София | година XX | Брой 1 | януари | 2023 | www.blsbg.com

ЛЪТОПИСИ

QUO VADIS

НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

ПРИКРИТА И СМЪРТОНОСНА

Фамилната хиперхолестеролемия остава все така непозната

Фамилната хиперхолестеролемия (FH) е генетично разстройство на липопротеиновия метаболизъм, което води до повишени серумни нива на липопротеини с ниска плътност (LDL), и съпътстващия го повишен риск от преждевременни сърдечносъдови заболявания. Диагнозата се основава на клиничните характеристики, фамилната анамнеза и повишените нива на LDL-холестерола, което напоследък се подпомага и от генетични изследвания. Ранното диагностициране и започване на лечение е от първостепенно значение. Понастоящем статините са основният метод за лечение на тези пациенти, въпреки че някои нови лекарства, LDL-аферезата и други иновативни терапии могат да повлияят различни подгрупи на FH. Заедно тези нови методи на лечение значително подобряват прогнозата, особено при хетерозиготните форми. Въпреки тези постижения, по-голямата част от децата не успяват да постигнат желаните цели по отношение на липидите поради недостатъци в диагностиката, наблюдението и лечението.

В какво се изразява скринингът за това заболяване у нас? Колко са пациентите с FH и как биват лекувани те? По темата разговаряме с:

Доц. д-р Светлин ЦОНЕВ, д.м.

На стр. 6-7

Иван ДИМИТРОВ от „Български пациентски форум“

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 МАРИЯ ЯНА КИНГСЛИ – ГОДУИН

На стр. 4

ПЪТЯТ ОТ ЛОНДОН ДО ПЛОВДИВ

Д-Р НИКОЛАЙ ПОРОЙЛИЕВ

На стр. 5

С ПУБЛИКАЦИЯ В EUROPEAN HEART JOURNAL

ГРИПНИ СЪСТОЯНИЯ

ОСЦИЛО кокцинум®

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 01

- **Съвременното здравеопазване, медицинската професия и Big Data**
- **Лекарите в Европа настояват ЕС да възстанови баланса във фармацевтичния сектор**
- **Европейските здравни специалисти се обединяват за бъдещето на ваксинацията**

На стр. 2

СЪВРЕМЕННОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ, МЕДИЦИНСКАТА ПРОФЕСИЯ И ГОЛЕМИТЕ МАСИВИ ОТ ДАННИ (BIG DATA*)

Знаем, че цифровата революция е тук, за да остане в сектора на здравеопазването, както и във всички други области на съвременния живот. През последните години станахме свидетели на истинска експлозия в развитието на електронни платформи, които предлагат дистанционни здравни услуги. Тези методи също постепенно се усъвършенстват и отразяват наистина главоломната еволюция на технологичното развитие. Понастоящем на пазара в световен мащаб има около 350 000 приложения за здравни грижи и те се развиват бързо - въпреки че невинаги са с адекватно качество, което представлява риск за потенциалните потребители и може да ги направи в крайна сметка остарели.

В продължение на много години експертите предупреждаваха, че големите данни са се превърнали в неразделна част от други сектори и че това не е мода. Беше само въпрос на време големите данни и техните многобройни практически приложения да се пренесат и да станат част от света на медицината и здравеопазването.

В знак на това, че медицинската професия не може да остане безучастна към тази промяна на парадигмата, цифровата трансформация е една от осите на стратегическия план на *Collegial Medical Organisation* за периода 2020-2024 г. Нашата цел е да отговорим на нуждите на колегите си във всички области, които засягат професионалната практика и ежедневието в здравните центрове, което означава, че се подготвяме да адаптираме професионалната си практика към нуждите на цифровата ера.

Тази необходимост осъзнахме напълно в пандемията, която ни принуди да ускорим процеса на дигитализация и цифрова трансформация. Това беше така, за да можем да се грижим за пациентите, като създаваме нова среда за грижи и прилагаме нови методи за създаване на по-устойчиви здравни услуги, които да са подходящи за справяне с новите предизвикателства в предоставянето на здравни услуги в контекста на голяма криза като пандемията.

Този процес на адаптиране към новата реалност изисква активното участие на лекарското съсловие, основано на някои основни принципи: а) цифровите инструменти трябва да улесняват, а не да бъдат господари на нашата професионална практика; б) обучението за използване на тези цифрови модалности е сложно и изисква време и подготовка, за да могат лекарите и другите здравни специалисти да се превърнат в ефективни и безопасни потребители; в) използването на съвременни цифрови технологии има огромни потенциални ползи за обществото и специалистите, но крие наистина големи рискове, които трябва да бъдат осъзнати и намалени.

В тази връзка, бихме искали да подчертаем, че винаги трябва да спазваме основните ценности на нашата професия и преди всичко трябва да можем да гарантираме високи постижения в медицинската практика и безопасността на нашите пациенти и управлението на техните данни във всяка цифрова среда и чрез всяка платформа, спазвайки нашия Етичен кодекс.

Това е огромна задача, но ние не сме сами. Прилагането на големите данни в здравеопазването е въпрос от решаващо значение за всички държави от Европейския съюз. Европейското пространство за здравни данни, предложено от Европейската комисия, ще бъде ключов елемент за предоставяне на гражданите на контрол върху техните здравни данни и за улесняване на тяхното използване за по-добро здравеопазване; за осигуряване на семантична, правна и техническа оперативна съвместимост и сигурност на потока от данни в целия Европейски съюз; и за осигуряване също така на солидна, сигурна и качествена рамка за научни изследвания и разработване на здравни политики и регулиране.

Предложението за Европейско пространство за здравни данни е възможност за пациентите, които ще могат да наблюдават своите здравни данни и да ги предоставят на специалистите лесно и ефективно, независимо от времето и мястото на предоставяне на здравни грижи. То ще бъде също така възможност за насърчаване на защитата на здравето и научните изследвания, винаги при подходящо регулиране и бързо прилагане, въпреки различната скорост на цифровизация, с която напредва всяка държава членка на Европейския съюз; цифровите умения на всеки здравен специалист; и различните нагласи на всяко общество за използване и обмен на здравни данни.

Притежаването и обработката на масиви от информация предполага, че ще има повече данни и следователно ще се изисква управление на риска и защита срещу възможни употреби или злоупотреби в полза на интереси извън здравния сектор. Медицинското съсловие трябва да запази бдителността си и да гарантира подходящо и етично използване на данните.

Големите масиви от данни ще променят здравните грижи и отношенията между лекарите и пациентите. Възможно е в недалечно бъдеще пациентът да пристига на консултация с устройство, включващо база данни, координирана в реално време с информацията относно неговата медицинска история, изследвания, геноми и др. Всичко това, свързано с компютър, който ще генерира отговори за най-добрите диагностични и терапевтични възможности. Големите масиви от данни могат да променят модела на здравеопазването и е от ключово значение да се гарантира спазването на етичните изисквания по отношение на използването на данни в здравеопазването, като например задължението за получаване на съгласие от пациента или участието на комисии по етика, които могат да оценяват обективно и цялостно сложни и предизвикателни сценарии.

Освен това е от съществено значение големите данни да не водят до неравнопоставен достъп до здравни грижи и никой пациент да не се чувства задължен да споделя здравни данни поради финансов натиск или стимули, или защото, споделяйки данните си, ще има предимство при получаването на медицинско лечение. Не трябва да има дискриминационно отношение към пациентите, които не желаят да споделят здравни данни.

Цифровизацията на обществата като цяло налага промяна на парадигмата и в здравеопазването, към която трябва да се адаптираме на национално и европейско равнище. „Звярът“ Big Data е тук, за да остане, и при правилна подготовка и предпазни мерки може да бъде ценен съюзник в целта ни да подобрим здравните услуги, безопасността на медицинската професионална практика и качеството на грижите, които предоставяме на нашите пациенти, което е крайният стремеж на нашето призвание.

Автори:

Василиос Папалоис - председател на Европейския съюз на медицинските специалисти (UEMS)

Томас Кобо - председател на Генералния съвет на Collegial Medical Organisation (Cgcom)

Текстът е достъпен чрез официалната страница на U.E.M.S. (www.uems.eu) на английски и испански езици.

* ***Бел. ред.:*** Изразът Big Data (големи данни, големи масиви данни) описва голям обем данни, а през последните десетилетия става въпрос за данни с много голям обхват, структурирани или неструктурирани, събрани от значителен брой източници, които се обработват и анализират допълнително от машини, за да се извлекат и разберат по-добре тенденции и модели.

ЛЕКАРИТЕ В ЕВРОПА НАСТОЯВАТ ЕС ДА ВЪЗСТАНОВИ БАЛАНСА ВЪВ ФАРМАЦЕВТИЧНИЯ СЕКТОР

Постоянният комитет на европейските лекари (CPME) публикува позиция относно преразглеждането на общото фармацевтично законодателство на Европейския съюз, в която настоява ЕС да възстанови баланса във фармацевтичния сектор в интерес на пациентите.

Позицията на CPME очертава четири области, на които Европейската комисия трябва да даде приоритет:

- подобряване на наличността и гарантиране на достъпността на лекарствата;
- осигуряване на по-устойчиви вериги за доставки;
- да преразгледа настоящата система от стимули за удовлетворяване на неудовлетворените медицински нужди;
- гарантиране на безопасността и качеството на лекарствата.

“ЕС има възможност да възстанови баланса във фармацевтичния сектор в интерес на пациентите и системите на здравеопазване. Тази възможност не бива да бъде пропускана. Ревизираното законодателство трябва да гарантира високо ниво на защита на общественото здраве и качеството, безопасността и ефикасността на разрешените за употреба лекарства”, заяви председателят на CPME д-р Кристиян Кейзер.

Предвид неравния достъп до лекарства в Европейския съюз, европейските лекари предлагат фармацевтичните компании да бъдат задължени да пускат продуктите си на пазара във всички държави членки. Във връзка с това е необходимо да се създаде балансирана и пропорционална система за условни стимули. Настоящата система, основана на правата на интелектуална собственост, трябва да бъде преработена в интерес на обществото, за да бъде наистина ориентирана към пациентите. Високата степен на прозрачност следва да бъде предпоставка за получаване или възползване от всяка форма на стимули.

За да се избегне навлизането на пазара на все по-голям брой модерни лекарствени продукти с ограничена информация за безопасността и ефективността, ревизираното законодателство следва да ограничи използването на ускорени и условни процедури. Те следва да се прилагат само когато няма друга алтернатива или когато качеството на живот е сериозно засегнато. За да могат да се възползват от по-бързото одобрение, производителите на лекарства следва да подлежат на строги задължения и изисквания.

За ефективното справяне с антимикробната резистентност и разработването на нови антибиотици CPME счита, че следва да се избягват пазарно ориентирани регулаторни стимули, като например прехвърляеми удължавания на изключителните права.

Пълната позиция относно преразглеждането на общото фармацевтично законодателство на ЕС е достъпна на www.cpme.eu.

Европейските здравни специалисти се обединяват за бъдещето на ваксинацията

На 17 януари близо 100 експерти от цяла Европа се събраха, за да обсъдят европейските и националните политики за ваксиниране и ролята на здравните специалисти за повишаване на доверието във ваксините и тяхното приемане.

Конференцията “Коалиция за ваксинация” събра здравни специалисти, студенти, политици, представители на гражданското общество, изследователи и широката общественост.

В заключенията на Съвета, приети по време на чешкото председателство на ЕС през декември, се потвърждава, че ваксинацията е едно от най-ефективните средства за превенция на инфекциозните заболявания, подчертава се значението на обучението по комуникация за здравните специалисти и се засилва ролята на Коалицията.

Участниците в конференцията, включително представители на Европейската комисия, СЗО/Европа и Постоянното представителство на Чешката република, подчертаха необходимостта да работим заедно за преодоляване на пропуските във ваксинацията.

През последните две години съфинансираният от ЕС проект IMMUNION подкрепи Коалицията, като разработи образователни и обучителни ресурси за здравните специалисти, материали и кампании за застъпничество за ваксинирането, както и инструменти за националните органи, които да помогнат за увеличаване броя на поставените ваксини, с акцент върху Италия, Гърция, Латвия и Румъния. Всички ресурси са достъпни на уебсайта на Коалицията.

Тъй като проектът IMMUNION приключва с последните си резултати, Коалицията за ваксинация ще продължи да насърчава сътрудничеството между здравните специалисти.

Щефан Шрек (ГД “Здравеопазване и безопасност на храните”, Европейска комисия) заяви: “Здравните специалисти са надежден източник на информация за ваксинирането за много хора. Те могат също така да бъдат пример за подражание за други здравни специалисти, като сами се ваксинират. Коалицията за ваксинация беше свикана от Комисията през 2019 г. и днес е толкова зряла, че организира свои собствени конференции! Ваксините действат само ако попаднат в ръцете на хората. Искаме да повишим осведомеността за ползите от ваксинирането, включително чрез кампанията “Единни в защита”, и в крайна сметка да повишим доверието във ваксините и тяхното използване. Коалицията е ключов партньор на Комисията по отношение на гарантирането, че това действително ще се случи!”

Коалицията за ваксинация обединява европейски асоциации на медицински специалисти и студенти. Тя беше свикана от Европейската комисия през 2019 г. с цел да подкрепи предоставянето на точна информация на обществеността, борбата с митовете около ваксините и ваксинирането и обмена на най-добри практики в областта на ваксинирането.

IMMUNION (“Подобряване на сътрудничеството в областта на имунизациите в Европейския съюз”) е проект, съфинансиран от ЕС, който укрепва сътрудничеството между здравните специалисти и други заинтересовани страни с цел предаване на основаваща се на доказателства информация за ваксинацията и повишаване на доверието и потреблението на ваксините. Той работи в тясно сътрудничество с Коалицията за ваксинация.

Д–Р БОРИС ЦАНКОВ:

АКО НЯКОГА СЕ ПУСНА ПО ТЕЧЕНИЕТО, ПО-ДОБРЕ ДА СПРА ДА СЕ ЗАНИМАВАМ С МЕДИЦИНА

Думата "развитие" заема централно място в живота на д-р Борис Цанков. Той е специалист по съдова хирургия. Завършил е медицина в Медицински университет – Плевен. През годините си на следване активно се е занимавал с научна работа в кръжоците по онкохирургия, съдова хирургия и микробиология. Участвал е в организирането и провеждането на Първото училище по лапароскопска хирургия за студенти към МУ-Плевен. Освен че е в ръководството на РЛК – Плевен, е носител на наградата – „Ти си нашето бъдеще", с която съсловието удостоява дейните млади лекари.

- Д-р Цанков, защо се насочихте към съдовата хирургия? С какво Ви привлече тази специалност?

- Съдовата хирургия се появи като възможност през последните няколко години от обучението ми. До преди това просто знаех, че искам да е хирургия, но не бях решил каква. Първоначално мислех да специализирам в чужбина, защото не исках да се ползвам с протекциите на семейството ми тук. По време на обучението си обаче попаднах в кръжок по съдова хирургия. Водещият занятията ми предложи да специализирам при него. Прецених, че това е добър вариант, който си заслужава, и приех. Така попаднах в УМБАЛ „Д-р Георги Странски". А през последните две години работя в болница „Света Марина" в Плевен.

- След натрупания опит, разминават ли се реалност и очаквания?

- Не, напротив. В „Света Марина" получавам, всичко, което искам – кариерно и академично развитие. Двете неща тук вървят ръка за ръка. Болницата е високо специализирана и осигурява иновации в областта не само на съдовата хирургия. За мен това е най-доброто място, на което мога да работя и да се развивам по начина, по който мисля, че би трябвало това да се случва.

– В кои области смятате, че са нужни подобрения?

– В тази професия хората винаги се стремят към подобрения. Това движи медицината напред, не само развитието на технологиите. Стараем се с всеки изминал ден да улесним достъпа на пациентите до качествена здравна грижа. За съжаление, високоспециализирана болнична помощ могат да предложат единствено болниците в петте големи областни града. За жителите на останали градове, това значи пътуване. Колкото и малки да са разстоянията, не всеки може да тръгне на път. Смятам, че това не трябва да е така.

- На какво се дължи това според Вас?

- Един от основните проблеми у нас е липсата на кадри. Лекари има в София, Пловдив, Варна и Плевен, но хората не живеят само в тези градове. Това е един проблем, който чака своето решение. Малките градове и болници остават някъде в периферията, когато става дума за инвестиции и иновации. Да не говорим, че ако си техен жител и имаш нужда от спешна помощ, тогава се качваш в едно, съжалявам за бруталния израз – такси с буркан със специален режим на движение, което те пренася от болница в болница, ако състоянието ти въобще го позволява. Именно заради такива проблеми и резултатите ни в здравеопазването са такива. Напоследък говорим често за т. нар. *златен час*, в рамките на който пациентът трябва да е в болница, да има поставена диагноза и назначено лечение. Той е от особена важност в случаите, които най-често водят след себе си фатален изход - сърдечносъдовите заболявания и инфарктите.

- Като съдов хирург това ли са най-сериозните проблеми, които отчитате в родното здравеопазване?

- Здравеопазването има толкова много проблеми. Ще ми трябва време да ги степенувам. Но заради липсата на кадри и неправилната организация на спешната помощ, потърпевши са главно пациентите.

- По какъв начин организации като БЛС могат да съдействат за разрешаването на подобни проблеми?

- Лекарският съюз се опитва да работи в тази посока, но е нужна и политическа воля. Такава или липсва, или е крайно недостатъчна. Усилията на БЛС и единици хора са едно, но тук говорим за нужда от национална стратегия. Спорим за хеликоптери, които други държави имат от над 50 години. Все едно говорим за ракети в космоса. В крайна сметка този въпрос касае националната ни сигурност. Така биха го определили в страни като Съединените щати. Само че тук сме в Източна Европа и стойността на живота е различна.

- Защо избирате да сте сред единиците, които се борят?

- Не съм се предал, не съм приел нещата за даденост в системата. Председателят на РЛК – Плевен е млад лекар, почти на моите години. И той споделя възгледите ми, че трябва да се старае и да гоним някакви резултати и стратегии, които вече са постигнати на Запад, където медицината е на доста високо ниво. Смятам, че промяната зависи най-вече от нас – младите.

- Плаши ли Ви обаче вероятността това да бъдат пропилени усилия?

- Ами да, донякъде осъзнавам, че и така може да завършат нещата, но не би следвало да се предаваме, да приемаме нещата така и да продължаваме по същия начин. Докато човек е здрав, в силите си, винаги трябва да се бори и да се опитва да промени нещата към по-добро.

- Вие персонално как се борите? Какви са Вашите задължения и функции в Лекарския съюз?

- Нашите функции и задължения са да обсъждаме проблемите и развитието на лекарското съсловие на локално ниво. Също и да имаме отношение по въпросите на национално ниво. Затова се събираме, обсъждаме и говорим. Имаме представители от всички болници в Плевен – не се делим на такива, работещи в частни и държавни болници. Всички сме лекари.

Два пъти на срещи на УС на БЛС – Плевен сме обсъждали и настоявали писмено с искане за оставката на проф. Петко Салчев, и сме едни от първите инициирали оставката. Мотивите са свързани с неизпълнение на задълженията по Националния рамков договор (какъвто все още няма за предстоящия период).

- Защо според Вас е важно лекарите да имат активна позиция и да се интересуват от случващото се в сектора?

- Според мен, ако работиш в подобна сфера, не можеш да не се интересуваш. Не сме на поточна линия. Нашата работа изисква човек да се държи постоянно информиран. Медицината се променя ежемесечно, не можеш да не се интересуваш от това, което се случва около теб. Ако не се, значи просто се носиш по течението, което не е добре. Аз съм решил за себе си, че ако дойде момент, в който се пусна по течението, ще спра да се занимавам с медицина. Все пак при нас става дума за човешки животи и съдби, с които се сблъскваме всеки ден. Ако си безразличен към подобни теми, по-добре да правиш нещо друго.

- Как успявате да съчетаете работата си в болницата със задълженията си в Лекарския съюз?

- Много е трудно, но все пак задълженията към Лекарския съюз не са ежедневни. Променям графика си, ако нямам спешни случаи, за да успея за всички събрания. Въпрос на желание. Когато един млад човек има желание, намира начин.

- Остава ли Ви време за Вас и какво си пожелавате да Ви се случи в личен план?

- Искам да имам повече време за себе си и за евентуално бъдещо семейство. В момента графикът ми е толкова запълнен, че почти не се прибирам вкъщи. Хирургията е специалност, която изисква пълно отдаване и жертви в личен план. Специалността има дълга обучителна крива. Не се става хирург за 5-10 години. Трябва да бъдеш в хирургията ден и нощ. А това неимоверно взема от личния ти живот.

Интервю на
Милена Енчева

НЕВЕРОЯТНАТА ИСТОРИЯ НА Д-Р МАРИЯ ЯНА КИНГСЛИ – ГОДУИН

Историята на д-р Мария Яна Кингсли - Годуин ще ви развълнува, но по онзи, приятния начин. Ще ви накара да повярвате в потенциала, мотивацията и силата на интелекта. Качества, които разрушават бариери и превръщат невъзможното във възможно. Едва навършила пълнолетие, д-р Кингсли вече може да се похвали с диплома по медицина от МУ-Пловдив. Завършва първа по успех сред цял випуск чуждестранни студенти.

Категорична е, че ще продължи професионалния си път у нас. Иска да бъде лекар в красивата и така любима за нея България, където да помага на колкото се може повече български пациенти.

Пътят от Лондон до Пловдив

Д-р Кингсли е родена във Великобритания. Там прекарва и гимназиалните си години. Заради способността си да учи и да усвоява бързо преподадения материал е преместена в клас с талантливи деца. Успява да завърши гимназия няколко години по-рано от останалите. Именно по тази причина настоява да запише медицина още в тийнейджърските си години.

„Завърших гимназия рано във Великобритания като взех няколко години за една. Исках да започна да уча медицина веднага, за да не губя време, но юридически това не можеше да се случи в Англия. Затова реших да продължа образованието си в България“, признава младата лекарка.

В продължение на разговора ни аз все още недоумявам защо Мария избира да дойде да учи за лекар тук. Оказва се, че майка й, която е дете на дипломати, заради задълженията на родителите си, също е учила медицина в България.

„Обучението по медицина е свързано с научаването на голям обем информация, но някак си успявах да се концентрирам само върху ученето. Помогна ми и това, че имах солидна мотивация, тъй като намирах много от материала за интересен. Баща ми също беше от голяма помощ, тъй като живееше с мен и винаги беше много подкрепящ“, казва д-р Кинглси.

Въпреки крехката си възраст, обучението й в МУ-Пловдив се оказва повече от успешно. Тя е с най-висок успех сред всички чуждоезични студенти по медицина у нас. Учила е за лекар на английски, но вече говори български доста добре.

Медицината като единствен път

Медицината е в кръвта на Мария Яна във всеки един смисъл. Вдъхновението да не спира да се развива в тази област идва от майка й, която освен лекар е и главен редактор на редица научни издания в областта на медицината. Тя често я е вземала с нея както по различни научни форуми, така и в болниците, където е лекувала. Именно така се ражда и любовта на бъдещата д-р Кингсли към медицината и медицинските науки.

„Майка ми ме вдъхновява да следвам нейния път. Като дете бях впечатлена от начина, по който тя изнасяше лекции по време на конференции и от отдадеността й, когато лекуваше пациенти. Исках да съм като нея и да бъда лекар“, разказва Мария Яна.

Преди да завърши образованието си в България, младата д-р Кингсли вече е изготвила дълъг списък научни публикации, много от тях с акцент върху темата за хроничните заболявания и застаряващото население.

„Още преди да започна да се занимавам с медицина, се интересувах от развитието на хроничните заболявания в обществото. От факта, че продължителността на живот при нас хората се удължава, а в същия момент населението застарява, което е предпоставка за повече усложнения и повишена честота в контекста на хроничните заболявания и с помощта на ментори се съсредоточих в работа по темата“, пояснява младата лекарка.

Отново по примера на своята майка, д-р Кингсли планира да специализира медицина в няколко направления, за да бъде от още по-голяма полза на своите пациенти. Основният й фокус понастоящем се оказва неврохирургията.

„Още от ученическите ми години се вълнувах от нервната система. Този интерес се засили по време на медицинското ми обучение в часовете по хистология, анатомия, патология. Желанието ми да се занимавам с неврохирургия се зароди тогава и се засили по време на следването ми. През втората половина на четвърти курс попаднах на много добра преподавателка по неврология. Тя преподаваше много увлекателно и бях вдъхновена отново в тази област на медицина. В курса по неврология неврохирургията беше включена като четириседмичен курс и ме плени още повече. Тя обхваща много предмети, които ми харесваха като неврология, радиология, хирургия, онкология, ортопедия и травматология, офталмология, УНГ. Всички те са свързани с неврохирургията, поради което я намирам за наистина страхотна наука. Освен това се представих отлично на изпитите по предмета.

Това, което ми харесва в неврохирургията, е, че е непрекъснато напредваща област и също предоставя и шанс да се помогне на хората в момент от живота им, който може да е невероятно плашещ. Тъй като е хирургическа специалност, резултатите от хирургичната намеса можеш да видиш непосредствено след проведената интервенция. По време на 6. курс много се радвам, че отделни отделения като Хематология, Детски болести и неврохирургия ми предоставиха възможност да ги посещавам в свободното си време. Използвах възможността да посещавам редовно Клиниката по Неврохирургия за наблюдение на операции и преглед на пациенти, да присъствам на ведомствени срещи, където се обсъждат клинични случаи. Минахме през различни клиники, но винаги се връщах в Клиниката по неврохирургия, когато имах свободно време” разказва още д-р Кингсли.

Освен неврохирургия, тя иска да следва и хематология - друга особено интересна за нея специалност. А за по-далечно бъдеще обмисля да насочи вниманието си и към общественото здраве.

Книгите от дете за деца

Освен медицината, другата страст на Мария безспорно се явява художествената литература. Чете много от ранна детска възраст. В ранните си ученически години попада в група с деца, които също като нея обичат да прекарват свободното си време в писане и четене. „Всички в тази група обожавахме да четем и пишем. Пишехме разкази, пиеси и романи, които после четяхме един на друг. Благодарение на тази група доразвих своите умения да пиша. Написах няколко истории, които по предложение на моята учителка, в крайна сметка обединих в първата си книга“, спомня си д-р Кингсли.

А след първата й книга се раждат още няколко такива. Като дете бъдещата лекарка е обичала да пише на приключенска тематика. Историите, които е създавала, са били предназначени за деца от 5-14 възраст като самата нея по онова време.

Зад гърба си има и книга, посветена на здравословното хранене и колко е важно то за добрата усмивка.

Въпреки че все още обожава художествената литература, заради пълното й посвещаване на медицината като професия, засега страстта й към писането на приключенски романи остава по-скоро на заден план. До момента, в който ще може да й се отдаде отново с пълна сила.

България като втори роден дом

Д-р Кингсли живее тук вече няколко години. За това време е опознала страната и я е обикнала като втори роден дом.

Пловдив, където учи медицина, я е впечатлил със своята приветливост и бързо, въпреки езиковата бариера, се почувствала приобщена. Решава да остане у нас в близките няколко години, за да натрупа знания като лекар.

„Избирам да остана в България, защото вече имам изградена връзка с тази страна благодарение на семейството си. Така или иначе харесвам България като държава - нейната история. Освен това искам да завърша обучението си тук, защото осъзнавам, че още има много да се учи, има висококвалифицирани специалисти, от които определено има какво да се научи. Също вярвам, че качеството на специализация тук наистина ще бъде на високо ниво“, заявява д-р Кингсли. Натъжава се, че толкова много бъдещи български лекари избират да емигрират. По думите на Мария всяка една здравна система си има своите големи и малки проблеми, но добрият лекар ще бъде оценен подобаващо навсякъде.

„Говоря от перспектива на чужденец, но за мен е тъжно да виждам толкова много български студенти по медицина, които искат да заминат да работят в чужбина. От една страна, аз разбирам, защото, особено в сферата на медицина, трябва да мислиш за това как да се развиваш най-ефективно. Дори в Англия много млади лекари заминават за страни като Австралия, Белгия и Австрия заради недоволство и различни причини. Това обаче се отразява негативно на здравната система - когато няма млади лекари, които да я развиват.

Мисля, че не е лошо, ако тези, които са избрали да се обучават зад граница, след като придобият известни умения, да се върнат и да приложат наученото тук. Така здравната система в България ще бъде подобрена. Условията могат да бъдат много по-добри тук, но това е въпрос преди всичко на общи усилия на всички по веригата“, заключва д-р Кингсли.

Самата тя, колкото и да обича втория си дом България, знае, че някой ден дългът й към родината ще я отзове обратно в Лондон.

„Искам да развия умения в областта си, за да мога да оказвам качествена специализирана помощ на пациентите си. Мисля, че евентуално ще се върна в страната си и там ще упражнявам професията си. Но каквото и да стане, планирам да запазя членството си към БЛС, дори да се върна към родината си. Смятам редовно да се връщам тук, да практикувам медицина или поне да посещавам мястото, където взех медицинското си обучение“, казва още тя.

Каквото й да е и подготвило бъдещето обаче, с умиление и добри чувства ще си спомня за България, ценните уроци и топлината, с които тази страна я е пленила.

Материал на Милена Енчева

Д-Р НИКОЛАЙ ПОРОЙЛИЕВ С ПУБЛИКАЦИЯ В АВТОРИТЕТНО ЕВРОПЕЙСКО СПИСАНИЕ ПО КАРДИОЛОГИЯ

Разработката е авторско изследване

Д-р Николай Пороилиев се дипломира в МУ – София през 2011 г. Придобива специалност кардиология през 2016 г. Защитава дисертационен труд на тема "Камерна функция при пациенти с постоянна електрокардиостимулация". Преминава няколко обучения и е сертифициран за Експертно ниво за ехокардиография и Базово ниво за електрокардиостимулация. Член е на Българското дружество по кардиология и Европейското дружество по сърдечен ритъм, а от 2015 г. е и асистент към катедрата по Спешна медицина.

Д-р Пороилиев е участник и презентатор в множество конгреси на европейско и национално ниво. Професионалните му интереси са в областта на електрокардиостимулацията и електрофизиологията.

Последната новина около д-р Пороилиев е, че негова разработка е приета за публикуване в едно от най-престижните списания в областта на кардиологията *European Heart Journal*. Повече за това четете в интервюто, което той даде специално за читателите на в-к „Quo vadis".

- Д-р Пороилиев, срещаме се по повод на това, че Ваше изследване е одобрено за публикуване в престижно международно научно издание? Как се стигна до идеята за това проучване?

- То е продължение на дисертационния ми труд, работата по който започна преди доста време – може би преди около 7-8 години. Постепенно идеята се развиваше, разбира се, с помощта на целия екип, с който сме работили - научния ми ръководител проф. Гудев, проф. Кинова, д-р Марков, доц. Трайков / болница „Токуда"/ и д-р Леви / Александровска болница/. Постепенно се оформи завършен научен труд, който решихме да публикуваме.

- **Разкажете ни повече за това изследване.**

- Фокусирали сме се върху влиянието на пейсмейкъра след имплантирането му, т.е. върху ранните ефекти, които оказва върху функциите на лява, а също така и на дясна камера. До момента в литературата има множество данни за лява камера. Можем да кажем, че тя е проучена подробно по отношение на промените, които настъпват в нея в условия на кардиостимулация, докато за дясна камера данните са по-оскъдни и поради тази причина решихме да изследваме и нея. Това, което открихме, е, че и там се наблюдават подобни промени, които обаче се проявяват доста по-рано и при по-нисък процент камерна стимулация. Усложнения се наблюдават при около 10% от имплантираните. Докато при лява камера промени се наблюдават средно при около 40% камерна стимулация, при дясна камера това са около 10%. Това са субклинични промени, водещи до промяна в хемодинамика и преразпределяне на наляганията в камерата, които невинаги имат клинична изява. Тези промени обаче в дългосрочен план водят или биха могли да доведат до неблагоприятни последствия като влошаване на камерната функция.

- Това ли е, което трябва да бъде взето под внимание с оглед на данните, с които вече разполагате?

- Да, има и термин за това състояние – пейсмейкър индуцирана кардиомиопатия. Това състояние не е новост за медицината и се полагат немалко усилия за преодоляване на тези неблагоприятни ефекти. Все пак, въпреки наличието им, ползите са несъмнено в пъти повече. Така че това е единственото ефективно лечение. Ползите от имплантирането на пейсмейкър са много повече от евентуалните неблагоприятни ефекти. Държа дебело да подчертая, че нашата работа е тясно научно фокусирана върху изучаването на тези ефекти с ясното съзнание за несъмнените ползи от имплантирането на пейсмейкър.

- Доколко могат да бъдат минимизирани или избегнати тези неблагоприятни въздействия?

- Те са обратими. Полагат се много усилия за преодоляването на излишната камерна стимулация. Когато отсъства импулс, то устройството е единствена алтернатива. Т.е. устройството следва да подава импулс само когато нямаме собствен такъв. Но за да се прецизира това подаване на импулса, цялата система за кардиостимулация трябва да се индивидуализира, което става чрез проследяване във времето и фини настройки, които се правят през различни интервали. Също така, в момента се докладват доста добри резултати от прилагането на нов метод на стимулация на проводната система. До момента системата работи чрез стимулация на ендокарда – т.е. вътрешната повърхност на сърцето. Там проводната система не е достъпна. Тя може да бъде достигната на точно определени места и стимулацията там до голяма степен не предизвиква наблюдаваните негативни ефекти на досегашната система за кардиостимулация. Така че сме на път да решим този проблем. Но тъй като методът е нов и все още не може да се гарантира успехът на стимулацията на проводната система, не можем да изключим ендокардната стимулация.

- А неблагоприятните въздействия на ендокардната стимулация могат ли да бъдат намалени или елиминирани при една добра настройка на устройството?

- Ако има възможност, да. Има хора, които са зависими от устройството и нямат алтернатива – то трябва да се индивидуализира строго за техния случай. Ако има излишна стимулация, то тя трябва да се намали до минимум, но стимулация все пак ще има, защото е единствена терапевтична алтернатива в тези случаи. Системата не е съвършена, но е единственото, с което разполагаме в момента.

- Да се върнем към Вашето проучване. Изцяло в УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ" ли беше проведено?

- Всички устройствата са имплантирани в нашата болница, тук се проведоха ехографските изследвания, проследяване на пациентите, последващи настройки на устройствата и т.н.

- Можете ли да ни кажете повече за научното списание, на страниците на което ще излезе Вашето изследване?

- Това е едно от списанията на Европейското дружество по кардиология. То е утвърден източник на научно базирана информация от областта на кардиологията и сме много щастливи, че проучването ни беше одобрено за публикуване именно там.

- Д-р Пороилиев, с оглед на казаното до момента, кога пейсмейкърът е единствена терапевтична алтернатива?

- Когато имаме бавен сърдечен пулс и няма обратима причина за това. В тези случаи се прибягва до поставянето на пейсмейкър, тъй като без него качеството на живот бързо пада, свързано е с голям травматизъм, който може да има фатални последствия, и в зависимост от общото състояние на сърдечносъдовата система доста се повишава рискът от внезапна сърдечносъдова смърт в резултат на аритмия. След имплантирането всички тези рискове изчезват. Ефектът е мигновен - след включване на устройството вече нямаме брадикардия. То това е и едно от нещата, с които ме привлече кардиостимулацията – защото има видим бърз ефект от терапията.

- Имате ли поглед какво е състоянието у нас в сравнение с останалите европейски държави по отношение на имплантирането на пейсмейкъри?

- Да, имаме съпоставим брой имплантации с тези в останалите страни от ЕС. Очаква се броят да се увеличава заради увеличаване на относителния дял по-възрастно население на стария континент. Това прави темата важна и актуална според нас и тя трябва да бъде обсъждана и разисквана.

- А Вие как избрахте кардиологията като специалност, с какво Ви привлече?

- Кардиологията май избрах мен. То е малко offtopic. Обмислях няколко варианта за реализация извън България, но на последния ми стаж като студент попаднах в болницата, в която сега работя – ИСУЛ. Хареса ми екипната работа, това, че решенията се взимаха на базата на доказателства, насърчаваше се активно участие в науката, предоставяше се достъп както до пациентите, така и до апаратурата. Предложиха ми да се явя на конкурс за докторант и така се озовах тук.

- А от какви сърдечносъдови проблеми се оплаква най-често българинът и с какви се сблъсквате Вие във Вашата работа?

- За жалост, България се намира в една от най-високорисковите зони за сърдечносъдови заболявания в Европа. Според актуалните препоръки за оценка на риска, 60-годишен мъж, който живее в България и съседните територии, се оказва във висок риск от сърдечносъдови заболявания, което е твърде рано в живота. При това без придружаващи заболявания.

- А защо е така?

- Ами начин на живот, диета, липса на физическа активност. Диетата и физическата активност станаха банални теми и на хората им е дотегнало да слушат за тях, но това не ги прави по-малко важни и са единственият начин човек да се съхрани. Трябва здравословна диета и движение. Лекарствата помагат, но те не премахват субстрата, върху който се работи. Физическата активност, макар причиняваща временен дискомфорт, е единственият начин организмът ни да подобри адаптивните си способности. Само така се тренира цялата сърдечносъдова система, така че тя да работи като добре настроена и смазана машина. Съдовете не са просто инертни тръбички, те са активни органи и под повърхността им се секретират доста субстанции, които определят съдовия тонус, предотвратяват появата на съсиреци и ред други неща. Първото нещо, което се наблюдава в началото на атеросклерозата, е дисфункцията на този вътрешен слой на съдовете. Това води до нарушаване на функциите му и в резултат започва навлизане в него на липиди, натрупват се плаки и всички усложнения впоследствие. И единственият начин да се поддържа в добра кондиция тази система е като се използва, което става с активен начин на живот. Човешкият организъм не е създаден, за да стои в покой и да приема калории. Това е най-лошото, което можем да направим с тялото си.

- Макар и банална, препоръката за активност и балансирана диета си остава релевантна?

- Разбира се. Дори в американската литература вече се говори с термини като „физическа недостатъчност", а за спорта се говори като за „хапче" – т.е. след като си приемеш съответните медикаменти, да си вземеш и 30-минутната тренировка за сърцето. Пагубно е, когато това се пренебрегва и трябва да си даваме ясна сметка за това. Приемът на излишни калории обезпечава всички клетки енергийно, което нарушава нормалните процеси на селекция в организма и доста клетки, които са вече излишни, продължават да стоят и се израждат… Както има естествен подбор в природата, така има и в организма. По тази причина препоръките за здравословно хранене и физическа активност си остават и винаги ще бъдат актуални.

- Работите ли по нещо ново към момента?

- Сега подготвяме още една публикация, която ще е обезпечена с по-пълен обем данни, тъй като в първата нямаше възможност да бъдат включени всичките, понеже мястото е ограничено. Но сме на доста ранен етап все още.

Интервю на Георги Радев

ДОЦ. Д-Р СВЕТЛИН ЦОНЕВ, Д.М.:

БЪЛГАРИЯ ИЗОСТАВА ПО ОТНОШЕНИЕ НА СКРИНИНГА НА ФАМИЛНАТА ХИПЕРХОЛЕСТЕРОЛЕМИЯ

Доц. д-р Светлин Цонев, д.м. завършва МУ-София през 2006 г. През 2013 г. придобива специалност по кардиология, а през 2018 г. и по ангиология.

В периода 2009 – 2013 г. е главен асистент в Клиника по кардиология към УМБАЛ „Александровска“. След това работи и специализира Ангиология в Аджибадем Сити Клиник. От 2019 г. работи като ангиолог и кардиолог в УМБАЛ „Александровска“ и като интервенционален кардиолог към II МБАЛ София. От 2021 г. е избран за доцент към Медицински факултет, Университет „Проф. д-р А. Златаров“. Председател е на Работна група по „Клапни заболявания“ към Дружество на кардиолозите в България, както и посланик на Heart Imager of Tomorrow към European Society of Cardiovascular Imaging.

Доц. Цонев активно работи в областта на профилактиката и лечението на фамилната хиперхолестеролемия. Повече за това заболяване и как е позиционирана България като кадрова обезпеченост, терапия и медикаменти четете в интервюто, което той даде специално за читателите на в-к “Quo VADIS”.

- Доц. Цонев, какво представлява фамилната хиперхолестеролемия (ФН)?

- Това е наследствено заболяване, което не спада към редките болести. Т.е. то е генетично, но честотата му е някъде между 1 пациент на 250 до 1 пациент на 500 души. Основно казано, има 2 форми - едната е хомозиготна и е най-тежката форма, и хетерозиготна, която пък е по-разпространената. ФН се характеризира с това, че има високи стойности обичайно на фракцията на холестерола LDL - холестерола с ниска плътност.

- Казвате, това е наследствено заболяване?

- Да, наследствено заболяване, което е причина през целия живот на нашите пациенти, независимо от тяхната диета, нивата на холестерола да бъдат високи и ги поставя във висок сърдечносъдов риск.

- Задължително ли се унаследява в случаите, когато единият родител е носител на заболяването?

- За съжаление, унаследяването е малко по-сложно. Ще дам пример - една от най-честите форми се дължи на дефект в рецепторите, които улавят LDL холестерола. Установени са над 60 различни варианта на тези дефекти. Т.е. възможно е заболяването да се развие в резултат на нова мутация и при хора, чиито родители нямат ФН, т.е. нов дефект в гена, и така те ще бъдат с фамилна форма, с вероятност да я предадат на поколенията. Както и ако и двамата родители са хетерозиготни носители се увеличава в пъти вероятността поколението да унаследи гените и дори да бъде хомозиготен носител.

- А каква симптоматика има това заболяване?

- За съжаление, симптоматиката при фамилните форми на хиперхолестеролемията дълги години може да бъде почти липсваща, т. нар. олигосимптоматика. Най-тежките форми - фамилната хомозиготна ФН, в ранна възраст - до 2-ра, 3-та декада на живота, нямат абсолютно никакви оплаквания, докато не бъде реализиран първият сърдечносъдов инцидент - инфаркт или инсулт. Когато това се случи, за съжаление, впоследствие ние установяваме, че пациентът е с ФН. Друг пример е, че от младите мъже, които получават инфаркти, се очаква да бъдат с фамилна форма на хиперхолестеролемия. Така че заболяването никак не е толкова рядко, полигенно е, със сложно унаследяване, но когато в рода има фамилна анамнеза, предразположеност, т.е. има някой, който в ранна възраст е имал инсулт или инфаркт, или знаем, че някой в рода е имал високи нива на холестерол, заболяването е много благодатно за скрининг. Той може да се прави както в права, така и в обратна линия - както поколението на нашия пациент - децата му, така и родители или близки родственици. Смисълът на този скрининг е да предотвратим или да отложим във времето първия сърдечносъдов инцидент, който се дължи на напредналата атеросклероза и атерогенеза при пациенти с ФН.

- Какви стъпки се предприемат в случаи на установена ФН?

- Невинаги говорим само за медикаментозно лечение. Когато едно дете е с хетерозиготна форма, имам такъв актуален случай, чийто баща лекувам и детето е с LDL холестерол над 4 mmol/l, което го поставя вече в хипотеза да има ФН и в този случай, ние можем да променим начина на живот на детето, да препоръчаме то да се храни здравословно, да ограничи млечните продукти и мазните храни, т.е. да установим един здравословен режим на живот, наред с активна физическа дейност. Т.е., бидейки наясно, че детето е в риск, ограничаваме другите рискови фактори. За съжаление, в България скринингът на децата започва след 14-годишна възраст. Едва тогава ОПЛ могат да назначат липиден профил и да скринират за ФН. За сравнение - в другите европейски държави, които имат разработени програми за ФН, скринингът започва на 2-годишна възраст и завършва най-късно на 6 години. Т.е. още преди пубертета. Вероятно съображенията на НЗОК се базират на това, че медикаментозната терапия започва наистина след пубертета - говоря за хетерозиготните форми. Хомозиготните хиперхолестеролемии, които, за щастие, имат някои клинични белези, по които бързо можем да се ориентираме, като ксантоми и ксантелазми (вид ксантом засягащ най-често клепачите), следва да се лекуват и преди настъпването на пубертета.

- Ефективен ли е в такъв случай скринингът за ФН у нас?

- За съжаление, България изостава изключително много и по отношение на скрининговите програми в тази област. Ще дам пример, че първата скринингова програма е осъществена в Холандия през 1994 г., т.е. преди почти 30 години, в Испания - през 2004 г. или 20 години преди настоящия момент. Така че страната ни има какво да наваксва в тази посока.

- Има ли групи от населението, които са по-уязвими към това заболяване?

- Нямаме точна такава статистика, предвид, че генофондът в България е изключително разнообразен. Най-важният белег в случая е анамнезата. Ако знаем, че има предиспозиция, използване определените корови таблици, една от тях е холандска - *Dutch Lipid Score*, която дори без генен анализ, с голяма вероятност може да определи дали пациентът има ФН. Базира се на нивата на LDL холестерола, фамилната анамнеза, на това дали вече има изява в ранна възраст на сърдечносъдово заболяване. Така че това е генно заболяване, което може да бъде разпознато и профилактирано дори без да прибягваме до генния анализ. Наскоро бях в Италия, в университетска болница „Умберто I“, където имат специфичен липиден център. Този център, освен че прави скрининг, профилактика и проследяване на пациенти с различни липидни нарушения, разполага с цялото оборудване, което може да определи типа на генния дефект, да типизира всъщност хиперхолестеролемията, като не говорим само за ФН, а и за смесената форма, за хипертриглицеридемията, която е рядка форма - 1 на 1 млн., т.е. за страната ни очакваме около 6 пациенти, но това пък са спасени животи. Защото, освен сърдечносъдовите заболявания, някои форми на хиперхолестеролемията дебютират като панкреатити в ранна възраст, като стеатозни, нарушена чернодробна функция, отново в ранна детска възраст. Така че смисълът на профилактиката е да предпазим малките пациенти от една доста тежка патология. От друга страна, това е и икономически по-ефективно, тъй като спестява средства в сравнение с по-късното откриване и терапия на тези заболявания.

- Можем ли да обобщим как се позиционира страната ни по отношение на терапия и диагностика спрямо Европа и САЩ?

- Както вече споменах, по отношение на скрининговите програми - говоря само за програма, т.е. да имаме здравната политика как ще менажираме тези пациенти, към момента изоставаме между 20 и 30 години спрямо Европа. По отношение на детския скрининг, реално сме на нулата. Обективно скрининг на деца между 2 и 6 години ние нямаме. По отношение на другия скринінг трябва да отбележим усилията на Дружеството на кардиолозите в България - последните години бяха направени съвместни усилия с Български пациентски форум да се осъществят масови скринингови програми в обща популация - т.е. правеха се кампании, в рамките на които с *Dutch Lipid Score* да бъдат оценени пациентите и да бъдат насочени в случай на нужда към определени центрове, където тези пациенти да бъдат доизследвани. За съжаление, подготвените центрове изобщо не са достатъчни. Когато говорим за скринингови програми, ние трябва да сме наясно, когато намерим съответния пациент, накъде ще го насочим. Често именно тук се къса нишката и крайният ефект е нулев - пациентите посещават съответния център и се оказва, че в този момент няма кой да им обърне внимание или пък диагностичният панел, който се използва, не е пълен. Затова организацията на моята лична практика включва скрининг на ранна атеросклероза при такива пациенти, което означава, че освен кардиологичния преглед при един млад човек, примерно на 30 г., който има висок холестерол, винаги осъществявам доплер на сънни артерии. Имам няколко такива пациенти, които са включени на терапия след това изследване, защото съм установил, че имат примерно несигнификантни каротинни плаки и това вече е индикация, че пациентът трябва да бъде лекуван с особено внимание, а и по-агресивно понякога. Работя съвместно с кардиорехабилитатори, съставят се режими за физическа активност, разбира се, диетолози, които определят индивидуален режим при тези пациенти. От казаното става ясно, че това е един комплексен подход. При него трябва да има и ендокринолог, защото често пациенти, за които смятаме, че са с ФН, може да имат щитовидна патология, която да увреждa вторично техния липиден профил, може да имат бъбречни нарушения и т.н. Т.е. трябва да сме сигурни, че сме елиминирали всички причини, които биха могли да са причина за дислипидемията, преди да дефинираме пациента с ФН.

- А по отношение на достъпа на българския пациент до медикаменти, как стои въпросът?

- Мога да кажа, че по отношение на медикаментозната терапия България е една от облагодетелстваните държави в последните години. Ще започна със статините - с едно или две изключения, ние разполагаме с всички видове молекули; статини, с които можем да лекуваме нашите пациенти, тъй като тези молекули са в основата на терапията. При нея се избира статин с бъбречен или чернодробен метаболизъм - ние разполагаме и с двата вида. Разполагаме с фибрати, с които да контролираме хипертриглицеридемията, с Езетимиб също. Налични са също така спектър от фиксирани комбинации - различни видове статини, заедно с Езетемиб, който блокира резорбцията на мастните киселини в червата и в комбинация със статините се постига поне още 15% намаление на нивата на лошия холестерол. По отношение на най-съвременната терапия - напр. антитяло терапията, която блокира, образно казано, разграждането на LDL рецептора в хепатоцита и по този начин по естествен път задържа повече рецептори, които да захващат LDL-а, разполагаме с един протоколен медикамент. Имаше в началото трудности при въвеждането по здравна каса, касаещи дефинирането на пациентите, които да бъдат лекувани с него. В момента реално има добре осигурен достъп до медикамента, но поради ред причини съществува известна сложност при издаването на протоколите. В момента с него с лекува едва около 1% от потенциално показаните за терапия. Ако не се лъжа, около 500 човека го ползват, а се очаква техният брой да е над 5000. Важно е да се отбележи, че тази съвременна терапия - антитяло терапията - в България се покрива от НЗОК само за вторична профилактика. Т.е. до нея имат достъп пациенти, които вече са прекарали инсулт или инфаркт, или имат периферносъдова болест, но не и тези, които са подложени на първична профилактика. Доколкото знам, има деца, които имат фамилна форма и се лекуват с медикамента, но това не се покрива от здравната каса - т.е. по отношение на първичната профилактика има какво да се работи. Очакваме да има още един медикамент с подобен механизъм на действие, който ще се прилага веднъж на 6 месеца, което е изключително удобно за пациентите, защото, веднъж започнала терапията, тя е до живот, като се вземе предвид и че пациентите приемат допълнителни таблетки, антитяло терапията е съчетана винаги със статинова терапия - тя е *ontop* терапия на този етап. Има данни, че може да е ефективна и като монотерапия, но индикациите все още не са такива.

- Каква е прогнозата при хиперхолестеролемията, ако е навременно открита?

- Реално при ФН, хомозиготна форма, се очаква да удължим живота на тези пациенти без сърдечносъдово заболяване с между 2 и 3 декади. По отношение на хетерозиготните форми, реално, ако те бъдат оптимално лекувани, което означава да се премине през 3-те стъпала - статин, Езетимиб, антитяло терапия, ако е необходимо, и достигнат таргетните стойности, които са според рисковия профил на пациента, той може да живее толкова, колкото и здрав индивид.

- Т.е. ако решим проблема със скринінга, бихме могли да осигурим добро качество на живот на хората с ФН?

- Да. Но все пак трябва да кажем, че при тези пациенти има и един психологически момент - понякога срещам родители, преживяващи тежко чувство на вина, че са предали на децата си „лоши“ гени. В крайна сметка скринингът променя това - ако ние знаем кои са децата в риск, ще можем навреме да лекуваме, да профилактираме, да промотираме подходящ начин на живот на тези пациенти. В тази връзка личното ми мнение е, че имаме достатъчно медикаменти, медиците ни са изключително подготвени - от ОПЛ до тесните специалисти в областта, но усещането е понякога, дори по научни форуми, че ние си говорим сами със себе си. Т.е. промотирането и профилактиката на такива социалнозначими заболявания трябва да бъде адресирана в много по-голяма степен към пациентите, което означава да говорим на достъпен език, да използваме адекватни средства за комуникация с лица, които са в риск. Това беше повод дът да тръгнем към създаването на лекарска асоциация, която ще включва кардиохирурзи, кардиолози, реаниматори - като сме фокусирани върху това да комуникираме, да настояваме за превенция и промоция на здравето. Всичките ни усилия, съвместно с Национална пациентска организация, ще бъдат насочени към комуникация с групите и пациентите в риск.

- На какъв етап е създаването на тази организация?

- В момента е на фазата на регистрация като лекарско сдружение и започваме създаването на програмите за активности, които реално ще включват всички възможни канали за комуникация, различни фокус групи и организиране на форуми, на които ще разясняваме проблема на разбираем език, с цел да подобрим здравната култура чрез промоция и профилактика на здравето.

Интервюто взе Георги Радев

ИВАН ДИМИТРОВ:

СТРАНАТА НИ Е НА ПОСЛЕДНО МЯСТО В ЕВРОПА В ГРИЖАТА ЗА ПАЦИЕНТИТЕ С ФАМИЛНА ХИПЕРХОЛЕСТЕРОЛЕМИЯ

Иван Димитров е председател на Федерация “Български пациентски форум”, която има за цел да защитава правата на хора с различни заболявания, техния навременен достъп до качествено лечение и подходяща за състоянието им терапия. С него разговаряме за фамилната хиперхолестеролемия и грижата за пациентите с това заболяване, сред които попада и самият той.

- Г-н Димитров, нека поясним с няколко думи какво представлява фамилната хиперхолестеролемия (ФН)?

- Това е заболяване, при което организмът не може да обработи лошия холестерол – LDL-а. Той се отлага в тялото и започва да стеснява кръвоносните съдове. При запушването на кръвоносните съдове се получава обикновено някакъв инцидент. За съжаление, понеже LDL-ът не боли, той е тихият убиец, неговото отлагане става бавно и постепенно. Просто хора в трудоспособна възраст - мъже и жени, както си стоят на масата, умират. За съжаление, наблюденията ни показват, че хората по различните градове не са запознати с наличието на това заболяване. Понякога то има своите физически проявления, изразяващи се с белезникави образувания на клепачите, на лактите, на сгъвките на краката. Често обаче подобни симптоми се пренебрегват, вместо да се изследват.

- Хората не са информирани...

– Семейните лекари трябва да са наясно с наличието на фамилна обремененост и наличието на подобно заболяване в рода, но това, за съжаление, не се случва, заради емиграцията и миграцията по градовете, както и смяната на личните лекари. Връзката се губи и няма информация кой в рода какъв инцидент е преживял.

– Самият Вие сте с такова заболяване. Как разбрахте за него?

- Дядо ми дядо ми почина от това заболяване, вуйчо ми също. Аз самият съм имал съдов инцидент, както и братовчед ми. През годините обаче никой не е обърнал внимание. Зарди работата ми с пациентската общност разбрах, че имам ФН. Затова казвам, че проблемът с липсата на яснота сред личните лекари и специалисти като кардиолози и ендокринолози, поради липса на наблюдения, е сериозен.

- Къде стои България, когато става дума за диагноза фамилна хиперхолестеролемия и колко сериозен е проблемът в световен мащаб?

- Можем да кажем, че за съжаление, България се нарежда на последното място в Европа по отношение грижата и лечението на тези пациенти. У нас почти нищо не се прави за хората с фамилна хиперхолестеролемия. На този фон Европа, а и светът като цяло, обръщат сериозно внимание на заболяването, което е 10 пъти по-смъртоносно от онкологичните, а ресурсите за предотвратяването на тежки инциденти са големи.

- Колко разпространено е това заболяване и на каква възраст може да бъде установено то?

- В света всяка минута се ражда дете с ФН. Всяка минута. Европа отделя големи ресурси, за да може подобни инциденти да бъдат предотвратени. Скринингът, свързан с това заболяване, се прави на деца над 2-годишна възраст. За сравнение, личните лекари у нас едва сега започнаха да правят подобни изследвания на 16-годишните. До скоро първите такива изследвания се правиха на 35 години при мъжете и 45 при жените, когато вече е твърде късно. Обикновено тогава пациентите вече са претърпели някакъв вид инцидент и едва тогава започват да се лекуват. Това не е превенция.

- Какво може да се направи в посока повече информираност?

- Ние като пациентска организация през 2015 година започнахме една кампания, която беше образователна не само за обществото, но и за властимащите. Целта ни беше да обясним какъв е всъщност проблемът. Стигна се до там заболяването най-сетне да бъде признато като такова у нас, а лечението му да се реимбурсира. И всичко замря някъде там. Ние продължаваме да се борим като пациентска общност, но липсата на държавност обезвери както лекарите, така и пациентите.

- Води ли се въобще някаква статистика за това заболяване у нас?

– У нас няма регистри за почти нито едно заболяване. Благодарение на Европа имаме някаква статистика, която дава условна яснота на база броя на населението у нас. А именно около 22 хил. души у нас са засегнати от фамилната хиперхолестеролемия, като едва 1% от тях или едва 560 пациенти се лекуват с иновативна терапия, която се прилага в Европа. Това естествено не е проблем на лекарската гилдия. Тук имаме прекрасни лекари. Проблемът е, че те невинаги разполагат с нужната информация и достъпа до най-добрата терапия.

- Нека очертаем една сериозна стъпка, която е нужно да се предприеме в борбата с това заболяване.

- Трябва да се променят критериите, според които на даден пациент може да бъде приложена иновативна биологична терапия. На такава терапия право имат само пациенти, претърпели инцидент, което е доста рисковано и в крайна сметка допълнително увеличава разходите за последващо лечение. Ако има превенция и профилактика, то ще струва много по-малко. Хубаво е обаче и ние като пациенти да сме наясно с рисковете и при най-малко съмнение да отидем при специалист, който да потвърди или отхвърли тази диагноза. И тук е важно да отбележим, че няма значение дали си слаб или дебел. Фамилната хиперхолестеролемия е фамилна обремененост. Това е заболяване, което се предава наследствено. С диета можеш да забавиш прогресирането му, но ако не се лекуваш, рано или късно си отиваш.

- Какви са предимствата, които дава иновативното лечение?

– Бих цитирал един от големите ендокринолози у нас – доц. д-р Пламен Попиванов. Той много просто обяснява въздействието на иновативната терапия. Той казва: „Представете си една заключена врата, за която нямате ключ, за да отворите и пуснете холестерола да бъде обработен. Иновативната терапия е ключът, който отваря вратата и прави възможно обработката на холестерола в организма“. Иновативната терапия ти дава качествен живот.

- За какво апелирате като председател на федерация „Български пациентски форум“?

– Апелирам в спешен порядък за намаляване на възрастовата граница за задължително изследване на липидния профил. На 16-годишна възраст децата вече започват да се хранят с храни, които допринасят за лошия холестерол. Задължително в детските прегледи да бъде въведено и това за липидния профил, което да се прави не на 16, а на поне 9-10-годишна възраст. При все, че в Европа тези изследвания се правят още когато детето е на две.

- А по отношение на по-ранното прилагане на иновативното лечение?

- Тук вече лекарският съюз, заедно с научните дружества по кардиология, ендокринология и педиатрия, които наблюдават тези пациенти, могат да обяснят на касата, че пациентите трябва да могат да получат истинска терапия още преди да е настъпил инцидент. В България, пак казвам, лоша практика е да чакаме да стигнем терминалния стадий, на което и да е заболяване, за да започнем лечение. Това е нещо, което може да бъде направено от БЛС – и именно да изиска от НЗОК да бъдат променени критериите, по които се прилага иновативната терапия при ФН. Всички ние трябва да търсим и изискваме от държавността правото на качествен живот и качествено лечение. Това се отнася както за пациенти, така и за лекари. Време е здравеопазването да стане приоритет, защото ние сме най-болният народ в Европа и ежегодно у нас умират повече хора от воюващите страни.

Интервюто взе Милена Енчева

Д-р Антон Елкин за съхранената доброта и нужния пример

ГЕРОИЗЪМ ИЛИ ПРОСТО ЧОВЕЧНОСТ

Знания, опит и голямо сърце. Това е формулата, която д-р Антон Елкин прилага всеки ден в грижата за пациентите си. Той е специалист по съдова хирургия.

Образованието си по медицина завършва през 2003 г. в Медицински факултет на Тракийски Университет Стара Загора. Специализира съдова хирургия в същия град, а след това придобива специалност и по Ендоваскуларна съдова хирургия в София. От 2011 година е републикански консултант по съдова хирургия.

Вярва, че за да бъде истински добър лекар, човек не трябва да спира да се предизвиква и развива. Наред с научните знания обаче са нужни емпатия и вроден импулс да помагаш.

Последните качества се оказват особено ценни на 14 август м.г. при катастрофата на автомагистрала Тракия, при която се обърна сръбски автобус пълен с деца. Оказал се на правилното място в правилното време, той се впуска да помага на пострадалите, благодарение на което този инцидент, макар и тежък, се разминава без жертви.

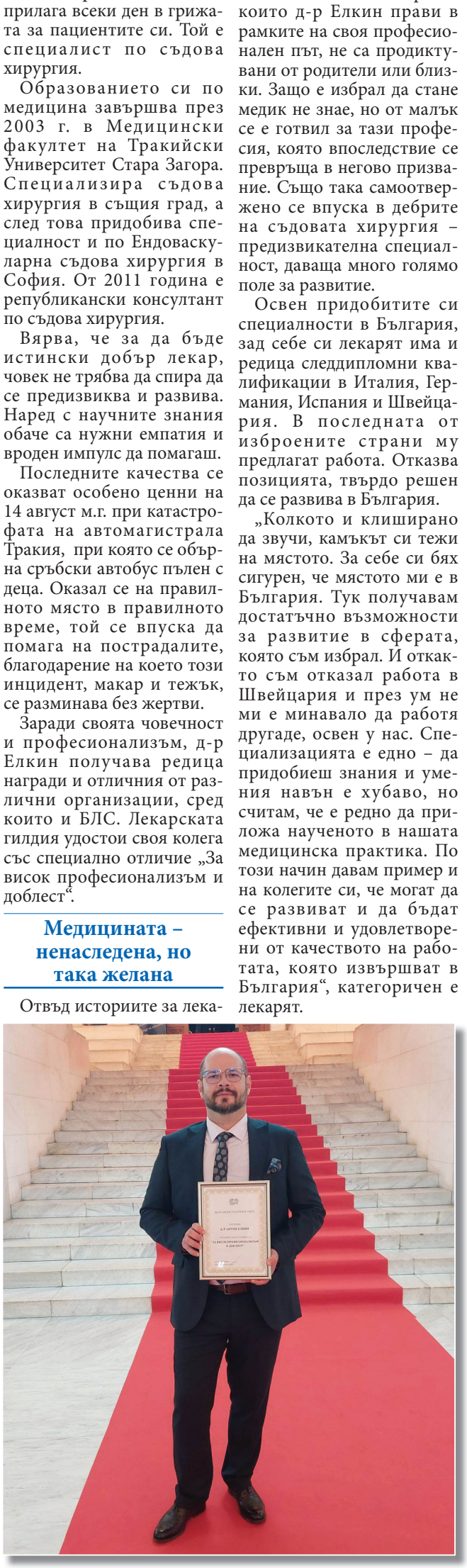
Заради своята човечност и професионализъм, д-р Елкин получава редица награди и отличния от различни организации, сред които и БЛС. Лекарската гилдия удостои своя колега със специално отличие „За висок професионализъм и доблест“.

Медицината – ненаследена, но така желана

Отвъд историите за лекари, наследили своята любов към медицината от семейство си, изборите, които д-р Елкин прави в рамките на своя професионален път, не са продиктувани от родители или близки. Защо е избрал да стане медик не знае, но от малък се е готвил за тази професия, която впоследствие се превръща в негово призвание. Също така самоотвержено се впуска в дебрите на съдовата хирургия – предизвикателна специалност, даваща много голямо поле за развитие.

Освен придобитите си специалности в България, зад себе си лекарят има и редица следдипломни квалификации в Италия, Германия, Испания и Швейцария. В последната от изброените страни му предлагат работа. Отказва позицията, твърдо решен да се развива в България.

„Колкото и клиширано да звучи, камъкът си тежи на мястото. За себе си бях сигурен, че мястото ми е в България. Тук получавам достатъчно възможности за развитие в сферата, която съм избрал. И откакто съм отказал работа в Швейцария и през ум не ми е минавало да работя другаде, освен у нас. Специализацията е едно – да придобиеш знания и умения навън е хубаво, но считам, че е редно да приложа наученото в нашата медицинска практика. По този начин давам пример и на колегите си, че могат да се развиват и да бъдат ефективни и удовлетворени от качеството на работата, която извършват в България“, категоричен е лекарят.



Съдовата хирургия и нейните особености

Д–р Елкин е последователен и постоянен в развитието си. Поради тази причина не спира да търси начини да се усъвършенства в областта, която е избрал. Когато става дума за нивото на съдовата хирургия у нас, той признава, че винаги има какво да се желае, но като цяло го оценява като достатъчно добро.

„За щастие не сме консервативно съсловие - напротив стремим се да въвеждаме най-съвременните и иновативни методи на лечение доказали се като ефективни. Концепциите и практиката на съдовохирургичните центрове в България определено не са ретроградни. Екипите в тези центрове се стремят да въведат съвременна и иновативната грижа за своите пациенти“, пояснява лекарят.

Колкото до самите пациенти, лекарят отчита негативна тенденция.

„Като цяло сърдечносъдовите заболявания са една от основните причини за смъртност. Подмладяването на тези заболявания през последните години може да се асоциира с различни фактори и променливи величини - интензивния стрес, на който сме подложени в ежедневието си, вероятно негативно отражение дават също качеството на храната, която консумираме, и въздуха, който дишаме. Тези фактори оказват изключително негативно влияние върху развитието и прогресията на атеросклерозата, която е основна причина за артериалната недостатъчност. Общо взето пациенти, които преди 20 години определяхме като такива с тежка атеросклероза, на практика в момента са едни от най-лекостепенните. Толкова бързо прогресира подмладяването на заболяванията“, уточнява д-р Елкин.

Добър екип = добра грижа за пациентите

За личните си постижения лекарят не иска да говори. Щастлив е, че работи в екип от професионалисти, с които изповядват сходни ценности. „Аз съм доволен от това, че работя в иновативно мислещ екип, в болница, в която можем да предлагаме съвременна грижа. Развивайки базата и методите, които прилагаме, ние успяваме да предложим на пациентите по-добра грижа, максимално ефективни минимално инвазивни интервенции със значително по-леки хирургични травми, съпроводени с определено по-кратък период за възстановяване. Това е нещо, с което се гордея – че се стиковахме и доказахме като екип, защото съдовата хирургия в своята същност е екипна дисциплина“, споделя още хирургът.

Адът на Тракия – урок по човечност

Припомняйки си инцидента от автомагистрала Тракия, д-р Елкин не желае да се определя като герой. Казва, че инстинктът да се впусне да помага на пострадалите е не лекарски, а човешки.

Въпреки ужаса, който неимоверно е оставил белег в съзнанието му, тази история му е помогнала да види нещо изключително положително.

„Точно в този момент това, което видях, ми направи изключително добро впечатление, а именно, че всички хора, които спряха колите си, се впуснаха да помагат. Всеки, разбира се, доколкото му позволява собствената психика, защото да гледаш окървавени деца е особено тежка гледка. Хората, без да се поддадат на паниката и без да се замислят за себе си, се включиха активно да помагат, което е признак за това, че доброто е съхранено и че не сме изгубили този си човешки облик като нация. Това е една изключително положителна равносметка за мен самия“, казва докторът.

Именно затова героите в тази история според него трябва да са хората, които са помогнали безкористно. Оценява получените награди, но не би се възгордял вследствие от тях. Надява се обаче те да послужат като пример за човечност и доброта, които никой никога не трябва да губи.

Материал на Милена Енчева

Д-р Антон Елкин (в средата) беше удостоен и с награда „Лекар на годината 2022“ в област Стара Загора от РК на БЛС. Призът беше връчен от председателя на регионалната колегия д-р Генка Пейчева

„КЛИНИЧЕН ПАРАДОКС“?

Бариатричната хирургия може да предпази от рак на стомашно-чревния тракт

Според ново проучване бариатричната хирургия при тежко затлъстяване не повишава риска от рак на хранопровода и стомаха.

Всъщност анализът на близо 1 милион възрастни французи показва, че операцията за намаляване на теглото може да осигури известна защита срещу тези видове рак.

Резултатите от проучването представляват “клиничен парадокс” според авторите на коментар, публикуван през януари, заедно с проучването в JAMA Surgery. Процедура, за която се знае, че увеличава риска от гастроезофагеална рефлуксна болест (ГЕРБ) и потенциално от аденокарцином на дисталния хранопровод и гастроезофагеалното съединение, може да помогне на пациентите да се предпазят от рак на хранопровода.

Проучването бележи “важна стъпка към подобряване на разбирането за потенциалните рискове от бариатричната хирургия през целия живот и общите големи ползи за здравето от хирургично предизвиканото намаляване на теглото”, пишат авторите на коментара д-р Пьотр Горецки и д-р Майкъл Зенилман от *Weill Cornell Medicine* в Ню Йорк.

Последните данни сочат, че наднорменото телесно тегло се свързва с близо 8% от случаите на рак и 6,5% от такива с фатален край. Проучванията показват също, че бариатричната хирургия може да намали риска от някои видове рак, но дали това се отнася и за рака на хранопровода и стомаха, остава неясно.

За да проучат това, изследователите използват френски национални данни, за да сравнят честотата на рак на хранопровода и стомаха при 303 709 пациенти, предимно жени, със затлъстяване, които са претърпели бариатрична операция, и съпоставима група от 605 140 пациенти със затлъстяване, които не са претърпели операцията.

Средната възраст на групата е около 40 години. Средният период на проследяване е бил 6 години за групата с хирургична намеса и 5,6 години за контролната група. Общо 337 пациенти са диагностицирани с рак на хранопровода - 83 в хирургичната група и 254 в контролната група. Ракът на стомаха е бил около два пъти по-често срещан, отколкото ракът на хранопровода (225 срещу 112 пациенти).

Честотата на заболяемост от рак на хранопровода е била по-висока в контролната група, отколкото в хирургичната група - 6,9 срещу 4,9 случая на 100 000 души население годишно, при коефициент на заболеваемост 1,42 (P = .005).

Бариатричната хирургия е свързана със значителен 24% по-нисък риск от рак на хранопровода (коефициент на риска [HR], 0,76; P = .03) и 40% по-нисък риск от обща вътреболнична смъртност, дефинирана като “всяка смърт, настъпила по време на болничния престой, независимо от причината” (HR, 0,60; P < .001).

Авторите също така не откриват значима разлика в резултатите от раковите заболявания и вида на бариатричната процедура, която включва ръкавна гастректомия, стомашен байпас и регулируема стомашна лента.

Лазати и колегите му отбелязват, че основните ограничения на проучването включват ретроспективния дизайн, ограничения период на проследяване и липсата на хистологични данни за конкретните видове рак. Освен това изследваната популация е била сравнително млада, докато ракът на хранопровода се среща по-често при по-възрастни хора.

Като цяло обаче резултатите показват, че бариатричната хирургия може да се извършва за лечение на тежко затлъстяване, без да се увеличава рискът от рак на хранопровода и стомаха, заключават авторите.

“Изглежда, че балансът между защитните фактори (загуба на тегло, метаболитни ефекти и ерадикация на инфекцията с H pylori) и рисковите фактори (ГЕРБ и жлъчен рефлукс) за рак след бариатрична хирургия е в полза на защитните фактори”, обясняват авторите, ръководени от д-р Андреа Лазати от Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, Франция.

Въпреки че потенциалните защитни механизми остават неясни, в своя коментар Горецки и Зенилман предполагат, че намаляването на хроничното възпаление и имуносупресията след бариатрична операция може да помогне за обяснението на резултатите.

Въпреки че проучването осигурява “увереност в защитните клинични ползи от операцията за отслабване”, са необходими по-широкомащабни проучвания за “по-добро идентифициране, изясняване и справяне с патофизиологичните процеси на бариатричната процедура”, заключават Горецки и Зенилман.

Не се съобщава за конкретно финансиране на проучването. Лазати е получил лични хонорари от Johnson & Johnson, Medtronic и Gore. Зенилман е получил лични хонорари от Academic Medical Professionals Insurance и Mohamed & Obaid Almulla Group.

JAMA Surg. Публикувано онлайн на 11 януари 2023 г.

ХИМИОТЕРАПИЯТА В НИСКИ ДОЗИ МОЖЕ ДА ПОДОБРИ ПРЕЖИВЯЕМОСТТА ПРИ НАПРЕДНАЛ РАК

Изследването, включено в това резюме, е публикувано в ssrn.com като препринт и все още не е рецензирано.

Основни изводи

Пациентите с някои често срещани видове рак в напреднал стадий могат да живеят по-дълго с нискодозова палиативна химиотерапия, отколкото със стандартнодозова.

Защо това е от значение

Пациентите с напреднал рак често избират подхода “повече е по-добре” със стандартна доза палиативна химиотерапия вместо вариант с нискодозова терапия.

Настоящото проучване установи, че стратегията с ниски дози може да подобри преживяемостта на пациентите с напреднал рак на яйчниците, панкреаса и белия дроб, като има по-малка токсичност и по-ниски разходи.

Дизайн на проучването

Проучването включва пациенти, диагностицирани с рак на яйчниците в III или IV стадий, рак на белия дроб в III или IV стадий, рак на дебелото черво в IV стадий или рак на панкреаса в който и да е стадий между 2004 и 2009 г., които са лекувани в Ballarat Oncology and Haematology Services извън Мелбърн, Австралия.

Изследователите сравняват резултатите от преживяемостта на 97-те пациенти, които са получили стандартна доза химиотерапия, и 69-те пациенти, които са получили ниска доза химиотерапия, определена като ≤50% от стандартната доза за тяхното злокачествено заболяване.

Съотношенията на риска (HR) са коригирани спрямо възрастта на пациента и стадия на рака.

Основни резултати

Като цяло сред пациентите, които са получили варианта с ниска доза, средната преживяемост е 1,7 години, 5-годишната преживяемост е 20%, а 10-годишната преживяемост е 7%. При стандартното дозиране медианната преживяемост е наполовина по-малка (0,8 години), а 5-годишната преживяемост е 1%. Няма оцелели на база 10-годищна преживяемост.

Сред 75 пациенти с рак на белия дроб медианната преживяемост е 1,7 години при нискодозова химиотерапия спрямо 0,55 години при стандартно дозиране (HR, 0,3 в полза на нискодозовата химиотерапия). Петгодишната преживяемост е 12%, а десетгодишната преживяемост е 6% в групата с ниска доза; нито един пациент със стандартна доза не е бил жив на база 5-годишна преживяемост.

Сред 27 пациенти с рак на панкреаса, които са получавали нискодозова химиотерапия, средната преживяемост е била 3,9 години спрямо 0,5 години при стандартно дозиране (HR, 0,2). Петгодишната преживяемост е 43%, а 10-годишната преживяемост е 14% в групата с ниски дози. Нито един пациент не е бил жив на база 5-годишна преживяемост при стандартното дозиране.

Сред 18 пациенти с рак на яйчниците средната преживяемост е 7,9 години при нискодозова химиотерапия спрямо 1,58 години при стандартно дозиране (HR, 0,15). Десетгодишната преживяемост е била 14% в групата с ниски дози. Нито един пациент, получавал стандартни дози, не е бил жив на база 10-годишна преживяемост.

Сред 46 пациенти с колоректален карцином медианната преживяемост е била малко по-кратка при нискодозовата химиотерапия (1,3 години спрямо 1,76 години), но 5-годишната преживяемост е била 14%, а 10-годишната преживяемост - 9%, спрямо 5-годишна преживяемост от 4% при стандартното дозиране. Нито един пациент не е доживял 10-тата година. Разликите при колоректалния рак не са статистически значими.

Възможно обяснение на резултатите е, че по-ниската токсичност може да е довела до по-продължително лечение сред пациентите с ниски дози.

Ограничения

Проучването не е коригирано за съществени смущаващи фактори, включително подтипове тумори, продължителност на лечението, използвани агенти и разлики в използването на хирургия и радиация между групите.

Фактът, че нискодозовата химиотерапия е дефинирана като ≤50% от стандартната доза, означава, че дозите, близки до границата от 50% в двете посоки, са поставени в отделни групи за анализа.

Оповестяване на информация

Не е съобщено за външно финансиране на проучването, а изследователите не съобщават за конфликти на интереси.

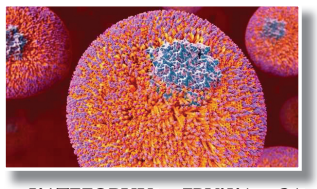
Това е резюме на препринт на научното изследване “Low-Dose Palliative Chemotherapy Compared to Standard-Dose Chemotherapy for Poor-Prognosis Cancers Improves Overall Survival - A Single Institution Retrospective Study”, ръководено от Andrew Dind от Университета Нотр Дам, Сидни, Австралия, предоставено от Medscape. Проучването не е било рецензирано. Пълният текст можете да намерите на ssrn.com.

МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ ЗА ЛЕКАРИ

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.

МЕДИЦИНСКИ НОВИНИ

176 000 НОВИ СЛУЧАЯ НА МНОЖЕСТВЕН МИЕЛОМ СЕ ДИАГНОСТИЦИРАТ В СВЕТА ЕЖЕГОДНО



КАТЕГОРИИ: ГРИЖА ЗА ПАЦИЕНТА, ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ, ИМУНОЛОГИЯ, НОВИНИ, ОБЩА МЕДИЦИНА, ОНКОЛОГИЯ, СПЕЦИАЛНОСТИ, ХЕМАТОЛОГИЯ

ЕТИКЕТИ: ЛЕЧЕНИЕ, МНОЖЕСТВЕН МИЕЛОМ, РАК НА КРЪВТА

Приблизително 176 000 нови случая на множествен миелом се диагностицират в световен мащаб годишно[17]. Това е третият най-често срещан вид рак на кръвта[17], като повече от 450 000 души по света живеят с него.

При заболяването нормалните плазматични клетки се превръщат в ракови чрез сложен многоетапен процес, който предизвиква размножаването и растежа им в костния мозък. Тъй като миеломните клетки растат неконтролируемо в костния мозък, това може да доведе до множество усложнения[1]. Най-честите сериозни проблеми засягат костите, имунната система, бъбреците и броя на кръвните клетки, а някои от по-честите симптоми включват болка в костите и умора. Докато се намират в костния мозък, миеломните клетки допринасят за разрушаването на костите и могат да доведат до литични лезии, компресионни фрактури и болка[1].

Заболяването се диагностицира най-често при хора на възраст 65-74 години и рисков фактор е именно възрастта. То се среща по-често при мъже спрямо жени и в определени раси като например афроамериканци[18]. Петгодишната преживяемост при пациенти с множествен миелом е около 54%[19].

Лечение и нови подходи в терапията

Въпреки терапевтичния напредък през последните две десетилетия, множественият миелом остава нелечим[3,5]. Продължителното лечение обаче може да осигури на пациентите по-дълъг живот. Добрата новина е, че наличните нови терапии осигуряват на пациентите по-дълга от всякога преживяемост без прогресия[7].

При пациентите с множествен миелом без предходно лечение обикновено се започва с индукционна терапия, за да се намали туморното натоварване. Те се проследяват внимателно за токсични ефекти и отговор на лечението чрез честа оценка на състоянието и кръвни изследвания. Според здравословното състояние на пациента лечението може да включва и трансплантация на стволови клетки4. Възможно е и да бъде предписано поддържащо лечение в опит да се забави рецидива на заболяването4, който се наблюдават при повечето пациенти и може да настъпи един или няколко пъти.

Важно е пациентите и здравните специалисти да обсъждат схемите на лечение, съобразени с нуждите на заболелия, както и информацията за предписване на лекарствата и клиничните препоръки за лечение с наличните терапевтични възможности[9].

Съществуват множество класове лекарства за лечение на множествен миелом като имуномодулиращи лекарства (ImiD), протеазомни инхибитори (PI), моноклонални антитела, стероиди, хистон деацетилаза (HDAC), алкилиращи агенти и терапия с Т-клетки с химерен антигенен рецептор (CAR-T). Тези лечения често се използват в двойни (две лекарства) и тройни (три лекарства) комбинации. Комбинираните схеми могат да осигурят по-добри резултати за пациентите[12].

В съвременната ера на терапиите за множествен миелом[5] **PI** и **IMiD** заменят схемите за химиотерапия при новодиагностицирани пациенти. На базата на данните от in vitro изследванията се предполага, че PI действат, като блокират или инхибират разграждането на протеините от протеазомите. Това причинява натрупване на протеини в клетката, което може да доведе до смърт на миеломната клетка[15].

IMiD могат да инхибират редица различни пътища в миеломните клетки, както и да въздействат върху имунната система[14]. Те модулират много от взаимодействията между миеломните клетки и микросредата на костния мозък, което води до намален растеж и оцеляване на миеломните клетки[15]. Точните механизми на тези взаимодействия все още се проучват.

Моноклоналните антитела представляват вид таргетна терапия, насочена срещу специфичен антиген, експресиран на повърхността на клетките на множествения миелом. Те действат, като се прикрепят към протеините на туморните клетки, които след това унищожават посредством редица механизми, включващи имунната система на гостоприемника и/или чрез стимулиране на апоптозата[4].

Източници:

1. Multiple Myeloma Research Foundation. What Is Multiple Myeloma. Accessible on: http://www.themmrf.org/multiple-myeloma/what-is-multiple-myeloma/. Accessed April 5, 2021.
2. Multiple Myeloma Research Foundation. Multiple Myeloma Symptoms. Accessible on: http://www.themmrf.org/multiple-myeloma/symptoms/. Accessed April 5, 2021.
3. Everyday Health. What Is Multiple Myeloma? http://www.everydayhealth.com/multiple-myeloma/guide/. Accessed April 5, 2021.
4. National Comprehensive Cancer Network. Multiple Myeloma: NCCN Guidelines for Patients. http://www.nccn.com. Accessed April 5, 2021.
5. Ntanasis-Stathopoulos I, Terpos E, Dimopoulos MA. Optimizing Immunomodulatory Drug With Proteasome Inhibitor Combinations in Newly Diagnosed Multiple Myeloma. Cancer J. 25.1. 2019:2-10. Accessed April 5, 2021.
6. Multiple Myeloma Research Foundation. Multiple Myeloma Treatment. Accessible on: http://www.themmrf.org/multiple-myeloma/multiple-myeloma-treatment-options/. Accessed April 5, 2021.
7. Palumbo A, Gay F, Cavallo F et al. Continuous Therapy Versus Fixed Duration of Therapy in Patients With Newly Diagnosed Multiple Myeloma. Journal of Clinical Oncology. 2015;60:2466.
8. Lonial S. Relapsed Multiple Myeloma. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2010;2010.1:303-309.
9. San Miguel JF. Relapse/Refractory Myeloma Patient: Potential Treatment Guidelines. Journal of Clinical Oncology. 2009;24:3683.
10. Sonneveld, Pieter. "Management of multiple myeloma in the relapsed/refractory patient." Hematology. American Society of Hematology. Education Program vol. 2017,1 (2017): 508-517.
11. Multiple Myeloma Research Foundation. Multiple Myeloma Drug Therapies. Accessible on: http://www.themmrf.org/multiple-myeloma/multiple-myeloma-treatment-options/myeloma-drugs/. Accessed April 5, 2021.
12. Lonial S, Kaufman JL. The Era of Combination Therapy in Myeloma. Journal of Clinical Oncology. 2012;30:2434-2436.
13. Prescribing Information for VELCADE. Millennium Pharmaceuticals, Inc., Cambridge, MA; 2014.
14. Quach H, Ritchie D, Stewart AK et al. Mechanism of Action of Immunomodulatory Drugs (IMiDS) in Multiple Myeloma. Leukemia. 2010;24:22-32.
15. Andhavarapu S, Roy V. Immunomodulatory Drugs in Multiple Myeloma. Expert Rev Hematol. 2013;6(1):69-82.
16.Lonial S, Durie B, Palumbo A et al. Monoclonal antibodies in the treatment of multiple myeloma: current status and future perspectives. Leukemia. 2016;30:526–535.
17. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. All cancers. 2020. Accessible on: https://gco.iarc.fr/today/data/fact-sheets/populations/900-world-fact- sheets.pdf. Accessed April 5, 2021.
18. National Institute of Health. Cancer Stat Facts: Myeloma. Accessible on: https://seer.cancer.gov/statfacts/html/mulmy.html. Accessed April 5, 2021.
19.A merican Cancer Society. Early Detection, Diagnosis, and Staging. Accessible on: https://www.cancer.org/cancer/multiple-myeloma/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html. Accessed on April 6, 2021.
20. American Cancer Society. Key Statistics For Multiple Myeloma. Accessible on: https://www.cancer.org/cancer/multiple-myeloma/about/key-statistics.html. Accessed on April 5, 2021.

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

ВИДЕО ОБУЧИТЕЛЕН КУРС

МЕТАСТАЗИ В ОБЛАСТТА НА ШИЯТА – НАСОКИ ПРИ ХИРУРГИЧНОТО ЛЕЧЕНИЕ

КАТЕГОРИИ: ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНА, ОНКОЛОГИЯ, УНГ
ЕТИКЕТИ: МЕТАСТАЗИ, РАК НА ГЛАВА И ШИЯ, УНГ

Цели на курса:

Този курс цели да запознае лекарите с най-честите причини за метастази в шийната област, както и подходите за тяхната правилна диагностика и хирургично лечение.

За авторите: Д-р Тодор Попов, д.м. е оториноларинголог в Клиника по УНГ болести към УМБАЛ "Царица Йоанна – ИСУЛ" и главен асистент в Медицински университет – София. Д-р Попов е награден за "Млад учен" на Медицински факултет към МУ-София за 2017 г.

Подходяща аудитория:

Курсът е подходящ само за лекари, основно УНГ специалисти, хирурзи, лицево-челюстни хирурзи 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 2017 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.

УЕБИНАР

ИМА ЛИ ПАНДЕМИЯ ОТ ДИАБЕТНА РЕТИНОПАТИЯ В БЪЛГАРИЯ?

Лектори на събитието:

- д-р Илиян Шандурков, Медицински директор, Специализирана очна болница „Вижън",
- д-р Веселин Даскалов, офталмолог, "Пентаграм 2012", гр. София.

Линк: https://youtu.be/NoH8WLGkJqU

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

ОНЛАЙН СПИСАНИЕ

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

Динамичното ежедневие на съвременния лекар води до невъзможността да се следят най-важните научни статии в съответната област. Именно по тази причина Medical News цели да помогне на лекарите "да са в крак" с най-актуалните проучвания за клиничната им практика.

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

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

QUO VADIS

Редакционно броят е приключен на 30. 01. 2023 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

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

ОТБЕЛЯЗВАМЕ 115 ГОДИНИ ОТ РОЖДЕНИЕТО НА Д-Р ГЕОРГИ СТОЕВ - ШВАРЦ

Георги Стоев като ученик в София

Д-р Георги Добрев Стоев – Шварц е роден на 10 февруари 1908 г. в Троян. Първоначално в семейството, а по-късно и в близкото му обкръжение, го наричали Гечо. Баща му Добри Стоев е шивач и пътуващ търговец на месо основно, но наред с това се занимава и с други дейности като правене на тухли и събиране на билки, за да изхранва семейството си. То се е състояло от съпругата му, 7 синове и 7 дъщери, както в приказките. Малкият Георги помага на баща си в усилията му да припечели средства за препитание.

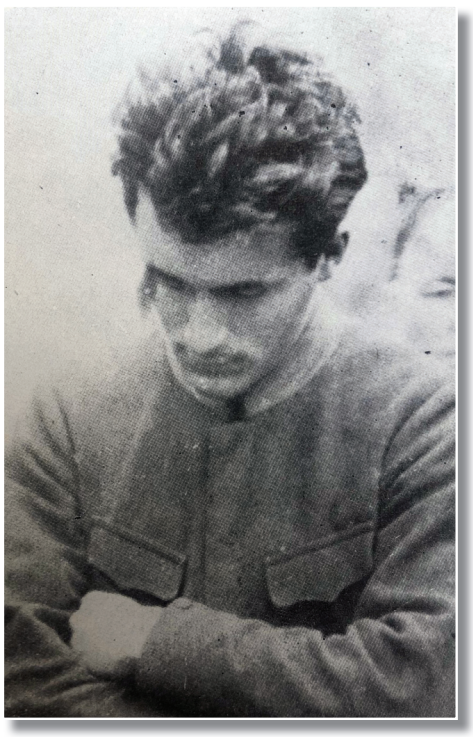
Любовта на бъдещия лекар към знанието и науката го отвежда в троянското училище на 6-годишна възраст – една година по-рано от обичайното. При това не уведомява никого за решението си. Учителката обаче разбира, че нещо не е наред – за малкия Гечо няма място в класната стая. Тя с усмивка му казва, че още е рано за него и че догодина ще го чака заедно с неговите връстници. Това не отказва обаче Георги от идеята да започне да учи – на следващия ден той влиза отново в класната стая с думите: „Днес си нося стол“. Така тръгва по пътя на науката д-р Георги Стоев.

Крайната мизерия кара бащата Добри да търси по-доходоносна работа и така решава да замине за Канада, за да работи в мини за добив на сребро и олово. През 1914 г. той се завръща от там с тежка туберкулоза, резултат от токсичните въздействия, свързани с работата в металодобивните мини. Година по-късно умира от болестта си.

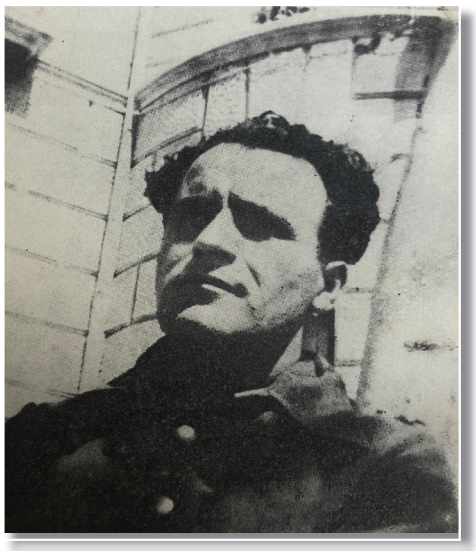
По това време най-големият от синовете му – Дочо, е на фронта на I Световна война в 34. Троянски пехотен полк. Той се разболява също от жълтата гостенка и за по-малко от година след завръщането си от фронта тя отнема живота му. От него Георги научава за ужасите на войната.

Необичайното начало на училището за Георги, за съжаление, завършва с изгонването му от него през 1919 г. Повод за това е конфликт със свещеника, преподаващ вероучение. Ученикът гласно изразява съмнение и дори протест спрямо думите на духовника и изтъква като довод бедността и войните. Независимо от аргументите му, това е било напълно неприемливо по това време и достатъчен повод да бъде отстранен.

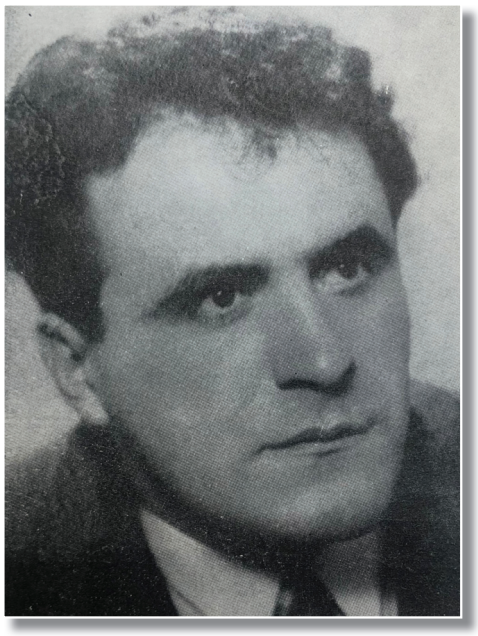
С помощта на Спас Балевски – председател на Троянската партийна организация Г. Стоев започва работа в дърводелска работилница. Страстта към знанието обаче не угасва и той се самообразова, в резултат на което успява за завърши основното си образование като частен ученик. През цялото време помага и на майка си в полската работа. Приблизително по това време започва да се увлича по комунистическата идеология.



Георги Стоев пред ковчега на майка му



Д-р Шварц като интербригадист в Испания



Д-р Г. Стоев – Шварц в Париж, 1940 г.

Д-р Георги Стоев заминава за Испания, придружен до гарата от сестри Доганови

Откриване на бюст-паметник на д-р Георги Стоев в Троян, 18 юни, 1961 г.

Трудните години са причина Георги Стоев да не продължи в прогимназиален етап веднага след основното си образование, а 2 години по-късно. За него обаче това не е проблем. Явява се на изпити като частен ученик, взима две години за една и в 6. клас вече се е изравнил с връстниците си. След като завършва този етап от своето обучение бъдещият лекар решава да продължи средното си образование в София. Но няма средства дори за пътя до там. Поради тази причина извървява разстоянието от Троян до Плевен пеша, където измисля план как да стигне до столицата. Отива на жп гарата в Плевен и изчаква влака за София да тръгне. Тогава започва да тича успоредно на локомотива и да моли машиниста да го качи. Молбата му е чута, но в замяна на услугата трябва да хвърля въглища в пещта до крайната дестинация.

В София се записва в III Мъжка гимназия.

През 1924 г. умира майка му. Георги заминава за Букурещ, за да съобщи тъжната вест на своя брат, който учи там ветеринарна медицина. Попаднал вече в съседна Румъния, д-р Стоев записва Медицинския факултет. Езиковата бариера обаче го принуждава паралелно с това да изучава усилено и румънски език. За да може да се издържа по време на следването си, той започва работа като аптекар вечерна смяна. По същото време се включва в редиците на студентската комунистическа организация.

През 1925 г. решава да замине за Прага, където да продължи медицинското си образование. Увлечението му по комунистическата идеология го съпътства и там и става част от тематичен кръжок, организиран от дружество „Левски“. Полицията обаче разбира за тази му дейност и Георги получава нареждане да напусне страната до 48 часа. В изпълнение на тази заповед той се отправя към Виена, Австрия, където обаче отново попада в полезрението на полицията и се отправя към Грац. Тук му се налага пък да изучва немски език. Става член на чешкото гимнастическо дружество в града и получава прозвището „Леопарда“. Тук завършва медицинското си образование с два доктората – стоматолог и лекар.

Завръща се в България и постъпва на работа в I Вътрешна клиника на Александровска болница. Наред с това организира собствен стоматологичен кабинет в една от стаите на апартамента на брат му Стефан, намиращ се на пл. „Славейков“ 2, където работи в периода 1932 – 1936 г. Често услугите му били безплатни и дори приютявал и давал храна на бедните. Заради левите си убеждения, кабинетът му скоро се превърнал в средище на комунистическа дейност.

През 1936 г. започва Испанската Гражданска война - сблъсък между Втората испанска република (републиканците и Народния фронт) и военната опозиция (националистите) начело с Франсиско Франко. Д-р Стоев е твърдо убеден, че неговото място е там, за да помогне на републиканците. Посещава Италия, Франция, Австрия, където търси съмишленици лекари. Последно посещава Букурещ, за да се сбогува с брат си Петко.

Гробището на Париж с гроба на д-р Стоев; негови близки на поклонение пред гроба

По пътя към Испания д-р Стоев остава за една седмица във Фигерас, където участва във военни занятия и след това продължава за Албасете, където е разположен щабът на Интернационалните бригади. По време на това пътуване се ражда и псевдонимът му „Шварц“ (нем. schwarz – черен, бел. ред.) по повод на шега, която д-р Стоев прави със себе си. По-късно добавя и Лео към името си и така става Лео Шварц.

При разпределянето на силите, д-р Стоев настоява да бъде на фронтовата линия. Така получава пост в XIV бригада. Дават му чин *Капитан* и е назначен за началник на голяма санитарна група. Задачата й е да евакуира ранените на фронта южно от Мадрид. Той започва веднага работа по организирането на първа медицинска помощ на челния фронт. Често сам носи носилката, управлява линейка и мотоциклет, за да превози навреме ранените. Това се оказва доста изтощително и често са му били отправяни препоръки да си даде малко почивка, в които лекарят така и не се вслушва.

През 1937 г. е преместен в Гуадарама, във френска бригада. Д-р Стоев никак не е доволен от това, защото не се чувства толкова полезен, колкото в сърцето на сраженията, където доскоро е бил. Година по-късно е изпратен в Барселона в Медицинската комисия на интернационалните бригади.

След края на Испанската Гражданска война Георги Стоев – Шварц се установява в Париж. Започва да търси работа, като паралелно с това посещава библиотеката, където разширява медицинските си познания. Трудността да намери препитание ражда идеята да лекува по домовете. Изобретява специфична чанта, с която е било възможно да извършва и стоматологична дейност. В началото на октомври 1939 г. излиза заповед всички чужденци да се явят в съответните комисарства, за да се легитимират и да получат документи. Когато д-р Стоев прави това, бива арестуван и хвърлен в подземие. След това е преместен в затвор, от който 2 месеца по-късно е освободен. Успява да си намери работа в една парижка болница като асистент на професор по хирургия. Наред с това помага на еврейски семейства да се спасят от преследвания.

Д-р Стоев умира на 13 юни 1940 г., след смъртоносно заразяване, получено докато прави аутопсия. Настанен е в Парижката болница „Некер”, където завършва земният му път. Погребан е в гробището на Тие, Франция.

Смъртта му намира широк отзвук у нас и в. „Подем“ публикува три статии за него.

Източник: Пейковски, Иван, Д-р Георги Стоев-Шварц: Биогр. очерк, С., 1965

МИГОВЕТЕ НА Д-Р БОРИС ТАБЛОВ

Анестезиологът, който ни допусна във вътрешния си свят със своята първа книга

Един български лекар заминавал за Германия, за да бъде анестезиолог. Наред със своите професионални умения, развил и любов към писането. Така на бял свят се появила и неговата първа книга.

Така може да започва един разказ, посветен на д-р Борис Таблов. Животът му обаче е доста по-шарен и нюансиран.

Лекарят завършва медицина в родния си Плевен, където специализира анестезиология и интензивно лечение. Неочаквано, заради разочарование от родната система на здравеопазване, решава да замине да работи в Германия.

Към днешна дата е намерил път обратно към родното като съчетава работата си зад граница с тази в УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ в Плевен. Преподава на студенти в медицинския университет в града и е част от научния екип на Изследователския център.

През последните години у него се ражда нова страст – писането. Създава разказ след разказ, а разразилата се пандемия от Ковид-19 катализира идеята написаното да види бял свят чрез първата книга на д-р Таблов – “Мигове“.

Изборът да заминеш – внезапен, но нужен

Изборът да учи медицина за д-р Таблов, който е израснал в семейство на лекари, е като естествено продължение на семейната традиция.

Изборът да замине да работи в Германия обаче не е толкова далечно замислен.

„Решението да замина за Германия взех лятото на 2009 година. Беше доста неочаквано и за мен самия, тъй като аз не съм планирал да работя в чужбина. В онези години тъкмо бях приет за асистент и пишех докторантура. Да речем обаче, че се разочаровах от някои процеси в нашето здравеопазване и реших, че не искам да участвам в това, което се случваше по онова време тук“, признава лекарят.

Благодарение на своя позната успява да си намери работа в немска болница и така от 2010 до сега, вече повече от 13 години, е реаниматор и анестезиолог в Германия.

Път на обратно?

През последните години д-р Таблов се опитва да се върне към корените си, като развива паралелно с работата зад граница, лекарска и преподавателска дейност у нас.

„Ако трябва да сравня двете места, хубавото на Германия е, че човек може да разгърне по-пълноценно своя потенциал, заради по-добрите условия в страната. Вероятно към днешна дата немалко болници в България работят по европейски стандарти, но преди 13 години това не беше така“, категоричен е медикът.

Където и да си анестезиолог обаче, предизвикателства не липсват. През последните години д-р Таблов се развива и в областта на интензивната медицина.

„Моите лични предпочитания са към анестезиологията, аз обичам моята специалност и с усмивка казвам, че интензивната медицина не е моята страст, но истината е, че те са неразривно свързани и е от полза както за пациента, така и за мен като лекар да имам по-обширен поглед. Сменяйки ритъма, човек се развива по-динамично, което е важно за ежедневната ни работа“, признава още лекарят.

Опита си, натрупан от тези две нелеки специалности, д-р Таблов иска да предаде най-вече на бъдещи лекари у нас.

„Винаги съм искал, след като се изуча и усъвършенствам, в някакъв момент да се върна в България и да дам тези знания и умения на млади колеги, на които да не им се налага да избират моя път“, казва още лекарят.

По думите му, родината си е родина и би било хубаво, дори и да получиш образованието и опита си навън, да се върнеш у нас, за да лекуваш там, където са твоите близки, роднини и приятели. Именно затова предложението да преподава в МУ – Плевен приема на драго сърце.

Мигове назаем

Като повечето образовани хора, д-р Таблов обича да чете книги. Никога не е вярвал обаче, че ще започне да пише такива. Дори не си е представял, че някой ден името му ще стои на корица, изложена в книжарница.

Начинът, по който първата му книга „Мигове“ се появява на бял свят, е особено интересен.

„Играех една симулаторна игра, в която заедно с останалите участници, имахме възможност да изразяваме литературните си умения в различни конкурси, някои организирани и от мен“. Реших да предизвикам себе си, написвайки няколко кратки разказа, за които получих позитивна обратна връзка. Малко по-късно ги споделих с моя брат, който и до ден-днешен остава моят най-голям фен. Той ги предаде на свой познат писател, който ме поощри да продължа да пиша“, разказва д-р Таблов.

Така и прави – продължава да пише основно на теми, свързани с ежедневието му – медицината, засягайки няколко философски теми.

Пандемията като катализатор на творчество

Насред със своя творчески порив, д-р Таблов се оказва на първа линия в борбата с Ковид-19. Период, който промени както облика на обществото, така и на микросвета на всеки един от нас.

„Книгата не е свързана с пандемията. Немалка част от разказите обаче са написани по това време, тъй като то отвори доста възможности за размисъл при всеки един от нас“, признава медикът.

По думите му, емоциите в началото на този период са били особено силни на фона на неяснотата и страховете.

„От близо 20 години работя като медик. За това време не съм се сблъсквал никога преди с такава безпомощност. Толкова много хора около нас загиваха, а ние не можехме да направим нищо, за да им помогнем. На този фон ограничаването на общуването заради наложените мерки ни отвори път навътре към самите нас. Останахме сами с мислите си“, казва още д-р Таблов.

Своите мисли той избира да излее на листа, като по думите му, това е била неговата терапия срещу стреса от случващото се.

С нарастването на броя разкази, се появява и възможността те

да видят бял свят. Издадената книга „Мигове“ разхожда читателите из вътрешния свят на един лекар.

„Разходката е без никакви ограничения. Аз съм открит човек. Това може да се разбере и от самата книга. Няма кътче от съзнанието ми, до което да не съм допуснал читателя“, казва още лекарят писател.

Работното заглавие на книга е било „Мигове назаем“, тъй като всичките разкази са провокирани от реални случки, но в крайна сметка акцентът остава върху миговете от живота, които са значими, защото по думите на автора, не се знае дали ще има други такива.

Мечтите, за които нямаме срокове

Д-р Таблов иска да бъде по-добър и прецизен в хобито си. Затова записва и магистратура по творческо писане, която трябва да завърши това лято. Излизането на първата му книга му носи огромно вълнение.

„За мен е било толкова нереално да допусна, че нещо такова може да се случи - да бъда на корицата на книга със собственото си име. Изпитах огромно вълнение по време на представянето на книгата ми в София и Плевен. Получената обратна връзка от читателите ми донесе огромен заряд, който ме накара да погледна с други очи на цялото нещо“, споделя впечатления лекарят.

Категоричен е обаче, че за да създаваш нещо по-сериозно, трябва да отделиш повече внимание на самия процес.

„Затова записах и магистратура по творческо писане. Там видях какво значи да живееш с литературата. Не като читател, а с професионалното съзнание на хората, посветили живота си на писането. Това много ме обогати и дори да не напиша нищо повече, със сигурност този опит ми даде възможност да погледна на самите книги, които чета, с друг поглед“, казва още медикът писател.

След първите си постижения с писането, д-р Таблов има литературна мечта – да напише роман за процеси, протекли в българското здравеопазване след 1990 г.

„Това е нещо, което се случи пред очите ми и успях да наблюдавам заедно с моето семейство, които също са лекари. Мисля, че би било интересно за аудиторията, защото периодът е доста динамичен“, споделя медикът.

За съжаление, имаме само 24 - 7 дни в седмицата и времето не стига за всичко. Приоритет за д-р Таблов в момента е научният му труд и дисертацията, която изготвя. Писането на нова книга засега ще остане встрани, но както самият лекар казва: „Това им е хубаво на мечтите – човек няма срокове за изпълняването им.“

Материал на Милена Енчева

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