне внимание на комуникацията с хирурзите. Невинаги човек получава обективна обратна връзка дали даден тумор е иноперабилен или може да оперира някъде другаде. Често пациентите са оставяни с впечатлението, че туморът не подлежи на отстраняване, а това всъщност се отнася само за територията на България. След консултация в чужбина се оказва, че нещата са малко по-различни.

Следващата ни „спирка“ е лъчелечението. Тук ни липсва център за протонна терапия, който е важен за малките ни пациенти. Много е полезно да бъде въведена като рутинен метод при деца. Понастоящем, при нужда от такава терапия, пращаме пациентите в чужбина. Доказано е, че тази терапия, особено при мозъчни тумори, има същата ефективност като класическата лъчетерапия, но страничните ефекти са по-малко, а те касаят изоставане в нервно-психическото развитие. Това е важно, защото трябва да държим сметка, освен за излекуването на пациента, но и за качеството му на живот след това. Другият момент тук е липсата на радиоизотопна терапия – нямаме MIBG дори за радиодиагностика, камо ли за лечение. Ако се налага такава – отново търсим варианти в чужбина.

Трябва да кажем, че ни предстои и много работа по отношение на квалификацията на специалистите в областта. Налице е изоставане в протоколите, които се ползват у нас. Има какво да се направи и по отношение на въпроса за медицината, базирана на доказателства.

По отношение на системното лечение, в което аз пряко участвам, не разполагаме с някои спешни медикаменти, каквито са Расбуриказа и Карбоксипептидаза. Тези медикаменти са скъпи, а пък не е сигурно, че ще се наложи употребата им, което не означава, че не трябва да са налични. Това определено е пропуск на терапията.

Следващото, на което искам да се спра, е изоставането, което се наблюдава у нас по отношение на интегрирането на клетъчна имунотерапия. Дори в съседна Румъния вече имат опит с нея. Понастоящем тя е одобрена за лечение на остра лимфобластна левкемия. Резултатите са много впечатляващи. Днес четох статия за използване на комбинирана клетъчна имунотерапия едновременно срещу CD-19 и CD-22 – антигени на левкемичната клетка, и от 194 пациенти с рецидив на остра лимфобластна левкемия, при 192 е постигната пълна ремисия. Това прави 99% успеваемост. При 75% ремисията се е задържала през първата година, при това говорим за пациенти с рецидивирала левкемия, а тя е много по-злокачествена, отколкото дебютната. Това са резултати, които в близкото минало бяха напълно немислими. Понастоящем у нас нямаме възможност да осъществяваме клетъчна имунотерапия – друг пропуск на системното лечение.

Ще се спра и на проблема за лечения, провеждани в рамките на клинични проучвания. Фондът за лечение на деца в чужбина не отпуска средства за такъв тип терапия. А понякога това е единствен шанс за пациента. Аз самият имам личен опит с такава ситуация. Реално няма нужда да се заплаща медикаментът, но е необходимо да се обезпечи престоят, което често е непосилен разход за родителите. А ако пациентът е с придружаващи усложнения, тогава тяхното третиране допълнително утежнява финансово лечението. Имал съм такъв случай и смятам,

че сериозно трябва да се обмисли промяна във финансирането на участие в клинични проучвания, когато това е единствена и последна терапевтична алтернатива. Това категорично би било в полза на пациента. Един плюс при нас е, че можем да ползваме off label медикаменти, но пък има медикаменти, които няма как по друг начин да бъдат осигурени извън рамките на клинични проучвания. Трябва да отбележим и че Фондът за лечение на деца в чужбина засега покрива разходи за лечение единствено в ЕС. Често обаче отговорите от клиниките в страните от ЕС се бавят много. Напр. имах случай, в който точно така се случи, а колеги от Турция реагираха много бързо и в крайна сметка семейството замина за лечение там на собствени разноски. Смятам, че се налага сериозно преосмисляне на политиката в това отношение, като се вземе предвид факторът време – той е важен за нашите пациенти.

- Споменахте лечение в чужбина – доколко процедурата за това е облекчена откъм бюрократични условности, що се касае до работата на лекарите?

- Изискват се немалко усилия. Провежда се комуникация, която е тежка. Затова най-добре е да направим така, че всичко да може да се прави у нас. Истината е, че един приходящ от друга държава пациент трудно може да бъде в равностойна позиция с местен такъв. Аз съм водил кореспонденция с клиника в чужбина в продължение на месеци и съм сигурен, че за дете от съответната държава не би се допуснало подобно забавяне.

- А какво ни пречи всичко да се прави в България?

- Комплексни са факторите – от една страна, финансови, а от друга – персонални. Имаме нужда от специалисти, които да са мотивирани и ентусиазирани да учат постоянно, да се усъвършенстват, да практикуват медицина, базирана на доказателства.

- Като че ли имунотерапията е сред най-съществените терапевтични подходи?

- Освен гореспоменатата клетъчна имунотерапия, има и такава, базирана на антитела. Три са антителата, утвърдени за имунотерапия при злокачествени заболявания в детска възраст. Две от тях са при остра лимфобластна левкемия – блинатумомаб и инотузумаб срещу CD-19 и CD-20 съответно, а при невробластома е утвърдено антитялото динутуксимаб срещу GD2. В тази връзка мога да се похваля, че у нас и трите имунотерапии бяха успешно имплементирани, при това навреме, въпреки че са изключително скъпи. Дори имахме пациент от Дубай, който беше лекуван при нас, където все още не беше въведена тази терапия. За да се добие представа за стойността на лечението мога да кажа, че напр. за пациент около 15 кг. се правят 5 курса по 3 флакона на всеки курс, като един флакон струва 30 хил. лв. Това ми дава основание да смятам, че финансово нещата не са обезкуражаващи и трябва да се работи в посока на добро кадрово обезпечаване, наред с промяна в мисленето, за да тръгнем с по-ускорени темпове в правилната посока.

- Логично се налага въпросът дали и в 2022 г. все още говорим за преживяемост и ремисия или „излекуване“ вече е част от речника на онкологията?

- Да, това е много хубав въпрос. Според мен има стигма – моето категорично мнение е, че излекуване има – и в онкологията, и в детската онкология в частност. Каква е концепцията на излекуването? При повечето онкозаболявания (не всички), честотата на рецидивите, след като са влезли в ремисия, е най-висока в първите години. След това постепенно експоненциално вероятността за възникване на рецидив намалява и идва един момент, в който вероятността става толкова ниска, че възможността човек да умре от друго заболяване е по-голяма, отколкото да умре от онкологичното си заболяване, въпреки че сме наблюдавали и късни рецидиви. След този момент вече се говори за излекуване, защото голяма част от тези пациенти на практика доживяват до преклонна възраст, без да са на някакво поддържащо лечение, целящо поддържане на ремисия. Четох наскоро проучване за острата лимфобластна левкемия, което е най-честото онкологично заболяване в детска възраст, според което след 6-годишна ремисия можем да говорим за излекуване.

- Д-р Боронсузов, ракът се атакува агресивно. Когато бъде победен обаче, има ли дългосрочни последствия за пациента от приложената терапия?

- Голям проблем у нас е, че ние нямаме статистика за дългосрочните ефекти от терапиите. Дори статистиката ни за преживяемостта е непълна, откъслечна и като цяло недостатъчна, базирана на малък брой пациенти. Последствията са комплексни. Установено е, че поне 60% от пациентите, лекувани от онкологично заболяване, имат дългосрочни последствия, като при 30% от тях се говори за дълготрайни странични ефекти. Най-тежки сред тях са вторичните неоплазми, тъй като те са смъртоносни. Засягат приблизително 1% от лекуваните от рак пациенти. В първите 5 години най-чести са вторичните левкемии, като след това те намаляват, но пък нараства честотата на вторичните солидни тумори. Важен компонент тук е невротоксичността – често срещан тип при нашата специалност, особено при облъчване на ЦНС, но също и от интратекалните апликации на цитостатик, които правим при някои левкемии и мозъчни тумори. Голяма част от тези пациенти страдат от изоставане в нервно-психическото си развитие и редуциране на когнитивните и екзекутивните функции. Тези ефекти се задълбочават с годините и това дава основание на аргумента ми, който споменах по-горе, за протонната терапия. Чести са ендокринните нарушения, особено след облъчване на ЦНС. Друго усложнение е остеопорозата, особено при пациенти, лекувани с кортикостероиди. Някои пациенти развиват и сърдечносъдови усложнения. Тук основен фактор се явява лечението с цитостатици или т.нар. антрациклини. Но като цяло лекуваните от онкологични заболявания пациенти са с по-висок риск от развитие на сърдечносъдови заболявания. За тях в особена степен важат всички онези предупреждения, касаещи превенцията им. Понякога има и негативни ефекти върху психиката. Ярък пример за това са пациенти, претърпели ампутация.

- Това повдига въпроса дали обществото е толерантно към хората, преборили рака? Или битката продължава вече на друг фронт?

- Има статистики, че тези пациенти често са обект на дискриминация. Особено когато става въпрос за застраховки и под. тип услуги. Но не само. Установено е, че тези пациенти се реализират по-зле професионално, по-малък процент от тях успяват да създадат семейство. Така че последствията са комплексни в пълния смисъл на думата. Освен на физиологично ниво, те са разположени и в психо-социалното поле. Депресиите, посттравматичните разстройства са неща, които може и да не достигнат до нас.

- А конкретно във Вашата работа с какви проблеми се сблъсквате на дневна база?

- Бих започнал с проблема с off label лекарствата, като, за щастие, това безобразие бе разрешено бързо. Друг настоящ сериозен проблем е отказът на анестезиолозите да дават упойки за образна диагностика и лъчелечение. Налага се да пращам пациенти в други болници, където тази практика е утвърдена. Трябва да отбележа и проблема с непрекъснатите административни спънки, свързани с изписването на лекарствата. Ние на практика не можем да установим някаква рутина в тази дейност. Промените са толкова чести, че изпреварват темпа на развитие на самата медицина. Друг препъникамък е вътрешнопрофесионалната комуникация. Сблъсквам се с честолюбиви хора, които трудно приемат критика и различно мнение. Смятам, че голямото его няма място в нашата професия и съм нетърпим към това. Ето аз честно ще призная, че съм научавал нови неща от пациенти. За метилационния анализ при мозъчни тумори в детска възраст научих от майката на мой пациент, която беше потърсила консултация в Германия. Сега го предлагам на пациентите, защото той определя и молекулярната група на тумора. Напр. определя, че имаме работа с медулобластом, 4-та молекулярна група и 8-и метилационен клас и дава каква е прогнозата. В България това е напълно неизпълнимо понастоящем. Разбира се, това изследване неминуемо щеше да влезе в полезрението ми, но не се притеснявам, че се е случило преди професионално да го срещна. Искам да кажа, че е много важно за един лекар да може да изслушва и да чува всяко мнение. Така можем да постигнем напредък.

-Тук ще спомена и психоемоционалното напрежение, на което е подложен всеки детски онколог – навсякъде по света. Няма свикване с моментите, в които трябва да проведеш разговор, в който да съобщиш, че терапевтичните възможности са изчерпани и единствената възможност е облекчаване на състоянието и опит да се удължи животът.

- Лекарят сам ли провежда този разговор?

- Според мен именно лекарят е най-подходящо да проведе този разговор. След това хората могат да потърсят психологическа подкрепа. Считам за неуместно да се събере голям екип, който да съобщи подобно нещо. Близките се чувстват като пред трибунал. Колкото по-доверителна е атмосферата в една такава ситуация, толкова по-добре.

- Доколко е емоционално поносимо това?

- Ами не можеш, нямаш право да скриеш истината. Даже колегите на Запад имат предписание при по-големи деца да се съобщава в тяхно присъствие, защото на една определена възраст децата вече са достатъчно интелигентни и разумни, за да си дават ясна сметка относно развитието на болестта си и ако само ги залъгваш, това руши доверието по оста пациент – лекар. Разбира се, тежко е. Това, което ме крепи обаче лично мен, е, че имаме пък и много позитивни новини за съобщаване. Аз съм благодарен за това, че в моята професия има много такива моменти. Аз често се връщам в мислите си към думи на благодарност, изречени от мои пациенти. Такива идват даже когато някъде не сме успели да помогнем, но близките се връщат, за да засвидетелстват уважение и признателност за положените грижи и усилия. Тук бих влязъл в задочен спор с колегите, работещи в чужбина, които често казват, че на Запад пациентите са по-благодарни. Аз твърдя, че българският пациент е способен на същата признателност, каквато срещаме навсякъде по цивилизования свят, но тук се намесват финансови фактори, които изкривяват картината. Не е лесна работата ни, да, но за мен това е медицината – да бъдеш там, където другите не искат. Тук има удовлетворение, което стои над финансовото.

- Как виждате развитието на медицината у нас?

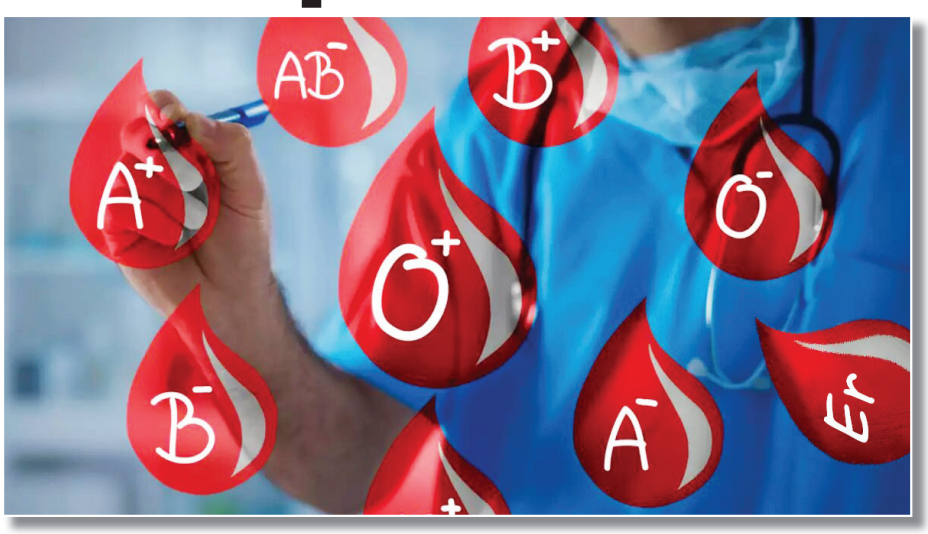
- На първо място мисля, че трябва да се черпи по-интензивно опит от държавите, които са по-напред от нас. Напр. колега от САЩ, работил известен период и у нас, сподели, че там на всеки 5 години лекарите държат изпит, който проверява дали актуализират знанията си. У нас продължаващото медицинско обучение на практика не съществува. След като завършиш, повече никой не се интересува как и дали се развиваш. За сметка на това се обръща внимание на подписи, документация, финанси… От колеги от Полша знам, че при тях има изпит, който държат между завършването на университета и преди специализация. На база показаните резултати се извършва класирането в различните специалности. Ние нямаме конкурсен принцип в това отношение. Другото, което ни липсва, е солидарност. Аз не знам дали може да се направи нещо в тази посока, или е въпрос на еволюция на обществото. В България ми прави впечатление, че плащаме най-ниския процент за здравно осигуряване, съответно най-висок процент на доплащане за медицинска помощ, което е показател за липса на солидарност. Не мога да не посоча и поведението на обществото по време на Ковид кризата. Станахме свидетели на остри реакции срещу мерките и същевременно приемахме спокойно факта, че сме на първо място по надвишена смъртност в света. За съжаление се провалихме като общество в тази криза и много хора си отидоха от предотвратимо заболяване.

УЧЕНИ, ИЗСЛЕДВАЩИ 30-ГОДИШНА ЗАГАДКА НА РЕДКИ АНТИГЕНИ, ОТКРИВАТ ИЗЦЯЛО НОВА КРЪВНА ГРУПА

Изследователи, които се занимават с 30-годишна мистерия, свързана с рядък антиген, са открили нова система от кръвни групи, наречена Er.

Кръвната група се определя от наличието или отсъствието на специфични антигени, като основните групи, които хората познават, са A, B, O и AB (положителни и отрицателни). Кръвните групи обаче са малко по-различни.

„Терминът „кръвна група" се отнася до цялата система на кръвните групи, включваща антигени на червените кръвни клетки, чиято специфичност се контролира от поредица от гени", се обяснява в статия по темата от 2014 г.



Съществуват общо 44 системи на кръвни групи, като най-новата от тях е открита от учени от университета в Бристол. Групите са толкова много, защото има много начини за групиране на червените кръвни клетки въз основа на антигените по повърхността им. Екипът изследва доста разпространен набор от антигени на еритроцитите, наречен Er. Въпреки че са открити за първи път преди близо 40 години, тези антигени не се вписват в нито една от известните системи за кръвни групи.

В проучването са анализирани ДНК последователностите на хора с алоантитела (антитела, които се образуват след излагане на чужди еритроцитни антигени) за Er антигени.

Екипът открива промени в гена, кодиращ белтъка Piezo1, което би довело до промяна на белтъка върху повърхността на червените кръвни клетки при тези хора. Чрез използване на генно редактиране на клетъчна линия те успяват да докажат, че протеинът Piezo1 е необходим за експресията на Er антигена и да установят, че Er е собствена система от кръвни групи, състояща се от признатите по-рано Era, Erb и Er3 антигени, плюс два нови "високочестотни" Er антигена, наречени Er4 и Er5.

Наличието на алоантитела може да доведе до проблеми по време на кръвопреливане, ако има несъответствие между донора и реципиента, както и да предизвика атаки на имунната система по време на бременност. Двата нови антигена, Er4 и Er5, се свързват с тежки хемолитични заболявания на плода и новороденото. По време на проучването две бременни жени с алоантитела към новооткритите антигени са направили спонтанен аборт, се посочва в съобщение за пресата. Подобни изследвания биха могли да помогнат за разработването на тестове за редки кръвни групи, което ще оптимизира грижите за такива пациенти.

„Тази работа показва, че дори и след всички проведени досега изследвания, обикновената червена кръвна клетка все още може да ни изненадва", казва в съобщението за пресата професорът по клетъчна биология в Бристолския университет Аш Той.

"Пиезопротеините са механосензорни протеини, които се използват от червената кръвна клетка, за да усеща кога е притисната. Протеинът присъства само в няколкостотин копия в мембраната на всяка клетка. Това изследване наистина подчертава потенциалната антигенност дори на много слабо експресирани протеини и значението им за трансфузионната медицина."

Статията е публикувана в списанието на Американското дружество по хематология *Blood*.

ЕКТ вероятно превъзхожда кетамина при голям депресивен епизод

Електроконвулсивната терапия (ЕКТ) е по-ефективна от интравенозния (IV) кетамин при пациенти с голям депресивен епизод (ГДЕ) според нови констатации, които са в съответствие с проучването KetECT - първото директно изпитване на кетамин и ЕКТ.

Както съобщава Medscape Medical News, проучването KetECT показва, че ЕКТ е по-ефективна от интравенозния кетамин при хоспитализирани пациенти с тежка депресия. При ЕКТ се наблюдава по-висок процент на ремисия и по-значимо намаляване на симптомите.

Въпреки очевидното превъзходство на ЕКТ над кетамина, изследователите на настоящия мета-анализ предупреждават, че възможностите за лечение на ГДЕ "все пак трябва да бъдат индивидуализирани и ориентирани към пациента, тъй като по-бързият антидепресивен ефект на кетамина все пак може да бъде желан за някои пациенти с тежък ГДЕ, които се нуждаят от бързо възстановяване от тежката депресия".

Изследването е публикувано онлайн на 19 октомври в JAMA Psychiatry.

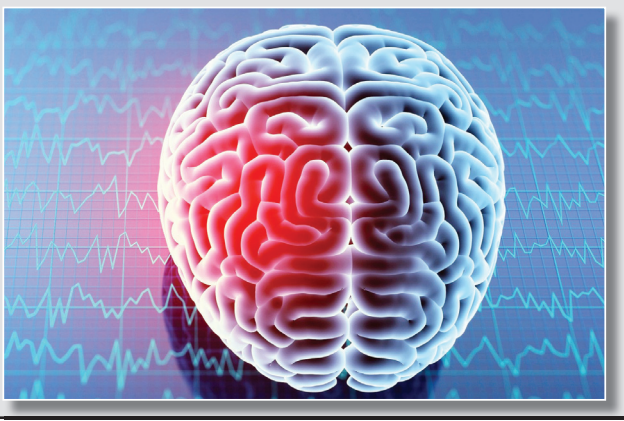
Потвърждаващи данни

Прегледът включва шест клинични изпитвания с 340 пациенти с ГДЕ. От тези пациенти 162 са лекувани с ЕКТ, а 178 са лекувани с кетамин. Средната възраст на участниците е варирала от 37 до 52 години.

Основният резултат за ефикасност, който представлява интерес, е подобрението на депресивните симптоми.

ЕКТ е превъзхождала кетамин по различните показатели за депресивни симптоми, съобщават д-р Taeho Greg Rhee, д. м. н. от Медицинския университет на Кънектикът, Фармингтън и колегите му.

Стандартизираната средна разлика (SMD) е -0,59 (95% CI, -0,85 до -0,33) по скалата за оценка на депресията на Montgomery-Åsberg.



SMD е -0,83 (95% CI, -1,22 до -0,44] по скалата за оценка на депресията на Хамилтън и -0,86 (95% CI, -1,50 до -0,22) по инвентаризацията на депресията на Бек.

Общият обобщен SMD за ЕКТ в сравнение с кетамин е -0,69 (95% CI, -0,89 до -0,48), което показва, че ЕКТ е по-ефективна от кетамин.

Изследователите не са установили никакви умерени ефекти на различни фактори, включително възраст, мъжки пол и наличие на психотични характеристики.

По отношение на познавателните способности и паметта, едно проучване съобщава, че групата с кетамин превъзхожда групата с ЕКТ по отношение на познавателните способности, но размерът на ефекта е малък до умерен.

Отделно проучване, в което е отчетено представянето на паметта, не е установило разлика между кетамин и ЕКТ, въпреки че това проучване вероятно е било недостатъчно мащабно, за да открие такива разлики, с общ размер на извадката от 32 души.

"Поради недостатъчно мащабните проучвания в този метаанализ не могат да бъдат направени категорични заключения относно познавателните способности и работата на паметта. Бъдещите изследвания трябва да се занимаят с този въпрос", пишат изследователите.

Специфични странични ефекти

Кетаминът и ЕКТ имат специфични профили на нежелани ефекти.

При кетамина е имало по-нисък риск от главоболие и мускулни болки, но по-висок риск от преходни дисоциативни или деперсонализационни симптоми. При ЕКТ е имало по-нисък риск от замъглено зрение, световъртеж и диплопия/нистагъм.

Само едно проучване съобщава за опити за самоубийство и смъртни случаи, за които не е имало забележима разлика между ЕКТ и кетамин.

Ограничение на метаанализа обаче е ниското до умерено методологично качество на включените проучвания, както и използването на различни протоколи за лечение с кетамин и/или ЕКТ, което би могло да повлияе на резултатите за ефикасност и безопасност.

Изследователите отбелязват, че са необходими допълнителни изследвания за оптимизиране на дългосрочните резултати от лечението с кетамин и ЕКТ с цел предотвратяване на рецидив, "което е от ключово значение за клиничната практика".

Изследването не е имало конкретно финансиране. Понастоящем Rhee работи като съредактор на Mental Health Science и получава ежегодно хонорарни плащания от издателството John Wiley & Sons. Пълният списък на съответните финансови взаимоотношения на авторите е достъпен в оригиналната статия.

JAMA Psychiatry. Публикувано онлайн на 19 октомври 2022 г.: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2797209

ЛЕКАР ОТСТРАНИ 23 КОНТАКТНИ ЛЕЩИ ОТ ОКОТО НА ЖЕНА

Лекарка офталмолог от Калифорния призовава хората да бъдат внимателни, когато носят контактни лещи, след като е извадила 23 такива от окото на пациент.

Във видеоклип, публикуван в Инстаграм, се вижда как д-р Катерина Куртеева отстранява контактни лещи от окото на жена.

"Не спете с контактните си лещи!", предупреждава тя.

"По същество лещите са били залепени, след като са престояли под клепача в продължение на месец", казва Куртеева в публикацията.

Пациентката се възстановява добре и иска да продължи да носи контактни лещи, казва лекарката пред филиала на ABC News в Лос Анджелис, като отбелязва, че пациентката не знае как е могла да забрави да извади лещите си.

По данни на Центъра за контрол на заболяванията (CDC) около 45 млн. американци носят контактни лещи. Използването им увеличава риска от инфекции, като например микробен кератит. В тежки случаи той може да причини загуба на зрение или да наложи трансплантация на роговица.

Куртеева заяви пред телевизионния канал в Лос Анджелис, че роговицата се десенсибилизира след години носене на контактни лещи.

"Това по същество е защитна функция, защото в противен случай бихте били наистина притеснени от ежедневното носене на контактни лещи. В края на краищата това е чуждо тяло в окото ви", казва тя. "Така че, когато роговицата загуби чувствителност, това е нещо като приспособяване, но в същото време липсва чувствителност, когато нещо наистина не е наред."

Куртеева предупреждава хората, които носят контактни лещи, да спазват правилата за безопасност, като например препоръките за поставяне, сваляне и съхранение.

Източници:

Instagram, California Eye Associates, Sept. 13, 2022.

KABC-TV: "'Like a stack of pancakes': Newport Beach doctor removes 23 contact lenses from patient's eye."

CDC: "Healthy Contact Lens Wear and Care."

МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ ЗА ЛЕКАРИ

МЕДИЦИНСКИ НОВИНИ

АСОЦИАЦИЯ МЕЖДУ РОЗАЦЕЯТА И СЪРДЕЧНО-СЪДОВИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ

Както розацеята, така и сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ), имат в основата си хроничен възпалителен процес. ССЗ са сред водещите причини за повишена смъртност в световен мащаб, а все повече данни са в подкрепа на хипотезата за тяхната по-голяма честота сред хората с розацея.

С цел определяне на асоциацията между ССЗ и други хронични заболявания с розацеята, Zhang et al. правят системен обзор и мета-анализ на 11 обсервационни проучвания с контрола от базите данни MEDLINE, EMBASE, PubMed, Cochrane и Web of Science.

Получените резултати показват асоциация на розацеята с по-голяма вероятност за инсулинова резистентност или захарен диабет (OR, 1.18; 95% доверителен интервал [CI], 0.97-1.45), високо систолно налягане (OR, 1.96; 95% CI, 1.35-2.84), дислипидемия (OR, 1.50; 95% CI, 1.19-1.88) и ССЗ (OR, 6.65; 95% CI, 2.80-15.76). Сред ограниченията на проучването са неотчитане на външни фактори като припокриване в симптомите и липса на данни на индивидуално равнище.

Изводите от направеното изследване показват, че пациентите с розацея са с по-висок риск от ССЗ, но за затвърждаване на тази хипотеза са необходими повече изследвания.

Източник:

Zhang, J, Yan, Y, Jiang, P, et al. Association between rosacea and cardiovascular disease: A systematic review and meta-analysis. J Cosmet Dermatol. 2021; 20: 2715– 2722. https://doi.org/10.1111/jocd.13884

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocd.13884?af=R

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

РАННАТА ЗАГУБА НА ТЕГЛО ПРИ ПАРКИНСОН ПОКАЗАТЕЛ ЗА ВЛОШАВАНЕ НА КОГНИТИВНАТА ФУНКЦИЯ

Ранната загуба на тегло след диагностициране на болестта на Паркинсон (PD) може да е показател за по-бързо влошаване на когнитивната функция. Това показват нови изследвания, публикувани в специализираното издание Neurology, информира Medscape.

Резултатите показват, че през първата година след поставяне на диагнозата PD, пациенти, които са загубили повече от 3% от телесното си тегло, са имали по-бърз спад в когнитивната си функция, отколкото други пациенти, които са поддържали теглото си или са наддали.

Изследователят Jin-Sun Jun, MD, Kangnam Sacred Heart Hospital в Сеул, Корея, отбеляза, че ранната загуба на тегло е често срещан немоторен симптом при PD и „може да служи като знак, че хората са изложени на риск от когнитивен спад.

Както загубата на тегло, така и наддаването са свързвани с последваща деменция при по-възрастните популации. Липсват обаче доказателства, свързващи ранната промяна на теглото и когнитивния спад при болест на Паркинсон, отбелязват изследователите.

В проучването са участвали 358 възрастни (66% мъже; средна възраст 61 години), които са били диагностицирани с PD средно 2 години по-рано. През първата година след диагностицирането 98 участници са загубили повече от 3% от телесното тегло, 201 са запазили теглото си (в рамките на ±3%), а 59 са наддали над 3% от телесното тегло.

В сравнение с тези, които са запазили теглото си, участниците, които са загубили тегло, са имали значително по-бърз спад в резултатите от Монреалската когнитивна оценка.

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

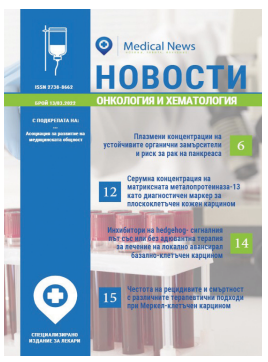
За контакти: Ирен Борисова 02/954 94-60; 0899 90 66 47

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.



РЕГИСТРАЦИЯ

Вече **над 18 000 лекари са регистрирани на Medical News.**

За да имате достъп до е-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

ВИДЕО ОБУЧИТЕЛЕН КУРС

СПЕШНИ ГЛАВОБОЛИЯ

Цели на курса:

Този курс цели да запознае лекарите със съвременните възможности за диагностика и лечение на спешните главоболия.

За авторите:

Акад. Иван Миланов – председател на Българско дружество по неврология, изпълнителен директор на МБАЛНП по неврология и психиатрия „Свети Наум"

д-р Елена Чорбаджиева, д.м. – невролог в МБАЛНП по неврология и психиатрия „Свети Наум"

д-р Михаела Сергеева, д.м. – невролог в МБАЛНП по неврология и психиатрия „Свети Наум"

Подходяща аудитория:

Курсът е подходящ само за лекари, основно невролози, спешни медици и общопрактикуващи лекари.

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 20 мин.

Материалите и използваната информация в курса са подготвени през 2018 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. Ако не преминете успешно теста от първия път, ще имате още 2 опита за полагането му.

Ако вече сте започнали курса е необходимо да натиснете първия модул от програмата, за да продължите.

Съдържание на курса:

Спешни главоболия – абстракт
Спешни главоболия – видео
Спешни главоболия – тест

УЕБИНАР

МОЖЕМ ЛИ ДА ОПТИМИЗИРАМЕ ЛЕЧЕНИЕТО НА ФУНКЦИОНАЛНИТЕ РАЗСТРОЙСТВА НА СТОМАШНО-ЧРЕВНИЯ ТРАКТ

Представени са следните лекции:

"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

"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 е 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.

За да гледате уебинара е нужна регистрация на Medical News.

Линк: https://youtu.be/il3f3Kfap9Y

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

QUO VADIS
Редакционно броят е приключен на 30. 10. 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"

Редакцията на в. „Quo vadis" не носи отговорност за достоверността на публикуваните на страниците на вестника обяви.

155 ГОДИНИ ОТ РОЖДЕНИЕТО НА Д-Р ПЕТЪР ЦОНЧЕВ

За да се изгради нещо трайно, трябва добре да познаваме миналото

Д-р Петър Цончев Пенчов е известен лекар, общественик, писател и краевед на Габрово.

Роден е на 8 ноември 1867 г. в семейството на Пенчо Цончев – уважаван гражданин, търговец и деен общественик, училищен настоятел, секретар на Габровската община през 1879 г., зам.-кмет в периода 1880 г – 1881 г., мирови съдия.

Началното си образование Петър получава в родния си град. Първите му учители са Цвятко Самарджиев и Никола Саранов. След това отива да учи в Априловската гимназия, която завършва през 1889 г. Там е повлиян от учителите си Р. Каролев, Г. Симилов и Тр. Китанчев. Увлича се по историята, но по настояване на баща му, записва да учи медицина в Киев като априловски стипендиант. Завършва медицинското си образование там през 1894 г.

Година по-късно, след отбиване на военната служба, на 1 юли е назначен за околийски лекар в гр. Г. Оряховица. Там открива трикласна болница. Това става причина да бъде награден от цар Фердинанд I с орден „За гражданска заслуга“ V степен. Същата година е публикувана първата му статия на медицинска тематика в сп. „Медицински сборник“, кн. 8.

През 1899 г. се завръща в Габрово, където е назначен за околийски и болничен лекар в града. Успява да възроди дружеството „Червен кръст“ и става негов председател. В сътрудничество с д-р Т. Петров редактира сп. „Съвременна хигиена“, което се издава в София.

На 1 септември 1911 г. е назначен за училищен лекар и лектор по професионална хигиена в механо-техническото училище „Д-р Никола Василиади“. Там д-р Цончев пръв повдига въпроса за построяване на нова училищна сграда. Същата година е избран за народен представител от Демократическата партия в V Велико народно събрание, а в началото на следващата започва работа като учител и лекар в гимназията, която самият той е завършил – Априловската.

Жени се за Стоянка Иванова Калпазанова – дъщеря на Велика Стоянова и Иван Калпазанов. Последният е основател на първата модерна текстилна фабрика в Габрово в новоосвободеното Княжество България. Така д-р Цончев става за кратко част от управителния съвет на фабриката. По време на Балканската война (1912 г. – 1913 г.) е началник на IV полева болница при Девета плевенска дивизия. Работата му в сферата на военната медицина става силен фактор за неговото кариерно развитие.

От есента на 1915 г., в продължение на 3 години, д-р Цончев е началник на XV местна военна болница – София.

Той обаче не изоставя любовта си към историята – на 4 юли 1920 г. събира в Априловската гимназия група ентусиасти от Габрово и решават да се основе Историографско дружество. Заедно с Еким Андрейчин пък създава музея към дружеството 3 години по-късно. През 1929 г. музейната сбирка се слива с тази на Априловската гимназия.

През втората половина на 1923 г. заема длъжността директор на народното здраве, а през следващата година, в продължение на 5 години, е член на Върховния медицински съвет. По идея на д-р Цончев, през 1926 г. е възобновена т.нар. Габровска дружба в гр. София, на която е председател до 1932 г., а след това става неин пòчетен председател.

Стоянка и Петър Цончеви нямат собствени деца, но през целия си живот не спират да даряват средства и материали на учреждения, ангажирани с отглеждане, възпитание и образование на деца:

- през февруари 1934 г., като анонимен благодетел, д-р Цончев дарява 100 000 лв. на библиотека „Априлов-Палаузов“ – Габрово;
- на 28 октомври 1935 г. дарява 100 000 лв. на Априловската гимназия във фонд „Бедни ученици“, основан по-рано от Васил Карагьозов;
- същата година дарява цялата си библиотека – около 1500 заглавия – на Народна библиотека „Априлов-Палаузов“ – Габрово;
- през 1937 г. съпругата на д-р Цончев Стоянка дарява 300 000 лв. за построяване на гимнастически салон в двора на Априловската гимназия. Благодарение на това, през 1940 г. зданието е окончателно завършено, а салонът е наречен „Дом за телесно възпитание“.

Сградата съществува и до днес и е известна като Ученическа спортна школа.

Усилията, неуморният труд и любовта към родината не остават незабелязани и на 9 ноември 1937 г., по случай 70-годишния юбилей на д-р Цончев, той е провъзгласен за пòчетен гражданин на Габрово.

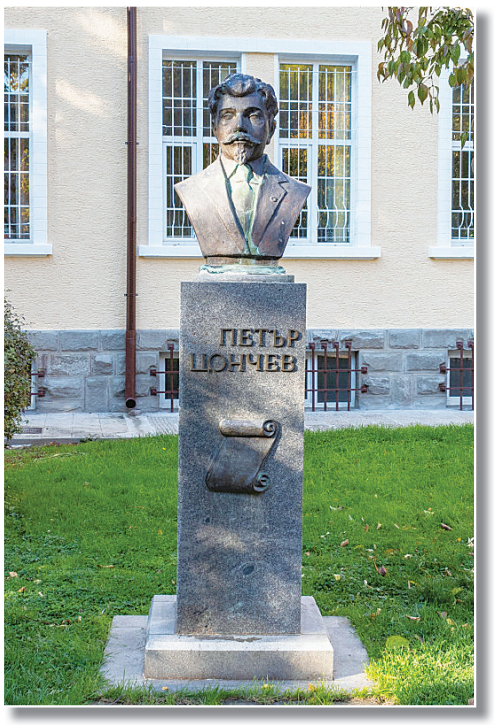
На 22 септември 1947 г., на 80-годишна възраст, в София д-р Петър Цончев завършва земния си път.

В живота му вървят две паралелни линии – едната като практикуващ клиницист, който нерядко лекува напълно безплатно своите пациенти и работи в административната система на здравеопазването, а другата – като обществен деец и краевед.

В първото си амплоа д-р Цончев публикува статии по здравни и по хигиенни въпроси, като:

- санитарното състояние на училищата;
- здравното възпитание и физическото развитие на учениците;
- работническо здравеопазване - работнически злополуки, жилища, законодателство, безплатна медицинска помощ, детски и женски труд;
- прилагане на Закона за общественото здраве;
- история на българската медицина;
- материали за медицински речник;

По отношение на краеведската страст на д-р П. Цончев, от началото на 90-е години на по-миналия век той търси, събира, систематизира и анализира всички източници, до които има достъп, като се стреми „да се добере до колкото може повече писмени първоизточници“, отнасящи се до историята на Габрово. Заедно със съпругата си отива до Берлин, за да проучи детайлно каква информация се намира в тамошната библиотека, касаеща



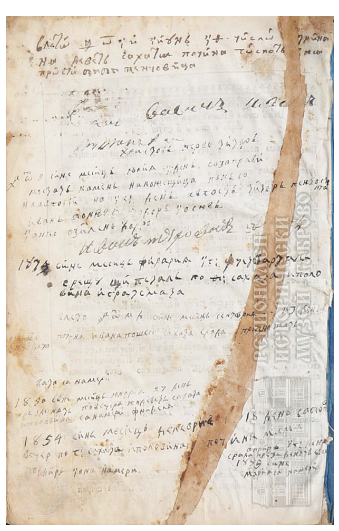
България и в частност Габрово.

През 1929 г. е отпечатан неговият труд „Из стопанското минало на Габрово“, а през 1934 г. излиза от печат вторият му голям труд „Из общественото и културно минало на Габрово“. Те са резултат на дълги години изследвания за живота на габровци през XVIII и XIX век във всичките му аспекти – бит, култура, творчество, образование, медицина, занаяти, търговия, производства, личности с принос за развитието на Габрово. Понастоящем те представляват безценни документи със свидетелства от времето на българското Възраждане и са едни от най-добрите образци на българското краезнание.

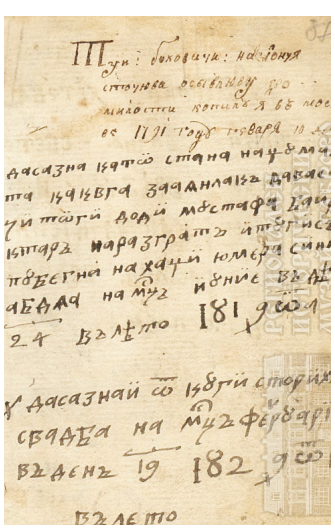
Сред трудовете на бележития лекар са и брошури за развитието на различните занаяти в Габрово, „Опит за санитарно – стопанско изследване на текстилните фабрики в Габровска околия“ (1906), „Цанко Христов Дюстабанов. По случай 50-годишнината от неговото обесване“ (1926). На създателя на габровското училище, д-р Петър Цончев посвещава статиите „Васил Евстатиев Априлов“ (1932) г. и „Към потеклото и биографията на Васил Априлов. Нови сведения и съображения“ (1935).

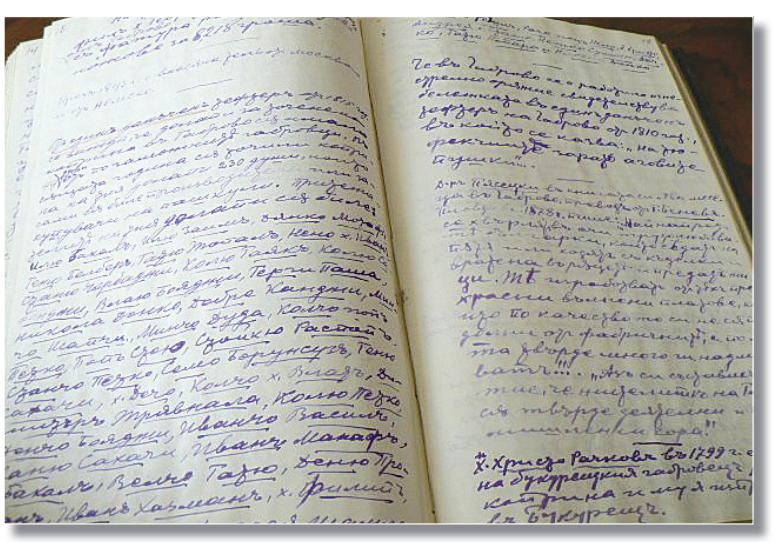
По случай 140-годишнината от рождението на д-р Петър Цончев през 2007 г. в парка до Регионалната библиотека „Априлов-Палаузов“ - Габрово е поставен негов бюст-паметник, чийто скулптор е Адриан Новаков.

Източник: elika.blog.bg



Фототипно издание на „Из стопанското минало на Габрово“





Ръкопис на д-р Цончев

СЪН ЗА ЩАСТИЕ И ... ХУБАВО ВИНО

Д-р Иван Йорданов за напитката на боговете и знаците на съдбата

Слушайки сладкодумните разкази на д-р Иван Йорданов, човек лесно може да заключи че е писател или поет. Началникът на клиниката по УНГ в болница „Софиямед“ е на път да ви изненада.

Лекарят завършва медицина в столицата. Специализирал е Лицева пластична хирургия и хирургия на глава и шия в Америка и Италия. Преди да попадне в „Софиямед“ е работил в Първа градска болница - София, James Cook University Hospital в Англия, както и в Whipps Cross University Hospital отново там.

На фона на своята изключително прецизна и точна специалност, лекарят посвещава свободното си време на едно от най-романтичните хобита – правенето на вино.

Да сънуваш бъдещето си

Изборът на медицината като професия при д-р Иван Йорданов не е плод на детска мечта, нито препоръка от родител лекар. Мъжът решава да следва медицина заради свой интересен и повтарящ се сън.

“Сънувах, че един глас ми казва, че трябва да стана доктор. Първоначално не обърнах внимание, но това се повтори няколко дни и аз започнах да се замислям. Готвейки се за кандидатстване във ВУЗ с литература и история, след този повтарящ се сън, реших, че няма да игнорирам посланието му и ще кандидатствам медицина“, споделя лекарят.

И така... без никакво първоначално намерение да се занимава с медицина, бъдещият лекар претърпява истинска метаморфоза. От възпитаник на Класическата гимназия, където химията и физиката не са особено задълбочени, той започва да се подготвя за тежките изпити за вход в Университета по медицина.

Усилията в крайна сметка биват увенчани с успех и д-р Йорданов бива приет в МУ-София.

Никога не е съжалявал, че е послушал повелите на подсъзнанието си, защото е от хората, които обичат това, което правят.

„Никога не съм съжалявал, че станах лекар. Най-малкото помогнах на семейството си в различни ситуации и успях да удължа живота на някои от членовете му. Да имаш познат лекар е винаги полезно – не само у нас, но и навсякъде по света. И това го включвам в пророческия елемент на съня. Разбира се, наред с това са и всички пациенти, с които ме е срещнала професията и на които съм помогнал“, допълва медикът.

Лекарят разказва, че е имал и намерение да се занимава с археология, но пророческият му сън е бил прекалено настоятелен. Интересът му към разкопките и античната история не изчезва.

„Сега посещавам местата, които съм изучавал по история и са събуждали любопитството ми. По време на Соца не можехме свободно да пътуваме на Запад, например до Гърция, Италия и изобщо държавите с емблематична антична култура. Сега вече това не е проблем и с интерес ходя да разглеждам историческите забележителности, с които съм се запознал в гимназията. Бързо се връщам към онези години и ставам екскурзовод на групата, разказвайки историята, която съответното място пази“, казва д-р Йорданов.

Следваща стъпка - оториноларингология

Напредвайки в обучението си по медицина, в съзнанието на д-р Йорданов изкристализира идеята за следващите му стъпки, касаещи избора на специалност.

Спира се на оториноларингологията, защото според него тя зависи в по-голяма степен от преценката на самия лекар за сметка на други допълнителни методи за изследване.

„Всичко е пред теб и го виждаш непосредствено. Т.е., имайки знанията, можеш да „разчетеш“ картината, която виждаш. Тогава нямаше скенери и подобни допълнителни инструментални изследвания, с каквито разполагаме днес“, коментира лекарят.

Спирайки се на тази специалност, лекарят се сблъсква с немалко трудности в процеса на обучение заради пресечните ù точки с физиката и физичните явления.

„Първите две години бяха кошмарни в следването в тези дисциплини. В Класическата гимназия физика, химия и под. стояха като по-периферни в нашата подготовка. Костваше ми доста усилия. Има биофизика, биохимия. Беше трудно, но не е непреодолимо. Каквото си пропуснал като млад, после си го наваксваш, т.е. всичко се връща в един момент“, категоричен е д-р Йорданов.

В направление УНГ го привлича и фината оперативна дейност, при която, по думите му, се изисква повече изкуство и не толкова сила.

„И така месец след дипломирането имах голям късмет да започна работа в Пернишката болница, където бях приет много добре. Някак мога да кажа, че всички врати по пътя на тази специалност се отваряха за мен. През годините имах щастието да срещна много добри учители. За България мога да кажа, че съм бил при един от най-добрите преподаватели. В света се срещнах пък с един от може би най-големите учени в нашата област. Мисля, че имах късмет“, казва още медикът.

Дава си сметка обаче, че за да има подобни шансове, е положил известни усилия. В никакъв случай обаче не определя професионалния си път като труден, вероятно заради голямото желание, което е имал, вървейки по него.

IN VINO VERITAS

Страничните интереси на д-р Йорданов не се ограничават само до антични разкопки. В негова страст се превръща и направата на хубаво вино, което става абсолютно случайно.

„В края на 90-е години моята леля се оплака от доста скромната рента, която получава от лозето, което има. Аз даже не знаех, че има лозе. Позаинтересувах се и разбрах, че 1 декар лозе с памид например дава около половин тон грозде и ù предложих да възстановим традицията по отглеждането му“, спомня си той.

Тази уговорка дава началото на едно магично приключение. В началото д-р Йорданов си няма ни най-малка представа от вино, което налага много допълнително проучване.

„Аз съм от София и в моето семейство не се е пило вино. В шопския край са по-популярни твърдите напитки и аз бях абсолютен новак по отношение на винопроизводството. В моята фамилия няма човек, който да разбира от това или да се е занимавал с подобно нещо. То не е чак толкова сложно – все пак като имаш познания по химия, това много помага. Даже си спомням първата година, в която направих вино – беше изключително вкусно и никой не вярваше, че аз съм го направил – успеха на начинаещия“, разказва д-р Йорданов.

Постепенно, понатрупвайки знания и опит обаче, вече над 20 години лекарят прави вино за собствена консумация. С всяка година то става все по-добро.

Към днешна дата се налага да си купува гроздето за направата на любимата си напитка, тъй като грижата за лозето се оказва нерентабилна. Първите стъпки обаче изиграват ключова роля, за да тръгне традицията по ежегодно правене на домашни вино. Процесът на производство, както и споделянето на готовия продукт с приятели, му носи несравнимо удоволствие и положителни емоции.

„Пием го с приятели и никога не остава за следващата година. Виното е магия. Малко хора знаят, че гроздето е единственият плод, който съдържа само и единствено глюкоза. Затова е плодът на боговете. Всички останали плодове съдържат висши захари, а глюкозата е крайният продукт на всички процеси. Затова гроздовата ракия има полезни свойства – защото доставя готова глюкоза. Във виното това се преработва – то е живо, всеки ден си мени вкуса, може да промени и цвета си, мени и настроението ти. Затова се грижиш за него като за нещо живо. Подобно на отношенията с приятел – един път ще е в добро настроение, друг път не. Има магия в цялото това нещо“, признава медикът.

Тайната на доброто вино

За направата на истински добро вино се изискват както определени знания, така и майсторлък. Лекарят си има лаборатория и процесът от смачкването на гроздето до създаването на крайния продукт вече е изцяло негово занимание.

„Разбира се, че има тайни, стоящи зад направата на доброто вино. Те не са все пак кой знае какви тайни, но нека кажем, че на човек му трябват няколко неща – хубаво грозде, съвършено чисти съдове и любов към направата. Другото са малко подробности.“

До постигане на съвършената чаша, лекарят допуска и грешки. След успешната първа партида, следващата година се оказва тотален провал.

„Оказа се, че имам пропуски в знанията по отношение на това как се поддържат съдовете. На втората година имаше много добра реколта, но… вместо вино получих един оцет… в големи количества“, спомня си медикът.

Започнал да споделя с приятели за проблема и в крайна сметка разбрал, че съдовете, в които се приготвя божествената напитка трябва да бъдат чисти, защото виното обичало чистотата.

След научените уроци и взетите поуки, от тогава насам всяка чаша става все по-добра.

“Чел съм книги, консултирал съм се с хора, по-запознати от мен. Дори и досега научавам нови трикове. Затова и виното става все по-хубаво и по-хубаво. След провала от втората година, повече не съм имал“, споделя докторът.

Не количество, а качество

Д-р Йорданов държи продуктът, който произвежда, да бъде максимално чист. По думите му, няма смисъл да правиш домашно вино, ако ще добавяш захар.

„Аз гоня качество, не количество. Ако се добави захар, то ние пак чакаме превръщането ù в глюкоза. Аз не съм привърженик на тази практика. Това се прави, когато се гони количество или по-ниска себестойност на крайния продукт. Така си го обяснявам. Но качеството страда“, категоричен е лекарят.

Като истински ценител, медикът е насочил усилията си в правенето на червено вино. През последните две години обаче решил да експериментира с белите сортове.

„Тази година бялото ми се получи уникално, започваме да го тестваме и всички са очаровани, включително съпругата ми, която е най-важният ми индикатор като заклет фен на бялото вино. Тя ми каза, че е изключително вкусно и затова и аз го твърдя с такава убеденост и се гордея с това. Като правиш нещата както трябва, те се получават както трябва. Направиш ли някъде компромис, резултатът няма да е най-добрият. То и в медицината е така“, пояснява д-р Йорданов.

А на въпроса: Какво прави виното качествено? Д-р Йорданов не може да отсъди категорично, тъй като е комплексно.

„Цвят, аромат, плътност… Съда, в който го пиеш, също е от огромно значение. Едно и също вино може да има различен вкус в различни чаши. Даже настроението на човека може да промени вкуса му. Както казах – то е жив организъм“, казва още той.

Едно от най-важните неща при консумацията обаче безспорно е дозата. Тъй като също като в медицината, дозата определяла ефекта, който може да е токсичен или лечебен.

„Препиването с вино е много по-тежко от пиянството с други неща. Балансът тук е важен – ако не си го намерил, продължаваш да търсиш“, заключва лекарят.

Да търсиш и намираш „своето“

За д-р Йорданов хобито му не е начин да отмаря от стреса на работа, защото той не се стресира от своята. А ако някой се, може би е редно да помисли за промяна.

Самият лекар е направил солидно количество завои в своя живот – от класическата гимназия до медицинския университет, като през цялото време не е спирал да учи нови неща.

„Мисля си, че като се отдадеш на нещо, трябва да го изучиш из основи, да го разбереш и да го правиш с удоволствие. Ако ще правиш нещо насила, аз това не го разбирам. Може би в такива моменти идва стресът. Цялата тайна е да намериш „своето нещо“ – това, което ще правиш с удоволствие. И то това не е път, който да извървиш веднъж завинаги, това е процес. Човек се променя, променят се и интересите му“, допълва мъдро медикът.

Затова той не спира да развива уменията си, независимо дали става дума за професия или хоби, защото между тях има нещо общо, което е много силно, а именно любовта, която им даваме.