

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

БЛС ВРЪЧИ ЕЖЕГОДНИТЕ НАГРАДИ „ЛЕКАР НА ГОДИНАТА“



На стр. 6-7

На стилна церемония в столицата БЛС връчи за 16. път най-престижните награди в областта на медицината - „Лекар на годината“. Сред официалните гости на събитието бяха министърът на здравеопазването Кирил Ананиев, зам.-министрите д-р Б. Пенков, Жени Начева, Светлана Йорданова. Събитието бе уважено и от д-р Д. Дариткова – председател на парламентарната комисия по здравеопазване в НС, представители от Надзорния съвет на НЗОК, Йорданка Фандъкова, общински съветници от СОС, доц. Диана Ковачева – омбудсман на Р България и много други.

Д-Р РУМЯНА ДИНОЛОВА,
ГЛАВЕН ЕКСПЕРТ В ОТДЕЛ
„ПСИХИЧНО ЗДРАВЕ“ НА НЦОЗА



На стр. 11

**ГОДИШНО ОКОЛО 1 МЛН. ДУШИ
ГУБЯТ ЖИВОТА СИ ВСЛЕДСТВИЕ
НА САМОУБИЙСТВО. КЪДЕ Е
БЪЛГАРИЯ В ТАЗИ СТАТИСТИКА**

Д-Р ЛЮБОМИР ДОСЕВ

На стр. 8



**СПАСИ 6 ПАЦИЕНТИ
С ИНФАРКТ ЗА ДЕН**

Хрема, настинка



*Лекувайте хрема и настинка без
уещане за замайване и сънливост*

**Запушен и течащ нос,
често кихане...**

Коризалия лекува симптомите на хрема благодарение на своята комплексна формула.

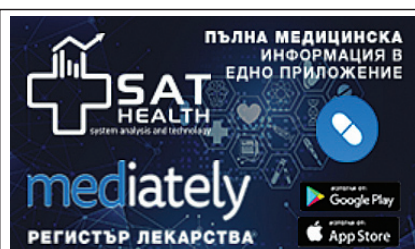
- Няма въздействие върху способността за шофиране.
- Не предизвиква загуба на активното внимание.
- Без лекарско предписание.



Хомеопатичен лекарствен продукт с 6 активни съставки, традиционно използвани в симптоматичното лечение на хрема и настинка. За деца под 1 година, таблетките се стриват и разтварят в малко вода преди прием.
НХП 24116/06.11.2013

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

BOIRON
www.boiron.bg



**• Наредбата за специализациите
отново на дневен ред** *На стр. 2*

**• България с 12 презентации на
UEG Week в Барселона** *На стр. 9*

Петата научно-практическа конференция на БЛС събра специалисти от цялата страна



Едно от най-значимите научни събития в областта на медицината се състоя 24-26 октомври 2019 г.



Станалата традиционна конференция на БЛС тази година се състоя в гр. Несебър. Тя събра около 250 медици от цялата страна – лектори и участници. Особеното през 2019 г. беше засиленото присъствие на млади специалисти. Участие взеха и студенти по медицина, които въпреки че не се кредитират, проявиха интерес към дискусиите на престижния форум. Той е от голям интерес за бъдещите медици заради баланса между теория и практика, който организаторите за пореден път успяват да постигнат. Конференцията беше организирана с финансовата подкрепа на Pfizer, Voiron и Abbvie. Основните теми бяха „Деонтологични проблеми в медицинската практика“ и „Предоперативна подготовка и ранно следоперативно възстановяване на пациентите“.

Председател на организационния комитет е д-р Иван Маджаров, а организационен секретар – проф. д-р Борислав Китов, д.м., който тази година бе удостоен с приз в категорията „Принос за развитие и утвърждаване на авторитета на съсловната организация“ на ежегодната церемония на съсловната организация „Лекар на годината“. При откриването на конференцията д-р Маджаров се обърна към участниците с думите:

Програмата на Петата научно-практическа конференция е изключително интензивна. Водещи имена в медицината ще дискутират деонтологичните проблеми в медицинската практика и предоперативната подготовка и ранното следоперативно възстановяване на пациентите. Този форум ще допринесе за повишаването на квалификацията на лекарите, споделянето и прилагането на добрите медицински практики, което е сред основните цели на БЛС. Среци като тази са изключително полезни за всеки от участниците, заради

практическата им насоченост, чрез обмяна на реален опит от професионалното ни ежедневие.

Темата за деонтологичните проблеми в медицинската практика присъстваше в презентациите на проф. д-р Н. Цачева, д.м.н., д-р М. Китова-Джон, проф. д-р Зл. Петрова, д.м.н., проф. д-р Кр. Визев д.м.н., д-р Г. Павлова, д.м., доц. д-р Ал. Воденичарова, д.м., проф. д-р Ж. Стайкова, д.м.н. и др.

„Предоперативна подготовка и ранно следоперативно възстановяване на пациентите“ беше представена в няколко модула – модул „Трудова медицина и експертиза на работоспособността“, модератори – проф. д-р Н. Цачева д.м.н., проф. д-р К. Любомирова, д.м.н.; модул „Хирургични специалности, Анестезиология и интензивно лечение, Онкологична хирургия“, модератори – проф. д-р И. Петров; модул „Неврология и неврохирургия“, модератори – проф. д-р Н. Габровски, д.м.н., проф. д-р Б. Китов, д.м.; модул „Ендокринология“, модератор проф. д-р Здр. Каменов, д.м.н.; модул „Токсикология“, модератор проф. д-р К. Канев, д.м.н.

Съставът на лекторите се състоеше от изявиени имена на медицинската наука, доказали професионализма си на само у нас, но и извън границите на страната; лекари, които правят не просто наука, а създават школи в медицината у нас. В бр. 9/2019 г. на в. „Quo vadis“ можете да намерите пълната програма, темите и лекторите на конференцията.

Участието в научния форум се кредитира от БЛС с 14 т. за участници и 24 т. за лектори.

Предстои издаването на сборник с доклади на представените презентации в рамките на научната конференция, които имат стойност на научни публикации.

РЪКОВОДСТВОТО НА ЛЕКАРСКИЯ СЪЮЗ ОБСЪДИ С АИКБ ПРОБЛЕМИТЕ, СВЪРЗАНИ С ПОЛЗВАНЕТО НА ОБЕЗЩЕТИЯ ЗА ВРЕМЕННА И ТРАЙНА НЕТРУДОСПОСОБНОСТ

По инициатива на БЛС в централата на съсловната организация се проведе среща, на която се обсъдиха възможните решения за ограничаване на болничните листове и недопускане на тяхното преизходване от страна на недоброжелателни ползватели. От страна на БЛС присъстваха зам.-председателят д-р Николай Брънзалов, гл. секретар д-р Стоян Борисов и д-р Гергана Николова, член на УС на БЛС. Асоциацията на индустриалния капитал в България беше представена от председателя на УС г-н Васил Велев и д-р Петя Георева.

БЛС представи принципната позиция на съсловната организация, че лекарите нямат вина, ако някой злоупотребява с издаването на болнични листове, както и че работодателите трябва да контролират процеса. Д-р Николай Брънзалов цитира данни, според които между 15-17 % от всички болнични са издадени от семейните лекари. От АИКБ заявиха, че проблем с болничните има и трябва да се търси бързо решение. Васил Велев заяви, че отговорността между работника и работодател

ля трябва да бъде споделена. Сред възможните решения според него са ограничаване на ползването на 3 дни болничен до няколко пъти в годината, първият ден от болничните да е за сметка на работника, а следващите 2 да се плащат от работодателя и други.

Ръководството на БЛС изслуша предложенията и представи позицията на Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България. Акцентирано беше върху настояването за прекратяване на съществуващата към момента порочна практика един лекар да разпорече да на друг лекар да издаде болничен лист, защото първият е преценил, че болният е нетрудоспособен, но не желае да се натоварва с административна дейност или го е страх да поеме отговорността. Напомнено беше, че вече трета година НОИ и лекарите ползват софтуер за регистриране на издадените болнични листа, на тази информация не достига своевременно до работодателите.

В резултат от споделените мнения, предложения и проблеми, БЛС и АИКБ решиха

да се поиска от НОИ следната информация:

- колко са издадените болнични през 2018 година;
 - какви са най-честите причини за временна нетрудоспособност по пера – например гледане на дете, болест и други;
 - колко са издадените болнични от ОПЛ, лечебни заведения, ЛЛК и всички, които имат право да издават такива;
 - какъв е размерът на болничните за период от 3 дни;
 - кои са периодите в годината с най-много издадени болнични листове за 3 дни и съвпадат ли те по време с почивни дни за национални празници;
 - колко от болничните за 3 дни са издадени в навечерието на уикендите.
- БЛС и АИКБ ще разгледат и анализират съвместно данните, което ще подпомогне изясняването на проблема и вземането на решение. Съсловната организация ще продължи да следва предвидените законови разпоредби.

Фелдшерът на с. Орешник беше намерен мъртъв

Сигналът към полицията е подаден на 8 октомври

72-годишният медик е бил намерен мъртъв в здравната служба на селото. По тялото му е имало следи от насилие.

Вече има заподозрян за деянието – бившият легионер Иван Пачалиев. Той е посетил фелдшера Димитър Факиров заради рани по ръката си. Засега няма данни какво се е случило впоследствие, за да се стигне до смъртта на медика.

Обвинението срещу Пачалиев предвижда до 30 години затвор или доживотна присъда без право на помилване. „Това е един специален текст за убийство на лице мед. специалист при изпълнение и по повод на изпълнение на задълженията му“, заяви окръжният прокурор на Ямбол Дойчин Дойчев, съобщава Нова ТВ.



ПОЗИЦИЯ НА БЛС ОТНОСНО ЖЕСТОКОТО ПРЕСТЪПЛЕНИЕ

Български лекарски съюз е потресен от жестокото убийство на 72-годишния фелдшер в здравната служба на тополовградското село Орешник. Съсловната организация изразява безпрекословната си подкрепа към близките на Димитър Факиров.

Подобна жестокост, отнела живота на медик, посветил десетилетия, за да помага на хората, е необяснима, неприемлива и извън границите на човешкия разум.

Съсловната организация неведнъж е осъждала всяка форма на физическа и вербална агресия над медицински лица, неведнъж е заявявала, че е недопустимо медиците да стават заложници на собственото си призвание и докато се борят да спасят поредния човешки живот, да бъдат принуждавани да защитават своя собствен.

Случилото се в с. Орешник обаче не е поредната проява на осъдително и неприемливо отношение към представители на медицинското съсловие, а жестоко, потресаващо потъпкване и преминаване на всички човешки и морални граници.

БЛС подкрепя бързите действия на институциите, които за няколко часа задържаха и предстои да повдигнат обвинение „за убийство на медицински специалист, при и по повод изпълнение на служебните му задължения“. Съсловната организация ще настоява законовият инструментариум да бъде приложен с цялата му строгост.

СЪСЛОВНАТА ОРГАНИЗАЦИЯ ОСЪЖДА НАПАДЕНИЕТО НАД МЕДИЦИНСКИ ЛИЦА

Български лекарски съюз осъжда поредния случай на агресия над медицински лица и изразява безпрекословната си подкрепа към служителката на Спешна помощ-Петрич, която на 21 октомври е била нападната от придружител на пациент с влошено здравословно състояние.

Случилото се е поредната проява на осъдително и неприемливо отношение. БЛС приветства бързите действия на компетентните органи и ще настоява законовият инструментариум да бъде приложен с цялата му строгост.

Важно е да бъде създаден работещ механизъм, който да защити лекарите на работното им място, за да може спокойно да изпълняват задълженията си. Необходими са цялостни действия към превенция на агресията в лечебните заведения, защото там не е мястото за саморазправа и насилие.

Стъпка в тази посока е предстоящото подписване на съвместно Споразумение за сътрудничество и взаимодействие между БЛС, МЗ и Прокуратурата на Р България с цел защита на медицинските лица на работното им място.



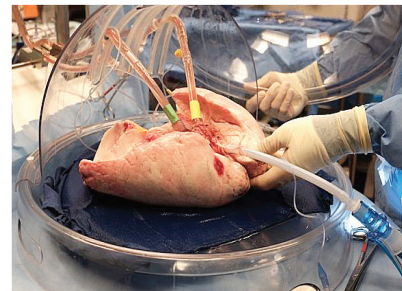
#ПребориГнева
РЕСТАРТ
Добрата дума лекува

Кампания на Български лекарски съюз

НАПРАВИХА ТРАНСПЛАНТАЦИЯ НА БЯЛ ДРОБ В УБ „ЛОЗЕНЕЦ“

Белодробна трансплантация беше извършена от екип на Университетска болница „Лозенец“, ръководен от д-р Игор Тодораке от университетската болница в Хановер и проф. д-р Любомир Спасов.

Трансплантацията започна към 22.30 на 26.10.2019г. и приключи към 4.30 часа на следващата сутрин. През цялото време министър Ананиев е получавал



информация за хода на трансплантацията.

Реципиент е 70-годишен мъж с крайна степен на белодробна недостатъчност поради белодробна фиброза.

ДА СЕ ЗАВЪРНЕШ В РОДНИЯ СИ ГРАД, ЗА ДА ЛЕКУВАШ

Д-р Божидар Генов: „Пациентите в Троян имат нужда от внимание“

След като завършва обучението си в София, д-р Божидар Генов прекарва няколко месеца в Спешно приемно отделение на УМБАЛ "Александровска". Работи и в Божурище като нает лекар. Сърцето му обаче го връща в родния край – Троян. Там д-р Генов е израснал, а от февруари насам приема жителите на града в свой кабинет като общопрактикуващ лекар. В момента д-р Божидар Генов специализира „Обща медицина“.



Д-р Божидар Генов

- Как избрахте медицината? Или тя избра вас? До колкото разбрах, голямата част от роднините ви също са лекари.

- Винаги съм искал да стана лекар, не знам дали заради мое вътрешно влечение към професията, или защото всичките ми роднини са свързани с медицината. Баща ми беше лекар по дентална медицина, майка ми е лекар със специалност Вътрешни болести, едните ми дядо и баба са съответно пулмолог и медицинска сестра, а другите - кардиолог и педиатър.

- Защо решихте да станете общопрактикуващ лекар?

- Реших да стана общопрактикуващ лекар, след като прецених какви точно са моите желания за практикуване на медицина и по какъв начин моите лични качества биха били най-полезни на пациентите. Много обичам да разговарям с хората, за мен е много важно да проследявам цялостното лечение на пациентите и да съм наясно с крайния резултат.

Също така, в много други медицински специалности помагаш само в рамките на конкретната специалност, докато като общопрактикуващ лекар имаш възможността да лекуваш и консултираш пациента, докато постигне възможно най-добро здравословно състояние.

Избрах Обща медицина поради още една причина – при общопрактикуващите лекари заплащането е пропорционално на броя пациенти, а те са пропорционални на удовлетво-

реността си от конкретния лекар. Т.е. като общопрактикуващ лекар, от мен и моите медицински и човешки качества зависи какво ще бъде заплащането ми, а не от множество външни, независещи от мен фактори.

- Може би най-често задавания въпрос към Вас е: Защо решихте да се върнете да работите в Троян?

- Избрах да се върна в родния си град Троян по много причини. Първата от тях е, че много обичам този град, климата му, както и невероятните гледки, които човек може да види всеки ден.

Втора причина е фактът, че моите съграждани също имат нужда от лечение и внимание и ако няма и други лекари, които да се връщат в по-малките населени места, то хората биха имали доста затруднен достъп до здравеопазване, особено по-възрастните и трудноподвижните пациенти.

Трета причина е, че разбрах, че три общопрактикуващи лекари от град Троян се пенсионират почти по едно и също време и голям брой пациенти остават

без личен лекар.

- Какви са най-честите проблеми, с които се сблъскват пациентите Ви в Троян? Какво най-често Ви споделят те?

- Най-честият проблем на моите пациенти е липсата на информираност и достатъчна здравна култура. Смятам, че това е проблем, който може да се реши само на национално ниво, защото като цяло здравната култура на българите е доста ниска и за това не са виновни самите пациенти.

- Какво е вашето впечатление за здравеопазването у нас?

- Моето впечатление за българското здравеопаз-

ване е, че като цяло имаме доста добри специалисти и в много голям процент от случаите се постигат необходимите резултати за пациентите.

Най-големите проблеми на здравеопазването в България според мен са 3: недостатъчно заплащане на медицинския и немедицинския персонал, недостатъчно доверие на пациентите към лекарите и претовареността на лекарите (основно от административна гледна точка), което не оставя достатъчно време на лекарите да дадат спокойно на пациентите си повече информация относно заболяването им, рисковите фактори, лечението, очакваните резултати и необходимите промени в начина на живот.

- Какво желаете да се промени откъм условията на труд и заплащане?

- Заплащането, естествено, трябва да се повиши във всички сфери на здравеопазването. Нямам достатъчно опит с работа в болница, но смятам, че клиничните пътеки трябва да се заплащат според свършената работа, а не по предварително фиксиран ценоразпис.

Това е така, защото цена-

та на голяма част от пътеките невинаги е достатъчна за качествено излекуване на пациента. Според мен това може да бъде резултат само и единствено от повишаване на вноските за здравеопазване.

Относно общопрактикуващите лекари, най-големите проблеми са продължителното 24-часово разположение и невъзможността за ползване на платен годишен отпуск. Също така има нужда и от устойчивостяване на лекарския труд. Това са все неща, за които моите колеги общопрактикуващите лекари се борят да бъдат променени, но за съжаление, без успех засега.

- Има ли достатъчно възможности за младите специалисти у нас?

- Най-трудно за младите специалисти е докато вземат специалност. Постоянните промени в наредбата за специализация допълнително усложняват всичко. Смятам, че сегашните промени със задължаване на лекарите да работят в определено населено място или в определена болница са неправилни и по този начин единственият резултат, който може да се постигне, е да започнат директно

да учат медицина в други държави. За мен, начинът за задържане на младите лекари и връщането им в по-малките населени места е чрез някакъв вид стимули (не само финансови).

- Много млади хора, завършили Вашата специалност, отиват да практикуват в чужбина и не се завръщат. Минавало ли Ви е през ума да работите в друга страна?

- Да, многократно ми е минавало през ума да отида да работя в чужбина. Най-голямото предимство е заплащането и фактът, че не трябва да мислиш за издръжката си, а можеш да се фокусираш само и единствено върху придобиването на нови знания и умения.

Причината, поради която аз се отказах да практикувам извън България, е, че не ми харесва фактът, че там винаги си оставаш "чужд", както и че пропусках ужасно много моменти с близките, роднините и приятелите си в България. Смятам, че макар и трудно, в България също може да се успее с достатъчно труд и упоритост.

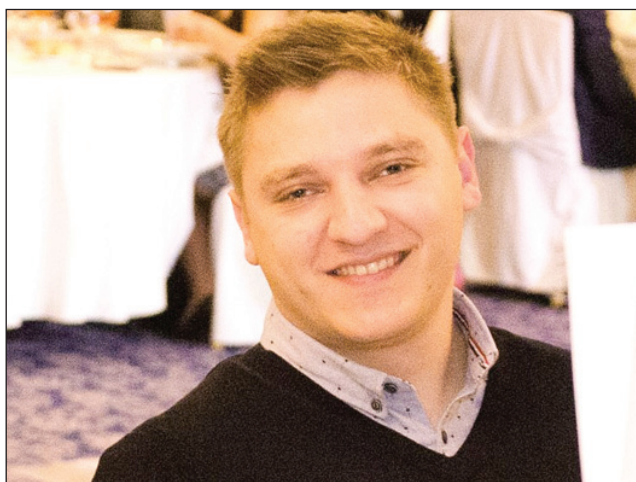
- Какви са Вашите мечти? Какво желаете да постигнете в своята професия?

- Най-голямата ми мечта е да бъда добър лекар - и като медицински резултати, и като отношение към пациентите си. Също така имам желание в бъдеще да се занимавам и с още една специалност - кардиология. Имам огромен интерес и към ехографските изследвания и се надявам да имам възможността да работя повече с ехограф (за тази си страст дължа благодарности на Д-р Николай Хубанов от СПО на УМБАЛ "Александровска").

- Как си се представяте след 10 години?

- Представям си се практикуващ Обща медицина в град Троян, надявам се с много доволни пациенти. Също така се надявам до тогава да съм взел и специалност по кардиология и редовно да извършвам ехографски изследвания.

Интервю на
Милена Енчева



ДА ПЕЧАТАШ ЖИВОТ

За Ева, Адам и 3D биопринтере у нас

Дори и да звучи като термин от далечното бъдеще, 3D биопринтере у нас навлиза с пълна сила както по света, така и у нас.

Преди няколко месеца израелски учени от университета в Тел Авив направиха голяма крачка с представянето на първия в света прототип на миниатюрно сърце, направено с триизмерен принтер, при използването на човешка тъкан.

За развитието на 3D биопринтере у нас голям принос има българската компания "Принтиво". Екипът ѝ стои зад изработването на уникален 3D биопринтер "ЕВА" - първия по рода си у нас, чрез който създават изкуствени кост и тъкани, наподобяващи човешките. Той работи с иновативно биомасило "АДАМ", също разработено от български учени.

Зад развитието на „Принтиво“ стои екип, който не се страхува да експериментира. Повече за сформиранието му и развитието на биопринтере у нас ни разказва изпълнителният директор на компанията д-р Спас Керимов.

- Как се роди идеята за създаването на „Принтиво“?

- От 2016-та насам изминаха 3 години откакто „Принтиво“ се роди в Деня на медицинския работник - тогава регистрирахме фирмата. Било то с някакъв сантимент към празника или просто, защото случайността ни намери там.

- Как се сформирахте като екип?

- Стартирахме като група студенти по медицина ентузиастично, като в момента екипът доста повече се професионализира и навлязоха по-тесни специалисти, които се занимават с биотехнология, с инженерна химия и биоинженери. Така започна да еволюира стъпка по стъпка екипът ни. На този етап работят около 15 души при нас, които са ситуирани в две лаборатории и всички се занимават с усвояване на технологията на 3D биопринтере, която ни позволява да създаваме малки, но функционално активни тъканни елементи.

- За кои сфери е полезна дейността на вашата компания? Къде може да бъде използван биопринтерът и с какви цели?

- В момента сме се фокусирали основно върху тъкани, произхождащи от мезенхим и стволови клетки. Това например е костната тъкан, върху която работим най-усилено.

На този етап принтираме само тъканни структури, които да бъдат използвани за откриване на нови лекарствени молекули. Т.е. да бъдат тествани те или стари такива за тяхната ефективност, защото тъканните еквиваленти съдържат човешки клетки и за разлика от животинските елементи, които се използват във фармацевтичната индустрия за откриване на нови лекарства, много по-ефективни се оказват подобни човешки тъканни конструкции.

- Към настоящия момент работите ли с компании и по какъв начин си взаимодействате?

- На този етап, тъй като ние все още не можем да принтираме много големи структури, успяваме да принтираме по-малки, които да бъдат използвани за т.нар. „drug discovery“ процес. В момента си партнираме с частни клиници, с университети в България и в чужбина. А с няколко фармацевтични компании имаме потенциални взаимодействия, които предстои да иницираме.

- Хората извън научните среди знаят малко за биопринтере и неговите възможности - обяснете повече за самия процес?

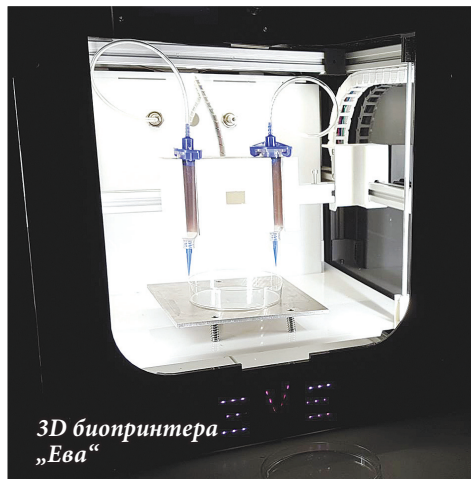
- Самото биопринтере се състои от два основни компонента. Трябва да имаш биопринтер - нашият в случая се казва „Ева“. Той е класически биопринтер, който



Д-р Спас Керимов

то е направен по технологията „extrusion based“ и работи с голям брой биомасила. Това е основното вещество, с което той принтира. Коктейл от може би 10-15 биополимери с различни други съставки в него и най-важните компоненти в биопринтере - клетките. Принтираме с различни видове биомасила, на този етап имаме поне 10-15 разработени такива.

И когато „Ева“ изпринтира една такава биомасила в определена форма и конструкция, което да е голям 3D обект, голям имам предвид 1-2 см., се създават тези тъканни конструкции, които впоследствие се отглеждат и инкубират в биореакторни единици. След това те биват използвани за целите на този „drug discovery“ процес.



3D биопринтера „Ева“

- Трудно ли е да се занимаваш с нещо толкова иновативно в България?

- Ние може би сме един от първите биотехнологични startup-и, които са с българска почва, затова в началото беше изключително трудно да се развие подобен бизнес, защото дори фондовете за рискови инвестиции и най-опортюнистичните инвеститори бяха резервирани към подобен тип начинание. През годините обаче успяхме да привлечем инвестиции и други инвеститори, така че към момента това успя да ни даде достатъчно стабилност и ни позволява да работим активно.

- 3D принтерирането набира популярност в много сфери в днешно време - как виждате неговото бъдеще?

- Смятаме, че до 10 години технологията на биопринтере не само в нашата компания, а и в световен мащаб, ще има възможността да принтира цели органи и мисля, че това е бъдещето на цялата индустрия. Всъщност мисля, че това е по-голямата картинка, към която се стремят всички биопринтерещи лаборатории, а именно да достигнат до биопринтерещи органи. Това несъмнено би довело до огромна промяна в цялата здравна и биомедицинска система.

Когато един човек има възможността

да си купи биопринтере орган за себе си, нагласата му много се променя - дали ще иска да живее още 100-200 години или пък иска да започне да подарява такива на рождените дни на любимите хора.

- Мислите ли, че в бъдеще биопринтерерането би разрешило проблема с липсата на донори?

- Най-вече. С това се заражда през 2009 г. и цялата концепция за биопринтерерането. Тъй като то е относително нова технология, която обаче е достатъчно амбициозна да се опита да реши такъв огромен проблем.

Защото ако има технология, която да принтира органи, които да бъдат направени от клетките на пациента, т.е. всички имунни компликации изчезват в момента, в който такъв орган би добил достатъчно функционалност, че да бъде принтериран.

Това изцяло ще промени парадигмата в медицината и във всички видове терапии. Защото голяма част от симптоматичното лечение на почти всички хронични болести е да третира малко по малко умиращи органи. Един такъв подход, при който заменяме този нефункциониращ орган с изцяло нов, променя и фармацевтичния бизнес и целия начин на болнолечение и болнично лечение.

- Кога според Вас принтерирането на цели органи може да се превърне в практика?

- Едно миниатюрно сърце в Тел Авив беше много добър знак за това, че нещата вървят много бързо и много добре. Ами аз смятам, че за 10 години би имало функционални органи и може би още 10 ще са нужни за това те да бъдат прилагани като средство в трансплантологията. Т.е. може би две десетилетия ни делят от нещо подобно.

- Каква е Вашата оценка за развитието на биопринтерерането у нас?

- В България тепърва започна да се чува за биопринтереране може би миналата година, когато и Пловдивският университет, мисля, си закупи биопринтери. На този етап с биопринтереране комерсиално мисля, че се занимаваме само ние. И може би в един-два университета вече експериментално започват да поглеждат към технологията тук, в България.

Иначе в световен мащаб доста компании вече се занимават с това. Някои - от доста време, други тепърва прохождат, така че смятам, че индустрията е млада, но същевременно много опортюнистична. Като всеки нов пазар малко трудно се прохода и пробива, но когато вече установиш сериозни бизнес контакти - след това продължаваш напред.



Представяне на 3D биопринтера „Ева“

Д-р Любомир Досев спаси 6 пациенти с инфаркт за ден

Всички случаи са с благоприятен изход

- Д-р Досев, какво е работното ежедневие на кардиолог в МБАЛ "Сити клиник - Св. Георги" - Монтана?

Денят в болницата започва с визитация и следват плановите процедури - обикновено няколко на брой. Най-често коронарни или периферни интервенции, т.е. коронарографии и поставяне на стент при нужда. При периферните интервенции правим периферна ангиография - на крака, каротинни артерии, ръце и пак, ако има нужда, се прилага ангиопластика - балонна или поставяне на стент - зависи от случая.

Общо взето имаме натоварено ежедневие - допълнително поемаме и спешни пациенти. Това означава пациенти с нестабилна ангина или пациенти с миокарден инфаркт, или пациенти, изискващи спешна периферна ангиография или процедура на периферна артерия, най-често при пациенти с ХАНК - периферна съдова болест.

- Влязохте във фокуса на медийното внимание с информацията, че за един ден сте имали 6 пациенти с инфаркт. Как всъщност протече този ден и какви бяха случаите?

Това беше събота или неделя, не мога да си спомня в момента. За мен денят е 24 часа, няма фиксирани работни часове. По спомен, първият пациент пристигна към 14:00 ч., следващият към 16:00 ч. и така през 2-3 часа имаше пациент с инфаркт, и така протече денят - инфаркт след инфаркт. В почивни дни сме на разположение с екип от 2 сестри и санитар и ни викат при нужда. В болницата има кардиолог и в случай на инфаркт пациентът се транспортира с линейка в болницата. Следва обаждане към нас, че има такъв случай и трябва да отидем. Нашата цел е да намерим запушената артерия, защото това е обичайният случай. Посредством ангиография откриваме запушения съд на сърцето и целта е възможно най-бързо да го локализираме и да го направим проходим чрез стент, за да спасим възможно най-много миокард.

И 6-е случая завършиха благоприятно за пациентите. Интересното в случая е, че бяха такъв брой в рамките на един ден. Всъщност трябваше върху всеки един пациент да се фокусираме максимално, защото няма идентичен случай - всеки е уникален сам по себе си. Миокардният инфаркт не е както при плановите процедури, защото там нещата могат драматично да се променят, да се влошат по много различни начини. Следят се много хемодинамични показатели - ЕКГ... Целият екип е постоянно нащрек - целим да предвидим неблагоприятен развой на ситуацията, за да можем да го предотвратим.

- Кога завърши този инфарктен марафон?

Не знам... не помня наисти-



Д-р Любомир Досев

на. Последният случай дойде някъде около полунощ.

Работата, която вършим, ни дава много адреналин и докато работиш не усещаш умората - дори както в случая - на 24-я час работа. Има много адреналин в кръвта и това, особено ако всичко е минало добре, дава едно приповдигнато настроение и си тръгнах щастлив, че съм успял да помогна на толкова хора и доминираше чувството на щастие, а не на умора.

- Имали ли сте други подобни дни на огромно напрежение?

Общо взето работата в региона като Монтана гарантира голямо количество на спешните случаи. Докато работата в големия град не е чак с такава концентрация на спешни случаи, защото има повече болници. Когато си единствената инвазивна кардиология на такова място и всички инфаркти се пренасочват към теб, макар някои случаи да се пренасочват към Плевенската инвазивна кардиология или тази във Видин, динамиката на деня е особена и доста специфична. Като цяло имаме доста случаи на инфаркти, поради споменатия по-горе факт. А хората в региона са болни, не държат особено много на профилактиката и срещата с лекар е, когато викнат линейката и случаят е спешен.

- Защо избрахте тази специалност?

Кардиологията има това уникално качество, че ведна-

га можеш да видиш резултата от това, което си направил. Много от другите специалности не са така динамични, докато при спешните случаи в кардиологията веднага виждаш ефекта от интервенцията. Той е видим и резултатът е почти мигновен. Освен това специалността е свързана със законите на физиката и математиката и на мен ми харесва много.

- Как избрахте да работите в болницата в Монтана?

Болницата се намира на стратегическо място в централна северозападна България. Второ, което е изключително важно за човек като мен, е да е налице изключително добро оборудване, с каквото ние разполагаме, имаме последно поколение ангиографски апарат. Нещата, които използваме за пациентите си са изключително добри като качество. Ние не правим компромиси с него, заради по-ниска цена напр. Не съм сигурен доколко това се отчита от пациентите, но голяма част от медицинските продукти, които са на пазара, варирант в различен диапазон на качеството. Наред с това, в болницата в Монтана и конкретно в кардиологичното отделение, в което аз работя, разполага с професионалисти на много високо ниво. Казвам го, защото имам т.нар. back up, т.е. лекари, които помагат и на мен - едно е да отпушиш артерията на пациента, но следва период, в който за него про-

Д-р Любомир Досев завършва МУ-София през 2011 г. През 2017 г. придобива специалност по кардиология, а впоследствие по инвазивна кардиология. Започва работа в НКБ, а по-късно в болница „Александровска“. След това става част от екипа на „Сити Клиник София“, а от пролетта на миналата година - на МБАЛ „Сити клиник - Св. Георги“ - Монтана, съответно отделенията по Инвазивна кардиология на Клиниките по Кардиология. Има редица публикации в чужди журнали с импакт фактор, автор е и на абстракти в международни издания. Участник в редица международни конгреси.

дължават медицинските грижи. За мен самият е в известен смисъл изненадващо, че в този беден регион на България може да има болница на такова високо ниво. Което е доказателство, че мантрата „няма пари“ не е съвсем релевантна. Ако нещата се планират и менажират правилно, направи се подходяща, добре оборудвана сграда, нещата се получават. Стига да не се правят недопустими грешки, нещата могат да вървят безпроблемно. Ако се разпределя разумно бюджетът и НЗОК изпълнява задълженията си, мисля, че съвсем спокойно може да просъществува всяка една болница. Добра апаратура, добри лекари, млади специалисти, качествени ръководители като проф. Младен Григоров - това са факторите, които правят една болница добра. Кардиологията ни е нещо като оазис в Северозапада.

- Какви трудности срещате в ежедневната си работа?

Трудности винаги ще има. Опитваме се да се справяме с тези трудности, без да бъдат усещани от пациентите. Стремим се да им предложим най-доброто и качествено здравеопазване. Естествено, донякъде успяваме, донякъде не. Съумяваме да се справим с това, с което разполагаме. Затова споменах, че е хубаво човек да си намери работна среда, където намира достатъчните условия, за да си върши работата. Това не е толкова лесно, защото някои болници

нямат никакви условия и възможности - нещо, което може да бъде срещнато и в региона.

- Известно е, че сърдечно-съдовите заболявания са най-често сред причините за смъртност в Европа и света. Имате ли наблюдения каква е ситуацията у нас?

Ние сме водещи в Европа по отношение на тези заболявания. Моите лични наблюдения са, че колкото е по-беден е един регион, какъвто е Северозападът, толкова хората се по-небрежни към здравето си - не се хранят здравословно, имат наднормено тегло, не спортуват. Друг странен факт, който съм забелязал и за който не намирам обяснение е, че колкото са по-бедни хората, толкова повече пушат. Понеже този вреден навик вече е и скъп, затова казвам, че няма логика. Наред с останалите проблеми, се оказваме сред водещите държави в Европа по сърдечно-съдови заболявания, а Северозападът пък, като един от най-бедните региони в страната, представлява концентрация на това, за което говорим.

Пациентите са „технически“ трудни, заради нездравословния начин на живот и липса на активно отношение към собственото здраве, оттук и заболяемостта е доста висока.

- Кои са индикациите, че вероятно е необходима консултация с кардиолог?

Разбира се, ще започна с пациентите с високо кръвно, тези с някакъв вид сърцебиене, такива, които усещат липса на

сили за изпълнение на ежедневните задължения, лесна уморемост. Стягането в гърдите не е сред задължителната симптоматика. По - скоро комбинацията от стягане в гърдите и лесна умора в комбинация е сред бъдещите тревога сигнали.

Все пак консултацията с кардиолог стандартно минава през личния лекар, но е добре да разпознаваме тревожните сигнали, идващи от сърдечно-съдовата система. Ролята на ОПЛ вече е да прецени какъв специалист ще консултира по-нататък пациента, тъй като може случат да е за пулмолог напр.

Проблемът е, че в много случаи хората усещат симптомите, че нещо не е наред, но отлагат посещението при лекар и накрая се стига до инфаркта. И това вече е наистина неприятното - дори, ако приемем, че ние сме реагирани възможно най-бързо и по възможно най-добрия начин, все пак съда, който сме отпушили, е бил известно време непроходим и през това именно време е умирали тъкан на сърцето. Затова, колкото и да е банално, най-доброто лечение е превенцията - т.е. сериозно отношение към здравето, преди да се появи този сериозен сърдечно-съдов риск. Тогава ние бихме работили в посока да нормализираме кръвното налягане, холестерола и т.н. с медикаменти и така да минимизираме риска от сърдечно-съдово заболяване.

- Сблъскали ли сте се със случаи на агресия от страна на пациенти?

Честно казано аз не съм от първите специалисти, които се срещат с пациентите, но колегите, които работят в спешните центрове и линейките имат подобни проблеми. Агресията на пациентите, когато искаш да им помогнеш, е напълно обоснована и не разбирам защо се случва. И аз съм имал агресивни пациенти, но го отдавам на липсата на доверие. Напр. репортажите по ТВ, които атакуват доверието в съсловието, пречат за установяването на мост на доверие между лекар и пациент.

- Вашите препоръки за здраво сърце?

Здравословно хранене, спарване с наднорменото тегло, движение, да не пропускаме профилактичните прегледи при личния лекар и да следим холестерола и другите важни показатели; да следим артериалното налягане след определена възраст. Общо взето това е - здравословен живот и категоричен отказ от тютюнопушене. Това е огромен проблем в България - това за цялата здравна система. Аз дори си мисля, че е разумно вносните на хората, които пушат или не се грижат за здравето си, да са по-високи. Така хората биха били допълнително стимулирани да се грижат за здравето си.

40 СЕКУНДИ ЗА ДЕЙСТВИЕ

Годишно около 1 млн. души губят живота си вследствие на самоубийство

През последния половин век честотата на самоубийствата в световен мащаб се е повишила с 60%. Суицидният акт се нарежда на 10. място сред причините за смърт. В света на всеки 40 сек. някой слага край на живота си, а на всеки 3 сек. се извършва опит за самоубийство.

Тази година СЗО посвети Световния ден на психичното здраве – 10 октомври, на превенцията на самоубийствата. Мотото на деня е „40 секунди за действие“, като усилията са насочени към повишаването на осведомеността, която всеки човек може има, за да помогне за предотвратяването на подобни случаи. Къде стои България по този показател и какъв е реалният брой самоубийства у нас, отговори на тези и още много други въпроси дава д-р Румяна Динолова, главен експерт в отдел „Психично здраве“ на Националния център по обществено здраве и анализи.

- Д-р Динолова води ли се у нас статистика за броя на самоубийствата и опитите за самоубийство?

- Да, системно. През 2016 г. в НЦОЗА изградихме онлайн портал, в който се въвеждат всички данни за самоубийствени действия. Преди това те се събираха на хартия и обработването на информацията ставаше много по-бавно. На базата на информацията, с която разполагаме в Националния център по обществено здраве и анализи, през последните 10 години самоубийствата в България намаляват.

- Намалява ли наистина броят на самоубийствата обаче, или става дума за пропуск на статистиката?

- Не можем да говорим за пропуск на статистиката. Тя е такава, каквато е. Но всъщност ни представя върхът на айсберга, защото винаги е свързана само с документираните случаи. Тоест базата данни включва случаите на опити и на смъртни случаи от самоубийства, отчетени като такива от медицинска служба. Съществуват обаче и други, които си остават завоалирани като нещастни случаи – катастрофи и др.

- Къде се намира България спрямо останалите страни в света, когато говорим за самоубийства?

- Статистиката показва, че сме в групата на държавите със средно към ниско ниво на самоубийства. Най-често опити правят млади хора в трудоспособна възраст. В тази възрастова група самоубийствата са втората причина за смъртност след пътнотранспортните произшествия.

- Мъжете или жените прибягват по-често до самоубийство?

- Жените извършват повече опити за самоубийство от мъжете, но смъртта от самоубийство е по-висока при мъжете. И в световен мащаб е така. Мъжете използват „по-твърди“ методи, по-смъртоносни. Жените по-често се самоотравят, докато мъжете по-често използват хладно или огнестрелно оръжие, или се обесват.

Проблем при мъжете също е, че те по-рядко споделят, по-трудно говорят за проблемите си, не приемат това като един от начините да се справят.

- Какви са основните мотиви за самоубийствата у нас? Водещ фактор ли е



Д-р Румяна Динолова

бедността и финансовото състояние на човек?

- За българите водещият мотив са конфликтите в семейството – между съпруг и съпруга или родители и деца, на второ място е наличието на телесна или психична болест. При юношите най-често мотивите са свързани с конфликт с родителите или несподелена любов.

Цитирането на данни, извадени от контекста на цялостната картина, може да подведе общественото мнение. Много е лесно да се каже, че понеже сме бедни и нещастни, затова се самоубиваме. Но нашите анализи показват, че за българската популация, финансовите мотиви са на 8-мо място от дванадесетте значими причини за самоубийствени действия, като само в 5% от случаите те са свързани с финансови мотиви или със загуба на работа. Например в най-бедния Северозападен регион има най-малко суицидни опити.

Рисковите фактори могат да бъдат и медицински – психични разстройства, зависимости, соматични заболявания. Депресията е сред водещите причини за самоубийства, различни изследвания показват, че 45-70% от тях са предшествани от депресивен епизод. Лесният достъп до алкохол и вредната му употреба също е рисков фактор за самоубийство – при хората с алкохолна зависимост рискът е 20 пъти по-висок. В световен мащаб между 10 и 22% от всички, отнели живота си, са били с алкохолна зависимост.

- Какви са основните митове, свързани със самоубийствата?

- Съществуват различни митове. Един от тях е, че ако някой говори за самоубийство, значи няма да го направи, защото това е просто „вик за помощ“. Но едно не изключва другото – да, говоренето може да е вик за помощ, но това не означава, че човекът ще се откаже от намерението да сложи край на живота си или да направи опит.

- Когато има история или данни за наличие на психична болест на самия човек, в семейството или в рода му. Порискови са хората, които вече са правили опит за самоубийство, злоупотребяват с психоактивни вещества или алкохол или имат тежко хронично заболяване.

- Какви мерки се взимат у нас за справяне с проблема?

- Превантивните мерки са много важни. Те трябва да са насочени към общността и към повишаване на капацитета на специалистите. НЦОЗА организира и осъществява поредица от обучения на специалисти от първичната здравна мрежа: общопрактикуващи лекари, психолози и социални работници за ранно разпознаване на депресия, тревожност и суицидно поведение. Доверието към личните лекари е най-високо и повишаването на техните знания води до по-добро разпознаване и навременно насочване и лечение и съответно до намаляване на смъртността от самоубийствени действия. Важно е също да има достъп до психичноздравните услуги. И не на последно място в училищата трябва да се провежда системно обучение по тези теми.

- Това са мерки, които вече са факт?

- Доста голяма част от тях са факт. По превенция обаче не сме отличници, защото тя изисква усилия и целево финансиране, а за съжаление в България не се отделят много средства за превенция. Обезопасяването на потенциално опасен мост, дори поставянето на охрана на него, намалява опитите за самоубийство на това място. Заклучването на прозорците в големите обществени сгради. Това са действия, които не изискват кой знае какви финансови средства. Но за да са ефективни превантивните мерки, те трябва да бъдат предприемани и осъществявани от добре подготвени по темата хора.

- На всеки три секунди в света се извършва опит за самоубийство. Какъв е Вашият апел като психиатър към хората, които не виждат друг изход?

- Говоренето, споделянето, търсенето на помощ помага, защото понякога човек зацикля в дадена ситуация и му е много трудно да я погледне от различен ъгъл. Когато успее да го направи, вижда, че има изходи и решения извън това крайно намерение. И че всъщност смъртта не разрешава ничий проблем.

Важно е да се потърси помощ от специалист, защото депресията повлиява на цялата психична сфера на човека, и то чрез функционирането на мозъка. Хората си казват – ама аз съм силен, ще се справя. Само че депресията повлиява и волята на човек, той не е същият като преди! Затова бих казала на страдащите хора – не се колебайте, информирайте се, потърсете помощ, разговаряйте, намерете начин да споделите мислите и чувствата си, защото това помага. Колкото до техните близки... Ако видите, че има промяна в поведението, че човекът се затваря в себе си, изолира се, гледа да избягва семейните активности, проявява раздразнителност или агресия, по-често пие или приема наркотични вещества – всичко това са знаци, че има проблем, който може да бъде разпознат и да се действа навреме. Затова никога не се колебайте да посъветвате вашия близък да потърси адекватна медицинска помощ.

Друг често срещан мит е, че ако ти започнеш темата и разпитваш някого за самоубийствените му намерения или планове, това може допълнително да го провокира. Но разговорите с човек, който споделя подобни мисли, не го подтиква да ги изпълни. Напротив, това дори може да му помогне да потърси обратен път към живота.

- Търсят ли хората помощ, преди да стигнат до подобни крайни действия?

- Има данни, че хората, които са направили опит за самоубийство, всъщност често са посетили медицински специалист две седмици преди това, най-често семейния лекар.

- Как могат да помогнат близките в таква ситуация?

- Най-важното нещо, което трябва да се знае, е, че консултацията със специалист само може да помогне в тази тежка ситуация, не и да навреди. За съжаление, мнозина си мислят, че консултацията с психиатър може да лепне „клеймо“ на техния близък за цял живот, че той е „луд“.

Всъщност моментното състояние на психична криза или отключването на депресивен епизод по повод на някаква житейска ситуация не означава, че човекът е „полудял“. Депресията е състояние, което може да се лекува, а нейното ранно откриване и лечение води до по-добър изход и до по-рядко възникване на тежки усложнения, каквито са суицидните мисли, намерения и действия.

Важно е да бъдем чувствителни към хората в подобно състояние, да говорим с тях, да не се страхуваме да ги питаме, защото това няма да усложни нещата. Много често близките после казват, че нищо не са разбрали. „Той си беше добре и изведнъж сложи край на живота си.“ Обикновено това не е така, самоубийството никога не е някакъв мигновен акт.

- За кои хора има по-голям риск от самоубийство?

ЗА ПИСАНИЕТО КАТО КАУЗА

Д-Р МАРИЯ ГЕОРГИЕВА ИЗДАДЕ КНИГА, ЗА ДА ПОМОГНЕ НА БОЛНО МОМЧЕ

Бяла престилка, червени къдрици и лъчезарна усмивка. Това накратко е д-р Мария Георгиева. Истината е обаче, че за нея не можем да говорим кратко, защото имаме да разкажем толкова много.

Д-р Георгиева се грижи за пациенти с хематологични заболявания вече 10 години, а в МБАЛ „Света София“ ги посреща от 2015 г. Медицината е била нейната детска мечта, но литературата има специално място в сърцето ѝ. Пише всичко – от стихотворения до разкази, а тази година на пазара се появи и първата ѝ книга – „Горчиви гроздови зърна“. Благотворително издание, с което лекарят помага на свой пациент.

Литературата – това прекрасно бягство

Стихове, есета, разкази. Още от ученическа възраст д-р Мария Георгиева развива писателските си умения. За публикуване на творенията си като млада обаче, отказва дори да се замисли.

Не съм издавала нищо тогава, просто си пишех и си водех дневници... Тогава имаше едно списание „Родна реч“, където публикувах творби на талантили деца от цяла България, но аз не съм пращала никъде нищо., разказва д-р Георгиева.

След като попада в Медицинския университет, постепенно писането остава на заден план за повече от две години. И никои не би я винил – учи две специалности – „вътрешни болести“ и „хематология“.

Детство обвито в красота или как се роди „Горчиви гроздови зърна“

Преди години д-р Мария Георгиева оцелява като по чудо след тежка катастрофа. Оттогава не шофира кола. Това пък променя мирогледа ѝ – докато се вози в автобус има по-голяма възможност да се наслади на красотата на пътя. Пътят към дома.

Така се ражда и идеята за първата книга на д-р Мария Георгиева – „Горчиви гроздови зърна“. Дебютното творение на лекаря представлява романизирана автобиография на детските ѝ години.

Гледането през прозореца събужда детски спомени и всъщност книгата е точно това – моите детски спомени., споделя хематологът.

А детските спомени на д-р Георгиева са от Белоградчик. Израснала е в селото на майка си, което е на 30 километра от града. Красотата на Северозапада е едно истинско вдъхновение – не само за лекаря, но и за всички прекарвали част от живота си в района.

Всички герои в книгата са с реалните си имена, това са наистина много хора, част от които вече не са между живите. Идеята беше да останат моите близки хора, да останат да живеят, защото някак ми се струва, че го заслужават.

Навсякъде в книгата има емоции... и много грозде. Горчивото грозде като символ на живота и на противоречията в него. Защото животът може да бъде сладък, но и леко горчив.

Много често човек минава както през тежки, така и през хубави периоди. Така се търкалят и горчивите гроздови зърна, аз съм нарекла така една от главите в книгата и оттам идва всъщност противоречието, което се съдържа и в самия живот., допълва д-р Георгиева.



Д-р Мария Георгиева



Д-р Георгиева и Даниел

Каузата зад един дебютен роман

Книгата „Горчиви гроздови зърна“ се издава с благотворителна цел. Сумите от продажбите д-р Мария Георгиева решава да дари за лечението на Даниел Маринов от Враца. След нелеп инцидент момчето остава с тежко увреждане на гръбнака. За да оздравее, той се нуждае от трансплантация на стволни клетки.

Даниел Маринов беше мой пациент преди 6 месеца. Той е много позитивен, въпреки тежката травма. Да си на 21 години и да не можеш да ходиш, да си лишен от абсолютно всички ежедневни възможности, да си прикован към инвалидната количка на 21, това е изключително сериозно изпитание на психиката., разказва хематологът.

Първоначално д-р Георгиева се е притеснявала за първата си среща с Дани, но момчето се оказва изключително позитивно. Няма и следа от тъга или депресия, а очите му сияят. Силната харизма на Дани и желанието му за живот провокират хематологът да издаде „Горчиви гроздови зърна“ с благотворителна цел.

Когато се запознах с него, реших, че заслужава да му се помогне и просто го почувствах много близък и до ден-днешен той наистина има много специално място в сърцето ми като буквално все едно ми е дете.

Вдъхновение, облечено в лекарска престилка

За какво може да пише един лекар? Сигурно мнозина от вас се питат. Отговорът е лесен – за всичко. В произведенията си д-р Мария Георгиева е описвала част от колегите си, както и ежедневието си на лекар.

Имам един разказ, който беше приет изключително противоречиво – „Аутопсията“ се казва. В основата му има истинска случка и ... Имам един разказ, който съм посветила на Дани, казва се „Червенокосата“ и е с благодарност за сиянието в живота.

Д-р Мария Георгиева има разкази, които ще направят вечерта ви емоционална, други ще ви разсмеят и ще ви накарат да забравите проблемите. А публикациите ѝ във Фейсбук ще ви окуражат да зарежете диетите.

След поредица от статуси за правилното и неправилното хранене се ражда и идеята за написване на втора книга, която ще се казва „Не яж това!“.

Дебеланата срещу сърцеразбивачката. Тя още в процес на писане. Много ми се иска да бъде малко по-особена като книга, защото чиклитът е специфичен стил., разказва д-р Георгиева и споделя, че в книгата ще има и специални илюстрации, дело на български художници.

Между литературата, медицината и откраднатите моменти за писане

Често д-р Георгиева е питана как съчетава хобито с професията си. А тя категорично заявява, че пишешки си почива. Писането се оказва отдушник след тежките дежурства в отделението по хематология.

А между изкуството и лекарската професия допирни точки не липсвали. Много са лекарите писатели. Често те пишат именно за медицина. Д-р Георгиева обаче се старее да не отегчава хората с прекалено много разкази от лекарските кабинети.

Д-р Мария Георгиева или ... Маракуя Маракуя

С творчеството на д-р Георгиева може да се запознаете както на хартия, така и онлайн. В социалните мрежи може да я намерите под псевдонима „Маракуя, Маракуя“. Но побързайте, защото и в живота, и в писането лекарите бързо взимат решения:

Имах много стихове на страницата и в един момент реших, че са посредствени и ще ги изтрия, и ги изтрих. И в един момент, да кажем, провокирана съм от нещо, публикувам го във фейсбук, но не и в страницата и се оказва, че имам на стената доста написани стихове.

Писането винаги ще бъде неделима част от живота на Маракуя, Маракуя... Но д-р Георгиева винаги ще остане предана на бялата престилка, защото за нея медицината не е просто професия, а призвание. И то едно от най-достоините.



Сумите от продажбите на „Горчиви гроздови зърна“ д-р Мария Георгиева решава да дари за лечението на Даниел