

# QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

## ДОНОРСТВОТО: ДА СПАСИШ ЖИВОТ СЛЕД СМЪРТТА

На стр. 6-7

Да дарим надежда, като дадем частица от себе си на близък или непознат - това не е просто благородство. Това е втори живот - подарък, който чакат хиляди. За съжаление, статистиката отрежда на България последното място в Европа по брой трансплантирани хора.

Заради недостатъчния брой на донорите и честия отказ на близките да дарят органите на починалия, Министерството на здравеопазването стартира Националната кампания за подкрепа на донорството и трансплантацията под мотото „Да! За живот!“

Половината от българите заявяват готовност да дарят органи след кампанията „ДА! За живот!“

### Д-Р ВЛАДИМИР ИВАНОВ

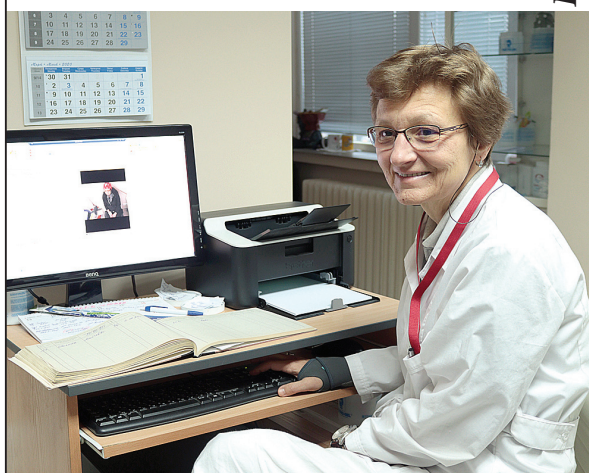


На стр. 4

2 ГОДИНИ ПЛАНИРАХ ЗАВРЪЩАНЕТО СИ

### НОВ АПАРАТ СЪЧЕТАВА ЕЕГ И ЯМР

На стр. 5



ГОСТ ПО ТЕМАТА: ДОЦ. Д-Р ПЕТЯ ДИМОВА ОТ УМБАЛ „СВ. ИВАН РИЛСКИ“

- ВАС обяви НРД за 2016 г. за нищожен
- 30 години от възстановяването на БЛС
- НРД 2020 – 2022 е вече факт
- Промяна във финансирането на съдебномедицинските експертизи

На стр. 2-3

ПРИ КАШЛИЦА, ЗА ВСЕКИ!

СТОДАЛ БЕЗ ЗАХАР



Хомеопатичен лекарствен продукт БЕЗ ЗАХАР. За възрастни и деца над 18 месеца.

- Съдържа 8 активни съставки, традиционно използвани за лечение на кашлица.
- Стодал БЕЗ ЗАХАР успокоява СУХАТА и облекчава ВЛАЖНАТА кашлица!

Край и на капачето, което залепва!



BOIRON

Хомеопатичен лекарствен продукт без лекарско предписание. КХП20190028/08.02.2019

За пълна информация:

Южен парк, бл. 28, вх. А, ап. 6, 1408 София, тел.: (02) 963 20 91, 963 09 06; факс: (02) 963 45 00, e-mail: boiron.bulgaria@boiron.bg www.boiron.bg





# ВАС ОБЯВИ „СЛУЖЕБНОТО НРД“ ЗА НИЩОЖНО

Какво следва от това решение?

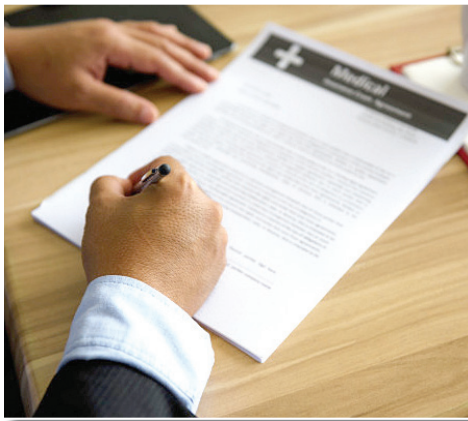
Български лекарски съюз успя успешно да защити правата на лекарите, след като спечели 4-годишната съдебна битка срещу Националната здравноосигурителна каса.

Преди дни Върховният административен съд се произнесе с решение, с което окончателно обяви за нищожно Решение № РД-НС-04-24-1 от 29.03.2016г. на НС на НЗОК, известно като т. нар. „служебно НРД“.

Решението на ВАС доказва, че законът не може да бъде заобикалян и не може да съществува Национален рамков договор без той да е подписан от Български лекарски съюз.

ВАС изрично подчертава, че решението, взето от НС на НЗОК, излиза извън неговата компетентност. Причината - при несклучен НРД за съответната година - с решението на НС на НЗОК на практика е приет изцяло нов НРД за 2016 г. Това е в разрез с нормативната уредба, предвид обстоятелството, че когато не се подпише НРД, с решението може само да се изменят или допълнят изначално съдържащите се разпоредби в НРД по чл. 55, ал. 2 от ЗЗО, вследствие на промени в действащото законодателство.

Нищожността на „служебното НРД“ означава, че същото не поражда никакви правни последици от самото му издаване, а тъй като решението на НС на НЗОК представлява подзаконов нормативен акт, съгласно изменената от 29.11.2019 г. разпоредба на чл.1, ал.1 от Закона за отговорността на държавата и общините за вреди, всяко



заинтересовано лице може да претендира обезщетяване на вредите, причинени от действието му.

С обявяването на нищожността на „служебното НРД“ отпадат и основанията, на които НЗОК се е позовала при отказите да бъдат изплатени надлежно извършените медицински дейности, включително надлимитните.

От друга страна, всички глоби, наложени на основание „служебното НРД“, както и исканията на НЗОК за възстановяване на изплатени средства, също следва да бъдат третирани като наложени и предприети без основание, и съществува възможност засегнатите лица да защитят интересите си, съгласно действащото законодателство.

# 71-И ИЗВЪНРЕДЕН СЪБОР НА БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

ЛКРАТЪК ПРОТОКОЛ

13 декември 2019 година  
София, „Интер Експо Център“

Първо заседание, открито в 10,15 часа

**По точка 1**

Проверка на кворума и доклад на Мандатната комисия

Сборът прие решение да се удължи до 12,00 регистрацията на делегатите, защото поради лоши климатични условия колеги от страната закъсняваха за заседанието.

След приключване на регистрацията в 12,00 часа председателят на Мандатната комисия д-р Петко Стефановски обяви, че общият брой делегати по списък е 357, а броят на регистрираните делегати е 299 души. 2/3 от 357 са 238 души. Сборът има кворум и може да приема решения.

**По точка 2**

Гласуване на дневен ред  
Извънредният събор на Българския лекарски съюз се проведе при следния

**ДНЕВЕН РЕД:**

1. Проверка на кворума и доклад на Мандатната комисия.

2. Гласуване на дневен ред на извънредния събор.

3. Отчет за финансовото изпълнение на бюджета до 30 октомври 2019 година. Приемане на проектобюджет на УС на БЛС за 2020 година.

4. Обсъждане на НРД 2020, част БМП.

5. Обсъждане на НРД 2020, част СИМП.

6. Обсъждане на НРД 2020, част ПИМП.

7. Делегиране право на избраните от УС на БЛС представители за подписване или неподписване на НРД 2020.

/За приемането на дневния ред на 71-ия извънреден конгрес гласуваха 226 делегати. Против - 2 делегати. Въздържали се - Трима делегати. Дневният ред се приема./

След проведената дискусия бяха приети следните

**РЕШЕНИЯ:**

**По точка 3**

Отчет за финансовото изпълнение на бюджет до 30 октомври 2019 г. Приемане на бюджета на УС на БЛС за 2020 година

71-ият извънреден събор прие за сведение финансовия отчет на Управителния съвет на Българския лекарски съюз за периода 1 януари 2019 година - 30 октомври 2019 година.

71-ият извънреден събор прие бюджета на Управителния съвет на Българския лекарски съюз за 2020 година.

/За предложението гласуват 165 делегати. Против - Няма. Въздържали се - Няма. Предложението се приема единодушно./

**По точка 4**

Обсъждане на НРД 2020 - 2022 - част болнична медицинска помощ.

**По точка 5**

Обсъждане на НРД 2020 - част СИМП.

**По точка 6**

Обсъждане на НРД - 2020 - част ПИМП.

**По точка 7**

Делегиране право на избраните от УС на БЛС представители за подписване или неподписване на НРД 2020-2022

На 71-ия Извънреден събор на БЛС на 13.12.2019 г., на основание чл. 9, т. 10 и чл. 5, ал. 1, т. 2 от ЗСОЛЛДМ и чл. 8, т. 6 от Устава на БЛС, във връзка с чл. 53 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), взе решения по следната точка от дневния ред „Делегиране право на избраните от УС на БЛС представители за подписване или неподписване на НРД 2020“, както следва:

1. ДЕЛЕГИРА ПРАВО на представителите, избрани от Управителния съвет на БЛС, да подпишат Националния рамков за медицинските дейности за 2020-2022г. при съобразяване е параметрите в съвкупност, представени на Събора.

2. ДЕЛЕГИРА ПРАВО на представителите, избрани от Управителния съвет на БЛС, в случай на необходимост да участват в изготвяне, приемане и подписване на актуализирано на Националния рамков за медицинските дейности за 2020-2022г. по смисъла на чл. 53, ал. 2 от Закона за здравното осигуряване.

3. Текстовете в НРД 2020-2022 за 2020 г., които касат съответствие на изпълнението на индивидуалния договор на ЛЗБП с броя легла да бъде съгласно брой легла, с който лечебното заведение е изпълнявало договора през 2019 г.

4. В случай че в края на второто тримесечие на 2020г. след извършен анализ се констатира липса на опасност от преразход на средствата за БМП, БЛС се ангажира да започне преговори с НЗОК за отпадане отчитането на дейностите, лимитирани по вид болнични легла - по отделения, като отчитането да се извършва на база общ брой легла в лечебното заведение.

71-ият Извънреден събор прие предложението за делегиране право на представителите, избрани от Управителния съвет на Българския лекарски съюз, да подпишат Националния рамков договор за медицински дейности за 2020 - 2022 година при съобразяване в съвкупност с параметрите, представени на събора.

/За решенията на 71-ия извънреден събор гласуваха 209 делегати. Против - 22. Въздържали се - Осем. Решенията на 71-ия извънреден събор се приемат./

/Закрит в 14,45 часа./

ПРЕДСЕДАТЕЛСТВАЩИ ЗАСЕДАНИЯТА  
НА 71-ИЯ ИЗВЪНРЕДЕН СЪБОР НА  
БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ:

/Д-р Иван Маджаров/

СЕКРЕТАР НА ЗАСЕДАНИЯТА НА  
71-ИЯ ИЗВЪНРЕДЕН СЪБОР НА  
БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ:

/Д-р Стоян Борисов/

## 30 ГОДИНИ ОТ ВЪЗСТАНОВЯВАНЕТО НА БЛС

Съсловната организация на лекарите в България е създадена през 1901 г. Историческите данни за това са оскъдни, но знаем, че непосредствено след Освобождението се поставя въпросът за бъдещото здравеопазване в страната. Д-р Д. Моллов изготвя доклад, по повод на който е поканен в София, за да изработи проект за организация на здравеопазването в страната.

През октомври 1901 г. в София е учреден Българският лекарски съюз. Той е вторият в света след английския. За председател на съсловната организация е избран д-р Моллов, който остава на поста до III лекарски Събор, Пловдив, 1904 г.

От началото на 1903 г. започва да излиза сп. „Летописи на Лекарския съюз в България“, наследник на което е днешното национално издание на БЛС в-к „Quo vadis“.

Лекарският съюз се е ползвал с огромен авторитет и е имал право да участва в присъждането на специалност. „До 1947 г. в активите на БЛС са записани 12 млн. златни лева и огромен недвижимо имущество: на мястото на сегашния х-л „Радисън“ се е намирал Домът на лекаря, на ул. „6 септември“ се е помещавала голямата библиотека на Съюза, две къщи в Банкя, в Павел Баня, Хисаря, Несебър и т.н.“ (сп. Медицинска наука, пилотен брой). В голямата си част тези имоти са били дарения от богати българи.

През периода 1947 - 1948 г. съсловната организация на лекарите е присъединена към профсъюза на здравните и хигиенните работници. Последният протокол на УС на БЛС е от октомври 1949 г. и на практика оповестява неговия край.

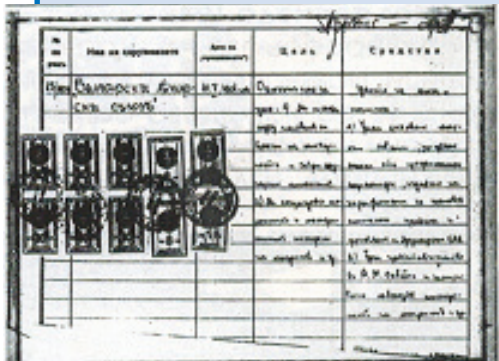


През 1990 г. съсловната организация на българските лекари е възстановена - на 13 януари в София се провежда първото Общо събрание, на което се взема решение за това. На него се приема Обществена платформа на БЛС, временен устав и програма за непосредствените задачи. Избрани са и временни централни органи - УС, Контролна комисия, Комисия по професионална етика. Те осигуряват функционирането на организацията до свикването на Събор. Сформирана е комисия, която да подготви и внесе в съда необходимите документи за регистриране на Съюза. Започва работа и в областните градове за изграждане на Регионалните колегии.

30 години след възстановяването си БЛС се ползва с неоспорим авторитет, надраствайки съсловния си формат и е вече институция в съвременното ни общество - има представителство във Висшия медицински съвет, участва в Комисията по здравеопазване в НС и т.н. БЛС организира и кредитира ПМО и СДО, участва в разработването на правилата за добра медицинска практика, регистрира и контролира квалификацията на практикуващите лекари, участва в изработването на НРД. През 2016 г. Сборът на БЛС взема решение да не подписва Националния рамков договор и НС на НЗОК и издава решение № РД-НС-04-24-1/29.03.2016, по-известно като „служебно НРД“. То се обжалва в съда от БЛС, ЦЗПЗ и НСЧБ. През януари т.г. 5-членен състав на ВАС прогласи нищожност на „служебното НРД“.

БЛС е член на международните организации U.E.M.S., CPME и FEMS.

Препис от регистрацията на БЛС



## Д-р ИВАН МАДЖАРОВ: „Проблемът с нарастващите болнични не може да бъде решен като се насочва вниманието само към лекарите“

Председателят на БЛС д-р Иван Маджаров и зам.- председателят д-р Николай Брънзалов участва в работна среща, която се проведе на 15.01.2020 г. в МТСП. Подуправителят на НОИ Весела Начева представи пред социалните партньори анализ за временната нетрудоспособност в периода 2010-2018 г. По време на дебатите д-р Иван Маджаров заяви, че не трябва да се стигматизира отделна

група в обществото. "Тези, които са нарушители трябва да носят отговорност, но това не е цялото съсловие. Излизането в болнични за някои се е превърнало в печеливш бизнес. Предлагам ви да се съсредоточим върху това и да направим така, че това да не се случва", заяви д-р Маджаров.

Председателят на БЛС обърна внимание, че често в лекарските кабинети

идват пациенти и директно заявяват, че са за болничен. "Отсрещната страна не носи отговорност, когато иска болничен, но лекарят е този, който трябва да откаже. Санкции и отговорност трябва да има и за двете страни", уточни д-р Маджаров и допълни, че предписаният режим на лечение е ангажимент и отговорност на лекарите. "Проблемът с нарастващите болнични листове не може

да бъде решен като се насочва вниманието само към нас лекарите. Нека всички заедно дадем предложението кой трябва да следи за спазването на режима, който е предписан от лекаря. Ние не сме пазачи!", заключи д-р Маджаров.

По данни на НОИ, включени в анализа, нараства общият брой на издадените болнични листове - през 2010 г. са издадени 1473,8 хил., а през 2018 г. - 2243,5

хил. (ръст от 52,2 на сто).

Анализът беше дискутиран от представителите на МТСП, МЗ, работодателски и синдикални организации. По предложение на министър Деница Сачева в МС ще бъдат внесени за разглеждане основните изводи, направени в анализа. Мерките за ограничаване на злоупотребите при получаване на болнични предстои да се обсъждат през следващите седмици.



## МЗ предвижда промяна във финансирането на съдебномедицинските експертизи

Съдебномедицинските структури у нас работят в трудни условия, заплащането е ниско и липсва интерес към специалността. Всичко това налага промяна в действащата нормативна уредба, се посочва в мотивите към проект на Наредба за изменение и допълнение на Наредба № 2 от 2011 г. за условията и реда за извършване на съдебномедицинските, съдебнопсихиатричните и съдебнопсихологичните експертизи, включително и за заплащането на разходите на лечебните заведения, съобщава medicalnews.bg.

Вносителите са министрите на здравеопазването, на правосъдието и на вътрешните работи.

„Съгласно чл. 30 и чл. 31, ал. 1 от посочената наредба, разходите за 1 съдебномедицинска експертиза на труп – аутопсия, възлизат на „до 120 лева“, като в тях са включени режийни разходи (ток, вода, климатизация, вентилация и т.н.), разходи за медицински консумативи (ръкавици, престилки, калцунни, контейнери, чували и т.н.), транспорт, както и за извършени изследвания (за определяне на съдържание на наркотици в урината и на алкохол в кръвта, за определяне на кръвни групи, хистологични изследвания и др.)“, отбелязват те.

Анализът на данните за постъпилите приходи от аутопсионна дейност сочат, че за периода 2011 г. – 2018 г. са издавани план-сметки за разходите по чл. 30 от наредбата, които не са покривали изцяло направените от лечебните заведения разходи. Заложеното в наредбата нормативно ограничаване на размера на разходите до 120 лв. за една аутопсия води до отрицателни финансови резултати за съдебномедицинските структури в страната, което от своя страна създава значителни финансови затруднения за лечебните заведения, в които са разположени“, се казва още в мотивите към проекторедбата.

Освен това, според носителите, посочената сума не отчита труда на участващия в процеса по аутопсията помощен персонал, нито позволява коректно остойностяване на отделните компоненти на разходите.

В структурата на съдебната медицина в Република България са сформирани 31 отделения/клиники и катедри, позиционирани в университетски и областни болници. В момента в страната работят около 70 лекари с призната специалност „Съдебна медицина“, като една немалка част от тях са в пенсионна възраст.

В страната има области, в които няма специалисти по съдебна медицина, което налага при нужда да бъдат командирани от други области. В 12 областни съдебномедицински структури работи само по един съдебен лекар. Незаетите щатни бройки за специалисти по съдебна медицина в страната са седем.

За оптимално съществуване на структурите по съдебна медицина в страната са необ-



ходими около 20 нови щатни бройки за лекари. Специализиращите тази специалност лекари в момента са 7 души, което е недостатъчно за покриване нуждите от специалисти след приключване срока на специализацията им. Ниско е заплащането и на помощния съдебномедицински персонал в страната (лаборанти, санитарни, препаратори и помощник-химици), без които е невъзможно да се осъществи качествена експертиза, сочат общени данни на МЗ.

Затрудненото финансово състояние на съдебномедицинските структури ще продължава да прави специалността „Съдебна медицина“ неатраaktivна и нежелана от младите лекари в страната, категорични са от МЗ, МП и МВР.

С предложените промени се цели да бъде преустановено ощетяването на лечебните заведения, в които са разкрити структури по съдебна медицина, което би се постигнало с актуализиране и осъвременяване на стойността на разходите за извършване на съдебномедицинска експертиза на труп. Така възложителите на аутопсии – МВР и Прокуратурата на Р България) ще отчитат с издаден счетоводен аргумент разходи, които са изцяло административно регулирани, се посочва още в мотивите към документа.

В приложението към наредбата се посочват и пределните размери на преките разходи – до 235 лв., на непреките – до 85 лв., и до 23,75 лв. на час труд на помощния персонал при максимално допустима продължителност от 4 ч. за аутопсия. Отделно от това възложителите ще заплащат по определени цени стойността на поисканите експертизи – токсикологични, химически, ДНК – анализ и т.н.

Тези мерки ще доведат до стабилизиране на структурите по съдебна медицина в страната и ще направят специалността „Съдебна медицина“ по-атраaktivна и желана от младите лекари в страната, смятат носителите.

Финансовите средства, необходими за прилагане на проекта на наредбата за периода 2020-2022 г. са в размер на 2 532 000 лв., тази сума МЗ ще предостави на лечебните заведения и съдебномедицинските структури за модернизиранието им.

## БЛС, МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ПРОКУРАТУРАТА ЩЕ СИ СЪТРУДНИЧАТ ЗА ОГРАНИЧАВАНЕ НА НАСИЛИЕТО НАД МЕДИЦИНСКИ ЛИЦА

На 14.01.2020 г. министърът на здравеопазването Кирил Ананиев, главният прокурор Иван Гешев и председателят на Българския лекарски съюз д-р Иван Маджаров подписаха споразумение за сътрудничество и взаимодействие за предотвратяване и разследване на престъпления, свързани с дейностите по медицинското обслужване.

Двете институции и съсловната организация на лекарите ще си взаимодействат и в случаите на осъществено насилие спрямо работещите в лечебни и здравни заведения, както и в кабинетите на общопрактикуващите лекари по време на изпълнението на служебните им задължения. Споразумението ще даде възможност за бърза обмяна на информация в случай на агресия над медицински специалисти. Сътрудничеството ще включва оказване на експертна и методическа помощ, извършване на съвместни проверки, изготвяне на предложения за нормативни промени, съвместни обучения и други дейности.

Към момента подобно споразумение, за случаите на агресия в ЦСМП и спешните отделе-



ния в болниците, действаше между Прокуратурата и Министерството на здравеопазването.

Случаите на вербално насилие в ЦСМП през 2018 г. са 214, на физическо насилие - 33 в ЦСМП и 396 в спешните отделения. Данните за първото полугодие на 2019 г. сочат, че е имало 116 случая на вербално насилие в ЦСМП и 227 в спешните отделения на лечебните заведения. Случаите на физическо насилие са 8 в ЦСМП и 34 в спешните отделения.

Текстът на Споразумението на [www.blsbg.com](http://www.blsbg.com)

## НРД 2020-2022 ВЕЧЕ Е ФАКТ



В последните дни на 2019 г. БЛС и НЗОК подписаха НРД 2020-2022. „Важно е да се отбележи, че във всеки един момент през тези три години, за които важи Рамковият договор, могат да бъдат правени промени при желание на някоя от преговарящите страни“, обясни председателят на БЛС д-р Иван Маджаров. „Всички искания, поставени на УС на БЛС по време на 71-вия Извънреден събор, са изпълнени“, добави д-р Маджаров, или както следва:

- в НРД се записва, че болничното лечебно заведение не може да заплаща по-малко от 80 на сто от половината от месечния му приход за заплати на лекари и специалисти по здравни грижи, от които 80 на сто: 64% за лекари и 36% за специалисти по здравни грижи;
- увеличени са цените на 251 клинични пътеки и 7 процедури средно с 14%;
- намалени са обемите със 7 на сто;
- лекар без специалност ще има право да извършва дейности при субординирана координация на лекар със специалност;

• при надвишаване на регулативния стандарт, който е определен за профилактика на общопрактикуващия лекар, няма да се налагат глоби и той няма да бъде лимитиран. Отпадане на регулативията и за изследванията при профилактика;

• увеличени са средно с 18% цените на МДД (медико – диагностичните дейности);

• увеличени са средно със 7 на сто цените в СИМП за първичен преглед, първичен профилактичен преглед по програма „Майчино здравеопазване“, вторичен преглед, медицинска експертиза и др.;

• няма да има промяна в Рамковия договор по отношение на изписването на терапията за хронично болните пациенти. В чл. 49 е добавено предложението на общопрактикуващите лекари, че се работи по Наредба 4;

• личните лекари ще могат да правят профилактични прегледи на пациенти, които са ги потърсили и по други поводи.

## ПРОТОКОЛ

от заседанието на Националния съвет на БЛС проведено на 12 декември 2019 г.

Овална заседателна зала на БЧК, София

Заседанието на Националния съвет се проведе при необходимия кворум, при присъствали 34 представители на НС, съгласно приложен списък на присъствалите членове, с техните подписи, и 14 представители на УС на БЛС по списък. То премина при следния

**ДНЕВЕН РЕД:**

1. Обсъждане на НРД – 2020, част БМП.
2. Обсъждане на НРД – 2020, част СИМП.
3. Обсъждане на НРД – 2020, част ПИМП.
4. Разни.
  - 4.1. Информация относно финансовия отчет на УС на БЛС до 30.10.2019 г.
  - 4.2. Разглеждане на проектобюджета на УС на БЛС за 2020 г.
  - 4.3. Информация от одитор Милена Рангелова относно непогасени финансови задължения на райони лекарски колегии към УС на БЛС от 2013 г.

След станалите разисквания се взеха следните

**РЕШЕНИЯ:**

**ПО ТОЧКА 1:**

Националният съвет на Българския лекарски съюз обсъди и приема за информация Националния рамков договор – 2020 г., в част Болнична медицинска помощ.

**ПО ТОЧКА 2:**

Националният съвет на Българския лекарски съюз обсъди и приема за информация Националния рамков договор – 2020 г., в част СИМП.

**ПО ТОЧКА 3:**

Националният съвет на Българския лекарски съюз обсъди и приема за информация Националния рамков договор – 2020 г., в част ПИМП.

**ПО ТОЧКА 4:**

**По точка 4.1.**  
Националният съвет на БЛС изслуша за информация от д-р Стоян Борисов за предварителния финансов отчет на УС на БЛС до 30.10.2019 г.

**По точка 4.2.**  
Националният съвет на Българския лекарски съюз изслуша за информация от д-р Стоян Борисов проектобюджета на УС на БЛС за 2020 г.

**По точка 4.3.**  
Националният съвет на Българския лекарски съюз изслуша информация за доклада на одитор Милена Рангелова относно обезпечаването на непогасени финансови задължения на районни лекарски колегии към УС на БЛС от 2013 г.

**ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ:**  
/Д-р Иван Маджаров/

**ГЛАВЕН СЕКРЕТАР НА УПРАВИТЕЛНИЯ СЪВЕТ НА БЪЛГАРСКИЯ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ:**  
/Д-р Стоян Борисов /

Изготвил: Ю. Стоичкова 18.12.2019 г.

## ПРОТОКОЛ ОТНОСНО НРД 2020-2022 МЕЖДУ БЛС И НС НА НЗОК

На 20.01.2020 г., в МЗ беше подписан протокол между БЛС и НС на НЗОК. С документа се гарантира, че нито един текст, променен алгоритъм в КП или КПр, увеличен престой по КП, който не е договорен по време на преговорите между БЛС и НЗОК и не е гласуван от 71-вия извънреден Събор на БЛС, няма да влезе в сила от 01.01.2020 г.

Новите моменти в алгоритмите на КП НЕ влизат в сила от 01.01.2020г., а заплащането на цени и обеми за месеците януари и февруари ще се осъществява по реда на НРД 2020-2022, като отчитането за периода ще е по НРД 2018 г.

През това време БЛС ще разгледа и обсъди всички постъпили сигнали за нередности, открити в текстовете на НРД 2020-2022, които ще бъдат коригирани. Окончателно този процес ще приключи с подписването на Анекс към НРД 2020 - 2022.

С текста на протокола можете да се запознаете на адрес [www.blsbg.com](http://www.blsbg.com).



# Д-Р ВЛАДИМИР ИВАНОВ:

## „БЛИЗО 2 ГОДИНИ ПЛАНИРАХ ЗАВРЪЩАНЕТО СИ“

**Д-р Владимир Иванов е само на 38 г., но с богата биография. Роден е в Пазарджик. Завършва Медицина през 2007 г. в гр. Есен, Германия, а през 2014 г. завършва успешно специализация по Вътрешни болести и Кардиология. Три години по-късно защитава научна степен „доктор по медицина“ в университета в гр. Бохум. От юни 2008 г. до 2018 г. работи в „Санкт Йозеф Хоспитал“, една от клиниките към университета в Бохум, където от 2015 г. е старши лекар (т.нар. Oberarzt). От юли 2018 г. до февруари 2019 г. работи в отделението по инвазивна кардиология на УМБАЛ „Александровска“ София. През пролетта на 2019 г. се завръща в родния Пазарджик, където е ръководител на катетеризационната лаборатория към МБАЛ - Пазарджик.**

**Женен, съпругата му също е лекар - АГ. Отскоро се радват на първородна рожба.**



Кардиологично отделение МБАЛ Пазарджик

България. Все пак има и колеги, които се връщат в родината, но те са малко. Смятам, че за съжаление, тази тенденция ще се запази и в следващите години.

За да останат в България, колегите трябва да виждат перспектива за бъдещето си. Не всичко е пари, разбира се, но лекарите трябва да имат достойно материално възнаграждение. Ще ви дам един пример с мен и с моята съпруга. Когато ние бяхме специалисти, аз в Германия, а тя в България, моето месечно възнаграждение беше около 20 пъти по-високо от нейното. На младите колеги трябва да се дава възможност за професионално развитие, за специализация, за докторантура. Също много важно е и отношението на обществото към лекарската професия. Според мен това са едни от основните причини млади колеги да напускат.

**- Защо избрахте кардиологията за „Ваша“ специалност?**

- Винаги съм имал интерес към сърдечносъдовите заболявания. Труден беше изборът кардиология или кардиохирургия. Везните се наклониха към кардиологията може би по време на практическата година (лекарския стаж), когато 4 месеца бях в клиниката по кардиология към университетската клиника в гр. Есен, която тогава се ръководеше от проф. Раймунд Ербел. Смятам, че изборът ми е правилен и не съжалявам, че избрах кардиологията.

**- Как се спряхте МБАЛ - Пазарджик да бъде Вашето работно място? Какви бяха мотивите Ви за решението?**

- След като се завърнах в България, аз започнах работа в клиниката по кардиология към УМБАЛ „Александровска“. Началникът на клиниката доц. Василев и завеждащият инвазивна кардиология доц. Карамфилов ми помогнаха да се върна в България и затова съм им много благодарен. След 8 месеца работа в „Александровска“ се преместихме в Пазарджик.

В родния си град се върнах поради лични причини - предстоеше раждане на нашия син и в Пазарджик имаме подкрепата на моите родители. В „Александровска“ работих със страхотни колеги, с които до ден днешен поддържаме приятелски отношения.

**- Можете ли да сравните нивото във Вашата специалност в Германия и България като осигуреност със съвременна техника и специалисти?**

- Наистина има някои разлики. В Германия специализацията се води „вътрешни болести и кардиология“ и е 6 години. Тя включва обучение и по вътрешни болести, т.е. специалистите се ротират и по други вътрешни отделения. Минимум 6 месеца трябва да работят в интензивно отделение, където да овладеят манипулации и процедури като ендотрахеална интубация, кардиопулмонална ресусцитация, поставяне на централни венозни и артериални катетри. Трябва да се владеят и основни принципи на механичната вентилация. По време на обучението си специалистите трябва да се научат самостоятелно да извършват както трансторакална, така и трансезофагнална ехокардиография, да могат да поставят пейсмейкърни електроди. Да владеят основни принципи на кардиостимулация. Обучението включва самостоятелно извършване на коронарографии, катетеризации на десни и леви сърдечни кухини.

Когато трябваше да се явя на изпит за защита на специалност през 2014 г. смятах, че за всичко това дори 6 години са малко.

В България има доста добри специалисти по кардиология. Специалността в България е на едно добро европейско ниво. Наистина, като материална база и като апаратура, Германия е доста по-напред. Българските кардиолози в много отношения обаче не отстъпват на немските. Нашите специалисти се интересуват от новостите, посещават международни конгреси, също се дава възможност за обучение в чужбина. Трудно е да се направи подобно сравнение.



По време на постер презентация в Сан Диего САЩ, TCT Meeting 2018

**- Има ли какво да вземем като ноу-хау от Германия?**

- Като се върнем години назад ние сме вземали доста неща от тях и не само в областта на медицината. Немците са свикнали всичко да е по план и са много правилинейни, но понякога, ако нещо се отклони от стандарта и се налага да се импровизира, трудно вземат решение. Ние българите сме малко по-гъвкави и по-изобретателни.

**- Разполага ли България с достатъчно специалисти по кардиология? Има ли го според Вас проблемът с неравномерното разпределение на специалистите?**

- Да, смятам, че България разполага с достатъчно специалисти по кардиология, но те не са равномерно разпределени. В по-големите градове има повече специалисти, докато в малките населени места са недостигни. Има недостиг и на специалисти от други специалности.

**- С какви случаи се налага да се справяте най-често в МБАЛ-Пазарджик?**

- Като инвазивен кардиолог най-често се налага да лекувам пациенти с исхемична болест на сърцето. В МБАЛ-Пазарджик идват доста пациенти с миокарден инфаркт. Поради актуалните събития около инвазивната кардиология, ние работим почти изцяло спешни състояния като остър коронарен синдром. За съжаление, в Пазарджик често пациентите идват много късно, когато ползата от спешната коронарна интервенция е по-малка.

**- Една от дейностите, по които БЛС работи много активно, е превенцията на агресията срещу медицински специалисти. Вие сблъскали ли сте се с такава?**

Поздравявам БЛС за тази дейност. В Германия през последните години също имаше няколко случая на агресия срещу лекари.

За щастие, нито в Германия, нито в България съм се сблъскавал с вербално или физическо насилие. Рядко, както в Германия, така и в България, съм срещал пациенти и роднини, които не са доволни от проведеното лечение, но явно това е част от професията ни. Тогава се налага да обясняваме на пациентите и на роднините по-подробно какво се случва. Един такъв подробен разговор помага в повечето случаи.

**- Няма как да не Ви попитам за станалите известни 5 случая на инфаркт в рамките на 24 часа, които имахте в края на 2019 г., но моят въпрос към Вас е какво беше чувството, когато този буквално инфарктен марафон приключи?**

- Радвах се, че и при петте случая успях да отпуша запушената артерия и се получи добър ангиографски резултат. Бях загрижен за пациентите, но и уморен. Често след работа и в свободното си време мисля за някои по-заплетени случаи.

Няколко седмици по-късно отново имаше напрегнат ден, в който, в рамките на 24 часа, извърших коронарна интервенция на 4 пациенти с миокарден инфаркт. Всички интервенции преминаха успешно. Това е наше ежедневие.

Кардиологията на МБАЛ-Пазарджик приема болни от цяла пазарджишка област. Пациентите с миокарден инфаркт са доста, но за съжаление, немалко от тях идват не навреме и в нестабилно състояние. Катетеризационната лаборатория към МБАЛ-Пазарджик е необходима на гражданите на града и цялата област.

**- Наскоро излезе доклад на ЕК за състоянието на здравеопазването в Европейския съюз и в него се посочва, че България все още сред държавите с висока смъртност от предотвратими заболявания, сред които са сърдечносъдовите. Какви са Вашите наблюдения относно превенцията на тези заболявания и личната отговорност към собственото здраве у нас?**

- За съжаление фактите са потресаващи. Българинът не се грижи за здравето си и не е достатъчно информиран за превенцията на много социално значими заболявания. Преди няколко дни имах пациентка с миокарден инфаркт, която каза, че не знае, че болката в гърдите е симптом при сърдечен инфаркт и не знае, че при съмнение за сърдечен инфаркт трябва да се потърси незабавно лекарска помощ. Ние лекарите, с помощта на вас медиите, трябва да информираме обществото за подобни теми и трябва да обръщаме по-голямо внимание на превенцията.

**- Какви планове и/или мечти имате в професионален план?**

- Аз бих искал да продължавам да се развивам в областта на интервенционната кардиология. Ще видим дали плановете и мечтите ми са свързани с гр. Пазарджик или България. Времето ще покаже. Аз обичам да пътувам най-вече из Европа, но в България се чувствам най-добре.

Интервю на Георги Радев



След коронарна интервенция в St. Josef Hospital Bochum

- Д-р Иванов, завършили сте медицина в Германия. Разкажете ни повече около следването си там?

- Да, завърших медицина в Германия - в град Есен, провинция Северен Рейн-Вестфалия, но започнах следването си в България. Завърших математическа гимназия с профил химия и немски език. В университета избрах за чужд език отново немски. По време на предклиничното ни обучение в България си поръчах един учебник по физиология от Германия, защото ми беше много интересно какво учат колегите ми в Германия и как протича обучението им там.

Във втори курс с колеги посетихме едно изложение за медицинска апаратура в София, което може би беше решаващо за заминаването ми в Германия. Мой близък колега и приятел д-р Стоян Караиванов, който е нефролог в Берлин, също ми помогна да взема това решение. Той замина за Германия две години по-рано.

**- 15 години сте били в Германия, след което се връщате в България. Как дойде това решение? Какви бяха причините и поведът за него?**

- В България съм отново от юни 2018. Винаги съм искал един ден да живея и работя тук. Може би с тази нагласа през 2003 г. заминах за Германия. Дълго време планирах пътя обратно към родината. Исках да завърша започнатата си докторантура, която защитих успешно през май 2017 г. Близко две години планирах завръщането си. Първоначалната ми цел беше да съм се установил в България до края на 2017 г., но нещата не се получиха както исках.

**- Обикновено пътят е обратен - младите лекари завършват в България и заминават**

в чужбина. Какво смятате за тази тенденция? На какво се дължи и бихте ли посъветвали нещо тези, които са избрали този път за себе си?

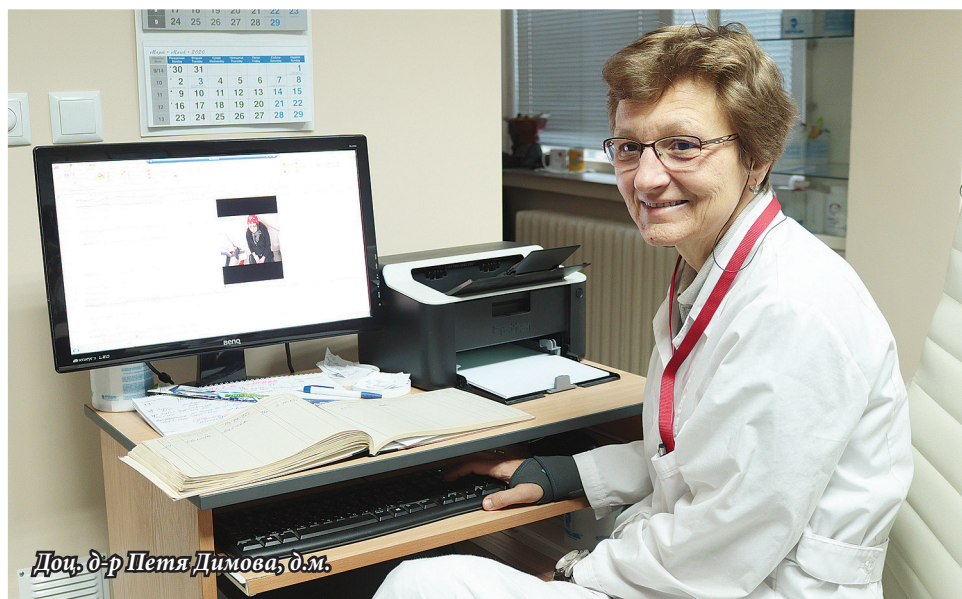
- През 2003 г. аз също бях от тези млади хора, които избират да заминат за чужбина, но аз не исках да чакам до завършването, а продължих следването си по медицина в Германия. Смятам, че след такъв професионален опит от чужбина, човек може да опита да се реализира в родината си. В днешния глобализиран свят миграцията е нещо нормално. Територията на Европа не е голяма и в рамките на ЕС можем да пътуваме или да се преместим в друга европейска държава без проблем. В момента наистина много повече лекари избират да напуснат



# Уникална апаратура дава шанс за по-добро лечение на епилепсия

## Тя ще се използва в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ и е дарение от „Българската Коледа“

Уникална за страната ни апаратура дава шанс за по-добра диагностика и лечение на деца с трудни епилепсии. Тя ще се използва в болница „Св. Иван Рилски“ от февруари и е дарение от „Българската Коледа“. Апаратът съчетава две изследвания – електроенцефалограма и ядрено-магнитен резонанс. Той е един от трите световно признати метода за локализация на източника. Какви са възможностите на модерната апаратура и продължава ли диагнозата епилепсия да носи след себе си стигма – разговаряме с невролога доц. д-р Петя Димова от Епилептичният център при Клиниката по неврохирургия към болница „Св. Иван Рилски“ в София.



Доц. д-р Петя Димова, д.м.

- Доц. Димова, с какво новата апаратура за изследване на епилепсията е толкова специална?

- Специфичното е новата методология, която ще се прилага. Т.е. съчетават се две утвърдени техники, които се провеждат едновременно - електроенцефалографията и ядрено-магнитен резонанс. Сега става възможно чрез този EEG апарат, който също ни е дарение от „Българската Коледа“ преди три години, и с интерфейса, софтуера и допълнителните устройства, които сега получихме, да се провежда EEG по време на магнитен резонанс, което в рутинната практика принципно е невъзможно поради метални елементи в използваните EEG електроди и несъвместимостта им с магнитното поле в резонанс.

- Защо е ценно тези две изследвания да могат да се правят едновременно?

- Защото се регистрират много фини разлики в мозъчната активност, която се дължи на епилептични разряди. Тази мозъчна активност води до промяна в кислородното насищане на кръвта в определени мозъчни области. Именно тази промяна се регистрира чрез магнитния резонанс и се нарича функционална магнитно-резонансна томография. Така се установяват миниатюрни или дълбоки огнища и максимално точно се локализира те, когато това е трудно да се направи с конвенционалните методи.

Необходимо е да се уточни, че този метод следва да се прилага само при най-сложните случаи на фокални епилепсии, които са кандидати за епилептична хирургия - така се прецизира точното място на възникване на тази епилептична активност и дали то може да бъде оперирано. Налага се в случаи, в които огнището е много дълбоко или пък е много мощно и води до бързи двустранни промени в EEG. Или пък когато на резонанс не се вижда малко ув-

реждане, което може да бъде оперирано, а промените там са дифузни.

- Единствено болница „Св. Иван Рилски“ ли разполага с подобна апаратура?

- Категорично да, тъй като тук се намира и единственият Център за хирургия на епилепсията в България (вж. бр.2/2019 на в. „Quo vadis“ - бел.ред.), а това е едно много сложно изследване, с приложение само в епилептичната хирургия. Това е една от трите методики за т.нар. „локализация на източника“ - в случая епилептичното огнище, което евентуално може да бъде отстранено с хирургична интервенция. Следователно, това изследване не е подходящо за всички пациенти с епилепсия, а за такива, които са хирургични кандидати. При тях вече са били проведени базисните изследвания - видео-EEG мониториране, ЯМР, ПЕТ и СПЕКТ, които са задължителни, но има нужда при най-сложните от допълнително уточняване с това изследване. Благодарение на даренията от „Българската Коледа“ то вече може да бъде прилагано.

- С тази придобивка къде се позиционира Центърът по епилепсия в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ спрямо останалите такива по света?

- В нашия регион, Югоизточна Европа, това изследване доскоро се провеждаше само в една частна болница в Солун, където са изследвани няколко наши пациенти; повечето - с отличен резултат от проведена след изследването операция. В другите съседни страни обаче, където има развита епилептична хирургия на много добро ниво (например Сърбия, Румъния, Унгария), това изследване липсва.

По принцип, различните центрове за епилептична хирургия залагат на различни методики, включително и по финансови съображения, а ние при-



Новата апаратура, дарена по линия на инициативата „Българската Коледа“



Тъй като няма метални елементи, апаратът прави EEG и ЯМР едновременно

център, които имат нужда от това изследване, реимбурсирано от НЗОК.

Развитието е безспорно, но вероятно поради остойностяването от здравната каса, много малко клиници, в които се изследват и лекуват пациенти, вкл. деца с епилепсия, провеждат продължително видео-EEG мониториране. При нас това е стандарт.

- Ако епилепсията е в обострено състояние и се налага операция, а не се вземат мерки, какви могат да бъдат последствията за пациента?

- Операция се налага не тогава, когато болестта е обострена, а когато пристъпите не се овладяват. Това може да бъде налице от самото начало (както е при ранните епилептични синдроми в детството), така и при възрастни - при които обикновено настъпва с времето, в хода на болестта. Резистентността към медикаменти и честите пристъпи винаги водят до мозъчни увреждания - най-често функционални, но рядко обратими. Хубаво е пациентите да бъдат рано преценени дали са подходящи за епилептична хирургия, когато са рефрактерни на медикаментите.

Ако един пациент, подходящ за хирургично лечение, не бъде опериран, последствията могат да са много съществени. Има пациенти, за съжаление, които ние виждаме след около 20-25 години епилепсия. Най-често те идват сами, чули за нашия център и искат да бъдат оперирани, но това е невъзможно, защото епилептичните пристъпи започват вече от двете мозъчни хемисфери или пък невропсихологичният им профил е съществено нарушен, т.е. те вече са с вторични увреждания и една операция би довела до допълнително влошаване, без да спре пристъпите.

Тук загубата на време означава загуба на мозък, поради това диагностицирането трябва да бъде извършвано максимално рано.

- Има ли статистика за това колко са пациенти с епилепсия?

- Статистиката, поради липса на епидемиологични проучвания, до някаква степен се базира на това колко пациенти са регистрирани по НЗОК, за да си получават безплатно медикаментите от там. Разбира се, този брой е приблизителен, защото има много хора, които си купуват сами лекарствата, за да не се знае, че те или децата им страдат от епилепсия.

Все още епилепсията е с голяма стигма и води до големи ограничения - пациентите да посещават детска градина, да бъдат обучавани в масови училища, да посещават социални центрове със занимания и интегриране, и особено за трудова дейност. Никой работодател не приема с желание човек, който може да направи припадък и да се травмира, затова заболяването се крие от страна на пациентите. Въпреки липсата на статистика, приблизителната бройка, съгласно световните данни за превалентност и честота, е горе-долу между 0,5 и 1% от населението, което означава, че между 40 и 70 хиляди хора в България страдат от тази болест.

- С какво още искате центъра да бъде оборудван в бъдеще?

- Тъй като в нашата болница се провежда т.нар. иктална СПЕКТ, т.е. радиоизотопно изследване по време на епилептичен пристъп, сега е проблем, че нямаме стабилизирани изотопи. Това изследване е много по-сложно, времеемко и трудно от рутинната СПЕКТ, но не се финансира от НЗОК, а и радиофармацевтиката не може да бъде осигурен. Така че дори да проведем изследването - задължително при прием в болницата и по клинична пътека, разходите ще надхвърлят съществено стойността на тази пътека. Така е и с други изследвания, които на Запад бяха утвърдени още през 80-90-те години на 20-ти век. Но подобна е ситуацията в страната и с някои основни антиепилептични лекарства - стари и евтини, те са недостъпни за българския пациент, който ги поръчва от други страни или ходи до границите да ги търси. А рядко се касае за лечение и изследвания наистина в условия на спешност, особено в детска възраст. Така че мечти и желания винаги ще има.

тежаваме и ще работим по една от трите световно утвърдени, по която например работят в един от водещите и най-стари центрове в света - този на Неврологичния Институт в Монреал. Сред близките държави, с които имаме сходна история и ниво на развитие на епилептичната хирургия, това ни изглежда начело, благодарение на новата методика.

- При какви случаи може да се използва въпросната апаратура?

- Тук става въпрос за диагностика на най-сложните случаи, при които лекарствата не помагат. За детската възраст говорим за едни от най-тежките епилепсии, с много чести пристъпи, с ранно начало, които имат отрицателен ефект върху развитието на децата. Такива деца, тези пациенти с епилепсия, трябва да се изследват в епилептични центрове, за да се прецени възможно най-рано дали не могат да бъдат успешно оперирани. В днешно време епилептичната хирургия е основен метод за лечение на много от най-тежките епилепсии, но не е средство на последен шанс. Когато се провеждат различните етапи на предхирургична диагностика, EEG-ЯМР влиза в съображение при най-трудните за прецизиране пациенти.

- Заплаща ли се изследването с новия метод от НЗОК?

- Подобно на много други изследвания, и това не се заплаща от касата. Въпреки че реалната му себестойност е висока, за деца то ще бъде безплатно, тъй като цялата апаратура е дарение от „Българската Коледа“. Освен това, децата задължително ще постъпват в болницата, което се прави по клинични пътеки, остойностявани от НЗОК (макар и в недостигащ размер за сложността на изследванията, провеждани в нашата болница при пациентите с епилепсия).

- Как се развита диагностиката на епилепсията като заболяване през годините у нас?

- Диагностиката на епилепсията се развива в правилна посока, макар че все още има какво да се желае - не малко, поне на други места.

Срещат се трудности, тъй като за много от важните амбулаторни изследвания трябва да има разрешение от здравната каса, т.е. минава период, през който неврологът моли и чака това одобрение - например за ЯМР. За щастие ПЕТ е достъпен, като го изискваме при пациентите, изследвани в нашия



# ДОНОРСТВОТО: НОВ ШАНС ЗА ЖИВОТ



„Желанието да станеш донор е най-добре да се изразява лично от човек приживе“



**За проблемите на донорството и трансплантациите разговаряме с адв. Христина Николова от Центъра за защита правата в здравеопазването.**

**- Малкият брой донори и трансплантации в България е сериозен проблем не от вчера. На какво се дължи той?**

- Ако има нещо положително в тази тенденция е фактът, че все повече се говори за този проблем и необходимостта от негово решаване. Донорството е тема, която обхваща и засяга много сфери на обществени отношения – здравеопазване, право, етика, морал, религия, етнос и др. Т.е. това е онова фина обществено значима тема, която трябва да се третира изключително прецизно. Донорството не е просто медицина, то е „особена“ медицина, при която, за да се излекува един човек, друг трябва да даде нещо от себе си и това именно създава нейната сложност, комплексност и трудност.

За да се осъществи една успешна трансплантация /без значение от нейния вид и сложност/ са необходими няколко важни елемента: реципиент, който да е в добро здравословно и психическо състояние; донор, който също да е в добро физическо състояние; организация по намирането, кондиционирането и транспортирането на донора; операцията и накрая идва поддържането на трансплантирания човек в следтрансплантационния период. Липсата и/или лошото изпълнение на всеки един от тези етапи/дейности води до малък брой трансплантации.

## България е на последно място в Европа по брой трансплантирани хора

**- Какво обаче наблюдаваме като тенденция през последните години?**

- Лицата, които са включени в т.нар. Листа на чакащи са в тежко физическо и психическо състояние, те се включват там, когато са в крайно тежко състояние и дори и да имат късмет да се появи подходящ донор, то тяхното състояние не позволява да се извърши трансплантацията или в дългосрочен план тя е неуспешна. Хората, които очакват своя шанс за втори живот, следва да бъдат изключително добре поддържани – редовни изследвания, качествени медикаменти, които да компенсират и/или овладяват усложненията им, адекватна медицинска грижа при острият проблем с оглед бързото му овладяване – тук слагам диагностициране и лечение на странични заболявания, които са пречка за трансплантация, спазване на хранителен и физически режим и др.

В Листа на чакащи следва да се вписват нуждаещи се лица, преди да са стигнали онзи момент от своето здравословно състояние, в което лекарите да са принудени да избират „между по-малкото зло“. Планова трансплантация се прави на организиран, който може да понесе операцията, силната имуносупресия, както и да се възстанови след това.

**- Основен проблем пред осъществяването на успешна трансплантация е навременното намиране на донор. Как трябва да се работи в посока решаване на този проблем?**

- На първо място категорично следва да се разреши т.нар. „кръстосано донорство“, защото това ще увеличи значително броя на живото донорство, което е в пъти по-успешно от трупното. Кръстосаното донорство е метод, който се прилага успешно в редица европейски държави, в САЩ и други. Т.е. това е успешен и желан метод, който не в България не смеем да узаконим, защото е възможно да се злоупотреби с тази правна възможност. Категорично не подкрепям мнението, че страховете трябва да ни спират. Престъпления се извършват във всяка една обществена сфера, но това не е причина тя да не се развива. Важното е да има създадени работещи механизми за контрол, превенция и наказание при злоупотреба с тези права, а не те да се забравят.

Що се касае до трупния донор, проблемите там възникват при „убеждаването“ на роднините да дадат своето съгласие органите на техния починал роднина да бъдат дарени. Това е и най-труд-

ната част – човек в тежко емоционално състояние да вземе бързо решение да дари органите, тъканите и/или клетки на свой роднина. Тук идва въпросът – има ли възможност да се избегне този момент и/или да се облекчи? Начините са няколко – първо да се промени законодателството, така че приживе всеки пълнолетен гражданин да може да изяви изричната си воля иска или не неговите органи, тъкани и клетки да се дарят след смъртта му. По този начин се освобождават роднините от бремето да вземат решение от чуждо име и да носят цял живот тежестта на съмнението дали са взели правилното решение. А в същото време се спестяват така тежките и трудни разговори между координатор и близките на починалия човек. Другият начин е да се подготвят, в това число обучи екип от специалисти – психолог, анестезиолог и социален работник, които да провеждат тези разговори с близките на починалия потенциален донор. Категорично считам, че това следва да се извършва от екип специалисти, а не от един човек, както е в момента – по този начин разговорът ще е по-ефективен и по-щадящ за всички.

**- Предполагам от значение е и организацията на самия процес...**

- Преди няколко дни в Испания за 24 часа са извършени 38 трансплантации от 19 донора, като са участвали 27 болници, една от които е френска. Тоест всичко е въпрос на добра организация!

Участвали са 13 испански автономни области, които са осигурили частни и обществени самолети, които да транспортират бързо органите до съответната болница. Екипите на всички тези болници са били изключително добре организирани, така че да се случат операцията.

Ето това ни липсва в България – мотивираност, организация и ресурс. Едно от тях да липсва и процесът е невъзможен. У нас липсват и трите! От всички 33 болници, които имат статут на донорски бази в България, само 3 са активни и то не най-големите – в София например няма нито една.

**- Мислите ли, че начинът, по който изглежда законодателството, допринася за недостига на донори?**

- Категорично да и това най-вече се отнася за липсата на правна възможност човек приживе да изрази своята воля както положителна, така и отрицателна да бъде донор след смъртта си и

в същото време създадената порочна правна уредба да се взима изричното съгласие на роднините, независимо от волята на починалото лице. Категорично считам, че ако приживе човек е изразил своето желание, то е правно недопустимо да се иска разрешение, мнение, съгласие или както и да е формулирано в закона волята на неговите наследници. Такова не се изисква при наследяването/прехвърлянето на имот, например, защо да се иска при по-ценното благо – част от тялото му?! Изискването да се търси съгласието на наследниците на практика обезсмисля волята на донора, дадена приживе.

**- В консервативни страни като Турция донорството е в път по развитие, защо у нас е толкова трудно този показател да се промени?**

- В Турция е разрешено кръстосано донорство, което позволява на лица от различни държави да извършват своите трансплантации там. Турция е водеща държава в живото донорство именно по тази причина. Не бих се наела да определям една страна като „консервативна“ или не, по-скоро всяка държава има свои цели, приоритети, политика, които следва и това дава отражение и върху здравеопазването, и в частност донорството. У нас е трудно да се убеди „невярващият“ и „предубеден“ българин, че донорството е шанс за живот преди всичко, а не криминална хроника. Когато успеем това да намалим поне, тогава и показателите ще се променят. Не е нужно „да се убеждават“ роднините на починалото лице да дадат своето съгласие за дарение на органите, това трябва да е техен доброволен предварително осъзнат и информиран избор, което се постига с постоянна информационна кампания с правилните послания и точните хора, които го правят.

**- МЗ излезе с национална програма за насърчаване на донорството, виждате ли работещи решения в нея?**

- Да, определено има работещи идеи в нея и това са обучението на координаторите, провеждането на срещи и обучения с ученици, студенти и други групи, увеличаването на информационната кампания, ангажирането на директорите на лечебните заведения, изпращането на наши специалисти в чужбина за допълнителни квалификации и обучения и съответно осигуряване на чужди екипи да извършват у нас редки трансплантации и др.

Няма как да не спомена, че има и редица критики към програмата и най-вече в липсата и към днешна дата на ясно и публично разписани финансови ресурси, на липсата на предвидено участие на пациентски организации, на обучението на личните лекари, на специалистите по места, които да извършват ранна диагностика и навременно изпращане към съответната медицинска база за включване в листата на чакащи и др.

**- Предстоят промени в Закона за трансплантациите и на дневен ред отново е въпросът как и по какъв начин трябва да се изрази желанието за даряване на органи при възникване на ситуация. Какъв е най-адекватният начин според Вас?**

- Това го казах и по-горе – следва да се позволи всяко въменяемо пълнолетно лице да може да изрази приживе своята воля, каквато и да е тя – положителна или отрицателна, като при изрично изявена воля да не се търсят неговите наследници. Едновременно с това да се отнеме правото на изрично несъгласие да бъде донор да бъде вписан в листата на чакащи и съответно да получи донор при нужда. Друга важна промяна, която трябва да се приеме и която е предложение вече – узаконяването на кръстосаното донорство. Може би като начало тези малки, но съществени промени ще допринесат значително за повишаване броя на донорите у нас.

**- Каква е практиката в други страни по отношение изразяването на волята да дарих орган?**

- Практиката е най-различна, но прави впечатление, че не вида на изразената приживе воля е определящият фактор за броя донори, а по-скоро обществената нагласа към този проблем, организацията на процеса и най-вече доверието в системата. Много от държавите са променяли в годините режима си на изразяване на волята, но това не е довело до кардинални промени в броя на извършените трансплантации, но въпреки това възможността да се изрази приживе несъгласие е по-успешно, от обратния режим. Разбира се и тук има редица вариации, тъй като в някои държави това се съпровожда със съгласие на наследниците, а другаде – не.

**- Каква е тежестта на донорските карти, които бяха представени преди месеци? Те до каква степен могат да помогнат при възникване на донорска ситуация?**

- Тежестта на тези карти е единствено морално-етична – да предизвика разговор в семейството, който да доведе до знание за волята на всеки един член за другия на това семейство. Тя не обвързва юридически наследниците да спазват волята на своя починал роднина, но ги задължава морално да я уважат. Решебна била взел техният починал близък, нищо повече, нищо по-малко. Това е и начин да се наблюдава обществената нагласа – дали тя се променя, в каква посока и съответно да се предприемат адекватните мерки при нужда.

# РАСТЕ БРОЯТ НА БЪЛГАРИТЕ С ПОЗИТИВНА НАГЛАСА СПРЯМО ДОНОРСТВОТО

**Благодарение на кампанията „Да! За живот!“ делът на хората, които декларират готовност да станат донори, е нараснал от 35% на 51%**

Близко 1200 български граждани, нуждаещи се от трансплантация, живеят с надеждата да водят нормален живот, да имат свободата да се придвижват сами, да се срещат с приятели, да отидат на театър или концерт.

Всички те очакват втори шанс за живот, който е възможен единствено чрез трансплантация на орган. От 28 държави членки на Европейския съюз, страната ни заема 28-мо място по брой трансплантирани хора на милион население.

Заради недостатъчен брой на донорите и честия отказ на близките да дарят органите на починалия, МЗ стартира Националната кампания за подкрепа на донорството и трансплантацията под мотото „Да! За живот!“ Кампанията стартира на 5 ноември 2019 г. и ще продължи един месец. Целта на кампанията е да се повиши осведомеността на обществото относно същността и значението на органното донорство.

В рамките на инициативата са отпечатани 50 000 броя „донорски карти“, попълването на които няма юридическа стойност, а единствено указва волята на техните притежатели. Каргите ще бъдат разпространявани на всички събития – част от кампанията. Всеки желаещ да притежава „Донорска карта“ може да я принтира от сайта на кампанията (www.zajivot.bg).

Националната кампания акцентира и върху необходимостта да говорим за донорството с близките си – нека те са наясно с нашето отношение към проблема. По този начин, в случай на мозъчна смърт, ще им помогнем при взимането на решение в тежък за семейството момент. Последната дума е тяхна!

„За този месец и половина, откакто стартира кампанията „Да! За живот!“, бяха разпространени 50 хил. донорски карти. Благодарение на тях, както и на упоритата и последователна работа на партньорите ни от БЧК, медийните ни партньори, на лекарите, трансплантологите, медицинските координатори, които отделиха от времето си, за да популяризират кампанията, темата за донорството и трансплантацията „влезе“ в много български домове. Целта ни беше да повишим осведомеността на хората за смисъла и значението на донорството и трансплантацията и днес съм щастлива да кажа, че първата успешна крачка беше направена. Благодаря и на популярните лица, които не се поколебаха да ни подкрепят, на всички организации, които през цялото време ни съдействаха, както и на немалкия брой трансплантирани пациенти, които, разказвайки личните си истории, претърнаха каузата и дадоха всичко от себе си повече хора да я припознаят.“

Това заяви зам.-министърът за здравеопазването Светлана Йорданова в рамките на официалното събитие по закриването на Националната кампания за подкрепа на донорството и трансплантацията „Да! За живот!“.

Зам.-министърът обяви, че заради огромния граждански интерес към донорските карти и добавената им стойност за повишаване обществената информираност по темата, министерството е предвидило следващ тираж от 35 хил. карти, част от които ще бъдат предоставени на областните структури на БЧК. Отделно от това, желаещите да прите-

жават донорска карта, могат да пишат до министерството – дирекция „Връзки с обществеността“ (София, 1000, пл. „Св. Неделя“ № 5) или да изпратят имейл на donorskakarta@mh.government.bg. Всеки може да заяви две карти, които ще му бъдат изпратени по пощата. За целта когото е възможен единствено чрез трансплантация на орган – те лично (от 35% на 51%), или да дадат съгласие за техен близък (от 32% на 46%). Промяната е особено значима сред запознатите с кампанията – 72,4% от тях декларират съгласие за донорство, срещу 37,1% от непознатите. Това стана ясно от оповестените обществени нагласи към кампанията „Да! За живот!“, представени от Борния Димитрова, агенция „Алфа ризърч“.

Прочуването показва, че две трети от хората, които в една или друга степен са се запознали с кампанията, заявяват, че тя е хвърлила повече светлина върху темата и те самите са научили нови неща за донорството. „Кампанията е предизвикала повече разговори и дискусии по темата – в приятелските кръгове, но най-вече в семейството (ръст от 12% на 26%). Последното е особено важно, тъй като опитът в редица европейски страни показва, че именно разговорите в семейството и запознаването на най-близките с решението на един човек, дали да бъде донор или не, е ключов фактор за увеличаване на информираното съгласие за донорство“, посочи Борния Димитрова.

Цялостният анализ на данните сочи, че кампанията е променила отношението към донорството в положителна посока. Първата стъпка е успешна, но за да се постигне трайна промяна, не само в нагласите, но и в решениата и поведението на хората, е необходимо разговорът, предоставянето на информацията и конкретните инициативи да продължат.

„Настоящият Закон за трансплантация на органи, тъкани и клетки действа от 14 години, но за първи път оттогава досега се прави планирана, организирана и целенасочена информационна кампания. Споредичните прояви през годините, оказа се, не могат да въздействат върху обществените нагласи. С кампанията „Да! За живот!“ успяхме да постигнем висока информираност по отношение на

донорството и трансплантацията“. Това заяви зам.-директорът на Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ проф. Петко Салчев.

Зам.-министър Светлана Йорданова коментира приетата от Министерския съвет Национална програма за насърчаване на донорството и подпомагане на трансплантацията в Република България 2019 г. – 2023 г. Целта на програмата е да се подобри организационният модел на донорството и трансплантацията на органи в страната и да намали диспропорцията между необходимостта от органи и осигуряването им. Основните насоки, за да бъде подобрена дейността по донорство и трансплантация, включват: ангажиране на големите лечебни заведения в системата на трансплантационния процес; за по-малките лечебни заведения – изготвяне на логистичен план за трансфер до донорски или трансплантационен център; въвеждане на програма за оценка и кондициониране на донори; обучение на лекарите; контрол на свършената работа; отчитане и анализиране на резултати, с цел подобряване на настоящия модел и други. За да бъде ефективно управлявана и координирана Националната програма, се предвижда сформиране на Национален координационен съвет.

„В изпълнение на програмата ще бъде определен национален координатор, шестима регионални координатори по донорство и до 30 областни координатори, от които до трима за София-град.“ Това стана ясно от думите на зам.-министър.

Отделно от това, в договорите за управление на изпълнителните директори на лечебните заведения, извършващи дейности по донорство, ще бъде вписана и тяхната изрична отговорност за организиране на процеса по откриване, поддържане и предоставяне на потенциални донори с установена мозъчна смърт. По отношение на дейностите по установяване на потенциален донор – предстои актуализиране на процедурите за оценка на потенциалните донори; ще бъдат разработени механизми за улесняване на идентифицирането на донорите на органи, ще бъде закупено и ново оборудване.

За привличане на общественото внимание върху темата ежегодно ще бъдат провеждани информационни кампании; предвижда се и засягане на темата в училищното образование, както и включване на темите за донорство и трансплантации в учебните програми на медицинските университети.





# МАЙОР ДОЦ. Д-Р ГЕОРГИ ПОПИВАНОВ: „ПО ВРЕМЕ НА ВОЙНА ВСИЧКИ СА ЖЕРТВИ“

Да оперираш на бойното поле, изложен на постоянен риск за живота. Това е част от пътя на д-р Георги Попиванов. И може би неслучайно. Братовчед му е бил полковник, баща му е бил също военен, преди да стане свещеник. Както самият той казва – „Няма случайни неща, една драскотинка да има – повлиява ти!“

Д-р Попиванов обаче избира малко по-различна роля. Военното дело комбинира с лекарското. През 2000 г. завършва медицина в Плевен, след което три години работи в Спешна медицинска помощ в Омуртаг и Попово. Година по-късно придобива специалност „Общовойсковски лекар“, а след това специализира хирургия в клиника „Спешна хирургия“ на ВМА – София. Избира мястото заради авторитета на болницата, но основният двигател е желанието да бъде военен лекар.

От 2010 г. д-р Попиванов е офицер в Българската армия и като военен хирург има опит от три мисии – в Херат, Кандахар и Кабул. Три епизода от живота му, след които той никога няма бъде същият. Три мисии, които една с друга не си приличат.

Първата в Херат беше специфична, защото е първа мисия – като бойно кръщение, но всъщност втората беше по-трудна поради обстановката, в която отиваш. Там бяхме в афганистанска болница – ограничена охрана, работи се с местните, с високо ниво на стрес, повече работа. Другата особеност е, че като имаш една мисия си мислиш, че имаш опит, но там разбираш, че всяка мисия е уникална, споделя д-р Попиванов.

А дали си подготвен... Няма как да знаеш със сигурност. Дори да си бил на 5 мисии, шестата може да се окаже коренно различна, разказва лекарят. За това, преди да тръгнеш, трябва да си максимално подготвен. Като военен лекар д-р Попиванов е минал два курса по „Военна травма“ и „Мисии зад граница“. На терен обаче се разбирали най-много неща, а пропуските трябвало да се коригират бързо, защото... времето в критични ситуации е най-ценно.

## МИСИЯ „ВОЕНЕН ЛЕКАР“

„Добър ден – ракетна атака!“

Ако си мислите, че вашият работен ден е напрегнат си представете следната ситуация:

„Кацане в Кандахар и ви посрещат... ракетна атака. Всички на земята!“

Общо взето така изглежда началото на една мисия за д-р Попиванов. На първия му работен ден в базата, в която работи, наблюдава масово постъпване на пострадали – 7 на брой. А реанимационните легла са 6. Затова се налага сортировка на пострадалите и спешно влизане в операционна зала. И с това съвсем не се изчерпват предизвикателствата на терен.

Трудно се свиква да гледаш ранени деца. В Кандахар имаше много такива. Бяха между 6 и 9 годишни, едното беше без три крайника., разказва лекарят.

Най-ценният урок: „Няма нищо по-хубаво от мира“

Само на война можеш да оцениш истински мира. Зад подобно твърдение би застанал нашият герой, който е категоричен, че няма нищо по-хубаво от мира. И допълва:

На война всички са жертви, там няма победители. Човек убива човека.

Травмите, които виждат военните лекари, не могат да бъдат видени дори в спешните центрове на най-големите болници по света. Специалистите на терен обаче трябва бързо да свикнат с гледката.

Интензивността е такава, че по-бързо се придобива опит. Британски автори доказват, че всъщност за 6 месеца придобиваш опит, който в Англия, за три години и то в натоварен център не можеш да придобиеш., разказва д-р Попиванов.

Видяното на терен пък се превръща в обект на научни



трудове. Под редакцията на началника на Военномедицинска академия, генерал-майор проф. д-р Венцислав Мутафчийски се издава първият учебник в България по „Военна и травма хирургия“, в който е изложена съвременната концепция за военната и цивилната травма.

Войната, която те кара да преосмислиш живота

Докато е работил в Спешна помощ, д-р Попиванов е видял много. Но полевите условия, както самият той признава, ти помагат да започнеш да гледаш на живота и проблемите си по друг начин:

Самата военна обстановка модифицира мисленето. Първо придобиваш някаква самочувствие, че имаш представа от тия неща и си ги видял с очите си. Второ, ддсега с хора от различни националности, които имат огромен опит в тази област, невероятно обогатява, а също носи и удовлетворението, че ги познаваш. Започваш да цените неща, които преди това не си дори забелязвал... И ставаши

„над нещата“ – не се кара с колеги, радваш се на птичките. Голяма част от хората наистина не знаят какво имат, защото си мислят, че то е даденост. Но самата дума „даденост“ означава, че ти е дадено, а за всеки дар трябва да се благодари, иначе го губиш, разказва докторът.

Огромната отговорност пред един травма-цар

Пред военните лекари отговорността е огромна. И няма как да е иначе, защото всички в дадената болница на определено място в театъра на бойните действия разчитат изцяло на теб. В страна, в която ресурсите и достъпът до качествено здравеопазване е ограничен – ти си единствената надежда, както на военни, така и на цивилни.

Първо самият контингент – всички военни от коалиционните партньори и второ всички, които по някакъв начин стигат до тази болница – афганистански военни и полицаи, цивилни. Там няма инфраструктура, въздушен транспорт. Само военни действия и враждебна обстановка. Ресурсите са ограничени, ограничени са и възможностите за диагностика, трябва да взимаш бързи решения, коментира доц. Попиванов.

Неразривната връзка – военен и лекар

След близо 18 години работа под пагон д-р Попиванов е категоричен, че основният принцип, който спазва, е подкрепа за ближния:

Ние си служим взаимно. Това е много важно. Наруши ли се това взаимодействие – всички сме безсмислени. Военните служат на нас и ни пазят, ние служим на тях и ги лекуваме. Наруши ли се този принцип в една от двете страни – нещата губят смисъл. Много често медицинските екипи не го осъзнават изцяло, но всъщност

Войната – епидемия от травми

За съжаление, военните лекари виждат много смърт и осакатени хора в разцвета на силите си. Тук на място идва цитатът на Николай Пирогов – „Войната е епидемия от травми“. На бойното поле обаче се налага да свикнеш с тях. С тях и със смъртта. И все пак:

Няма нито един лекар, който да остане равнодушен при загуба на пациент, така че има емоции. Въпросът е след това трезво да се прецени на едно обсъждане – има ли грешка или не, но в повечето случаи смъртта си е неизбежна, признава д-р Попиванов.

А след толкова много смърт на едно място, не ти остава друго, освен смирение. Военните често се обръщат с молитви към Бога. Носят със себе си специално издание на Библията в малък формат. Такова издание вече има и на български. Одобрено е от Светия синод на Българската Православна църква. В него има и молитва на войника. И това препраща и към изчезналото вече военно свещенство в Българската армия.

Път на младите

А накрая на всеки разговор – оставяме място за бъдещите планове. Д-р Попиванов обаче не обича да си прави такива. Професията го е научила да не планира в прекалено дългосрочен план.

Обещава си обаче да работи в посока на това да се създаде младо поколение лекари – мотивирани и добре подготвени, които да продължат мисията. Има вяра в кадетите, които са бъдещето на военна медицина и се надява някой ден да чете за техните успехи тук.

По статията работи Милена Енчева





# СМЪРТОНОСНИЯТ ВИРУС ЗИКА МОЖЕ ДА УНИЩОЖАВА РАКОВИ КЛЕТКИ

Смъртоносният вирус Зика, който унищожава клетките на главния мозък, може да бъде използван за лечение на рак. Откритието е на две експертни групи от САЩ, чиито изследвания са публикувани в научните списания Cell Reports и Cell Stem Cell, съобщава offnews.bg

Вирусът Зика предизвиква пандемия в Южна, Централна Америка и Карибския басейн. Симптомите му са треска, главоболие и болки в ставите. Най-опасен е за ембрионите, тъй като забавя развитието на мозъка им и децата се раждат с много малки глави.

Два екипа на Калифорнийския университет в Сан Диего, независимо един от друг, се опитали да разберат каква е ролята на клетъчните рецептори интегрини след като вирусът Зика попадне в човешките клетки. Молекулите на интегрините се разполагат по повърхността на клетките и могат да участват във формирането на различни тумори. Освен това те могат да служат като „врата“ на клетката за някои вируси.

С различни изследователски методи – на редактиране на генома CRISPR-Cas9 и с използването на антитела, била установена важната роля на интегрин  $\alpha\beta 5$ .



Учените изяснили, че точно с негова помощ вирусът Зика инфектира човешките клетки.

Експертите опитали да блокират интегрин  $\alpha\beta 5$  в мозъка на гризачи с глиобластом – най-разпространената форма на рак на мозъка, както и в образци на човешки мозък със същото заболяване. И в двата случая опитите били успешни.

Така доказали, че „препрограмирайки“ вируса, той може да бъде насочен към ра-

ковите клетки и да им попречи да се превърнат в метастази. „Раковите клетки се блокират и активността им затихва“, казва ръководителят на втората научна група Джеръми Рич.

В бъдеще учените планират да изяснят може ли със същите методи да бъдат блокирани и други вируси. В момента те усъвършенстват метода на модификация на вируса Зика, за да го използват за потискане на активността на раковите клетки.

## ИЗСЛЕДОВАТЕЛИ РАЗРАБОТВАТ НОВ ПОДХОД ПРИ ЛЕЧЕНИЕТО НА РАК НА БЪБРЕЦИТЕ

Изследовател от UT Southwestern ръководи екип, който работи над нов подход при борбата с бъбречните тумори, които са 10-та най-честа причина за смърт от рак, съобщава medicalxpress.com.

В свое проучване на най-често срещания вид рак на бъбреците, наречен ясноклетъчен бъбречно-клетъчен карцином (CCRCC), д-р Цин Джан и неговите колеги идентифицират възможен начин за лечение, който съхранява околната здрава тъкан.

Тяхното проучване разкрива механизъм, чрез който или загубата на протеин, който защитава от рак, или бедна на кислород (хипоксична) среда може да насърчи растежа на тумора заради чувствителността към кислорода на раковата клетка, обяснява той. Тяхната работа е насочена към инхибиране на ензим, наречен ТВК1, който става по-активен след загубата на протеина и това е тяхната идея за потенциална стратегия за борба с този вид тумор.

Тъй като рактът на бъбреците често е резистентен дори към най-съвременните методи на лечение, изпитваме остра нужда от разработването на нови терапии, казва д-р Джан, доцент по патология и автор на изследването, публикувано наскоро онлайн от Cancer Discovery.

American Cancer Society изчислява, че през 2019 г. рактът на бъбречните клетки и бъбречното легенче засяга около 74 000 души в САЩ, което е пряка причина за близо 15 000 смъртни случая. Наскоро беше показано, че лечението с един член от лекарствен клас, наречен инхибитори на хипоксия-индуциращ фактор 2 алфа (HIF2 $\alpha$ ), може да блокира растежа на тумора при някои ракови заболявания на бъбреците. Въпреки това, само подгрупа от тумори реагират на тази терапия и значителен брой пациенти развиват резистентност към нея. „Трябва да изучим допълнителни

стратегии, които биха работили самостоятелно или в комбинация с HIF2 $\alpha$  инхибиторите“, казва д-р Джан.

Преишни проучвания са установили, че 70 до 80 % от бъбречните ракови заболявания показват загуба на функция на критичния тумор-супресорен ген, наречен фон Хипел Линдау (VHL). „По-рано беше показано, че загубата на протеиновия продукт от този ген имитира хипоксичните условия, при които изглежда, че много солидни тумори виреят“, казва Джан.

Въз основа на тези данни, изследователите имат за цел да идентифицират ензими с потенциално терапевтично действие срещу рак на бъбреците със загуба на VHL протеин.

„Идентифицирахме един конкретен ензим, наречен ТВК1 (TANK-свързваща киназа 1), който е силно активиран при пациенти с рак на бъбреците със загуба на VHL“, казва д-р Джан от проучването, което той започва, докато е бил в университета на Северна Каролина в Chapel Hill и което продължил след пристигането си в UT Southwestern миналата година.

ТВК1 е ензим, най-известен с ролята си във вродения имунитет. За да проучат активността на ензима при наличие на раково образувание, учените провеждат серия от експерименти върху няколко CCRCC клетъчни линии с дефицит на VHL протеин, за да видят какво ще се случи при намаляване на активността на ТВК1. По-специално, те използват CRISPR технология за редактиране на гени, за да отстранят гена, който прави ТВК1, фармакологично намаляват активността на ензима и използват малки молекули за разграждане на ТВК1 протеина.

Сравнявайки експериментите с ракови и здрави клетки, като използват малки молекули, за да блокират активността на ТВК1, изследователите откриват, че стратегията инхибира растежа на тумора на CCRCC клетките с дефицит на VHL, като същевременно оставя здравите клетки с нормални нива на VHL протеин. „Това показва, че тази стратегия има потенциал за селективно действие, убивайки раковите клетки без да навреди на здравите“, казва д-р Джан.

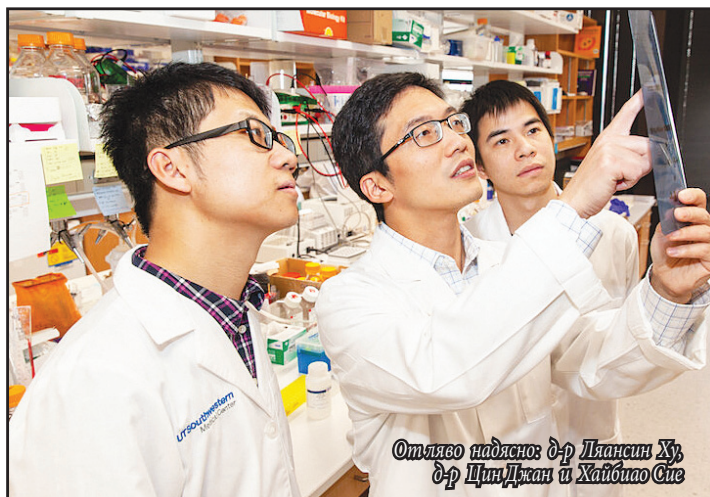
Тъй като се смята, че хипоксия се среща при повечето тумори, изследването може да има и по-широко значение. Изследователите откриват, че хипоксията може да увеличи активността на ТВК1 чрез същия механизъм като загубата на VHL, т.е. по пътя на чувствителността към кислорода в клетката. „Вярваме, че насочването и манипулирането на ТВК1 активността – вероятно с лекарства, които вече са в процес на проучване за други видове рак – може да бъде от полза за пациенти с други форми на рак“, казва д-р Джан.

ТВК1 е централен за клетъчната сигнализация в антивирусната реакция на вродената имунна система, така че изсле-

дователите искат да научат дали активността на имунната система на протеина е свързана с ефектите, наблюдавани при рак на бъбреците. За да направят това, те изследват ракови клетки с изчерпване на ТВК1, за да проверят дали протеините, създадени от гени, управляващи вродения път на имунния отговор на клетката, са засегнати. Те не били. Тази констатация показва, че новата роля на ТВК1 при рак е различна от функцията на ензима в имунната система.

Следващите стъпки включват опит за оптимизиране на ефективността на малките молекули, използвани в това изследване, и тестването им при CCRCC туморни клетки, отглеждани в мишки, казва д-р Джан. Освен това, последните проучвания от други лаборатории показват, че изчерпването на ТВК1 може да повиши ефективността на клас антиракови лекарства, наречени инхибитори на имунната контролна точка. Така че това е друга област на интерес за бъдещите проучвания, добавя той.

Според д-р Джан ТВК1 е обещаваща потенциална терапевтична цел при рак на бъбреците, която следва добре да бъде проучена.



Отляво надясно: д-р Ляансин Ху, д-р Цин Джан и Хайбиао Сюе

## НОВА ТЕХНОЛОГИЯ ПОДДЪРЖА ДОНОРСКИ ОРГАНИ В ПРОДЪЛЖЕНИЕ НА СЕДМИЦА



Постижението на швейцарските учени е пробив в трансплантологията.

Учени от Швейцария създадоха технология, която може да поддържа жизнеспособността на черния дроб и други големи органи в продължение на седмица. За перспективите на приложението ѝ в медицинската практика съобщава Цюрихския университет, цитиран от ТАСС и offnews.bg.

„Успехът на тази уникална система открива нови възможности пред трансплантологията. Сега можем да възстановяваме увреден черен дроб и дори да отглеждаме нови органи от негови фрагменти“, разказва проф. Пиер Ален Клавиев от Университета в Цюрих.

Основният проблем пред трансплантологията е, че почти всички органи, включително сърцето, черният дроб и бъбреците, имат много кратък живот извън човешкото тяло. Те могат да бъдат съхранявани при ниска температура (около нулата) едва 12-18 часа, след което присаждането им може да бъде опасно за пациента. Затова повече от половината органи, които са били годни за трансплантиране, се изхвърлят.

Учените се опитват да решат проблема по няколко начина. Едни създават нови технологии за замразяване на органите, с които техните клетки не се разрушават, и същевременно разработват методи за отглеждане на пълноценни човешки тъкани в телата на прасета.

Генетиците разработват средства, които правят органите на животните „невидими“ за имунната система на човека. Това ще им позволи да заменят увредените части от тялото на човека при отсъствие на подходящи транспланти.

### Новите хоризонти пред трансплантологията

Клавиев и колегите му подхождат към проблема от друга гледна точка – те не опитват да забавят метаболизма на клетките на транспланта или да го заменят с нещо съвсем различно, а да пресъздадат условията, в които даденият орган работи в организма на човека или друг боозайник.

Подобни опити са правени и по-рано, но без особен успех. Досега черният дроб и другите органи запазваха жизнеспособността си едва половин денонощие, след включването им в поддържаща система.

Швейцарските учени проследили детайлно процеса на загиване на черния дроб и установили как да елиминират повечето от проблемите.

Медици и инженери създали системи, които автоматично управляват нивото на инсулина и захарта в изкуствената кръв, премахнали всички отпадни продукти от нея и същевременно поддържали необходимото ниво на налягане в съдовете на черния дроб с помощта на лекарства, които стесняват и разширяват съдовете. Така „изкуственото тяло“ успяло да поддържа работата на органа в напълно автоматичен режим и намесата на лекарите не била необходима.

Ефективността на технологията била изпитана върху образци от черен дроб на прасета, част от които впоследствие били имплантирани след продължително съхранение в тялото на други животни. Експериментът показал, че „изкуственото тяло“ може да поддържа органите в напълно жизнеспособно състояние в продължение на седмица.

След като постигнали този успех, учените провели и няколко експеримента с образци от човешки черен дроб, от които хирургите трансплантилози се отказвали заради недоволното им качество. Оказало се, че системата на Клавиев и колегите му не само успяла да ги поддържа жизнеспособни, но и значително подобрила състоянието им, като елиминирала възпалителните процеси и броя на мъртвите клетки в тях.

Според експертите това открива нови възможности не само за продължително съхранение на органите, но и за провеждането на сложно възстановяващо лечение при омазнен черен дроб.



ПРЕДСТОЯЩИ НАУЧНИ СЪБИТИЯ - ФЕВРУАРИ 2020

III ПЕДИАТРИЧНА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ



гр. Хисаря  
21.02.2020 - 23.02.2020

Организатор:

Българското сдружение по детска оториноларингология  
<http://www.bgspo.com>

III НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ „КОМПЛЕКСЕН ПОДХОД В ТЕРАПИЯТА В СТАРЧЕСКА ВЪЗРАСТ И ПРИ ДЪЛГОЛЕТНИЦИ“

НДК, зала 6, гр. София  
21.02.2020 - 23.02.2020



Организатор:

Арбилис ООД  
<https://events.arbilis.com/>

VI ЗИМНО УЧИЛИЩЕ ПО ПРАКТИЧЕСКА ДЕРМАТОЛОГИЯ



х-л Арте, гр. Велинград  
21.02.2020 - 23.02.2020

Организатори:

Българско дерматологично дружество  
<https://bit.ly/2ttOYLP>

АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ И ПРЕВЕНЦИЯ



парк хотел Москва,  
гр. София

28.02.2020 - 29.02.2020

Организатор:

Дружеството на Кардиолозите в България  
<http://cardiobg.com/>

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКА КОНФЕРЕНЦИЯ „ДЕН НА РЕДКИТЕ БОЛЕСТИ В БЪЛГАРИЯ“

х-л Метрополитън, гр. София  
28.02.2020 - 29.02.2020

Организатор:

Под егидата на Българско дружество по неврология и Българско дружество по ендокринология

<https://bit.ly/34sto7m>



МАРТ 2020

XII НАЦИОНАЛЕН КОНГРЕС ПО СТЕРИЛИТЕТ И РЕПРОДУКТИВНО ЗДРАВЕ

х-л Рила, к.к. Боровец

05.03.2020 - 08.03.2020



Българска Асоциация по Стерилитет и Репродуктивно Здраве

Организатор:

Българска асоциация по стерилитет и репродуктивно здраве  
<https://bit.ly/2QMJF26>

НАЦИОНАЛНА КОНФЕРЕНЦИЯ НА БЪЛГАРСКОТО ДРУЖЕСТВО ПО ДЕРМАТОЛОГИЧНА ХИРУРГИЯ

х-л Маринела, гр. София

13.03.2020 - 14.03.2020

Организатор:

Българското дерматологично дружество  
<https://bulds.com/bg/>



РЕКЛАМНИ ТАРИФИ

за вестник „QUO VADIS“ Национално издание на Българския лекарски съюз

ПЪРВА СТРАНИЦА

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

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%	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 рекламни форми цените са по договоряне в зависимост от сложността. Всяка нестандартна рекламна форма се публикува на сайта след проверка от техническо лице.

IV. Плащане:

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

2. При неспазване на сроковете БЛС си запазва правото да отложи рекламната кампания.

3. Рекламодателят получава фактура 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%

I. Информация за сайта:

[www.blsbg.com](http://www.blsbg.com) е официалният сайт на Българския лекарски съюз.

- Нормативни актове

- 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. Рекламни тарифи:

1. Реклами в сайта:

Цени за 1 ден:

банери	Размери:	без	
		с	препращане
JPEG	195 x 105 px	15 лв.	20 лв.
банер (статичен)	200 x 133 px	18 лв.	25 лв.
	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.

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

Цвят	Последна страница
Черно-бяла	1,50лв./кв. см
Плюс един цвят	1,80лв./кв. см
Четири цвята	2,40лв./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: 0.30лв./кв. см.



СЕРТИФИКАТИ ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА)

НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:

- ЛИЧНА КАРТА
- ДИПЛОМА ЗА ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ
- ДИПЛОМА ЗА СПЕЦИАЛНОСТ
- УДОСТОВЕРЕНИЕ ОТ РЛК НА БЛС ЗА ЧЛЕНСТВО И ДОБРА ПРАКТИКА

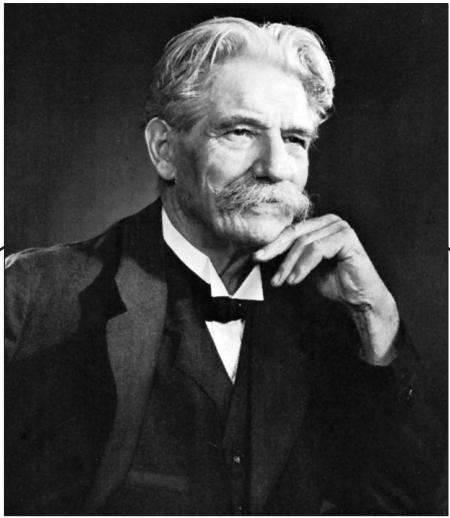
За контакти:

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

Яна Кръстева  
0899 906 655



# 145 ГОДИНИ ОТ РОЖДЕНИЕТО НА АЛБЕРТ ШВАЙЦЕР



Алберт Швайцер е роден на 14 януари 1875 г. в Кайзерсберг, Елзас, Германия. Всъщност два месеца по-рано тази територия преминава от Франция към Германия и така се оказва, че майчиният му език е елзаски, той определя себе си като французин, но пък книгите си пише на немски. Интересен факт е, че А. Швайцер е чичо на големия френски философ Жан-Пол Сартр – представител на екзистенциалистката философия и Нобелов лауреат.

Бащата на Алберт Швайцер е лутерански пастор, а майка му Адел е дъщеря на пастор. Така още като дете Алберт е потопен в атмосферата на религиозни възгледи, християнската философия и теология. Той неизменно е присъствал на всяка служба, която се е водела от баща му. Около тези посещения в църквата има един интересен факт. На тях малкият Алберт дълго време и неизменно е имал едно натрапливо и неприятно изживяване – когато засвири органът, той винаги е виждал лицето на дявола да се показва иззад една колона над амвона. Когато обаче започне проповедта на баща му, дяволът изчезвал, за да се появи отново с края на проповедта. Обяснението на този „необичаен феномен“ дошло няколко месеца по-късно и се оказало достатъчно тривиално – „дяволът“ се оказал органистът, който бил рошав старец с рядка брада, който имал специално организирано място с огледало, чрез което следял действията на пастора, за да може да планира музикалните изпълнения.

Алберт Швайцер се е увличал изключително много от музиката. Несъмнено е имал и особен талант. Има редица трудове, посветени на Бах. Въпреки че името на А. Швайцер се свързва най-вече с неговата благотворителна медицинска дейност в Африка, музиката си остава неговата голяма страст през целия му живот, а и средство, с което е успявал да набира средства за болницата си.

Вероятно най-значимото събитие в живота на А. Швайцер идва през 1896 г., когато той е едва на 21 години, но си дава обет да живее „за себе си“ само до своята 30-годишнина, след което ще се посвети на служба на хората.

**„Понякога собствената ни светлина угасва и бива разпалена от искрата на някой друг. Всеки от нас има причина да изпитва огромна благодарност към онези, които са ни върнали пламъка.“**

Алберт Швайцер

Бъдещият мисионер завършва гимназия в Мюлхаузен, след което продължава образованието си в университета в Страсбург – философия и теология и наред с тях – пиано и контрапункт при Густав Якобстал. Освен това – философия в Сорбоната и подготовка докторска дисертация на тема „Религиозната философия на Кант“. През 1899 г. Швайцер става доктор по философия.

В началото на ХХ в. заживява в Страсбург, заема различни църковни длъжности и преподава теология. През 1906 г. издава „В търсене на историческия Исус“.

## „Моят живот е моят аргумент“

Междувременно, през 1902 г., се запознава с бъдещата си съпруга Елена Бреслау и философските му търсения го отвеждат до идеята, че да помагаш на другите е най-достойното занимание. През 1905 г., когато е на 30 години, той оповестява на роднини и приятели, че въпреки очертаващата се пред него бляскава кариера на теолог, философ, писател-музиковед и концертиращ пианист и изпълнител на орган, той ще посвети живота си на лекуването на хора от африканския континент. Така решава да стане лекар, за да замине за Африка. Записва да учи медицина, а Елена започва да се обучава за медицинска сестра. 10 години по-късно А. Швайцер е вече пълноправен лекар, жени се за Елена и двамата заминават за Френска Гвиана, където основават болница изцяло със собствени средства в селцето Ламбарене, днес в Габон – проект, който просъществува и досега. От този момент нататък светът ще го познава като „лекарят от Ламбарене“. Построяването и оборудването на болницата става със средства, които А. Швайцер успява да набере чрез изнасяне на концерти и продажба на книги. Лечебното заведение е скромно като сграда и с примитивно оборудване, но единствено такова в околността и реално Швайцер и жена му започват да лекуват сами хиляди африканци. До есента на 1913 г. в болницата вече има и операционна, изградена предимно от гофрирано желязо.

През 1914 г., със започването на Първата световна война, Швайцер и жена му са в плен на френската армия, тъй като те са немски граждани. Въпреки това обаче, някои източници посочват, че те имали позволение да работят в болницата, което продължило до 1917 г., когато д-р Швайцер получава анемия от нечовешко изтощение. Това е причината да бъдат депортирани с Елена за Франция.

Сем. Швайцер първо са били интернирани в Гарасон, а след това от март 1918 г. в Сен-Реми-де-Провънс, преди да бъдат изпратени въкъси в Елзас през юли 1918 г., когато семейството е било освободено чрез размяна за френски военнопленници. Впоследствие Алберт Швайцер става френски гражданин.

В следващите 6 години той успява да увеличи състоянието на фонда за болницата му в Африка, като изнася лекции и концерти за орган. Посещава медицински курсове за придобиване на допълнителни квалификации и написва няколко книги. Широката му обществено-философска дейност води до популяризиране и възприемане на неговата „етика на преклонението пред живота“.



**„Ако правиш постоянно добро, ти си магьосник. Защото както слънцето може да разтопи леда, така и добротата може да преодолее неразбирането, враждебността и недоверието.“**  
Алберт Швайцер

През 1922 г. изнася редица лекции в Англия. Тези в Оксфордския университет са основата на две негови важни творби: „Упадък и възрождение на цивилизацията“ и „Цивилизация и етика“, публикувани самостоятелно през 1923 г. и по-късно включени във „Философия на живота“ като том I и II.

През 1924 г. А. Швайцер се завръща в Африка. Този път сам. С парите, които е натрупал от възнаградения и хонорари, той се заема да възстанови сградата и дейността на болницата. Впоследствие каузата му бива подкрепена чрез дарения от цял свят.

Докъм 1925 – 1926 г. към болницата се присъединява още медицински персонал и тя се оформя в нещо като малко селище, в което Швайцер е не само лекар и хирург, но и администратор, изпълнявал е дейности по строителен надзор, казано на днешен език, а също така и пастор. По същото време публикува и своите „Мемоари от детството и младостта“.



През 1927 г. А. Швайцер заминава отново за Европа, където остава 2 години. Този път обаче той остава далеч по-организирана болница и следователно персоналът напълно е бил в състояние да работи самостоятелно до неговото завръщане през 1929 г.

Въпреки натоварения си график и огромните усилия по мисионерската дейност, Швайцер не спира да пише и в този период на бял свят се появява другият негов значим теологичен труд, озаглавен „Мистицизмът на апостол Павел“ – 1930 г. Година по-късно публикува автобиографията си с оригинално заглавие „Aus meinem Leben und Denken“.

На следващата година А. Швайцер отново се завръща на стария континент и изнася лекции и концерти за орган. Предполага се, че по това време подновява работата си по редакциите си върху Бах, които започва през 1912 г. По това време, във връзка с дейността си, Швайцер обикаля целия континент, но не прекъсва писателската си дейност. В този момент излиза от печат друга негова знакова творба – „Indian Thought and its Development“. Обаче за периода 1937 – 1948 г. той е принуден да остане в Ламбарене, заради продължаващата Втора световна война. През 1939 г., Швайцер болезнено осъзнава какво предстои на Европейския континент. Започва трескаво да трупа провизии и медикаменти в болницата в Африка. Въпреки това през 1940 г. Алберт Швайцер е изправен пред поредното огромно предизвикателство – заради войната доставките от Европа са спрени. Тогава той основава Albert Schweitzer Fellowship – организация с нестопанска цел, чието предназначение е да обедини поддръжници на каузата от САЩ и по този начин да бъде преодоляна настъпилата с провизии и медикаменти криза.

Мрачните прогнози на А. Швайцер са надминати с пускането на атомната бомба. Този факт измества фокуса на неговото внимание и той посвещава остатъка от живота си на борбата за свободен от атомни оръжия свят.

**„Не знам каква ще бъде вашата съдба, но едно нещо знам със сигурност: единствените измежду вас, които ще бъдат наистина щастливи, ще са онези, които са потърсили и открили как да служат.“**

Алберт Швайцер



Безспорно най-голямото признание за тези негови усилия идва през 1953 г., когато му е присъдена Нобеловата награда за мир. С тази кауза през 1965 г. Алберт Швайцер напуска този свят на 90-годишна възраст. Погребан е в Ламбарене до съпругата му, под прозорците на кабинета, в който е лекувал. Болницата, която при основаването си е приличала повече на навес, по това време вече е представлявала малко селище от 72 сгради и 600 легла. Въпреки желанието на д-р Швайцер местни хора да станат част от екипите лекари и мед. сестри, това остава неговият, може би единствен, несъществен проект. Забележителен факт обаче е, че болницата, основана от д-р Алберт Швайцер през 1913 г. на брега на р. Огове, съществува и работи и до днес.

За статията са използвани материали от БНР-Пловдив /Пламен Асенов/ и ел. списание „NotaBene“ /Камен Лозев/.



# МЕЖДУ МЕДИЦИНАТА И ТЕАТЪРА

## ИСТОРИЯ ЗА ЛЕКАРИТЕ, КОИТО ИЗРАЗЯВАТ СЕБЕ СИ ЧРЕЗ ИЗКУСТВО



Спонтанно, така се раждат повечето добри идеи. Идеи, които променят сивото ежедневие и ти припомнят, че животът не е просто работа и прегледи на пациенти.

Преди шест години д-р Орлин Кожухаров решава да организира развлекателна програма заедно с лекарите от Русенското Сдружение на ОПЛ. Веднъж годишно медиците се събират, за да вземат важни решения за организацията. Преди съществената част обаче, част от лекарите изнасят кратко представление. Идеята е да се съчетае приятното с полезното.

Това не е театър, а по-скоро скеч, водевил, бурлеска или както го наречете. Сценарият е наш и е свързан с нашето ежедневие. Целта му е да забавлява колегите и да им помогне да се отърсят от стреса от изминалата седмица, разказва д-р Кожухаров.

### Лекарят, който застана зад идеята

Д-р Орлин Кожухаров е роден и израснал в Русе. В училище имал интерес към биологията и химията. Това го и насочило към медицината. След като се дипломирал, започнал работа по разпределение в Селски здравен участък. Там прекарал 2 години, а после още една като участъков педиатър. Малко по-късно д-р Кожухаров постъпва на работа в Инфекционно отделение на Русенската болница, където работи 10 г., а от 2000 г., вече близо 20 години, е общопрактикуващ лекар.

Обича работата си в бяла престилка, но страстта по театъра, запалена в студентските му години, не угасва.

Не ми е точно хоби. Хобито ми е история, философия и езотерика. Умея да пиша и да съчинявам истории. С шоу програми се занимавам от студент. Тогава създадохме с мои приятели група, която правеше забавни постановки на определени събития или в заведения. Така припечелвахме по някой лев и взехме доста награди, разказва докторът.

И така студентското начинание се възражда години по-късно, когато д-р Кожухаров е реализирал се вече лекар. Предлага на свои колеги да спретнат шоу програма, в която всеки има отредена роля. А целта е разтоварване и сплотяване на колектива.

Когато разговарях с тях, успех да видя кой какво обича да прави. Успях да измъкна най-доброто от тях и лесно ги убедих, просто си знаех кои хора да покана, разяснява лекарят.

Да преглеждаш пациенти с различни проблеми, мисля, че всеки, дори да не е лекар, ще се съгласи – стресиращо е. Напрежението различните специалисти тушират с различни



занимания. Д-р Кожухаров е избрал театъра. Убедил е и много други лекари, че това помага.

Когато с колегите репетираме, всъщност се разтоварваме идеално. Те повече се забавляват, когато правим репетиция, за тях тя е по-забавна от самото представление.

### Представления с лекарски привкус

Много от Вас са гледали лекарски сериали. Макар и сюжетите в тях да са силно преувеличени – всеки би се съгласил, в лекарския кабинет не е скучно. Все пак животът е най-добрият сценарист. Теца, с която е съгласен и самият д-р Орлин Кожухаров.

Именно по тази причина историите, които пресъздава заедно с колегите си, са заимствани от работата.

Истории от ежедневието през призмата на хумора. Никога не представяме творби на други автори. Например представяме лекарски кабинет, влиза един пациент, втори пациент. И, използвайки хумора, пресъздаваме някакъв диалог, това беше в началото. Същата тази сцена с лекарския кабинет сме я разнообразявали с музика, с танци, разказва лекарят.

Понякога си помагат с художествени произведения, но винаги историята е различна и винаги в главната роля са лекарите.

Има скечове, чрез които се прехвърляме в миналото. Бяхме направили веднъж „Божествата на Олимп“. Единият от тях беше лекар – Аполон, а Зевс, беше представител на НЗОК. Стана интересно, признава д-р Кожухаров.

За да има разнообразие, всяка година темата на кратките

представления е различна. Миналата година например идеята е заимствана от литературата. Вдъхновението идва от романа на Арчибалд Кронин – „Цитаделата“.

В книгата се разказва историята на д-р Андрю Менсън, млад и перспективен лекар, който започва работа в малко градче, но бързо печели уважение благодарение на своята отдаденост. Този сюжет за база ползват и лекарите от Русе, но успяват да надградят със свежи идеи.

Решихме да вкараме и други литературни герои. В скеча тези литературни герои идваха на преглед. Така Малкият принц, Пипи Дългото чорапче, Дездемона, Малкият Мук, Винету и Поразяващата ръка се появяват в лекарския кабинет. Смесваме много художествени произведения – образите приличат на тези от оригинала, но думите, с които си служат, са съвсем различни, разказва лекарят.

### Изкуството в медицината

Д-р Кожухаров сам режисира скечовете, в които играе заедно със своите колеги. Измайсторява забавна история, която пресъздава с помощта на останалите лекари. Обикновено самият той е и в главната роля.

По принцип в основата на сценария съм аз, но никога не го правя сам. Правим го заедно. Една колежка най-много ми помага в създаването, но винаги искаме мнението и идеите на другите и ако стигнем до консенсус, всеки сам си доразвива образа, обяснява докторът.

За д-р Кожухаров медицината е не само наука, но и изкуство. Общуването с хората, както и самият живот, също са изкуство. Харесва му театърът, защото в него се използват доста изразни средства на живо пред публиката.

Целият живот е театър. Все пак, когато общуваш с пациента, ти играеш някаква роля, но и пациентът играе роля. Ние трябва да се покажем като професионалисти, които си вършат работата, без да влагат чувства. То това е проблемът в медицината – когато работиш, не можеш и не бива да показваш състрадание и чувства – иначе няма да можеш да мислиш адекватно, разказва лекарят.

И въпреки цялата сериозност, и лекарите имат нужда от забавление. Именно затова инициативата се разраства. Към нея вече се присъединяват и доктори от Велико Търново. А целта на всички е една – да изразят себе си по друг начин... изразявайки другото си аз.

### Карнавалът е тук – нека свалим маските!

Наред със скечовете, които организират, постепенно лекарите решават да си направят и карнавал. Веднъж годишно те дефилират с различни костюми и маски. Има жури, следователно има и награди.

Те наградите са няколко. Миналата година наградите за най-добри костюми бяха една колежка от Русе и един медицински представител – Красавицата и звяра. Принц и принцеса – колеги от Велико Търново също. Имаше и такива от Горна Оряховица, които бяха в народни носии. Преставяха един техен хайдутин и изпяха песен за него, разказва д-р Кожухаров.

Самият лекар е категоричен – карнавалът е най-подходящият начин да накараш хората да се забавляват и да свалят маските, които носят в ежедневието.

Карнавалът дава възможност хората да проявят творчество. Нещо, което те няма да направят в ежедневието си. Който си направи по-хубава маска или успее да се представи успешно, това означава, че този човек има нужда от тези неща и по този начин ти изваждаш другата му същност, споделя лекарят.

Въпреки интереса си към театралното изкуство, д-р Кожухаров признава – с театър е трудно да се занимаваш. Затова не е имал и такива амбиции, не е ходил и на уроци за целта. Но именно чрез това изкуство успява да се весели като студент. А после и като практикуващ лекар. Голямата му любов обаче е и винаги ще бъде медицината.

