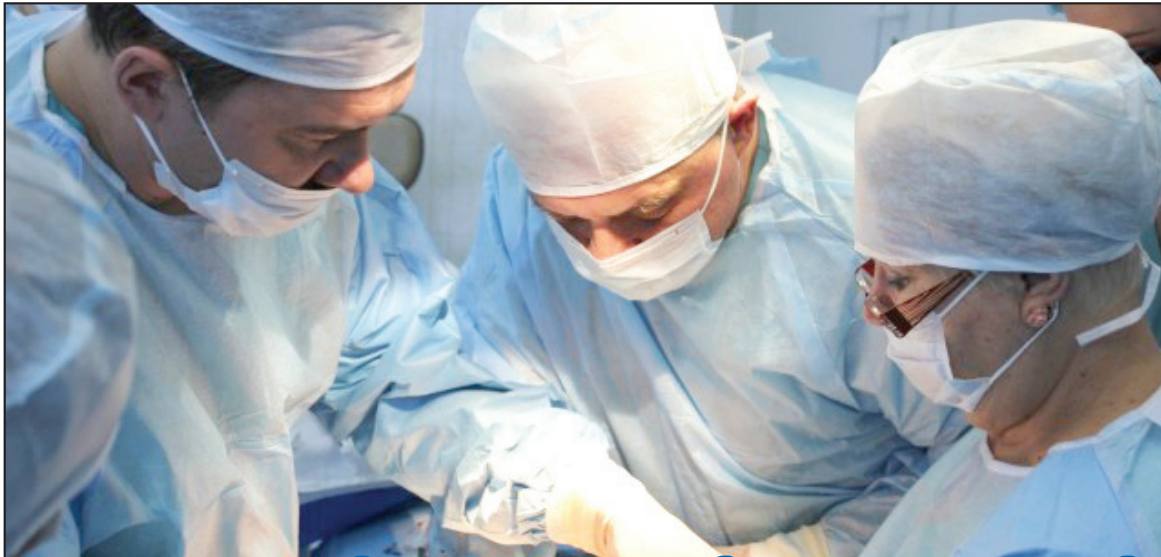


QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ



КАК ДА СПРЕМ ИЗТИЧАНЕТО НА МЕДИЦИНСКИ КАДРИ ОТ БЪЛГАРИЯ

„Съществена причина лекарите и медицинските сестри да искат да напуснат родината е усещането за вина, с която ги товари обществото, без да са виновни - убеден е председателят на БЛС д-р Иван Маджаров. - Специализантите пътуват и виждат отношението на хората към медицинците в други държави и когато на чуждите

места усетиш, че обществото не се отнася към теб като към потенциален убиец, предпочиташ да останеш там. Не бива да забравяме, че голямата част от нашите лекари и сестри са в напреднала възраст. След 10 години почти няма да има медицински сестри в страната, а цели райони ще останат без личен лекар.”

на стр. 8-9

ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНИ ПРЕНАТАЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДЛАГА „МАЙЧИН ДОМ“

на стр. 10

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ,
председател на УС на БЛС:

ОТГОВОРНОСТТА Е ЧАСТ ОТ НАШАТА ПРОФЕСИЯ

Сегашното недоверие пречи на лечебния процес. То може да се преодолее с правото на избор, информираност, прозрачност. Важно е и да се знае, че всички сме смъртни, а призванието на лекаря е да се бори за победата на живота.

на стр. 3

Д-Р СТОЯН БОРИСОВ,
главен секретар на УС на БЛС:

Не приписвайте на лекаря всеки недостатък на здравната система!

Всички прибързани обвинения към лекарите, преди окончателното установяване на допуснати пропуски или грешки, имат изключително негативен ефект - разпалване на обществено недоволство и засилване на агресията към медицинците.

на стр. 3

Проф. Шиня Яманака:

Избрах науката, за да съм полезен на пациентите



на стр. 4

Actavis

Редки болести

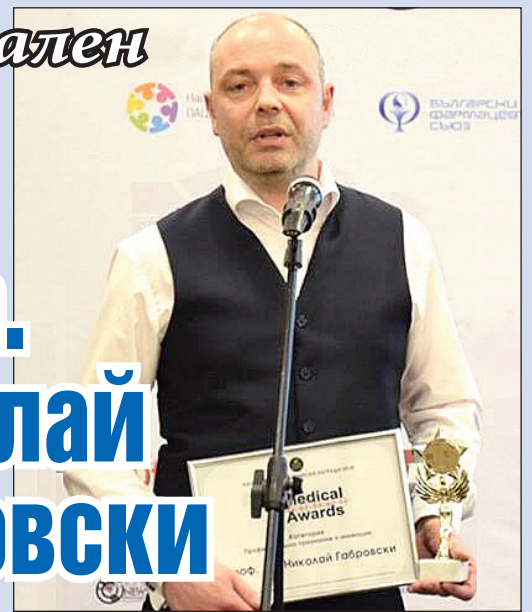
на стр. 7



Специален гост

на стр. 5, 6, 7

Проф. Николай Габровски



ХОМЕОПЛАЗМИН®
охлузване, протриване, подсичане

Поддържаща терапия при увредена кожа. Не се прилага под 30 месечна възраст. Лекарствен продукт. Без лекарско предписание. 24123/06.11.2013

За пълна информация:
Боарон БГ ЕООД, ж.к. Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6, тел.: 02/963-09-06, 02/963-20-91, факс: 02/963-45-00
www.boiron.bg



Почит и благодарност към медиците, които изтръгват от смъртта пострадалите след катастрофата край Своге



С решение на Министерския съвет 27 август т.г. бе обявен за ден на национален траур по повод жертвите от катастрофата край Искърското дефиле. В тяхна памет националните флагове на всички държавни институции в България бяха свапени наполовина.

Председателят на УС на БЛС д-р Иван Маджаров изрази своите искрени съболезнования към близките на пострадалите и огромната си благодарност към спасителните медицински екипи. В писмо от името на съсловната организация той изтъкна, че е била адекватна и всеотдайна помощта на лекарите, специалистите по здравни грижи и служителите от ЦСМП в София, Враца и

Монтана, от УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“, Военномедицинска академия, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ и УМБАЛ „Св. Анна-София“. В писмото за пореден път бе подчертано, че в критични ситуации като тази най-ясно се вижда не само професионалната подготовка на медиците, но и качествата на личността му, най-отчетливо се откроява голямата хуманност на специалистите в областта на лечебното изкуство, които на дело доказват, че са верни на своята клетва. Правят това, независимо от някои негативни обществени настроения и от възникналата криза на доверие между лекар и пациент. Д-р Маджаров изрази възхищението си от професионалната отдаденост на медици-

те, както и своята голяма човешка благодарност за труда им.

От Столичната колегия на БЛС в писмо до медиците също бяха изказани съболезнования към близките и семействата на загиналите при жестоката автобусна катастрофа. По думите на председателя на колегията д-р Асен Меджидиев тежкият инцидент показва как институциите работят в тясно сътрудничество, подчерта професионализма и незаменимостта на перфектно подготвените медици. В писмото също бе изразена благодарност към медиците от Спешната помощ, към колегите от болниците, които продължават да се борят за живота и здравето на всеки един от пострадалите.

За 14-а поредна година лекари и служители от БЛС, МЗ, БЧК и лечебни заведения се преклониха пред паметта на над 130 медици, пожарникари, полицаи и доброволци, загинали при спасяване на човешки живот. В София традиционната официална церемония се състоя във ВМА пред Паметника на загиналите медицински чинове.

Денят на спасението се чества по инициатива на д-р Тотко Найденов, главен редактор на в. „Български лекар“, с подкрепата на БЛС, ВМА, БЧК и МЗ. Датата е 15-и август. На този ден през 1963 година д-р Стефан Черкезов се връщал от командировка, пътувайки в автобус от Горна Оряховица. Автобусът е бил препълнен с хора и на излизане от града катастрофирал. Лумнал в пламъци, а взривната вълна изхвърлила лекаря в канавката. На практика той останал невредим след инцидента, но се хвърлил в горящия

ДЕН НА СПАСЕНИЕТО

рейс и започнал да извежда пострадалите. Успял да измъкне от огъня 47 пътници. Всички оживели. На следващия ден единствен д-р Черкезов починал от тежки изгаряния. Днес неговото име носи Великотърновската Многопрофилна областна болница за активно лечение. Ежегодно МОБАЛ „Д-р Стефан Черкезов“ почита паметта на своя патрон.

На церемонията във ВМА присъстваха началникът на ВМА бригаден генерал проф. д-р Венцислав Мутафчийски, началникът на отбраната генерал Андрей Боцев, вицепремиерът по икономическата и демографска политика Валери Симеонов, зам.-министърът на отбраната генерал-лейтенант Атанас Запрянов, зам.-министър на здравеопазването д-р

Бойко Пенков и зам.-министърът на вътрешните работи Стефан Балабанов, секретарят по сигурност и отбрана на президента на Република България Стефан Янев, директорът на „Пожарна безопасност и защита на населението“ главен комисар Николай Николов, предсе-



дателят на УС на БЛС д-р Иван Маджаров, изпълнителният директор на УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ проф. Асен Балтов и изпълнителният директор на УМБАЛ „Александровска“ доц. Костадин Ангелов, представители на Българската асоциация на професиона-

листите по здравни грижи, БЧК и синдикатите, медицински специалисти от ВМА, граждани.

„България е единствената страна, в която се отбелязва саможертвата и професионалната отдаденост на десетки медици, починали по време на работа, след извършване на тежка операция, заразяване от болестите на свои пациенти, при катастрофи с линейки - се казва в приветствието на председателя на УС на БЛС д-р Иван Маджаров. - Но лекари и медицински сестри загиват в целия свят. Само в Сирия над 600 медици са се простили с живота при бомбардировки над болниците. Затова преди две години БЛС изпрати писмо до премиера Бойко Борисов с молба правителството да пред-

ложи на Световната здравна организация и на „Лекари без граници“ да обявят нашия Ден на спасението - 15-и август, за международен. Не губим надежда, че това ще се случи.“

В памет на саможертвата на загиналите бяха поднесени венци от името на президента Румен Радев и министър-председателя Бойко Борисов, председателя на Народното събрание Цвета Караянчева, началника на отбраната ген. Боцев, вицепремиера Симеонов министърствата на отбраната, здравеопазването и вътрешните работи, министъра на завършилото българско европредседателство Лиляна Павлова, кмета на Столична община Йорданка Фандъкова, омбудсмана Мая Манолова, НЗОК, БЛС, БАПЗГ, БЧК, синдикатите, както и ръководствата на Военномедицинска академия, болниците „Пирогов“, „Александровска“ и „Св. Екатерина“.

Болница подава ръка на социалния патронаж в Бургас

Университетската болница „Дева Мария“ ще си партнира с бургаския Домашен социален патронаж, за да се подобрят грижите към пенсионерите и хората с увреждания. От 15 август потребителите на общинската услуга вече могат да заявяват домашно посещение от медицинско лице, осигурено от УМБАЛ „Дева Мария“. Услугата е безплатна. Инициативата символично стартира на един от най-големите християнски празници Успение на Пресвета Богородица - патрон на болницата. Посещенията ще се

осъществяват по график, изготвен от социалния патронаж. Социалната роля на домашния патронаж е неоспорима и вече над 40 години общинското предприятие се грижи за поколения бургаслии на преклонна възраст. С новото партньорство нуждите на възрастните хора ще бъдат задоволени не само откъм храна и помощ при поддържане на чистотата, но и като основни медицински услуги.

Пред журналисти управителят на болницата д-р Даниела Георгиева заяви: „Не се поколебахме да подадем ръ-

ка на домашния патронаж, защото знаем социалното значение, което той има. За нас е чест да бъдем партньори в нещо толкова важно, тъй като след една определена възраст безпроблемният достъп до медицинско лице е един от начините да се подобри здравословният статус на възрастните хора. Имаме дълг към тях, който поемаме с удоволствие и напълно безвъзмездно“. Създаден през далечната 1975 г., днес Домашният социален патронаж е полезен на стотици пенсионери и хора с увреждания от цялата община.

Д-р Андрей Георгиев стана посмъртно почетен гражданин на Лом

Най-крупният дарител на община Лом в нейната история - д-р Андрей Георгиев, да бъде обявен за почетен гражданин посмъртно, решиха общинските съветници в Лом по предложение на местната администрация. Д-р Георгиев е дарил на своето училище - Професионална гимназия „Найден Геров“ в Лом, 2,5 милиона долара, а на община Лом 500 000 долара. Дарението е получено в сметките на двете институции, а по предложение на кмета г-жа Пенка Пенкова е създаден обществен съвет, който ще реши как да бъдат похарчени даренията на общината средства.

IN MEMORIAM

НАПУСНА НИ Д-Р АТАНАС АТАНАСОВ, НАЧАЛНИК НА ОТДЕЛЕНИЕТО ПО УНГ В МБАЛ „СВ. ИВАН РИЛСКИ“

Началникът на отделението по УНГ в МБАЛ „Св. Иван Рилски“ д-р Атанас Атанасов си отиде от този свят едва на 52 години след кратко боледуване.

Специалистът е започнал работа в болницата в Горна Оряховица преди 11 години. Бил е добре известен в

околността, тъй като медицинската структура по оториноларингология в железничарския град е единствената в региона. Познатав го като изключително трудолюбив лекар, обичан и уважаван от пациентите и от колегите си.

Д-р Атанасов е роден в Ловеч на 22

февруари 1966 година. Завършва медицина в Плевен, а през 1997 година придобива специалност по оториноларингология. Неговата съпруга д-р Боряна Тонева е общопрактикуващ лекар в Горна Оряховица. Той бе член на УС на РК на БЛС във Велико Търново в продължение на два мандата.

Управителният съвет на БЛС и лично председателят на съсловната организация д-р Иван Маджаров изразяват дълбока почит към д-р Атанас Атанасов, както и искрените си съболезнования към семейството и близките му.

СВЕТЛИНА НА ДУХА МУ!

Д-р ИВАН МАДЖАРОВ, председател на УС на БЛС:

Отговорността е част от нашата професия

Сигурно мнозина си спомнят откъс от романа „Легенда за Сан Микеле“, в който шведският лекар и писател Аксел Мунте описва срещата със смъртта. Тя държи ръката на пациентката от една страна, а от другата е лекарят. И дори всичко да е направено по правилата на лечебното изкуство, фаталният край може да настъпи, защото всеки човешки организъм реагира различно и понякога неочаквано.

В БЛС си направихме труда да сравним статистиките у нас и в Европа за усложнения при различни заболявания, включително и при родилките. Оказа се, че сме в нормалните граници. Смъртността у нас е точно толкова колкото и в Западна Европа. Най-вероятно пациентите и близките им не знаят това и по тази причина настояват всеки път, когато има неблагоприятен резултат, да се търси виновен. Време

е обществото ни да разбере, че медицината е изкуство, а лекарят само се опитва да помогне на пациента, от чийто организъм зависи всичко.

Конкретно за починалата при секцио родилка в Плевен искам да кажа, че съм правил много прегледи по настояване на анестезиолози. Ние, специалистите по УНГ, обикновено отбелязваме: „липсват туморни образувания“, „свободни дихателни пътища, без парези на гласните връзки“. В случая интубацията е била възпрепятствана по чисто анатомични причини – трудна подвижност на прешлените на шийния отдел. Колегите анестезиолози могат да говорят с часове за пациенти, при които е затруднена интубацията, а е нямало предварителни видими пречки. Приемам, че е пропуск да не прегледаш устната кухина преди обща анестезия, но бих приел, че това е директна при-

чина за смъртта, ако там бяха открити образувания, пречещи на дишането. При родилката от Плевен, дори преглед на устната кухина да беше направен, анестезиолозите щяха да пристъпят по същия начин към общата анестезия. Искам да подчертая, че с лека ръка беше подминат фактът, че колежката гинеколог няма никаква вина за случилото се, както доказва проверката. Остана обаче въпросът – как ние да я обезщетим за несправедливите обвинения? За преживяното от нея? Затова настояваме да не се бърза с обвиненията преди да има яснота какво точно се е случило. В другия случай - в Сливен, родилката не умира в родилна зала, а след два дни в реанимация. Ако се проследи ситуацията по часове, ще се види, че екипът цяла нощ се е борил да спаси нея и детето.

Основното постижение на наше-



то общество в момента е пациентът да може да избира при кого да се лекува. Представете си какво би станало, ако фиксирането към определени лечебни заведения се съчетае с недоверие. Свободният избор предполага, че пациентът сам е потърсил лекаря си. И е странно, когато после възникват неразбирания и оплаквания.

Сегашното недоверие пречи на лечебния процес. То може да се преодолее с правото на избор, инфор-

мираност, прозрачност. Нека да има разследвания при всяко съмнение и да не се прикрива нищо. Нека хората да са наясно с резултатите от разследването. Но е важно и да се знае, че всички сме смъртни, а призванието на лекаря е да се бори за победата на живота. Нали, така е казал и Аксел Мунте: „Изкарвам си прехраната от живите, а не от мъртвите, защото съм доктор, а не хиена. Ако се страхувах от отговорност, аз не бих станал лекар.“

Д-р СТОЯН БОРИСОВ, главен секретар на УС на БЛС:

Не приписвайте на лекаря всеки недостатък на здравната система!

„Всички прибързани обвинения към лекарите, преди окончателното установяване на допуснати пропуски или грешки, имат изключително негативен ефект - разпалване на обществено недоволство и засилване на агресията към медиците“. Това заяви в предаването „Тази сутрин“ на Би Ти Ви д-р Стоян Борисов, главен секретар на УС на БЛС, специалист по акушерство и гинекология.

Неотдавна например, за смъртта на родилка от Пле-

вен бяха обвинени специалисти по акушерство и гинекология, а по-късно експерти от Изпълнителна агенция „Медицински одит“ при Министерството на здравеопазването установиха, че става въпрос за неуспешна интубация.

Д-р Борисов бе категоричен, че без приключена експертна проверка не може да се говори с точни данни за последния инцидент - починалата родилка от Сливен. Той подчерта: „Наблюдава се силно недоверие към цялата

здравна система, което засяга медиците. На обществото се внушава, че са некомпетентни. Вменява им се като вина едва ли не всеки недостатък на здравната система.“ Като илюстрация главният секретар посочи придобилото популярност словосъчетание „скачане по корема на родилката“, което на практика е невярно и вероятно твърдение. „Това няма как да стане!“ - изтъкна д-р Борисов и уточни, че става въпрос за метода „Кристелер“, който не



е забранен и при него няма „скачане по корема“. Прилага се само по-силен натиск.

На финалния въпрос „Има ли акушеро-гинекологични стандарти“ той отговори така: „Новият стандарт е отменен, но е в сила старият. И не във всички държави са въведени стандарти или правила за добра медицинска практика. Защото медицината е изкуство. А правилата за добра медицинска практика са нужни най-много в съда“. Този проблем изисква дискусия, която трябва да стане обществено достояние, категоричен бе д-р Борисов.

Становище на БЛС относно задължителната застраховка „Професионална отговорност“

По отношение на задължителната застраховка „Професионална отговорност“ за лицата, които упражняват медицинска професия в лечебното заведение, БЛС напомня, че:

Съгласно действащата в момента законова рамка и в частност чл.189, ал.1 от Закона за здравето, е предвидено изрично изискване за лечебните заведения за задължително застраховане на лицата, които упражняват медицинска професия в него, за вредите, които могат да настъпят вследствие на виновно неизпълнение на професионалните им задължения, т.е. тежестта за сключ-

ване на задължителната застраховка „професионална отговорност“ е на съответното лечебно заведение. Във всички останали случаи, сключването на допълнителна застраховка в полза на медицинските специалисти, надграждаща застрахователното покритие по задължителната такава, е поставено в зависимост от волята и желанието на всеки лекар и/или на съответната РЛК, без обаче за последните да е налице законово задължение за това.

Отчитайки действащата правна рамка, Български лекарски съюз заявява, че не е ангажиран с провеждане на

политики в отношенията, възникващи при и по повод на сключване на задължителната застраховка „Професионална отговорност“ от страна на лечебните заведения.

В допълнение, следва да се има предвид, че крайният срок на действие на договора между СЛК и брокерска къща Булстар за професионална застраховка със СЛК, е изтекъл на 06.07.2018г. и по решение на УС на СЛК, същият не е подновен, на основание получено официално становище от Комисията за финансов надзор във връзка с отправено запитване от оперативното ръководство на СЛК.

Д-р Георги Деянов е новият директор на Център „Фонд за лечение на деца“

Министърът на здравеопазването Кирил Ананиев е назначил д-р Георги Деянов за директор на Център „Фонд за лечение на деца“ (ЦФЛД). Д-р Деянов е работил като главен експерт в ЦФЛД до май 2017 г. Фондът продължава своята дейност и организация на работа. Припомняме, че предишният му директор - д-р Мари-



та Райкова, подаде оставка пред здравния министър, изтъквайки причини от личен характер.

Предстои оптимизиране на дейността на НЗОК

Да бъде разширен до 2019 г. пакетът от медицински дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, с цел намаляване на преките плащания от пациентите. Това предвижда актуализираната програма за реформи в частта здравеопазване, която прие кабинетът на последното си заседание. Според нея във връзка с разширяването на медицинския пакет, плащан от Касата, предстои усъвършенстване на механизмите за контрол на медицинските дейности. От програмата става ясно, че за подо-

браване на ценообразуването на лекарствата се предвиждат промени в Наредбата за условията, правилата и реда за регулиране и регистриране на цените на лекарствени продукти и в Наредбата за оценка на здравните технологии.

Планира се до 2020 г. да се създадат фармакотерапевтични ръководства за 62 специалности. В момента има ръководство по 11 медицински специалности. До декември 2018 г. трябва да бъде изградена Националната здравна информационна систе-

ма. Друга цел, която МЗ си поставя до 2020 г., е идентифициране на корупционни практики във връзка с доставката и употребата на медицински изделия. До 2019 г. трябва да бъдат създадени благоприятни възможности за професионално развитие на здравните специалисти в страната и е предвидено актуализиране на Наредба 1 от 2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, както и предложение към МОН за увеличаване приема на студенти по медицински специалности.

ПРОФ. ШИНЯ ЯМАНАКА:

ИЗБРАХ НАУКАТА, ЗА ДА СЪМ ПОЛЕЗЕН НА ПАЦИЕНТИТЕ



Проф. Шиня Яманака е роден на 4 септември 1962 г. в Хигашиосака, Япония. Има магистратура от университета в Кобе през 1987 г. Придобива докторска степен в университета в Осака през 1993 г. Работи като хирург-ортопед в Националната болница на Осака. След това се прехвърля в Института за наука и технология в Нара. В момента е директор на Центъра за плурипотентни стволови клетки и професор в Института за гранични медицински науки в университета в Киото. Професор е по анатомия в Калифорнийския университет на Сан Франциско. Автор е на 280 публикации в престижни международни научни издания и има над 55 000 цитирания.

„Моши моши, Япония“. Авторката на тази книга - Юлияна Мурата, пояснява, че на японски език „Моши, моши“ означава „Моля“, но също и „Извинете, мога ли да Ви помогна“, „Мога ли да Ви бъда полезен“. Деликатната добронамереност, типична за страната на изгряващото слънце, по категоричен начин бе потвърдена от прочутия нобелист, японският учен проф. Шиня Яманака. На 20-ти август, т.г. той бе удостоен със званието „Доктор хонорис кауза“ на БАН. Събитието бе организирано от Министерството на образованието и науката в сътрудничество с Българската академия на науките и с подкрепата на посолството на Япония в София. След тържествената церемония в зала „Проф. Марин Дринов“ проф. Яманака поясни: „Избрах науката, за да съм полезен на пациентите. Направих го заради тях. При мен идваха болни, на които бе невъзможно да се помогне - с травми на гръбначния стълб и други нелечими заболявания. Разбрах, че такива пациенти могат да се върнат към пълноценен живот само чрез най-нови биомедицински технологии. И реших да се заема с това.“

зма. През 2012 г. проф. Яманака заедно със Сър Джон Гардън от Университета в Кеймбридж е отличен с Нобелова награда по физиология и медицина за фундаменталното откритие относно способността на клетки от възрастен организъм да се репрограмират в ранни ембрионални плурипотентни стволови клетки. В препълнената зала на БАН японският учен изнесе лекция на тема

„ИНДУЦИРАНИ ПЛУРИПОТЕНТНИ СТВОЛОВИ КЛЕТКИ – НОВА ЕРА В МЕДИЦИНАТА“

Той обясни как кожни клетки на пациента или левкоцити от кръвта му могат да се превърнат в стволови клетки, от които да се изгради сърдечна или чернодробна тъкан, очна ретина, мозъчни неврони и т.н. Най-общо постижението на професора от Киото и неговия екип се състои в следното: изследователите експериментират с кожни и кръвни клетки, изчистват ги от генетичната информация и ги трансформират в универсални iPS клетки. След това ги пре-

програмират така, че те стават клетки от различни тъкани и органи.

Вече има и клинични изпитания върху пациенти с увреждане на ретината. Последните експерименти с iPS клетки в Киото дават увереност, че благодарение на новите технологии ще може да се помогне на парализирани хора и на пациенти със сериозни гръбначни травми. iPS клетки те повишават шанса и за успешна борба с онкологични и имунни заболявания. С всяка изминала година технологиите се усъвършенстват, така че да се избягват неблагоприятни клетъчни мутации и да се постига максимална безвредност.

Откритието на проф. Яманака поставя начало на стотици нови изследвания по целия свят. Япония засега е лидер в тази насока. Учени от Токийския университет са отгледали здрав орган от iPS клетки на едно животно в тялото на организъм от друг вид. Така панкреас от плурипотентни клетки на мишка, отгледан в тялото на плъх, е имплантиран в друг гризач, болен от диабет. Тес-

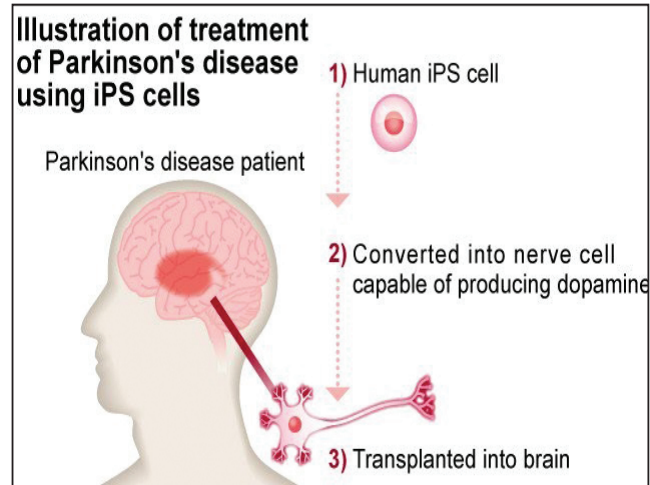
тът отчита регулиране равнището на глюкозата в кръвта на приемника и подобряване показателите на болното животно. В друг експеримент кожни клетки от лабораторни мишки са превърнати в плурипотентни, а след това в моторни невронни клетки. Тези неврони са имплантирани в гризачи, чиито задни лапи били парализирани заради травма на гръбнака, след което крайниците започнали да се движат. Извършват се и клинични тестове с маймуни. Ето схема за това как би протекло лечението на болестта на Паркинсон с iPS клетки.

от пациент, върху която се извършват токсикологични изследвания.

КОЛКО ВРЕМЕ Е НУЖНО

за широкото практическо приложение на плурипотентните стволови клетки проф. Яманака отговори, че досегашните постижения са само първата крачка. „Правим всичко възможно, даваме всичко от себе си, за да стигне нашето откритие до пациентите. И продължаваме да работим“, категоричен бе откривателят.

Той е вторият японски нобелист, който идва в България за малко повече

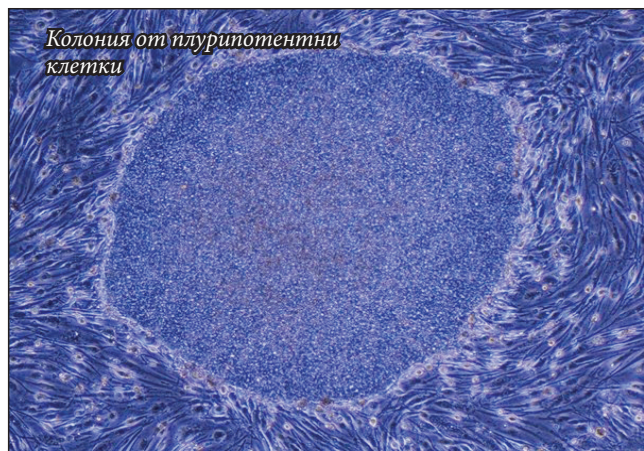


Подобни експерименти дават надежда, че в бъдеще човечеството ще се пребори със заболявания, които днес изглеждат нелечими.

В момента различни учени по света също се занимават с препрограмане на клетки. Едни разработват трансплантационни терапии с помощта на iPS клетки, други търсят нови лекарствени средства, ползвайки тъкан, получена

от година след проф. Хироси Аmano, откривател в областта на LED-технологиите. Многого нобелисти в страната на изгряващото слънце не са случайно явление. Япония прави големи инвестиции във фундаменталната наука и използва най-пълноценно потенциала на специалистите си. Това е тема за разговор, нали?

д-р Ваня Т. Шипочлиева, д.м.



Колония от плурипотентни клетки

• - Проф. Габровски, защо човек с толкова много отговорности реши да се заеме и със съсловните проблеми като зам.-председател на БЛС?

• - Българският лекарски съюз е преминал през различни етапи в своята история и за съжаление, обликът му пред съсловието, а и пред обществото понякога не е бил много добър. В голяма част от колегите е имало известна доза неразбиране за функциите, за смисъла и за нуждата от такава организация. Покрай някои скандали и по-тежки моменти, дори е имало силно изразен негативизъм. Говоря за това, че по-голямата част от лекарите в ежедневната си работа, концентрирани върху задълженията си, не са имали възможност или може би време да се задълбочат върху процесите, свързани с БЛС. Аз имах шанса по-отблизо да видя, какво всъщност представлява тази организация и си дадох сметка, че тя не просто е важна, а е съществена за системата на здравеопазване. Благодарение на възможността да направя сравнение и с други страни в Европа, категорично мога да кажа, че навсякъде съюзите, които организират лекарската професия и дават нейното лице пред пациенти, пред държавните структури или пред разплащателните органи, са едни от най-сериозните, най-авторитетните организации в съответната държава. Това беше причината, виждайки по-отблизо какво представлява Лекарският съюз, да си дам реална сметка какви отговорности носи, какви възможности има за подобряване условията на работа на лекарите и решението ми да поема това допълнително натоварване беше обусловено от убедеността ми във важната ролята на БЛС за здравеопазването в страната.

• - Какво е състоянието на Лекарския съюз в момента и какви промени са нужни за обединяване на гилдията?

• - Мисля, че в момента състоянието на Лекарския съюз е добро. Предишният мандат до голяма степен беше успешен и то в рамките на едни тежки условия, в които беше поставена организацията - много законови промени, голяма динамика в системата, голям брой промени в администрацията и ръководството на Министерството на здравеопазването. Това няма как да не се отрази на цялата система и в частност на Лекарския съюз. Сега новият Управителен съвет е от хора с достатъчен опит и познания, за да могат бързо да поемат един интензивен ритъм на работа, какъвто вероятно ще има през есента с очакваните предложения за цялостни промени в системата. Разбира се, районните лекарски колегии имат своите проблеми и специфика, но смятам, че като цяло позитивите са повече, отколкото негативите.

ПРОФ. НИКОЛАЙ ГАБРОВСКИ:

Лекарските съюзи са едни от най-авторитетните организации в Европа

Лекарският съюз винаги е доказвал, че съумява дори при сериозни предизвикателства да се мобилизира и да намери правилната посока. Мисля, че и този път ще бъде така.

- Как подреждате своите приоритети като зам.-председател на БЛС?

- Знаете, че уставът не го изисква, но зам.-председателите обикновено се профилират. Д-р Брънзалов е запознат в детайли с доболничната помощ. Моят ресор ще бъде по-скоро болничната. Там има множество проблеми, които са свързани с хипертрофията на места болнична система и ограничената, до липсваща - на други. В първия случай се създават условия за нелоялна конкуренция и забележете, вместо подобряване на медицинската услуга, има занижаване на професионалните стандарти само и само да се привлекат пациенти.

Друг важен проблем е структурата на осъществяваните от НЗОК плащания по КП - каква част реално отива за медицинска дейност и каква отива за медикаменти и консумативи, режийни и т.н.; проблемът с остойностяването на лекарския труд; проблемът с наличието на лимити върху едни дейности и същевременно - липса на гаранция за ефективно и ефикасно разходване на средствата по другите "безлимитни" пера. От тук пък се отваря темата за контрола над това разходване.

Много сериозен е и въпросът с възможността за надграждане или допълване на сегашния модел на финансиране. За мен пациентите, а като последствие лечебните заведения и лекарите са оцетени от липсата на институционализирана възможност хората, които искат да отделият повече средства за своето здраве, да могат да го направят.

Съвсем не на последно място ще отбележа персистиращия и дори ескалиращ проблем за насилието над медицинския персонал. Аз бих подчертал, че не трябва да се говори само за физическото насилие, а и за вербалното, за психологическото насилие, на което са подложени медицинските екипи и професията ни твърде често. Това се случва на фона на една очевидна диспропорция между правата и задълженията на пациентите. Подобно разделение и напрежение между лекари и пациенти е вредно, дори опасно и ние сме категорично против насаждането на



Проф. Николай Габровски е началник на Клиниката по неврохирургия, а от април 2017 г. и зам.-директор по лечебната дейност на Университетската болница за спешна медицина „Пирогов“. Той е и национален консултант по неврохирургия към Министерство на здравеопазването.

Завършил Медицинския университет в София през 1996 г., проф. Габровски започва работа в Клиниката по неврохирургия на "Пирогов" от 1997 г. Специализирал е многократно в областта на невроонкологията, съдовата и гръбначна хирургия във Франция, Белгия, Германия, включително под ръководството на известния неврохирург проф. Жак Броци. Проф. Николай Габровски е специалистът, който въвежда в България множество иновативни хирургични техники, предимно в областта на щадящата и минимално инвазивна хирургия. В началото на 2012 г. е избран за наблюдател в борда на Европейски мозъчен съвет (European Brain Council) – координираща неправителствена организация, която работи в тясно сътрудничество с комисиите на Европейския съюз, Европейския парламент, Световната здравна организация и други отговорни органи по проблемите на заболяванията на мозъка. Проф. Габровски преподава в множество престижни научни форуми и курсове основно в областта на минимално инвазивните методи за лечение на гръбначните заболявания и съвременните хирургични методи в гръбначната хирургия като обучава специалисти от различни европейски държави, Азия и Близкия Изток.

такава политика на разделение и конфронтация. Разбира се, тук само маркирам някои чувствителни за системата теми. Доколкото е заявено, че предстои ревизия на принципите в системата се надявам, че търсене на правилния път ще бъде с усилията на всички заинтересовани страни. Предполагам, че още есента този процес ще започне активно.

- Какви проблеми трябва да реши реформата?

- Със сигурност основният проблем е с финансирането на системата, при което трябва да има по-голяма справедливост и прозрачност. В момента за болнична помощ са отделени определени средства, но всъщност за какво отиват те, не се говори. Истината е, че един голям процент от тях, в някои болници над 25%, отиват за

медикаменти. При наличието на недостиг на средства става възлов проблемът с начина, по който се разходват и респективно - контролът над този процес. НЗОК нееднократно е споделяла като институция, че има експертен дефицит, за да осъществява качествен контрол. От своя страна БЛС е изразявал неведнъж готовност да окаже подобна експертна подкрепа, за да има по-добър контрол и ефективно разходване на средства в системата. Парите трябва да отиват при тези, които работят, при тези, които лекуват. Още по-добре би било ако отиват не просто при тези, които лекуват, а при тези, които лекуват добре. Въвеждането на критерии за качество и обвързването им със заплащането би било чудесно, но със сигур-

ност за момента е трудно да се реализира. Но по-добрият контрол, за да има повече справедливост в системата, съвсем не е химера.

- Споменахте надграждане на модела за финансиране?

- Ние продължаваме да твърдим, че здравеопазването е безплатно, а всички знаем, че не е такава. Продължаваме да твърдим, че Касата покрива едва ли не всички разходи, а знаем, че не е така. По този начин в пациентите се създава една негативна нагласа, защото те очакват всичко да е напълно достъпно за тях, а в един момент установяват, че трябва да плащат допълнително. Нещо повече, дори някой да иска да отдели повече пари за своето здраве, в момента няма как да го направи. Според мен, трябва на сис-

темно ниво да се създадат механизми за надграждане на сегашния модел. Дали ще става чрез застраховки или с допълнителни каси е въпрос на дискусия, но е редно тези пари да влязат по един видим, легален начин, да могат да бъдат определени като поток и пациентите да бъдат по-спокойни, а лекарите - по-сигурни. И в крайна сметка нещата да бъдат по-балансиранни.

- Вие кой вариант бихте подкрепили?

- Според мен трябва да се търси възможно най-ефективен вариант, чрез надграждащ модел, но решението ще бъде политическо. По-голямото ми притеснение идва от това, дали дори едно добро и разумно предложение ще успее да се наложи. Аз съм убеден, че ще има голяма съпротива. Сис-

темата в момента работи по един начин, всяка от страните е намерила своя баланс, а промяната ще наруши този комфорт и поради традиционната наша българска мнителност, предпазливост и склонност да вярваме в по-лошите сценарии, никой няма да приеме на доверие, че след шест месеца или една година, когато променената система заработи, ще бъде по-добре за всички. В този ред на мисли очаквам сериозна съпротива, но се надявам ако предложенията са разумни, ако всички страни са включени в тях - пациенти, лекари, администрация, разплащателни органи, все пак да се приеме и наложи правилното решение, за да може да работим в по-добри условия.

- Вие сте един от водещите неврохирурзи в България. Какви нови методи внедрявате в работата си?

- Неврохирургията безспорно е високотехнологична специалност. През последната година основните новости, които успяхме да въведем са преди всичко в областта на 3D принтирането и гръбначната хирургия. Става въпрос за някои нови методи, които при определени пациенти ни позволяват да правим далеч по-щадящи операции. Не искам да влизам в детайли, но единият метод ни дава страничен достъп до гръбнака, който е особено важен при по-пълни хора и ни позволява с много малки разрези и по много щадящ начин да подменяме цели сегменти, което е много голямо предимство. Другият метод е свързан с т. нар. динамично стабилизиране на гръбнака - една интересна концепция, в която се ограничава само това движение, което предизвиква болка в определената посока. В неврохирургията се правят малки стъпки, няма революции, но са постоянни, уверени стъпки.

- А по отношение на 3D имплантите. Как вървят нещата там?

- Води се голяма битка и всичко е трудно. Имам предвид, че проектирането на един имплант в момента се прави със софтуери, които на практика са по-скоро инженерни, отколкото медицински. Те са адаптирани за решаване на друг тип проблеми. Инженерната, компютърната, медицинската работа, за да направим един имплант е огромна, необходимо е изключително много време и съвместни усилия, за да се получи задоволителен резултат.

(Следва на стр.6)

ПРОФ. НИКОЛАЙ ГАБРОВСКИ:

Лекарските съюзи са едни от най-авторитетните организации в Европа

(Продължение от стр.5)

Въпреки това постигнатото е толкова окуражаващо, че ни дава увереност да продължим по този път. Имаме много добри първоначални резултати както с лабораториите в Техническия университет, така и с лаборатории от чужбина. Убеден съм, че в тази област предстои да получаваме много новини именно защото постоянните усилия, които се полагат, се следват от резултати. Смятам, че само до няколко години персонализирането на имплантите ще бъде буквално ежедневие, с едни много по-опростени, много по-ефективни и фокусирани инструменти. Радвам се, че сме част от този процес.

- Как виждате бъдещето на неврохирургията?

- Чисто в хирургичен аспект през последните 20-30 години неврохирургията извървя огромен път. Микроскопът стана ежедневие в работата ни, много по-малко инвазивни са нашите интервенции. Технологиите продължават да навлизат, виждате, че те ни заобикалят навсякъде. За мен, ако ще има много сериозни проби, те ще бъдат свързани с т. нар. големи обеми данни или Big Data. Ако до преди години всички ние споделяхме личен опит и имаше ограничен брой изследвания, които даваха данни от наистина големи групи пациенти, в момента с новите технологични средства се трупат огромни масиви от данни и има възможност да правим много по-точни анализи и предвиждания. Мисля, че в следващите години основната революция в медицината ще бъде в много по-големите възможности за събиране на данни за заболяванията и произтичащата от това много по-точен анализ. Това ще ни даде възможност в много по-голяма степен да прилагаме т.нар. медицина базирана на доказателства. Друго, което бих споменал е, че алгоритмите ще навлязат в много по-голяма степен в ежедневието ни. Разбира се, идеята не е програмите да вземат решения вместо нас, а да ни подпомагат в този процес, това е т. нар. дисижън съпорт – системи за подкрепа на решението на лекарите.

- Получихте високи отличия, включително и „Медицински Оскар“. Как ги приемате?

- Винаги е удоволствие, когато човек получи добра оценка за работата си. В случая на хирургията няма как да не подчертая, че моята работа може да е няколко часа в операционната, но пациентът прекарва дни, а понякога и седмици в болницата, т. е. тя е продукт на усилията на много хора. Затова аз приемам тази добра оценка не към личността, а към екипа на Клиниката по неврохирургия на болница „Пирогов“. Това е признание и за самата болница, защото не можеш да имаш една добра клиника в рамките на неработеща структура. Така че признанието е преди всичко за екипа на клиниката, на второ място за болницата и чак тогава за мен.

- От година и половина сте зам.-директор на „Пирогов“. Какво успяхте да постигнете за този период?

- Мисля, че бяха определено много натоварени и динамични 18 месеца. Едно от важните неща, които

се случиха е, че „Пирогов“ адаптира структурите си към по-съвременните изисквания. Това беше може би най-важната и бих казал много трудна стъпка. Истината е, че при модерните системи на здравеопазване и на конкуренция, човек няма как да бъде в зоната си на комфорт. Той трябва да върви напред, да преследва различни цели, да се усъвършенства и се надявам структурата, която сега беше направена, да дава възможност за тази динамика. Второто много важно нещо е, че се привлякоха няколко възлови личности, заедно с целите им екипи. Знаете, че добрите специалисти са сърцевината на една болница и фактически се радваме много, че при тази конкуренция, при това търсене на кадри, при заминаващи от България за чужбина лекари и при всички проблеми, които имаме у нас, тези хора избраха да работят именно в „Пирогов“.

- Трето поколение лекар сте. Предопределен ли беше Вашият път в медицината?

- Продължавам да твърдя, че никому съдбата не е предопределена. Естествено, че имам предпоставки насочващи в една или друга посока, но всеки трябва да си избере своя път. Моето решение в областта на медицината го взех някъде около 18-годишна възраст, като то беше свързано и конкретно с неврохирургията, макар и да съм имал временни изкушения и в други специалности. Инфекциозните болести ми бяха много интересни, патоанатомията също имаше нещо особено – една дълбочина и фундаментално познание, което си спомням, че ме изкушаваше, но това беше за кратко. Оттогава до сега не съм съжалявал за избраната специалност. Лекарската професия е чудесна – тежка, трудна и много отговорна, но е свързана с удовлетворение, което не може лесно да бъде описано. Това движи повечето от колегите. Затова много често, когато стане някакъв инцидент, при който има нападки срещу лекарите, за мен лично е много обидно. Това генерализиране и опити да бъдем уязвени като съсловие е недопустимо, защото аз съм сигурен, че повечето колеги не просто работят тази професия. Те живеят с нея, те са изцяло отдадени.

- Специализирали сте в чужбина. Какво си донесохте като знания и умения?

- Имах щастието наистина да специализирам при едни от най-големите имена в неврохирургията, да се докосна до тяхната работа, да видя как е, да бъда част от екипа им, да се уча от тях. Това, което мога да кажа е, че съм свидетел как преди години подобна специализация беше трудна и предизвикателна, а днес е нещо далеч по-достъпно. Факт е, че системата за следдипломно образование на лекарите в такава огромна степен се развива, че единствената пречка пред някой да върви напред по своя професионален път може да бъде само собственото му желание. Има значителен брой организации, които провеждат обучения, форуми, срещи на изключително високо

ниво, с най-добрите имена в световната практика, включително и онлайн, ако някой няма възможност да пътува, включително с всички възможности на виртуалното представяне с триизмерни модели и т. н. Бях свидетел напоследък на толкова свършени модели на човешко тяло, на които се симулира гръбначна хирургия, които буквално могат да заблудят един опитен специалист дали става дума за макет или за реална хирургична ситуация. Така че огромен път се извървя в тази област и наистина в съвремението ни лекарите имат много голяма възможност бързо да израстват като професионалисти, защото достъпът до информация и модерни технологии значително ускоряват този процес. Което е чудесно.

- Успяхте ли да направите школа в „Пирогов“?

- По-скоро баща ми проф. Стефан Габровски направи школа. Мисля, че след него поне няколко известни имена има в България, като всеки върви по своя различен път. Аз самият също смятам, че съм към тази школа.

- Лекарският съюз ще успее ли да помогне за професионалното развитие на младите хора в страната?

- Един от важните фокуси в работата на Лекарския съюз е следдипломното обучение. БЛС не може да провежда такова, тъй като това е работа на научните дружества и на университетите, но Лекарският съюз има много важна роля при определяне на критериите, по които тези форуми се оценяват. Тук трябва да припомним договорът, който беше подписан наскоро с най-голямата, най-авторитетна организация с дълга история – UEMS (UEMS). Фактически тя ни даде инструментите, с които да премахнем субективизма в оценката на това, колко важен е един форум или едно обучение. Това е един набор от критерии, на които ако даден форум отговаря, може да бъде признат като полезен за лекарите. Това са критерии, които са развивани в продължение на десетилетия и продължават да се усъвършенстват, утвърдени са като работещи практики в Европа. Всичко това е ясно регламентирано и ни дава обективна система, с която ние да бъдем много по-спокойни, че говорим на един и същ научен език.

- Накрая да попитам как си почивате, ако въобще Ви остава свободно време?

- Напоследък това е много сложен въпрос. Истината е, че ежедневието ми е доста натоварено. Различен тип са проблемите, които трябва да се решават и тази постоянна промяна води до допълнително натоварване, така че честно казано в момента за почивка ми трябва по-скоро тишина и спокойствие. А иначе се старая да спортувам, с променлив успех, но нали целите са за това – да се преследват, понякога с успех, понякога не. През лятото основно се разтоварвам като карам колело.

Интервю на Лили Войнова

ЛУДОСТ ЛИ Е КРИОГЕНИКАТА?

Не са малко хората, които възлагат на криогениката вечната човешка надежда за победа над смъртта. Привържениците на охлаждането като метод за дълговечност вярват, че замразени тела ще може да бъдат съживявани в бъдещето, когато медицинската наука е напреднала достатъчно, за да е в състояние да лекува това, което днес би ги е убило. Съхраняването на мозъка е върховната цел при тази наука.

Услугата се предлага от две организации в САЩ - "Алкор" в Аризона и Институт по крионика в Мичиган. "Алкор" вече има 1000 членове, които плащат за услугите им, като някои от тях дават над 250 000 долара за съхранение на цялото тяло. Понастоящем компанията има 149 вече починали пациенти, чиито тела се съхраняват. Сред тях е и двегодишно дете, което е най-младият криосъхранен пациент.

"Знам, че много хора ме смятат за луд, но защо не опитам? Който не опитва, той не може да спечели", казва пред "Дейли стар" бизнесмен, пожелал да остане анонимен. Той е в края на 60-те си години. "Реших, че мога да вложа малко пари във възможността да се събудя един ден след 200 или 2000 години и да мога да изживея напълно нов живот. Не се сещам за нещо по-вълнуващо", споделя той.



В идеалния случай процесът по замразяване трябва да стартира до две минути след като е спряло сърцето. Крайният срок за това е 15 минути, иначе криосъхранението не бива да започва. Трупът се поставя в лед, инжектират се вещества, които спират съсирването на кръвта. Тялото се охлажда и в него се инжектира друг разтвор, който да спре формирането на ледени кристали в органите и тъканите. Следва ново охлаждане до минус 130 градуса. Последната стъпка е тялото да се положи в контейнер, който се слага в резервоар с течен азот при минус 196 градуса. Според редица експерти обаче, ако клетките са увредени при замразяването, те няма как да станат отново жива тъкан.

В началото на тази година президентът на Института по крионика в Мичиган - Денис Ковалски, обяви, че хората ще могат един ден да бъдат съживени, а терапия със стволови клетки ще им помогне да се завърнат в този свят, дори в по-млада възраст. Според него първият замразен с помощта на крионика човек ще може да бъде съживен в следващите 50 до 100 години. Ковалски, който работи и като преподавател на парамедици в Милуоки, Уисконсин, смята, че много неща, досега невъзможни, скоро ще са факт благодарение на криониката. Според него, дори и да не е успешно съживяването на замразени хора, тези усилия са стъпка напред в науката. Ковалски се надява, че стволови клетки ще могат да бъдат инжектирани в криогенно замразени пациенти и така да помогнат да се възстановят техните увредени клетки. "Няма да третираме хората с традиционни стволови клетки, докато са замразени", уверява той. - Това ще стане, когато започне процесът по затопляне и тогава стволовите клетки вероятно ще са доста по-различни от тези, които познаваме сега".

"Опитваме се да съхраним ДНК-то и съзнанието ви. Ако ни интересуваше само ДНК-то, можехме да запазим само него и да клонираме човека. Той щеше да изглежда по същия начин, но би бил напълно различен човек" - пояснява Ковалски. Според него в бъдеще, ако се открие достатъчно напреднала технология, която има силата да върне времето обратно, ще може възрастните хора да бъдат съживявани в ранните им години, когато са били здрави. Извън двете лаборатории в САЩ услугата се предлага и от една в Русия - "КриоРус", а в Португалия има европейски клон на "Алкор".

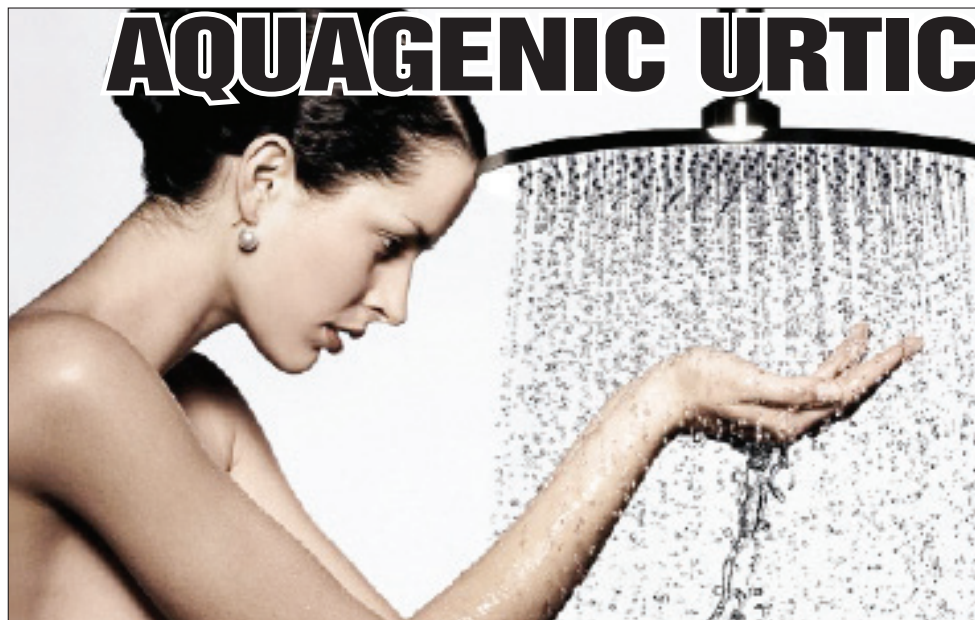
РЕДКИТЕ БОЛЕСТИ – ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВО ЗА ЛЕКАРЯ



Редките болести са животозастрашаващи или хронични инвалидизиращи заболявания със слабо разпространение и висока степен на сложност. Според общоприетата европейска дефиниция – за рядко заболяване се счита такова с разпространение не повече от 5 на 10 000 души в ЕС. Понятието „рядкост“ е твърде относително. Въпреки, че всяко рядко заболяване се среща при много малка част от населението на една страна, ако бъдат сумирани като цяло, поради големия брой нозологични единици (над 6000), редките заболявания се превръщат в сериозен проблем за общественото здравеопазване на всяка здравна система. В сайта на Института по редки болести (www.raredis.org) е публикувана „Библиотека редки болести“ с описания на отделни патологични състояния, подредени според наименованието си по азбучен ред. Информацията е безплатна.

Знанията за т.нар. алергия от вода са ограничени. „По света няма достатъчно хора с Aquagenic urticaria, за да бъдат проведени надеждни изследвания“, твърди Сара Джавис, цитирана от Би Би Си. Десетки хора обаче откриват в себе си някои от проявите на това страдание.

Симптомите на болестта са болезнена реакция на кожата при контакт с вода, дискомфорт и сърбеж. Пациентите не само, че изпитват трудности да си вземат душ, но получават поражения винаги, когато попаднат под дъжда. Тялото на някои се покрива с обриви, дори при изпотяване. Състоянието се описва като алергия, въпреки че не е истинска хистамин-освобождаваща



алергична реакция. Засега не е ясно дали имат значени съставките на водата. Например - флуор и хлор и други. Често болестна реакция възниква и от дести-

лирана вода или физиологичен разтвор.

Следите по кожата, свързани с аквагенната уртикария, обикновено са малки (приблизително 1-3 mm),

червени или кожни цветове (наричани „wheals“). Те се отличават с ясно определени краища. Появяват се предимно по шията, горната част на тялото и ръцете,

но може да ги има навсякъде по тялото. След като източникът на вода бъде отстранен, обривът обикновено изчезва.

Не е ясно какво провокира аквагенната уртикария. Според някои изследователи човекът реагира на малки количества от неизвестно вещество, разтворено във водата. Има предположения, че водата взаимодейства или се комбинира с неизвестно вещество върху кожата, след което имунната система на човека реагира при това съединение. Едва ли болестта е точно алергия към водата, особено като се има предвид, че тялото се състои главно от вода.

Диагнозата се поставя с

оценка на клиничната история на всеки отделен пациент. След това засегнатият се подлага на тестове и се преценява реакцията на кожата му към дестилирана вода, чешмяна вода и физиологичен разтвор. Извършват се и тестове за други видове алергени.

Лечението включва локално приложение на антихистамини. Емулсионните кремове "масло във вода" и вазелинът могат да се ползват като бариери пред водата преди вземане душ или вана. С тези средства се постига сравнително добър контрол върху симптомите. Засега няма терапия, която напълно да ликвидира аквагенната уртикария. Повечето лечения намаляват проявите на заболяването и водят до повече комфорт за пострадалия.

НАСЛЕДСТВЕН АНГИОЕДЕМ

За първи път състоянието е описано през 1882 година. Това е рядко автозомно-доминантно генетично заболяване, дължащо се на дефицит на функционален C1-инхибиторен протеин. Този дефицит води до локално производство на излишни количества брадикинин, причиняващи непредсказуеми пристъпи на ангиоедем, проявяващи се клинично с рецидивирани, самоограничаващи се отоци по кожата на тялото, лигавиците на горните дихателни пътища, храносмилателната и урогениталната система. Рядко се проявява преди 5-годишна и след 60-годишна възраст. Ако не се лекува, наследственият ангиоедем може да доведе до оток на горните дихателни пътища и смърт. Основната причина за болестта е изчерпването на C1-инхибитора (C1-INH), което се случва по няколко начина. При близо 80 - 85 на сто от пациентите е намалено образуването на C1-INH. В до 20 % от случаите се наблюдават повишени нива на функционално неактивен C1-INH. Тогава циркулиращите нива на C1-INH могат да бъдат нормални или завишени, но протеинът остава нефункционален. Има и трети тип, който се определя като естроген-зависима

наследствена форма на ангиоедем, появяваща се предимно при жени с нормални нива на функционален C1-INH. Обостря се през бременността, както и при използване на хормонални контрацептиви. Обикновено наследственият ангиоедем се проявява след 7-годишна възраст.

СИМПТОМИТЕ

на пристъп са отоци на един или повече органи. Често се засягат кожата, дихателните пътища, стомашно-чревният тракт. Кожната форма протича с отоци по крайници, глава, шия, гръдна стена, често и гениталии, както и по лицето - устни, клепачи и език. Отоците са бледи, твърди, несърбящи и болезнени, с тенденция за проксимално разпространение и спонтанно преминаване за 24-48 часа, които могат да бъдат обезобразяващи, инвалидизиращи или в случай на ларингеални пристъпи - животозастрашаващи. Болката, съпровождаща отока, варира от слаб дискомфорт до агонизиращо състояние според локализацията и остротата на процеса. По правило болестта стартира при инфекции, малки наранявания, операции, стрес.

При по-голяма част от случаите отокът се развива за 12-36 часа до 2-5 дни. Приемането на хранителни продукти с вазодилатиращ ефект също може да доведе до увеличаване на ангиоедемните епизоди при засегнатите пациенти. Медикаменти като ибупрофен или аспирин повишават риска от ангиоедем. Чести симптоми са: рецидивирани епизоди на коремна болка, повръщане, слабост, в някои случаи - водниста диария и несърбящ обрив. Диагностичните тестове не се различават от тези при остър корем, което води до заблуда и риск от хирургична намеса.

ДИАГНОЗАТА

се поставя въз основа на клиничната картина и рутинни кръвни изследвания. За разлика от алергичните реакции при наследствения ангиоедем НАЕ няма отговор след лечение с антихистамини и кортикостероиди - това различава основно НАЕ от алергичните реакции. Лабораторният анализ показва намален C4 комплементът, както и C1 INH.

ЛЕЧЕНИЕТО

на острия ангиоедем е спешно поради риск от дихателна обструкция. Само при алергичен ангиоедем е резултатно ползването на епинефрин. Когато е настъпил оток на ларинкса с асфиксия се прилага адреналин, който намалява вероятността за интубация. Правилно е всеки епизод на едем на ларинкса да се третира като животозастрашаващ. При пациентите с абдоминален ангиоедем е важно да се намали болката чрез аналгетици. Понякога, в случай на пристъп се прилага прясно замразена плазма (FFP) в доза една до четири единици. Проблем обаче е, че FFP съдържа освен C1-INH и редица белтъци от вътрешната система на коагулацията и може да е източник на субстрат за допълнително образуване на брадикинин, което да доведе до влошаване на състоянието. Така че приложението на FFP трябва да се осъществява под строг контрол.

Профилактиката включва използване на андрогени, които увеличават продукцията на C1-INH в черния дроб. Също се ползват инхибитори на фибринолизата, въпреки че техният ефект е по-слаб. Обикновено преди хирургична интервенция или дентално лечение се извършва краткосрочна профилактика като за целта се използва C1-INH концентрат час - час и половина преди процедурата.

По публикации на: доц. Марианна Мурджева, д-р Александрина Стоянова, д-р Таня Кралимаркова

ПРОБИВ В ЛЕЧЕНИЕТО НА ЛЕВАНДОВСКИ-ЛУТЦ ДИСПЛАЗИЯ



Според публикация на CNN (Health+) рядката кожна болест, известна като Левандовски-Лутц дисплазия, вече не е nelечима. Доказателство за това е Abul Bajandar - 27-годишен мъж от Бангладеш, засегнат от болестта. След серия иновативни хирургически намеси той е получил възможност за нормален живот.

Приема се, че Левандовски-Лутц дисплазията се причинява от човешкия папиломен вирус (HPV). При неефективна имунна система вирусът превзема кожните клетки и ги кара да произведат огромно количество кера-

тин, което води до появата на огромни израстъци, наподобяващи клоните на дърво.

За първи път пациент с това страдание е върнат почти към нормалния си вид, след общо 16 операции. При хирургичните интервенции са използвани лазери, чрез които излишната тъкан е била премахната постепенно. Преди операциите Bajandar не е бил в състояние да се храни, да си мие зъбите и дори се изкъпе самостоятелно. Но това вече е в миналото. След последната операция той е в състояние дори да пише.

КАК ДА СПРЕМ ИЗТИЧАНЕТО НА МЕДИЦИНСКИ КАДРИ ОТ БЪЛГАРИЯ

Европа привлича младите специалисти с по-високи заплати

По данни на Евростат в България практикуват достатъчно лекари, като по този показател страната ни изпреварва своите съседи Румъния, Сърбия, Турция. Засега най-висок е броят на медиците в Гърция - 614 на сто хиляди души, следвани от Австрия, Литва, Норвегия, Португалия, Швейцария и Швеция. В ЕС работят около 2 милиона лекари, но в много държави има недостиг, затова по-богатите страни привличат кадри от по-бедните. Като цяло миграцията в здравеопазването е доста сериозна. Западноевропейските лекари заминават за САЩ, а местата им се заемат от колегите им от Източна Европа. Високото търсене на здравни специалисти в някои страни-членки на ЕС и съответно по-доброто заплащане води до изтичането на квалифициран медицински персонал в различни посоки през европейските граници, отчита анализът на Евростат.

По данни на Българския лекарски съюз за последните 4 години над 1500 български лекари са напуснали страната и са намерили работа в чужбина, като средно са заминавали по 350-400

отколкото в другите страни на страната. Не достигат общопрактикуващи лекари в районите на Велико Търново, Габрово, Разград, Русе, Силистра, Кърджали и Смолян. Под критичния минимум е броят на специалистите по анестезиология, спешна медицина, токсикология, патоанатомия. Намалява броят на неврохирурзи и ревматолози. Показателен е случаят, когато Смолян остана без педиатър и се наложи председателят на здравната комисия в 44-ото Народно събрание д-р Даниела Дариткова да лекува малчуганите в града.

С 300 000 са намалели професионалистите по здравни грижи у нас през последните двадесет години. Това показва справка на Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ). В момента в България работят малко над 26 000 медсестри. Почти половината от тях обаче са в пенсионна и предпенсионна възраст. В извънболничната помощ не достигат 11 000 медицински сестри, в болниците дефицитът е близо три пъти по-голям. Например, в детското отделение в На-

Проф. д-р Георги Михайлов, член на Комисия по здравеопазването при 44-то Народно събрание:



Нужни са добро обучение и държавна стипендия срещу работа в страната за определен период

В интервюта на „Епицентър“ проф. Михайлов заяви: „Първо, сегашният начин на обучение на студентите в България трябва да бъде усъвършенстван като учебна схема. Втората страна на въпроса е, че сме инкубатор за висши медицински кадри. Цели випуски напускат страната. Образованието не е безплатно 100%, но в голяма степен е финансирано от държавата, без бъдещите кадри да имат ангажимент към нея. По брой лекари на 1000 или на 10 000 души население стоим добре като статистика в Европа. Но като възрастов диапазон над 60% от лекарите са над 55-годишна възраст. Само след десетина години няма да имаме реален кадрови ресурс. Практика сега е да се назначават пенсионери само и само да се изпълни



Д-р Иван Маджаров, председател на УС на БЛС:

Обществото не бива да товари медиците с усещане за вина

Съществена причина лекарите и медицинските сестри да искат да напуснат родината е усещането за вина, с която ги товари обществото, без да са виновни. Специалистите пътуват и виждат отношението на хората към медиците в други държави и когато на чуждите места усещат, че обществото не се отнася към теб като към потенциален убиец, предпочиташ да останеш там.

Не бива да забравяме, че голямата част от нашите лекари и сестри са в напреднала възраст. След 10 години почти няма да има медицински сестри в страната, а цели граници на допустимите норми. Идеята за държавна стипендия срещу ангажимент за работа в страната за определен период задължително трябва да се дискутира. Това не е заробване. Варианти на подобни практики има навсякъде по света. Всяко общество трябва да защитава своите интереси.“

Застаряването – предизвикателство пред здравната ни система

Лекарите у нас застаряват, като близо половината са на 55 и повече години, показват данните на НСИ за 2017 година. Най-голям е дефицит на лекарите между - 55 и 64 години - 34,5% или 10 387. Отделно 16,2% са докторите, които са на 65 и повече години. Съвсем скромно е дефицит на младите медици до 35 години. Те са общо 12,5% или едва 3 757 души. Професията започва да се феминизира. Маркар и със съвсем малко преобладават жените. Те са 55,4% от всички доктори. В края на 2017 г. на основен трудов договор в лечебните и здравните заведения в страната практикуват 30 078 лекари. Сравнителният анализ показва, че общият им брой се е увеличил с 250 души за три години - през 2014 г. те са били 28 842. Проблемът идва от това, че всяка година за чужбина заминават средно по 350-400 млади колеги, търсещи по-добра реализация зад граница. Общо



за страната се падат по 42-ма лекари на всеки 10 000 българи, показва статистика на НСИ към края на 2017 г. Осигуреността по области варира от 26,4 до 59,7 на 10 000 души. Най-висока е в районите, където има университетски болници.

Д-р Стоян Борисов, главен секретар на УС на БЛС:

Някои колеги започнаха да се връщат от ЕС

Причините младите лекари да напускат България са много, но най-важната е, че липсват възможности за карьерно развитие. Заплащането е слабо, самата структура на здравеопазване не е добра. Връзките между отделните лечебни заведения, особено между тези в извънболничната и болничната помощ също не са на ниво. Повечето държавни и общински болници в архитектурно отношение са остарели, няма съвременна апаратура и условията за работа са лоши. В същото време медицина се учи трудно, с много жертви от страна на младите хора и семействата им, затова след като завършат, те се стремят към добра реализация и високо заплащане. Част от колегите избират да специализират в чужбина, защото смятат, че там ще получат по-качествени знания и опит.

Лекарският съюз извоюва по-добри условия за специали-



ли пък пенсионери да отидат в малките населени места. Необходимо е просто финансово стимулиране и изграждане на лекарски кабинети.

За да се задържат лекарите, могат да се направят много неща, но това са политически решения, които явно е трудно да се вземат,

защото те са непопулярни и съответната партия се обрича на провал на следващите избори. Трябва да се отдели повече средства за здравеопазване и да се въведе по-голям контрол върху изразходването им. Необходимо е също Национална здравна карта, която да регулира лечебните заведения, но тя трябва да е обективна, а не субективна. Досега всички опити показват обратното. В големите градове има струпване на лекари, но това е, защото има и струпване на болнични заведения. В София болниците са около 80, колкото в цяла Холандия. Това не е нормално.

Миграцията на лекари е по-семестно явление, така че нещата не са толкова трагични. Медиците от Германия, Франция, Австрия, Норвегия заминават за САЩ, т. е. и те търсят още по-добри финансови приходи и още по-добри условия на работа. Нашите отиват в Европа, но не мисля, че няма да има кой да лекува българите след години. Убеден съм, че от тези, които заминават, половината се връщат в даден момент. За миналата година имаме информация, че са заминали 350 души, но са се върнали други 150. Увеличаване и възрастта за пенсиониране, младите работят тук няколко години, преди да решат да отидат в чужбина. Други, които са добре уредени от родителите си и имат жилище, кола, висок стандарт, трудно биха се решили на такава стъпка, защото колкото и повече пари да взимат там, ще трябва да минат години, за да си купят същата къща или апартамент. Освен това тези, които заминават, не означават непременно, че се осъществяват там като лекари. Нямаме статистика колко от тях работят на постоянен договор, колко не работят и са на социални помощи, колко са на временна работа и колко са си сменили професията. Мисля, че младите хора трябва да знаят това - не всеки, който отиде, успява веднага да си намери място и то на три пъти по-голяма заплата. Безспорно има такива, но не са всички. Колкото до застаряването на лекарите, това е навсякъде по света, но се увеличават непрекъснато и продължителността на живота и работоспособността им и в по-напреднала възраст.

Д-р Неделчо Тотев, председател на Сдружение на общинските болници:

Засега ни спасяват пенсионерите, но докога?

Засега в общинските болници връщаме екипите благодарение на пенсионерите. Те ни спасяват, само че човек има някакъв лимит и не може да работи вечно. Истината е, че нямаме достатъчно лекари, за да изпълняваме изискванията на стандартите. Точно затова вече 7-8 години настояваме те да бъдат променени.

В България най-сериозният проблем, който се случил със системата, наред със законови и нормативни неуредици, наред с липсата на достатъчно пари за здраве, се явява кадровият проблем. И той ще става все по-голям, като лавина и според мен след година-две всичко ще се срути главоломно. Зашто първо няма лекари, които да останат в Бълга-

рия и второ - тези, които завършват, част от тях явно не са отишли сериозно да учат или просто нямам желание после да работят това, за което са учили и избират други професии. Останалите, виждайки това, което българската действителност им предоставя, виждайки на какво подлагат лекарите, било с нормативната джунгла, където закон със закон не се стиковат, било по отношение на униженията и ниското заплащане, бързо стягат куфарите и заминават. За избора им помага и отношението на медиците към лекарското съсловие. Виждате при някакъв инцидент, какво се случва. Винаги обвиняват медиците, без вината им да е доказана. А ние не сме боже и не можем

да спасим всички. Не може докато не произнесат компетентните органи, съответният лекар или екип да бъдат разпънати на кръст. После иди ги реабилитирай, когато психически са сринали или направо са се отказали да работят повече по специалността. Това е недопустимо. Не знам защо нашето лекарско съсловие го разрешава. Обществото ще загуби страшно много, ако позволи по този начин да се очернят лекарите.

Колкото до стандартите - съдът ги отхвърля, но след това те отново се появяват същите, без да са им редактирани дори правописните грешки. Ако това е нормално, здраве му кажи. Не се ли промени отношението към лекарите в частта му кадрово обезпечаване и кадрова грижа, никой няма да остане. Тези, които са тук си отиват, а ние ще продължаваме да бъдем стандарти, на които никой няма да отговаря, включително и Западна Европа. Още по-сериозен е недостигът на сестри и всъщност те ще „обърнат колата“. Стандартите не могат да осигурят качество. Ако стоиш непрекъснато до леглото на пациента, няма да го излекуваш. Ние се разделяме на специалности, после на подспециалности, раздробихме леглата в болниците на кардиологични, нефрологични и какви ли не. Така до никъде няма да стигнем. Дано нашето съсловие да спре експериментите, които се правят със здравето на хората.

Д-р Юрий Хранов, акушер-гинеколог в „Майчин дом“:

Да се блокира откриването на нови болници

Само за 10 години се нароиха близо 100 частни лечебни заведения. Това води до обезкървяване на държавните и общински болници и намаляване на техните функции. В страната вече не достигат специалисти, защото всички отиват да работят в големите градове и то предимно в частните болници. По закон трябва да сме равнопоставени, но сега това не е така. Необходимо е държавата, като собственик да инвестира в своите болници, да ги подсири с апаратура и кадри. Вече се развива иновативната медицина, роботизираната хирургия, така че моля - нека държавата да обрне към „Майчин дом“ с един робот „Да Винчи“. Ние поемаме



най-сериозната патология, затова трябва да сме добре оборудвани.

Смятам също, че при нас контролът е по-сериозен и се осъществява на няколко нива от самия персонал, от завеждащ клиниката и т. н. Затова сме изрядни в нашата терапия. Каква реформа точно да се направи, не е от моята компетенция. Аз искам да имаме мощни държавни болници и лекарите да избират да работят в тях. В АГ болниците основният проблем е ниското ниво на раждателност. Демографската криза засяга цялата страна, но послетовите за управлението ѝ са други. В Англия дават 400-500 паунда на българите да берат ягоди. Ако и в България им осигурят такива за-

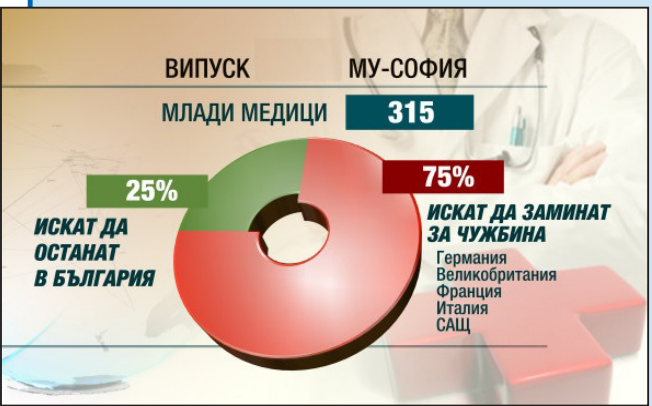
Красимир Грудев, член на Национално сдружение на частните болници:

Свободната конкуренция и равнопоставеността създават възможност за избор

Ако има свободен пазар, би следвало добрите болници да се развиват добре, без значение дали са държавни или частни. Много важно е как се управлява едно лечебно заведение. Съгласен съм, че частните лечебни заведения обезкървяват държавните. Но ние насила не вземаме лекари. Предлагаме им работа. Свободната конкуренция и равнопоставеността по закон създават



възможност за избор. Добрите условия, съчетани с качествена дейност водят до по-голяма ефективност и по-високи възнаграждения за лекарите. И тези по-високи възнаграждения са официални. В чужбина (в Германия, например) заплатите надвишават нашите, но и данъците са по-големи. Така че печалбата за лекаря, след като тегли чергата, може да се окаже нищожна. Това



души годишно. Анализите сочат, че медиците ни заминават предимно за Великобритания, Германия, Австрия и др. Сред напускащите родината най-много са общопрактикуващите лекари, анестезиолозите, хирурзите, акушер-гинеколозите.

Какви са последиците? Според Икономическия и социален съвет (ИСС) - орган, който е консултативен към българските институции, в над 70% от селищата в планинските райони у нас няма регистрирана практика на общопрактикуващ лекар. При една трета от тези селища липсва транспортна връзка с общински или областен център, а обезлюдяването е 2 пъти по-голямо, националната кардиологична болница броят на пациентите, които отделинето може да поеме, намалява с най-малко 25% заради все по-малкия брой на медицинските сестри. Същевременно около 300 деца годишно имат нужда от сърдечна операция, твърдят от лечебното заведение. "Няма болница, в която да не е установен дефицит на медицински сестри. Това важи за общинските болници, за областните болници и за университетските болници", коментира Милка Василева от Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи и припомни, че повечето от тях работят за 560 - 600 лв. заплата.

ВИСОКОТЕХНОЛОГИЧНИ ПРЕНАТАЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ПРЕДЛАГА „МАЙЧИН ДОМ“



Открита е първата и единствена по рода си у нас лаборатория за неинвазивна скрининг диагностика на вродени хромозомни аномалии на плода. Базирана е в Университетска акушеро-гинекологична болница „Майчин дом“ - София. Едновременно с нея бе открит и обновеният медицински център към лечебното заведение. Новата лаборатория прави възможно провеждането на високо-технологични изследвания, които са редки и досега се правеха само в чужбина. Тя е първата не само у нас, а и на Балканския полуостров. Очаква се, че ще намали драстично разходите за обслужване и ще позволи подобни тестове да се правят на двойно по ниска цена от съществуващите в момента



предложения на пазара. Структурата ще се ръководи от проф. Алексей Савов, завеждащ националната генетична лаборатория, чийто опит и компетентност са от съществено значение за успешното въвеждане на неинвазивната скрининг диагностика.

По време на откриването зам.-министърът на здравеопазването д-р Бойко Пенков заяви: „Приветствам усилия-

та на доц. Иван Костов и екипа на „Майчин дом“ в страната ни да заработи лаборатория за неинвазивен скрининг. В нея ще се правят високотехнологичните пренатални изследвания, които още в началото на бременността могат да покажат генетични аномалии на плода.“ Д-р Пенков подчерта, че „Майчин дом“ е най-голямата и най-старата акушеро-гинекологична болница у нас - институция в областта на акушерството и гинекологията. В лечебното заведение се извършват около 4000 раждания годишно, като голяма част от тях са случаи, които изискват интензивни грижи и задълбочено проследяване.

При отложено майчинство, което през последните години се наблюдава, се налагат допълнителни изследвания, носещи макар и минимален риск за жената и детето. С новата лаборатория за неинвазивен скрининг при „Майчин дом“ процедурите ще са достъпни за българските граждани, ще са по-щадящи - неинвазивни и ще спомогат за прецизната и навременна оценка на риска, обясни още зам.-министърът. „Новата лаборатория и обновеният Медицински център превръщат „Майчин дом“ в

единствената акушеро-гинекологична болница в България, която ще предлага комплексна услуга за профилактика на бременността. Похвално е, че инвестицията е осъществена със собствени средства на лечебното заведение“, коментира още д-р Пенков.

Изпълнителният директор на УАГБ „Майчин дом“ доц. Иван Костов обяви, че лабораторията за неинвазивен скрининг ще направи революция в диагностиката на бременните жени в начален стадий. Той добави, че обновеният медицински център към болницата ще предлага най-новата и модерна апаратура, както и широк спектър от специализирани кабинети за цялостна грижа за женско здраве. По думите му това не само ще улесни пациентите, но и ще подобри значително качеството на услугите чрез пълен набор от изследвания и прегледи.

Един от най-сериозните проблеми при бременност след 30-та година, са заболяванията, свързани с генетични аномалии на плода. Така наречените пренатални тестове са сравнително непознати у нас или пък изискват големи разходи от страна на бременните. Само преди

няколко години подобни тестове се правеха чрез редица болезнени за родилките манипулации и не винаги даваха точни резултати. Това стана причина за бум в броя на агенциите и дистрибуторите на чуждестранни лаборатории, предлагащи неинвазивен скрининг. „Наличната в лабораторията за неинвазивен скрининг към УАГБ „Майчин дом“ апаратура е от последно поколение в областта на ДНК анализа и дава много нови възможности за прилагане на най-модерните методи за молекулярна диагностика, които позволяват откриване и мониторинг на наследствените заболявания, както и персонализиран подход в областта

на фармакогенетиката и онкологията“, сподели Силвана Сапунарова, представител на компанията, осигурила техниката.

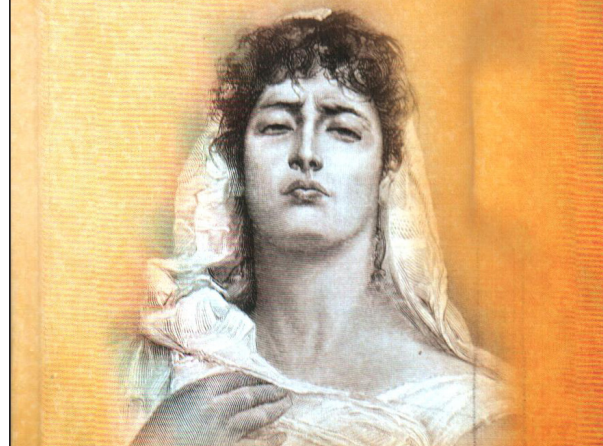
Медицинският център към болница „Майчин дом“ ще предлага най-новата и модерна апаратура в областта на извънболничната АГ помощ, в това число офис хистероскопия, вагинално подмладяване, спектрален скрининг за рак на шийката на матката, скрининг за рак на гърдата, фетална морфология на всички нива, женска консултация и други, поясни д-р Иван Диков. Той, заедно с колегатата си д-р Мирослав Георгиев, ще ръководят обновения медицински център.

Монография ще ви заинтригува с познание и естетическа наслада

В. ИВАНОВ Г. КОЙЧЕВ

ПАРАНОЯ

И ПАРАНОЯЛНИ СЪСТОЯНИЯ



Монографията на проф. д-р Владимир Иванов и доц. д-р Георги Койчев „Параноя и параноялни състояния“ претърпя второ издание. Тя дискутира един от вечните въпроси в психиатрията - параноялните състояния - от тяхната нормал-биологична същност, през характера и социалния контекст, през симптома, „гарнираш“ различни психични заболявания, до истинската параноя. Близко три десетилетия след първото издание монографията продължава да носи актуалност поради няколко причини:

Paranoia vera е заболяване, което по изключение стига до лекарския кабинет. Носителите ѝ, които не извършват тежки закононарушения, по правило предпочитат обществените институции и редакциите. Така е по целия свят. Коеято предопределя оскъдността на проучванията върху истинската параноя и в световната литература.

Втората причина за актуалността на текста е клиничният подход при описанието на болестта в разнообразните ѝ лица. Проследяването на различните състояния, които отговарят на понятието за паранойно поведение чрез сякаш губещия модерност дескриптивен метод, оказва се, съхранява текста във времето. А уседналостта на пациентите, възможността за дългогодишно наблюдение от преди няколко десетилетия, лоши или добри от днешна гледна точка, притурени към клиничното описание, дават уникалността на представения клиничен материал. Но вероятно най-ценен за читателя ще се окаже психопатологичният анализ на представените моделни пациенти. Елегантното разслояване на симптомите, диференциално-диагностичните разсъждения, историите на семейно, професионално и социално развитие, ще Ви доставят не само познание, но и естетическа наслада.

Проф. Алексей Савов, началник на Националната генетична лаборатория:

Неинвазивните тестове улесняват скрининг диагностиката

В клиничната лаборатория на „Майчин дом“ се изследват 15-16 хил. бременни жени годишно, на които трябва да се оцени риска за някои вродени генетични заболявания. Новият подход за генетично изследване, използван при дородова диагностика, не налага да се взема проба от плода. Вместо това се използва кръв от бъдещата майка. Неинвазивните тестове станаха популярни в европейските страни през последните 10 години. Поради това, че методът изисква по-сложни технологии и статистическа обработка на резултатите, той не беше прилаган широко в клиниките. Досега беше практика различни европейски представителства, каквито има във всяка страна, да приемат насочени от лекарите пациентки и след това изпращаха пробите в различни държави, където те се анализираха. В България жените отдавна ползват подобен тест, но техните анализи бяха изпращани в Европа и САЩ. Сега това ще се прави у нас. Ние поехме инициатива да вкараме методология, да обучим специалисти и вече да предлагаме тестовете да се извършват тук в болницата. С това значително ще спестим тревогите и възможните усложнения при жените, за които тези изследвания са подходящи. Предлагаме и лес-

но достъпно консултиране, което прави още по-удобна възможността жената да получава пълна информация за своята бременност.

Засега тестовете се плащат в повечето страни. Без пари са само в Холандия и Белгия, където ги реимбурсират здравните системи. С решението да започнем да правим неинвазивни дородови тестове в „Майчин дом“ целим да постигнем няколко неща - по-удобна организация и консултация на бременните за това кога тестът е подходящ и кога не е подходящ да реши техните проблеми, свързани с очакваните рискове. В момента тестът струва 800 лв., ние обаче ще търсим начин постоянно да намаляваме тази цена. Националната генетична лаборатория е възложено всяка година да координира с Министерството на здравеопазването новите типове изследвания, които въвежда, което означава, че още в началото на 2019-а ще дадем конкретни предложения и механизми, какво би могло да бъде инвестирано в този тест така че неговата цена като медицинска услуга да стане още по-достъпна.

Бременните се страхуват от инвазивните манипулации хорионна биопсия и амниоцентеза. Въпреки че те се извърш-

ват от много компетентни специалисти, тези манипулации са свързани с известен малък статистически риск от усложнения. Друго неудобство при инвазивните манипулации е, че се налага 3-дневен престой в болница, ползване на отпуск, организиране на някои изследвания за приемане по клинични пътеки, което определено стресира бременната жена. При неинвазивните тестове не се налага престой в болница, а пробата може да бъде взета във всяко здравно заведение и да бъде изпратена в „Майчин дом“.

Много са генетичните заболявания, заради които можем да определим една бременност като високо рискова. Най-популярно е изследването за синдрома на Даун. Статистически то по-често се открива при бременните след 35-годишна възраст, но трябва да отбележим, че днес жените, планиращи да имат деца в този възрастов интервал, стават все повече. Чрез ДНК тестовете се откриват също синдромите на Едуардс, Патау, Търнър и Клайнфелтер. Развитие то на тази технология в скоро време ще даде възможност да бъдат изследвани и бременности, които са с повишен риск за някои наследствени заболявания, микроделеционни синдроми и други.

Телемост между Плевен и Китай

Плевенският Хайфу център, в който се правят операции на тумори с ултразвуков апарат, осъществя телемост с Китай. Така за първи път в азиатската страна е наблюдавано на живо

от България отстраняване на злокачествено образувание по иновативен метод. При тази намеса чрез термично изгаряне, поредством фокусиран ултразвук е бил унищожен 3-сантиме-

тров миомен възел на пациентка от България. Телемедицинската връзка е осъществена чрез специален софтуер. Ръководител на екипа е доц. Добромир Димитров, зам.-декан на МУ в Плевен.

Д-Р ДАНИЕЛ ДОНЧЕВ СПАСИ ЧОВЕК С ТЕЖЪК ДИАБЕТ

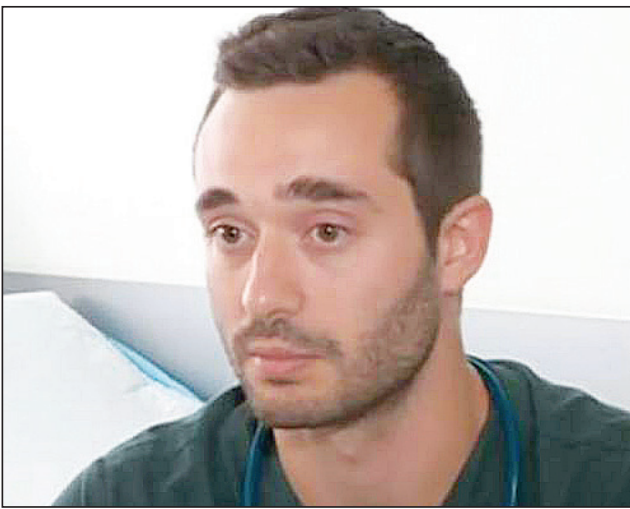
„Прави каквото трябва, пък да става каквото ще!“

Смята се, че тази фраза пръв е произнесъл древно-римският император Марк Аврелий. От това време до днес са я следвали немало хуманисти, а обяснението за нея е дал великият Лев Толстой: „За да повярваш в доброто, трябва да започнеш да го правиш“. Така е действал и младият лекар д-р Даниел Дончев от Клиниката по анестезиология и интензивно лечение (КАИЛ) на столичната болница „Св.

Анна“.

На 24 август тази година, малко след 18 часа, 62-годишен човек припада, пресичайки локалното платно на „Цариградско шосе“. По това време д-р Дончев е дежурен в Спешното отделение на УМБАЛ „Св. Анна – София“. Инцидентът се случва до спирката на тролей № 5, която е недалеч от болница. Хора се събират около припадналия. Обаждат се и за помощ в Спешното отделение.

„Трябваше да се вземе решение как да се процедира – споделя пред Нова телевизия д-р Дончев. – Отидох на



мястото на инцидента и видях човека, който се нуждаеше от незабавна медицинска намеса“. Докторът установил, че припадналият е с тежка форма на диабет. Лекарят оказал на място първа помощ, но обяснил, че се налагат спешни изследвания в болницата. Тогава един от мъжете, които се насъбрали, предложил да качи болния в личния си автомобил и го закара до лечебното заведение. Там пациентът бил стабилизирал и впоследствие изписан в добро общо състояние. Всичко това станало възможно, благодарение на съпричаст-

ността на хората, присъствали на инцидента и на съвременната намеса д-р Дончев.

Известно е, че лекарите нямат право да напускат болницата по време на дежурство. „Когато се случват такива неща, човек винаги е пред моралната дилема дали да направи това, което смята за правилно, или да се придържа към установените правила“, казва д-р Дончев. И допълва: „Важното е, че когато можеш да помогнеш на човека, длъжен си да го направиш“. Лекарят е категоричен, че попадне ли отново в такава ситуация, ще вземе същото решение.

Мултидисциплинарен екип се пребори за живота на 75-годишен мъж

След 7-часова изключително тежка операция мултидисциплинарен екип от две болници - Аджибадем Сити Клиник Сърдечно-съдов център и Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда, успя да спаси човешки живот. Пациентът е бил на 75-години с онкологично заболяване с комбинирана патология. Получил е тежест в сърдечната област, имал е и хематурия и по този повод е потърсил спешна медицинска помощ. Специалистите по съдова хирургия и

образна диагностика в Аджибадем Сити Клиник Сърдечно-съдов център са назначили скенер и са открили тумор на левия бъбрек с тромбоза на лявата бъбречна вена, както и тромб в долната празна вена. Тромбът започнал да навлиза в дясното предсърдие с риск да спре функцията на сърцето.

Редкият случай налага едновременно извършване на няколко оперативни намеси от специалисти в различни дисциплини,

поради което на едно място е свикан екип от ключови хирурзи. В сложната операция участват специалистите от Аджибадем Сити Клиник Сърдечно-съдов център: д-р Стефан Стефанов - завеждащ Отделение по съдова хирургия и д-р Асен Келчев - завеждащ Отделението по кардиохирургия. Към екипа се присъединяват д-р Калоян Давидов - завеждащ Отделението по урология и проф. Кирил Драганов - завеждащ Клиника по чернодроб-

но-жлъчна, панкреатична и обща хирургия в Аджибадем Сити Клиник Болница Токуда.

Операцията започва с урологичната част - отстраняване на засегнатия от тумора ляв бъбрек от д-р Давидов. Хирургичният достъп до черен дроб и неговите венозни съдове е извършен от проф. Драганов. В условията на екстракорпорална циркулация, но без да се спира сърцето, д-р Стефанов и д-р Келчев успяват изцяло да премах-

нат тумора през долната празна вена и дясното предсърдие.

„Като сложност операцията, която извършихме, би била предизвикателство за всяка специализирана европейска клиника. Ние обединихме опита на най-добрите специалисти от няколко хирургични отделения на нашите болници, всеки един от

хирурзите извърши своята част от операцията и заедно постигнахме резултат, с който се гордеем“, заяви д-р Стефан Стефанов.

Според д-р Асен Келчев операцията е добър пример за това как лекарите от различни специалности, отделения и болници трябва да работят като един отбор за спасяването на пациента.

Отличиха проф. Иво Петров на международен конгрес на съдовите специалисти

На 10-тото издание на ежегодната Азиатско-тихоокеанска ендоваскуларна конференция в Ню Делхи беше отличен с първа награда клиничен случай, представен от проф. д-р Иво Петров, национален консултант по инвазивна кардиология и медицински директор на Аджибадем Сити Клиник Сърдечно-съдов център. Научният конгрес

се проведе под егидата на Азиатско-тихоокеанско дружество по съдова хирургия и ендоваскуларна терапия с председател проф. Нарендра Канна, утвърден индийски кардиохирург. Събитието е с фокус върху иновативните методи на лечение в съдовата медицина.

Повече от 3000 международни експерти и лидери в областта се включиха

в комплексната научна и практическа програма с обучителни сесии и семинари. България е една от водещите страни в Европа в сферата на ендоваскуларната терапия и е сред първите десет страни като степен на приложение на модерните методики. Затова и българските кардиолози често са канени на международни симпозиуми, конференции

и конгреси, за да представят своя опит.

Един от петте клинични случая, които докладва проф. Петров, е избран за най-добра презентация на конференцията сред 30 други. „Става дума за първите два случая в света на ендоваскуларно лечение при дисекция на аортата при млади хора и деца - поясни проф. Петров. - Ние



през последните две години имаме проследяване и при двамата пациенти, което показва, че този тип лечение е не само моментно ефикасно, но е и с дълготрайни резултати. Това бе една от основните въпросителни, когато преди 2 години заедно с колегите от Национална кардиологична болница работихме за тези случаи - дали новият тип лечение при тези деца ще бъде трайно или с израстването имплантите ще се окажат относително мал-

ки. Оказа се, че резултатите от лечението са трайни“.

Клиничният материал, представен от България, е посрещнат с голям интерес сред участниците на конференцията в Ню Делхи. Затова през 2019 г. проф. Петров е поканен да направи българска сесия с група лекари от различни специалности - съдови хирурзи, ангиолози и кардиолози, които да презентират родните постижения в областта на ендоваскуларната терапия у нас.

Животоподдържаща мисия за тежко пострадало момче

Мобилен екип включващ д-р Иван Желяпов и д-р Веселин Велчев - реаниматори-анестезиолози от УМБАЛ „Св. Анна“ - София АД прелетя над няколко държави, за да осъществи успешна животоподдържаща мисия за тежко пострадали пациент. Четиринадесетгодишно момче от молдовски произход бе пострадало много тежко при падане в басейн в хотел близо до Варна. Вследствие на инцидента детето е било със счупени 2 и 3 шиен прешлен, мозъчен оток, тежко възпаление на белите дробове, счупени ребра. Родителите са пожелали детето да бъде транспортирано спешно до Републиканска детска неврохирургическа клиника „Майка и дете“ в Кишинев. Те избрали екип, който да поддържа живота му по време на целия полет, който стартирал от КАИЛ на УМБАЛ „Св. Анна“ - София АД. Екипът е участвал в над 30 подобни мисии в Азия, Африка и Европа. Мисията на двамата лекари завършила с успех в Кишинев, където детето било поето от молдовските им колеги.

Уникална операция в УМБАЛ „Св. Марина“ - Варна

Операция по отстраняване на бъбрек с вроден тумор от 11-месечно дете извърши екип, ръководен от доц. д-р Деян Анакиевски от Клиниката по урология в УМБАЛ „Св. Марина“ във Варна. Това е първият случай у нас, при който интервенцията се прави не по обичайния начин с класическа отворена операция, а лапароскопски през 3 отвора на кожата по 5 мм и 3 см разрез в областта на слабините, откъдето се изважда увредения още преди раждането бъбрек.

Малкият пациент Славе е от Македония. У детето е установена туморна формация на горния полюс на левия бъбрек. Първоначално след ехографските прегледи е поставена диагноза „Хематом“. Но три месеца по-късно се вижда, че образуванието е увеличило размерите си. След направен ядреномагнитен резонанс и последваща биопсия се установява на-

личието на вроден тумор, определен като „Конгенитален мезобластен нефром - класически тип“. По правило при това образувание се налага отстраняване на целия бъбрек. След консултации и с лекари в Германия, Турция, Сърбия и Франция, където им е предложена класическа отворена операция за отстраняване на бъбрека, родителите се доверяват на доц. Анакиевски от Варненската университетска болница.

Момченцето е прието в отделението по детска онкология на УМБАЛ „Св. Марина“ за предоперативна подготовка. „До момента бях правил множество лапароскопии, но само на възрастни пациенти - споделя доц. Анакиевски. - Основното предизвикателство беше да приложим най-подходящата анестезия за детето“. Операцията продължава 60 минути. Следоперативният период протича гладко.

На третия ден 11-месечният пациент е изписан от болницата. Сега може да живее и да пораста с нормална бъбречна функция. „Постижението ни е екипно“ - убеден е доц. Анакиевски. Според него е напълно възможно и уместно да се правят и други урологични интервенции по максимално щадящ начин за малките деца.

Конгениталният мезобластен нефром е най-честият доброкачествен тумор при новородени, отговарящ приблизително на около 3% от всички бъбречни тумори у деца. Най-често се диагностицира в първите три месеца от раждането. Два пъти по-често се засягат момчетата в сравнение с момичетата. Познати са три варианта на този тумор: класически, целуларен и смесен. По литературни данни при цялостно хирургично отстраняване на образуванието прогнозата е благоприятна.



**СЕРТИФИКАТИ
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 94-37;
0899 90 66 47

Яна Тасева
0899 90 66 47

ПРЕДСТОЯЩИ НАУЧНИ СЪБИТИЯ

**XXI НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО УЛТРАЗВУК
В МЕДИЦИНАТА**

клуб Ривиера, курортен
комплекс Златни пясъци

13 - 16 септември 2018 г.



За контакти:
Българска асоциация по
ултразвук в медицината
0887771107, 02/8920808

Организатор:
Българска асоциация по ултразвук
в медицината

**ТРЕТА НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ ПО
СЪННА АПНЕЯ**



к.к. „Св. св. Констан-
тин и Елена“, Варна

4 - 6 октомври 2018 г.

Организатор:
„Турекспо-Варна“ АД

Повече информация
на [http://tourexpo.bg/bg/
events.html](http://tourexpo.bg/bg/events.html)

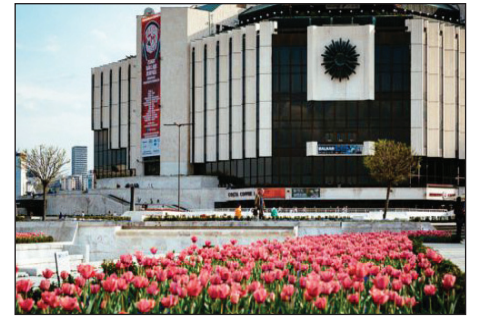
**V КОНГРЕС НА БЪЛГАРСКАТА АСОЦИАЦИЯ
ПО НЕВРОСОНОЛОГИЯ И МОЗЪЧНА
ХЕМОДИНАМИКА С МЕЖДУНАРОДНО УЧАСТИЕ**

НДК, зала 6, София

5 - 7 октомври 2018 г.

Организатор: БАНМХ

Повече информация на:
([https://neurosonology-bg.
com/sabitia.html](https://neurosonology-bg.com/sabitia.html))



**XVI МЕЖДУНАРОДНА МЕДИЦИНСКА НАУЧНА
КОНФЕРЕНЦИЯ ЗА СТУДЕНТИ И МЛАДИ ЛЕКАРИ**



**Телекомуникационен
ендоскопски център
(ТЕЛЕЦ)**

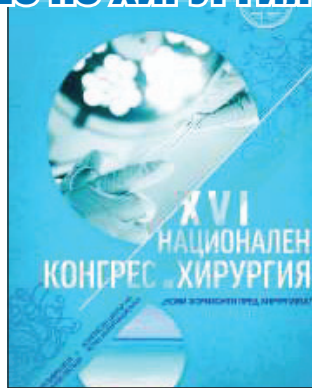
**Медицински
университет-Плевен**

8 - 13 октомври 2018 г.

Организатор: студенти
от МУ-Плевен и Меди-
къл Нюз

За контакти:
Медикъл Нюз

XVI НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО ХИРУРГИЯ



х-л Интернационал, к.к. Златни
пясъци

4 - 7 октомври 2018 г.

Организатор:

Българско хирургическо дружество

За контакти:

e-mail: surgery@cic.bg, URL: www.cic.bg

**XIII НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС
ПО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ**



Рамада София Сити
Център

11 - 13 октомври 2018 г.

Организатор:

Българско дружество по
гастроентерология, гастро-
интестинална ендоскопия и
абдоминална ехография

За контакти: Златина Станкова
GSM 0888 36 31 31
e-mail: zlatina_21@abv.bg

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник „QUO VADIS“

Национално издание на Българския лекарски съюз

Вестник "Quo Vadis" излиза от 2000 г. в пълноцветен печат, формат А3, периоди-
чност - веднъж в месеца. Разпространява се чрез абонамент и ръчна продажба.

Абонати на изданието преди всичко са членовете на БЛС. Част от абонамента се
извършва директно от Регионалните лекарски колегии, а останалата от "Български
пощи" и частни фирми.

Вестникът третира актуалните проблеми на медицинското съсловие, отразява
събития, свързани с болничната и извънболничната помощ, включва анализи и
интервюта. В "Quo Vadis" публикува медицински статии, посветени на определени
заболявания, представят се нови терапевтични продукти.

ПЪРВА СТРАНИЦА		
Цвят	Под главата	Долна част
Черно-бяла	2,00 лв./кв. см	1,70 лв./кв. см
Плюс един цвят	2,50 лв./кв. см	1,90 лв./кв. см
Четири цвят	3,00 лв./кв. см	2,20 лв./кв. см

Цвят	Вътрешна страница	Цвят	Последна страница
Черно-бяла	1,20 лв./кв. см	Черно-бяла	1,50 лв./кв. см
Плюс един цвят	1,60 лв./кв. см	Плюс един цвят	1,80 лв./кв. см
Четири цвят	2,00 лв./кв. см	Четири цвят	2,40 лв./кв. см

Цените са без ДДС.

Лого - първа страница под главата - 250 лв.

PR материали - 1.80 лв./кв. см, с възможност за включване на цветно каре до
15% от общия обем на материала.

Отстъпки:

За сума : 1500 - 3000 лв. - 7% 3000 - 4500 лв. - 10%
4500 - 6000 лв. - 13% 6000 - 10 000 лв. - 20%

Изработване на рекламно каре: 0.30 лв./кв. см.

ЗА САЙТА НА БЛС

I. Информация за сайта:
www.blsbg.com е официалният сайт
на Българския лекарски съюз.

Той съдържа информация за:
- БЛС (създаване и история, СДО,
асоциирани членове, УС, НС)

- Нормативни актове
● Закони
● Подзаконови нормативни актове
● Медицински стандарти
● ПДМП
● НРД
● Актове на ЕС и БЛС
- Актуален регистър на лекарите в
Република България
- Актуална информация и новини

II. Рекламен период:

Рекламните кампании в сайта могат
да се осъществяват за период не
по-малък от 5 - 7 дни.

Стандартните периоди на реклама,
които предлагаме са за: 7 дни, 15 дни, 1
месец, 2 до 6 месеца.

III. Рекламен тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

банери	Размери:	без		с препращане
		без	с	
JPEG	195 x 105 px	15 лв.	20 лв.	
банер	200 x 133 px	18 лв.	25 лв.	
(статичен)	200 x 266 px	26 лв.	29 лв.	
FLASH	200 x 133px	25 лв.	30 лв.	
банер	200 x 266 px	37 лв.	40 лв.	

Цени за следващ период
(отстъпки от базовата цена):

1 месец	- 10%	4 месеца	- 22%
2 месеца	- 15%	5 месеца	- 25%
3 месеца	- 20%	6 месеца	- 30%

**2. Текстови обяви / Платени
публикации:**

	7 дни	15 дни	1 месец	2 - 6 месеца
до 450 знака	15 лв.	10% отстъпка	15% отстъпка	20% - 30%
от 450 до 1000 знака	22 лв. отстъпка			
над 1000 знака	34 лв.			
с включен текстов линк плюс 5 лв.				

3. Нестандартни рекламни форми:

За изработване на нестандартни рек-
ламни форми цените са по договаряне в
зависимост от сложността. Всяка нестан-
дартна рекламна форма се публикува на
сайта след проверка от техническо лице.

IV. Плащане:

1. Договорните суми за реклама се зап-
лащат не по-късно от 1 (един) работен
ден преди старта на рекламната.

2. При неспазване на сроковете БЛС си
запазва правото да отложи рекламна-
та кампания.

3. Рекламодателят получава факту-
ра след извършване на плащането.

V. Забележки:

✓ Рекламите се публикуват на всички
страници на сайта.

✓ Цените не включват ДДС.

✓ Цени за реклами над 6 месеца - по
договоряне

✓ Отстъпка за рекламни агенции - 15%

ДО 2035 ГОДИНА ЩЕ НАРАСТНАТ С ЕДНА ТРЕТА ИНСУЛТИТЕ В ЕВРОПА. КАК ДА СЕ ПРЕБОРИМ?

„Главният проблем е, че хората между 20 и 64 г. ще получават все по-често инсулт, което означава, че е застрашена активната, работещата част от населението.“ Това са думи на президента на Европейското дружество за инсулти (ESO) проф. Валерия Касо. Както се знае, основната цел на дружеството е да намали глобалната тежест на инсултите чрез профилактика, лечение и дългосрочни грижи за пациентите, както и чрез насърчаване на най-добрите стандарти в клиничната практика и повишаване на информираността на населението и здравните специалисти относно мозъчния инсулт.

Според проучвания на ESO на всеки 30 минути един болен с инсулт, който може да бъде спасен, умира или трайно се инвалидизира, защото е лекуван в неподходяща за целта болница. По-малко от 1/3 от пациентите с инсулт сега попадат в специализирани центрове, а хиляди други болни остават без най-доброто лечение, от което се нуждаят.

Сега в световен мащаб има повече от 1 100

болници, разположени на 5 континента, участващи в проекта „Angels“. България е една от 12-те европейски държави, където инициативата е вече в действие, а броят на регистрираните наши болници е 22. Изчисленията, основани на световните препоръки, показват, че за да се обхванат територията и населението на България, са необходими около 40 болници, готови за лечение на инсулт. Те трябва да бъдат разположени така, че пациентът да достига до специализиран център за инсулт за не повече от 60 минути. Според проф. Касо необходимите предпоставки за успех са: добра организация за спешни повиквания; добър спешен транспорт; познание сред спешните медици и общопрактикуващите лекари къде и как да бъде насочен болен; организация в съответното приемно отделение – достъп до лаборатория, до КТ и ЯМР. И не на последно място – подготовка на медицинските специалисти по веригата, готовност да работят в синхрон, за да постигат победа в надпреварата с



Проф. Валерия Касо

времето по пътя от вратата на лечебното заведение до включването на системата.

Прогнозата, базирана на европейско проучване върху инсултите на Стария континент, остава неблагоприятна.

Очаква се, че те ще се увеличат с 1/3 до 2035 г. заради застаряващото население. Въпреки напредъка на медицината и факта, че у нас се при-

лагат всички процедури за лечение на инсулт, които са известни до момента в Европа, данни от предишни години сочат, че българските пациенти оцеляват в по-малка степен, в сравнение с австрийските, германските или френските. Например през 2015 г. в Германия са починали от исхемичен инсулт 38 на 100 хил. души население, а у нас - 154.

БОЛЕДУВАМЕ ОТ РАК ПО-ЧЕСТО ОТ ПРЕДЦИТЕ НИ

В началото на XXI век рискът от развитие на тумор е 100 пъти по-голям, отколкото в древността

Това показва изследване на канадски учени, публикувано в „International Journal of Paleopathology“. Според данните днес се разболяваме от рак много по-често от нашите предци, като честотата на онкологичните заболявания в съвременния свят е 100 пъти по-голяма, отколкото в древността. Изводът е направен след проучване на тленните останки на над 1000 древни египтяни. Фрагменти от скелети със следи от злокачествени образувания по тях са открити в две гробници в оазиса Дахла. Радиовъглеродното датироване показва, че тленните останки там са отпреди 2800-3000 години.

Учените попаднали на около 1800 скелета, но само 1087 от тях били достатъчно добре съхранени, за да бъде извършен морфологичен анализ на костите им. Полът бил установен въз основа на формата и размерите на черепа и тазовите кости, а възрастта – по уврежданията на зъбите и други признаци, включително формата на ребрата.

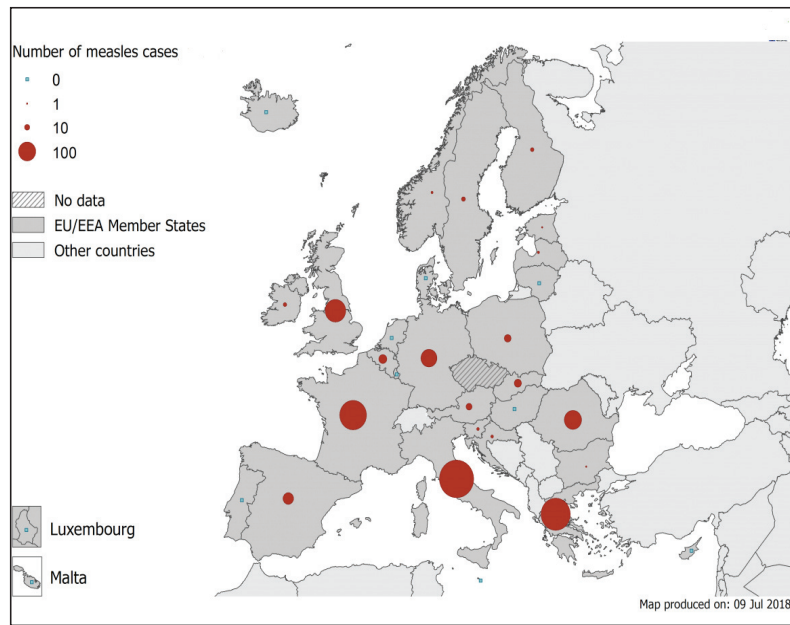
Върху някои от костите били открити увреждания, които са характерни за развитието на злокачествените тумори, като не се съобщават какви са били локализациите. По мнението на учените, най-верният показател за сравняването на разпространението на злокачествените тумори в древността и днес е индексът на риска от рак през човешкия живот. В момента в развитите страни той е 50 %. За сравнение в древността, по-специално в Дахла, рискът от рак е бил едва 0,5 на сто. Налага се мнението, че жизнената среда днес е по-канцерогенна, отколкото в древността. Изследователите напомнят, че за появата на злокачествените тумори допринасят тютюнопушенето, употребата на алкохол, голямото съдържание на въглехидрати и мазнини в храните, както и мръсният въздух, сред който живее съвременният човек.

МЕДИЦИНСКА ЗАСТРАХОВКА В ЕС? ДА, АМА НЕ СЪВСЕМ

Откакто България е членка на ЕС, не е задължително сключването на медицинска застраховка при пътуване в държавите от Евросъюза. Достатъчно е да се носи европейската здравноосигурителна карта - документ, който доказва, че българинът си е плащал редовно здравната вноска и при нужда може да се ползва от безплатно медицинско обслужване.

Картата обаче невинаги е алтернатива на здравните полици, защото не важи в Лихтенщайн, Швейцария, Норвегия, Исландия. Дава право на медицинска помощ само в здравно заведение или при лекари, които работят или имат договори с тяхната осигурителна каса. Документът обезпечава само спешна и неотложна помощ. Ако се наложи оставане в болница, разходите не се покриват, освен ако българската НЗОК предварително не се съгласи да ги поеме. Дори и да се получи таква съгласие, пациентът плаща на място, а след връщането си в родината получава определена сума, която не покрива всички разходи. Причината е, че тази сума представлява еквивалент на парите, които биха били платени за същата помощ и същото лечение у нас.

БУМ НА МОРБИЛИ В СТАРИЯ КОНТИНЕНТ



Близко два пъти повече заразени с морбили в Европа отчита Световната здравна организация. Само за първите 6 месеца на тази година са заболели над 40 хил. души спрямо близо 24 хиляди за цялата 2017-та. От заразените деца 20 на сто са на възраст под 12 месеца, а общо 95% от заболелите са без имунизация. Най-тежко е положението в Украйна с 28 000 болни, следват Сърбия с 5 700 и Румъния с 4 575. Над 2 000 са болните и в Гърция, Франция и Италия. По данни на д-р Ангел Кунчев, главен държавен здравен инспектор, в страната ни са регистрирани 8 случая, като

всички са „вносни“. У нас няма вътрешно разпространение на морбили. Така че ситуацията е относително добра и това е заслуга на родните общопрактикуващи лекари, епидемиолозите от РЗИ, здравните медиатори и всички разумни български родители, които ваксинират рожбите си. Според д-р Кунчев „В България колкото са по-малки децата, толкова е по-добро имунизационното им покритие“.

Профилактиката на морбили започва на 13-месечна възраст, когато се прави основната ваксина. На 12-годишна възраст е реимунизацията. Общо взето, още на 10-14-и ден след иму-

низацията малчуганите имат в значителна степен защита, а от 20-ия ден нататък са напълно защитени. У нас тази предпазна мярка е въведена като редовна след 1969 г. Така че родените от 1970 година нататък са защитени.

Предстои актуализация на родния имунизационен календар.

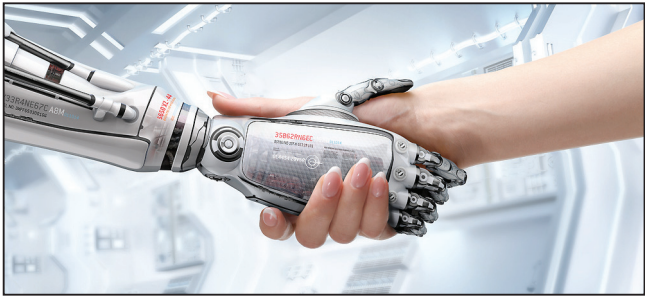
Можем да я очакваме още през следващата година, но промените ще влязат в сила от 2020 г., така че производителите имат време, за да осигурят необходимите количества. Ще се въведе ограничаване на някои реимунизации - срещу туберкулоза на 11-годишна възраст, както и премахване на едната реимунизация срещу пневмокок. Допълнително ще се включи реимунизация за коклюш в по-високата възраст. Промените са синхронизирани с имунизационната практика в Европа.

Изчислено е, че ако човек без имунитет срещне заразно болен, рискът от предаване на инфекцията е 95%. Въпреки това скептицизмът спрямо ваксините остава висок в много части от Европа. В Италия от миналата година действа закон за задължителна ваксинация срещу детски заразни болести. Румъния също е приела подобно законодателство.

Всяка година от алкохол умират 2,8 милиона души по света

Изследователи от Вашингтонския университет са провели мащабно изследване, което обхванало 28 млн. души от 195 страни. То е правено в периода 1990 - 2016 година. Анкетирани са хора на възраст от 15 до 95 години. Данните показват, че пиенето в скромни количества - по чаша на ден, би могло да предпази човека от сърдечно-съдови заболявания, но като цяло увеличава риска от рак и други болести или физически наранявания. Всяка година от увреждания, пряко или косвено свързани с алкохола, умират 2,8 милиона души по света. Най-пиещата нация в света са датчаните. Редовната употреба на алкохол в страната от жените е 95,3%, а от мъжете е 97,1 на сто. Близко до датчаните са норвежците, германците, поляците и французите. По отношение на изпитото количество лидер при мъжете е Румъния с 8,2 алкохолни единици средно потребление, а при жените е Украйна с 4,2. Най-малко пият представителите на силния пол в Пакистан и дамите в Бангладеш. Най-ниска смъртност вследствие употреба на алкохол е регистрирана в Кувейт, Иран и Палестина.

Телехирургия - възможности и проблеми



Проучване на Института за обществени политики във Великобритания, водено от лорд Дарзи, уважаван хирург и бивш здравен министър, прогнозира, че съвсем скоро много от функциите на лекари и сестри биха могли да бъдат заместени от технологиите. Например: „роботи до леглото“ могат да се използват, за да хранят пациентите и да ги придружават от отделение в отделение; „роботи за рехабилитация“ пък ще помагат при физиотерапевтични процедури. „Телемедицината“ ще мониторира жизнените функции и хроничните състояния дистанционно, онлайн консултациите ще са нещо рутинно, а в спешното може да има „дигитален триаж в автоматизирана чакалня“. С алгоритми, захранвани с данни, ще се извършва диференциална диагностика на различни болести. Докладът от проучването сочи,

че при оптималната автоматизация годишно ще се спестят близо 12,5 милиарда паунда от работни часове на персонала – време, през което екипите ще могат да се пренасочат към повече общуване с пациентите. Отдавна се проучва и вероятността за изчезване на операционната. Още през 2001 г. хирург в Манхатън успешно премахва жлъчката на пациент от другата страна на Атлантика - в Страсбург. Проблемът при телехирургията е сигурността на връзката и как да се елиминира опасността интернет да спре в най-важния момент. Затова и засега са смята, че този тип хирургия има три приложения: в армията - дистанционни операции на войници; при хуманитарни мисии - за операции на хора от бедни региони в Африка и в Космоса.

МРЪСНИЯТ ВЪЗДУХ ПОНИЖАВА ИНТЕЛЕКТА

Хроничното излагане на замърсен въздух се отразява отрицателно на когнитивните способности на човека, съобщиха неотдавна Би Би Си като се позова на съвместно проучване на американски и китайски учени. Екипи от Йейл и Пекинския университет изследвали математическите и речевите умения на 20 000 китайци. Изводът от проучването е, че дълготното дишане на замърсен въздух нанася поражения върху интелекта, съвместими с 1 година отсъствие от училище. А за хората над 64 г. пораженията са равностойни на няколко години по-малко учене.

Речевите умения се оказали по-засегнати в сравнение с математическите във влошената градска среда. Когнитивните способности на мъжете се влошавали повече от замърсения въздух в сравнение с тези на жените. Учениците се представяли по-зле на изпити в дни на особено голямо замърсяване на въздуха. Според изследователите тези констатации са релевантни за повечето хора по света, тъй като 80% от градското население на планетата диша замърсен въздух.

Генна терапия срещу цистична фиброза

Учени от Лондонския „Импириъл колидж“ са разработили генна терапия, която дава надежда на хиляди болни с цистична фиброза да оздравеят. Те са изследвали 136 пациенти на възраст над 12 години, страдащи от заболяването. Проф. Ерик Олтън от колежа казва пред в. „Дейли Телеграф“: „За пръв път в света имаме значителен успех. Предстои ни по-голямо проучване и ако резултатът от него е също толкова обещаващ, до 5 години болестта ще е лечима.“ Цистичната фиброза се причинява от един дефектен ген. Наследява се от 1 на 2 500 души. При нея в белия дроб се събира гъст секрет от мукозни и епителни клетки и левкоцити, както и разтворени във вода неорганични соли. Той задръства ди-

хателните пътища и причинява опасни за живота състояния. Това е причина болните рядко да доживеят 35 години. Дефектният ген бе открит през 1989 г. Оттогава медицините работят за подмяната му, но усилията им се провалят от реакциите на имунната система на пациентите. Новата терапия залага на вдишването на малки мехурчета мазнини - липозоми, които носят генетичен материал и успяват да проникнат в мембраните на белодробните клетки. В резултат белодробната функция се подобрява средно с 3,7%. При по-тежко болни се отчита по-голям напредък - 6,4%. Според учените тези „скромни“ подобрения всъщност са значителна крачка към овладяване на болестта.

Човешкото съзнание остава активно минути след смъртта

Изследователи от Великобритания на състояния, близо до смъртта, отбелязват, че съзнанието на човек може да продължи изненадващо дълго, след като мозъкът напълно е изключил. И още - тези уникални изживявания са много повече от халюцинации и дори самото определение за клинична смърт може би трябва да бъде променено, твърдят учените. Обикновено съобщенията за усещане и осъзнатост след клиничната смърт се отхвърлят с аргумента, че това са илюзии и халюцинации, и че не са доказателство за истинско съзнание. Масштабното проучване на проф. Сам Парниа и екипът му от Университета на Саутхамптън обаче показва, че приближавайки състоянието на смърт, нашето съзнание изпитва дос-

та широк набор от усещания. Подобни изживявания са истински и трябва да се приемат много по-сериозно. Проф. Парниа и екипът му са изследвали 2060 пациенти, получили сърдечен удар. От тях само 330 са оцелели, като повече от половината твърдят, че са изпитали някакъв вид осъзнатост, докато са били връщани обратно към живота. Интересно е, че повечето пациенти нямат пълен спомен от усещането, което значи, че губят памет заради упойващите вещества или ефекта от щетите върху мозъка. „Трябва да изместим границите на това, което считаме за декларация за смърт, съобразявайки се с различни състояния, които едва сега започваме да осмисляме“, прави извод в доклада си професорът.

Леопардовият гекон може да генерира нови мозъчни клетки

Известно е, че някои влечуги и земноводни притежават впечатляващи способности за регенерация на тъкани. Единствено при геконите обаче могат да се образуват и нови неврони. До това откритие са стигнали канадски учени от университета в Гуелф, провинция Онтарио. Те са успели за пръв път да идентифицират стволови клетки, които са отговорни за генериране на неврони в мозъка на леопардовия гекон. Изследователите са използвали химични маркери, които вкарвали в ДНК на стволови клетки. Това позволило да се проследи къде се движат те и в какъв друг вид клетки се превръщат. Маркерите били проследени до медиалния кортекс, където свидетелствали за генериране на нови мозъчни клетки. „Получените резултати показват, че

геконите непрестанно обновяват мозъчните си клетки, обяснява Матю Викеъртс от Ветеринарния колеж на Онтарио. Ръководителката на изследването Ребека Макдоналд допълва, че досега при повечето от свързаните с регенериране проучвания са фокусирали вниманието си върху риби данио и саламандри. „В нашето изследване са използвани гущери, които са по-близки до бозайниците, в сравнение с рибите и земноводните,“ писочва тя. Учените се надяват да установят защо тези стволови клетки могат да генерират неврони в мозъка на гекон, но не и в човешкия мозък. Очаква се това изследване да е от полза при създаване на нови терапии за възстановяване на човешкия мозък от увреждания или дегенеративни заболявания.



Що е триизмерна цветна радиография?

Първата в света триизмерна радиография на човешкото тяло вече е факт благодарение на новозеландски учени, които са използвали най-модерните технологии на Европейската организация за ядрени изследвания (ЦЕРН). Специалистите са категорични, че тя ще помогне за подобряване на медицинската диагностика. Новият способ използва традиционната черно-бяла рентгенография, но към нея прибавя и методите за проследяване на елементарните частици от Големия адронен колайдер на ЦЕРН. Както е известно, с негова помощ стана възможно да бъде открит през 2012 г. Хигс бозонът. „Новата техника, използваща цветни рентгенови лъчи, ни дава възможност да получим по-ясни изображения, което ще помогне на лекарите да поставят по-точни диагнози на своите пациенти“, съобщиха от ЦЕРН. Триизмерната цветна радиография показва отчетливо разликата между костта, мускула и хрущяла, а също така разположението и обемите на раковите тумори. Технологията на ЦЕРН, кръстена „Медпикс“, функционира като фотоапарат, който открива и преброява отделните субатомни частици, които се сблъскват с пикселите, когато камерата е в отворено положение. Така се постигат изображения с висока резолюция и контраст, недостижими с традиционните медицински апарати. С новия скенер, кръстен „Spectral CT“, ще бъдат извършени през следващите месеци първите клинични тестове с пациенти с ортопедични и ревматологични проблеми в Нова Зеландия.

СЪЗДАДОХА БЕЛИ ДРОБОВЕ В ЛАБОРАТОРИЯ

Изследователи от Медицинския клон на Тексаския университет публикуваха научна статия в списание Science Translational Medicine, в която съобщават, че благодарение на биоинженерството са създали в лабораторни условия бели дробове, които успешно са трансплантирани на прасета. Това се случва за първи път, а резултатите са повече от обещаващи. Дробовете са присадени на 4 прасета, които дишат нормал-

но след интервенцията. В продължение на два месеца след трансплантациите учените наблюдават животните и изучават жизнеспособността на органите. Надеждите са до 5-10 години да създадат в лабораторни условия бели дробове, които да се трансплантират на хора, пише Science Alert. Така създадените чрез биоинженерство дробове могат да изместят изцяло необходимостта от търсене на донори.

Витамин В3 може да е извънземен



Учени от Пенсилванския университет, работещи в центъра „Годард“ на Космическата агенция на САЩ (NASA) са открили доказателства, че витамин В3 може да е дошъл на Земята с богат на въглерод метеорит. Оказва се, че витаминът, който е изключително важен за човешкото здраве, е и космически пътешественик. Изследователите са анализирали осем богати на въглерод метеорита и са открили, че пробите от

тях съдържат витамин В3 и други органични съставки. Възможно е витаминът да е попаднал в метеоритите, докато те са били на Земята, но учените имат основания да смятат, че произходът му е извънземен. Според тяхната хипотеза по време на периода на най-активното обстрелване на Земята комети и астероиди са донасяли по 10 трилиона килограма органични вещества всяка година. Сред тях е бил и витамин В3.



ЗА УЧИТЕЛИТЕ - С ЛЮБОВ

ПРОФ. ЗЛАТИМИР КОЛАРОВ

„Водеше ни идеята, че, за да сме наясно накъде вървим, трябва да знаем откъде сме тръгнали, че вглеждането в миналото и равностметката какво е постигнато преди нас са основа за развитието ни за напред, че в задъханото ежедневие е добре човек да поспре и да се обърне, за да осъзнае и себе си, и настоящето, и бъдещето.“

Това са думи от послеписа към монографията „История на ревматологията в България“, която бе издадена под редакцията на проф. Златимир Коларов и доц. Симе-

он Монов през 2014 година. По-късно по книгата бе създаден документален филм със същото заглавие, а неотдавна историческите материали станаха още по-живи чрез спомените на проф. Златимир Коларов. Той представя личните си впечатления от любимите преподаватели и колеги, допълвайки с емоции пъзела на историята на българската ревматология, представяйки изключителната медицинска подготовка, етика, морал и постижения на предшествениците си. Ето как е запомнил двамата от тях.



ПРОФ. ПАНАЙОТ СОЛАКОВ

Невероятен диагностик и терапевт, интернист с богат клиничен опит и съвременна теоретична подготовка. Поставяше диагнозите за секунда. Ние, неоперените като пелтета асистенти с две-три години трудов стаж, го гледахме с възхита като бог.

Доцент Солаков тогава, сега – професор, е ученик и продължител на делото на професор Антон Митов, основател и ръководител дълги години на Катедрата по пропедевтика на вътрешните болести в Медицинския институт в Пловдив, който пък е ученик и продължител на делото на про-

фесор Стоян Киркович, легендарният основател на специалността „Пропедевтика на вътрешните болести в България“, основател и дълги години ръководител на същата катедра в Медицинския институт в София, лекар от най-висока класа. Бях асистент на доцент Солаков две години в клиниката със същото име в Медицински факултет-Пазарджик и още шест – доброволно помощник по време на свободния му прием. Щастлив съм, че чрез него се докоснах и до митологични личности в медицината, горд съм, че се нареждам в реди-

ката, някъде далеч след тях.

Верен ученик на своите учители, доцент Солаков ни учеше как да изследваме болния, как да построяваме диференциалната диагноза – реда на болести със сходни симптоми и прояви, как да лекуваме и най-вече – как да мислим „биологично“. Осемте години с него бяха най-интересните и полезни за мен.

През този период една година работех в Пловдив – преподавах вътрешни болести на студенти-стоматолози. Във вторниките, когато беше свободният прием на доцент Соваков, бяха два часа

по-рано от работа и отивах в Поликлиниката в Пазарджик да „чиракувам“ – посрещах и изпращах болните, пишех рецепти, преглеждах и му докладвах резултати от изследвания и рентгенови снимки, т.е. учех занаята, като „пиех вода от извора“. След година стигнахме до такъв синхрон, че той поиска два кабинета с врата между тях – той преглеждаше в единия, аз в другия, после аз докладвах какво съм открил и какво мисля, той потвърждаваше или коригираше моята диагноза и терапия, премествахме се в съседния кабинет и

той ми казваше какво е установил и какво мисли, аз пишех рецептите, сестрата – бланките за изследвания и така за един следобед преглеждахме до 30 болни. Тогава трудът се плащаше от болницата – по 4 лева на час за редови лекар, по 8 да хабилитиран. В края на месеца доцент Солаков получаваше 72 лева без удържките, а аз – удоволствието да работя с него. И никакви съблазни не бяха в състояние да ме отклонят следобеда във вторник от пътя към поликлиниката и кабинета, в който преглеждаше доцент Солаков. Не ме отклони

дори жена ми, с която тогава бяхме гаджета, и на която иначе принадлежаша всички други дни и часове на седмицата и месеците на годината, оказа се и на годините до сега...

Доцент Солаков първи ми подаде ръка да стана асистент – за 6 месеца, по заместване. От там тръгна медицинската ми кариера. По-късно беше неизменно до мен – бе член на комисията за асистент по заместване в Пловдив, за постоянно място в Медицинския факултет в Пазарджик, рецензент на докторската ми дисертация, за хабилитацията ми като доцент и по-късно като професор... Чувствам го като стена до себе си, на която винаги мога да се облегна в труден момент и да издържа.

ПРОФ. ЙОРДАН ШЕЙТАНОВ

Възпитан, умерен, балансиран. Бързо мислещ, бързо действащ. Оратор. Владееше реакциите си до съвършенство на подиума, в лекционните зали, в живота. Начетен, компетентен. Амбициозен. Пише великолепно. И досега едни от най-добрите и най-четените монографии за ревматичните болести са написаните от него...

Дълги години бе ръководител на Клиниката по ревматология към Медицински университет – София. В най-трудните години на прехода даде шанс за кариера на всеки, който искаше и имаше сили да върви нагоре и напред и никого не спря. Често казвам, че „когато другите се бореха да оцелеят и да се изхранят, ние, в Клиниката по ревматология, се борехме да преуспеем в кариерата и в живота“, което бе нетипично, нелогично и безкрайно трудно за тогавашното време – благодарение на неговата подкрепа

разработвахме дисертации и ги защитихме, печелехме научни проекти, провеждахме клинични проучвания и най-важното – работехме в синхрон, в екип и живеехме спокойно и пълноценно...

От международните конгреси се връщаше с чанта, пълна с материали – статии, брошури, книги... Тогава нямаше Интернет, съвременни книги не можеха да се намерят в библиотеките в България. Преглеждаше материалите, подреждаше ги по теми, заглавия и автори, резюмираше ги в статии, обзори или книги, раздаваше ни ги според темата, която разработвахме. И аз му бях безкрайно благодарен – благодарение на жеста му можех да ползвам бленуваната литература, която ми даваше възможност да

пиша дисертацията си, да вървя напред.

Когато попитах какво мисли, ако защитя по-висшата дисертация – „доктор на науките“, която бе ценз за добиване на научното звание „професор“, вместо „кандидат“, което тогава бе ценз само за „доцент“, тъй като съм събрал и обработил много болни и написал доста статии, обзори и две монографии по темата, бяха му нужни точно десет секунди, за да отговори: „Защо пък не? Имаш ги болните, заглавия и автори, резюмираше ги. Аз съм за!“ Мога да заявя с чиста съвест, че подобна безкористна реакция е уникална – много често поради завист, корист и страх да не ги изместят, ръководителите забавят дисертантите, забавят и защитите на дисер-

тации им, т.е. не само, че не помагат, но и пречат. Анекдотичен е изразът, че „най-много ще помогнеш на дисертанта, ако не му пречиш“. Благодарение на подкрепата на проф. Шейтанов защитих дисертацията и „спечелих време“ и за литературата, защото нямаше да спра, докато не защитя най-високата научна степен – въпрос на амбиции и темперамент.

Кариерата му е започнала в гр. Елена, където е и родното му място. След конкурс започва работа като асистент в Катедрата по пропедевтика на вътрешните болести в Медицинския институт в София, по-късно оглавява и се хабилитира като доцент в същата катедра в Медицинския институт в София, в Плавен разработва докторска дисертация, хабилитира се като

професор на 44 години, най-младия професор-клинист по онова време, връща се като главен лекар на болницата на МВР, след една година се премества в Клиниката по ревматология, където се пенсионира.

Ние, неговите приемници, съдействахме със съгласието си да продължи да работи до максималната възможна възраст – 68 години, запазахме му кабинета. И сега на вратата стои табелката с надпис „Професор Шейтанов“. Добре е дошъл всеки един момент в клиниката, която ръководеше в продължение на петнадесет и повече години.

Той е един от тримата мои учители, които ми помогнаха да бъда това, което съм. Благодарен съм му, ще го помня и обичам винаги.

КАК ВИЖДАМ БЪДЕЩЕТО НА МЕДИЦИНАТА

АКО ПОЛЕТИМ НА КРИЛЕТЕ НА ВРЕМЕТО...



Д-р Вася Вутова

Аз съм обикновен български лекар, един от многото колеги, решили да променят статуквото и да работят в родината за напреднала, просперираща медицинска наука. Но аз съм и един щастлив български специалист, успяващ да се труди, да трупа опит и знания, за да се усъвършенства в тайните и сложни казуси на психиатрията.

Вярвам, че когато младият медик работи и се развива в сферата, в която желае, когато разполага с нужните ресурси и има амбицията да ги прилага, това е ценно за всички – за пациентите, лекарите, българското здравеопазване и развитието на медицинската наука.

Ако днес полетим на крилете на времето и достигнем до ерата на роботиката и пълната електронизация на всички сфери, сигурно ще видим медицинската наука в нова светлина, поставяща много въпроси, свързани с новаторството и откритията, с подготовката на кадрите и неизменния стремеж на младите медици да станат блестящи диагностични, терапевти, оператори.

Но дали с ръцете на роботизираната техника, на студиената машина, изпълняваща точни алгоритми, ще се решава всеки медицински проблем? Как би изглеждала

на този фон психиатричната наука? А когато генното инженерство елиминира дефектните гени и тежките заболявания останат в миналото, дали ще тържествува една силна медицинска наука, спасила човечеството от рак, шизофрения, малформации? Всичко това със сигурност ще е неоспорим успех на човешкия ум. Но този успех би бил невъзможен, ако заедно с роботиката и високите информационни технологии, не действа и човешкият фактор. Неговото място е неизменно. Когато си пациент, изправен сред най-високоспециализирана апаратура, и търсиш решение на здравословните си проблеми, няма как да не усетиш нуждата и от един топъл поглед, от човешки думи, изпълнени със знание и компетентност, от съвети, вдъхващи доверие и респект. Всичко това може да предложи само лекарят.

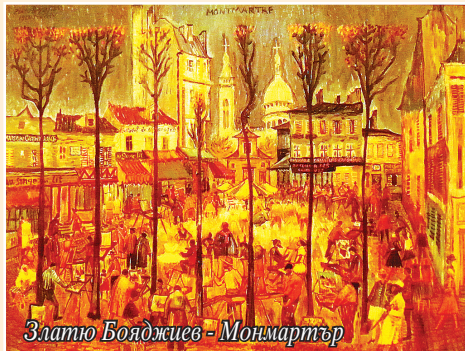
ЛЕКАРСКИ ТВОРБИ, РОДЕНИ КРАЙ МОРЕТО

ДОЦ. ДОБРИН ПАСКАЛЕВ

Той е специалист по вътрешни болести и нефрология. Едновременно с това е поет и преводач, ценител и познавач на латинската древност, както и на за-

падноевропейската литература. Автор и съавтор е на повече от 150 научни статии, съобщения, монографии и учебници. Негови са също поетичните кни-

зи: „Стих от дъжд и щурец“; „SMS стихове и рисунки“ (заедно с художника Бойко Вачев); „Прошката на вековете“; „Кервани подир Росинант“.



Златко Бояджиев - Монмартър

ПРЕДЧУВСТВИЕ ЗА ЕСЕН

Във огън лятото навън гори и август в пламъци се къпе, но - въглен жив - след туй ще прегори и нестинарка - Есен - ще пристъпи.

Ще хукне боса, своя танц извила, докосвайки едва жарта с пети и в залеза ръцете потопила, горите с пръските ще позлати.

Стърнищата край пътя прегорели ще гънат бавно в черна самота - угасвайки над себе си съзрели жита да раснат в бъдните лета.

А мислите, отрада не видели, ще тръгнат пак след облачни ята - на път с товар горчив поели в промяната да дирят красота.

ГРОБИЩЕТО НА МОНМАРТЪР

Sic transit gloria mundi

Immerhin! Mich wird umgeben
Gotteshimmel, dort wie hier,
Und als Totenlampen schweben
Nachts die Sterne über mir.
H. Heine, "Wo?"

Х. Хайне

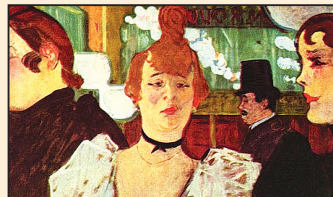
Под схлупения, сив небесен шатър вървях смутен по глъхнали алеи; отколе в гробището на Монмартър тела и пръст в едно се бяха слели.

Внезапна сянка литна подир сянка. Нима душите бяха долетели или видения от смъртна дрямка разбудил бях под каменни постели?

Чий профил в здрачината е пред мене? Чело изрязано над орлов нос; той бе страдалец със съдба на гений - сред музи две почива Берлиоз.

Пред него коленичи Паганини, а той - прославен - бе със празен джоб; троянец горд, преследван от еринии - покой намира тук във сенчест гроб.

Неведом дух над светъл бюст витае. Той немец бе, ала със чужда кръв; покръстен мъж, но без да се разкае - артист на словото бе Хайне пръв.



Тулуз-Лотрек - Ла Гулю

Enfant perdu, прусаците гневеше и бюргерите сочеше със пръст; край Рейн за Лорелай той стих редеше, но спи край Сена днес във френска пръст. Той знаеше - земята е родина за всички мъртви, гдето и да са; накрай света човек да е заринат - ще бъдат отгоре Божи небеса.

Край саркофаг от мрамор преминавам. Нима канкан ухото ми дочу? Как славата човешка отминава! Отвъд танцува вече Ла Гулю...

Тя бе кралицата на кабарето и вдъхнови със прелест Реноар; прослави я Тулуз-Лотрек, джуджето - той в образа ѝ вложи страст и жар.

Но старостта кому ли е простила? Абсент и танц - това е младостта! На сцената мъжете подлудила, кибрит продаваше накрая тя...

Вървях смутен по мъртвите алеи. Зад мен притвори порти Вечността. А над стените чух отново трели - Париж отвън посрещаше нощта.

ВКУС НА СОЛ

Ти истински не можеш да се радваш на света, ако соленото море не бие в твойте жили...

Томас Треъм (17 век)

Но, ако солта изгуби сила, с какво ще се направи солена? Тя вече за нищо не струва...

Мат, 5:13

Ако не те разбужда вик на гларус, забил във диска слънчев клон червен; ако едно море не бие с ярост в сърцето ти със пулса си солени; ако не те примамват каравели и сам - захвърлил всичко - вдигаш флаг, а мислите ти - албатроси смели, не литват в здрача към незнаен бряг; ако не виждаш как стада делфини без лоции те водят в тъмен час, когато в пристъп на униние надеждата е разлюлян компас; ако в миражите корсар с превръзка на мостика не ти налива ром, а после с боен вик и кука дръзка на бордаж не вземаш галеон; ако не чуваш песен на сирени, които в мрака дебнат всеки мъж; ако драпериите звездни разлюлени не ти открият Вечността веднъж; ако веднъж по лунната пътечка не тръгнеш бос към някоя мечта - ти истински не си живял, Човече и в теб загубила е вкус солта!...

ДОЦ. ЙОНКО ЙОНКОВ

Доц. Йонков е специалист по хистология, дългогодишен преподавател в Медицински колеж - Варна и Педагогически институт - Силистра. Член е на Сдружението на писателите във Варна. През 2016

г. той бе удостоен с почетна грамота и статуетка „Сова“ от Синдиката на българските учители за принос при издигане авторитета на родното образование и култура.

Написал е няколко стихосбирки. Последната от тях е допълнено издание, озаглавено „Душата ми е търсеца вселена“. Книгата излезе от печат през лятото на 2018 година.



Автор на корицата Йоанна Пенкова

НА ТЕБЕ, ОБИЧ

Ще те обичам, даже и когато почувствам, че съм вече победен. Ако е вярно всичко за съдбата, пак тебе ще откривам нощ и ден.

До болка ще се вирам в синевата за птици във насрещни ветрове. И в твоя полет, моя Обич свята животът винаги ще те зове!

И ВСЕ ТАКАВА ВИНАГИ БЪДИ

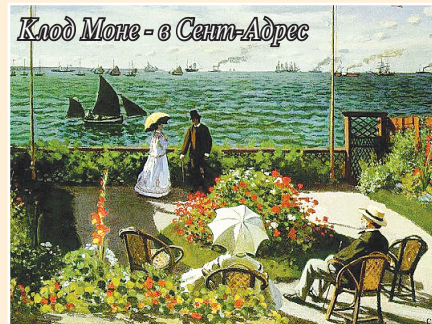
Ако някой някога те съжали - на гордостта длъжница не оставай! Ако някой някога те уязви - на болката със мъдрост отговаряй!

Ако някой някога те победи - от загубата подготви победа! И все такава винаги бъди - каквато всеки иска да те гледа!

ДЪГА

Когато почне да ръми и да се къпят в дъжд полята, когато тъгнен загърми - светкавици небето мята.

Два облака на юг летят - дъхът на времето ни спира или мечтите са на път в дъгата пъстра на Всемира.



НЕПОДСЪДНИ

Ти казваше, че се оправям с всичко, поел дори на двама ни греха. И аз - по теб обезумяла птичка, все търсех в полет твоята стреха.

Понякога край нея пак минавам... Дочува се щастлива глъч оттам. Как, Обич неподсъдна, беше права, че всеки пътя си намира сам!

Следи семейството оставя трайни. По тях вървях към него раздвоен. В гнездо очакван, връщам се без тайни. От истини човешки победен.

ВРАБЧЕТА

В памет на поета Симеон Илиев

Врабчета мили, рошави врабчета! Страната си не биха те сменили за чуждите прехвалени полета, останали без дом, без глас и сили.

Дори когато мраз скове земята, чирикат те, настърхнали на двора. Не искат хляб и милост за отплата - на врабешки език и с нас говорят, хора!

ПУСТЕЕЩИ ГНЕЗДА

Прокудени, заминаха си всички. Пустеят празните гнезда. Децата отлетяха като птички и търсим тяхната следа.

Насъщният изкарва се в чужбина с носталгия в живот нелек. Едни са само майка, род, родина! Щастлив ли е без тях човек?

Д-Р МАРИЕТА ИВАНОВА ЙОВЧЕВА-СТАНЧЕВА

Д-р Станчева е специалист по вътрешни болести и клинична токсикология. Работи във ВМА - МБАЛ Варна. Пише стихове и разкази, които понякога дава на близките си и приятелите си да четат. Има отличия от Десетия национален конкурс за хайку на свободна тема и от Първия национален конкурс за хайку и сенрю "Носачи на вятъра". Помества неин разказ, публикуван в Liternet.bg.

ИСУС ОТ 21-ВИ ВЕК

Детски кръсък, пълен с изненада, се понася по срещнатата страна на улицата и ме откъсва от сутрешния преглед на пощата с първото кафе на терасата. Отначало не чувам добре какво казва детето, както и отговора на майка му, но то изпищява изумено още веднъж, този път по-ясно: "Мамо, Исус! Исус е!!! Виж, Исус рови в онази кофа!".

Поглеждам към контейнерите за боклук отсреща, повод за безкрайни разправи с общинските власти. Висок мъж на около 30 години се е превил на две над единия контейнер и рови вътре с някаква пръчка. Вижда се само част от дългата му коса, сплъстена и разпилена по гърба. След малко се изправя, не мога да му видя добре лицето, но е издължено, със светла брада, без

мустаци. Сутрин е, слънцето грее право в стъклата зад контейнерите и вероятно създава нещо като ореол зад него, нищо чудно, че детето се обърка. Майката нервно дръпва момченцето за ръка, явно му се скарва и го повлича надолу по улицата. Мъжът, чийто силует прилича на Исус, слага нещо в торбата си и също си тръгва, в обратна посока. Отблясъците от слънцето го правят за миг целия златен и сияещ, но на следващата крачка вече си е най-обикновен несретник.

Допивам кафето и ставам, трябва да тръгна за работа. Поглеждам още веднъж към улицата. В първия момент не разбирам какво точно се е променило, после осъзнавам: стърчащото полуизсъхнало дърво до контейнерите е разперило клони, покрити със свежи зелени листа, толкова гъсти, че почти закриват прозорците зад него.

