

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ

ФИЛМ В ПАМЕТ НА Д-Р СТЕФАН ЧЕРКЕЗОВ



ЗАБРАВА

ПРЕМИЕРА - НА 72. ОТЧЕТНО-ИЗБОРЕН СЪБОР НА БЛС, 18.09.2021 Г., НДК

Всяка година от 2005 насам на 15 август отбелязваме Деня на спасението. На тази дата през 1963 г. 26-годишният лекар д-р Стефан Черкезов спасява 47 души от горящ автобус. Ден по-късно умира вследствие на получените изгаряния, настоявайки колегите му от болницата да се погрижат първо за останалите пътници и бидейки наясно относно изхода за себе си.

Днес малцина си спомнят безпрецедентната саможертва на младия и обещаващ лекар. Но един сплотен екип решава да върне спомена за подвига на д-р Черкезов с документалния филм „Забрава“. Сценарист е проф. д-р Златимир Коларов, режисьор - Валентина Фиданова - Коларова, а консултант - д-р Тотко Найденов, по чиято инициатива честваме Деня на спасението. БЛС се присъедини към проекта с финансова подкрепа за постпродукцията.

При всеки досег с местата, където бе живял и работил героят, усещането беше за забрава, казва в интервюто проф. Коларов. **На стр. 6-7**

ОТБЕЛЯЗВАМЕ ДЕНЯ НА ПЪРВАТА ПОМОЩ



Световният ден на първата помощ се отбелязва всяка втора събота на месец септември от 2000 г. насам, по предложение на Международната федерация на Червения кръст и Червения полумесец.

Първоначално той е Европейски ден на първата помощ, а през 2003 г. става Световен.

Домът е моята крепост, казват англичаните, но дори там се крият немалко опасности. Първата помощ е съчетание от базисни умения и знания, чиято цел е да бъде оказана навременна, ефективна и бърза интервенция в т.нар. „златен час“.

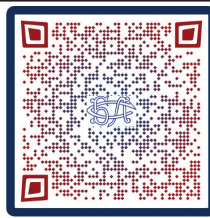
На стр. 10-11

По темата разговаряме с д-р **НАДЕЖДА ТОДОРОВСКА** от БЧК

Лекар на годината
2021



На стр. 3



СКАНИРАЙ МЕ

ЗА КОНТРОЛ НА ГРИПНИТЕ СЪСТОЯНИЯ

Осцилококцидум!

ПРОФИЛАКТИЧНО
1 гоза
седмично

ПРИ КОНТАКТ
С БОЛНИ
1 гоза на
всеки от
контактните

ИЗЯВЕНА
КЛИНИЧНА
КАРТИНА
По 1 гоза
сутрин и вечер

ПРИ ПЪРВИТЕ
СИМПТОМИ
1 гоза възможно
най-рано,
повтаря се 2-3
пъти през 6 часа

2 ОПАКОВКИ = 3 МЕСЕЦА ПРОФИЛАКТИКА!



BOIRON

Хомеопатичен лекарствен продукт без лекарско предписване. КХП 24118/06.11.2013
За пълна информация:
Бул. Шипченски проход 9, ет. 5, офис 11, 1111 София
email: boiron.bulgaria@boiron.bg

ЛИПСВА ЕФЕКТИВНА СИСТЕМА НА ПСИХИАТРИЧНО ОБСЛУЖВАНЕ

ТОВА ГЛАСИ ДОКЛАД НА СМЕТНАТА ПАЛАТА

Все още не е изградена ефективна система на психиатричното обслужване, която да се основава на принципите на достъпност на здравни услуги, координираност и непрекъснатост на грижите, съобщават на сайта си от Сметната палата. Това е основният извод от извършения от нея одит „Ефективност на системата на психиатричното обслужване“ за периода от 01.01.2017 г. до 31.12.2019 г.



СМЕТНА ПАЛАТА НА РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ

По данни на национално проучване през 2017 г. пожизнени заболявания от чести психични разстройства в България е 14,54 на сто. Психичните разстройства са на второ място с най-голям принос за боледуванията, измерени чрез показателя „години живот в боледуване или инвалидност“ (DALYs) в Европейския регион (19 на сто) и най-важна причина за инвалидност. Проучвания на СЗО показват, че при около 25-30 на сто от първоначалните контакти със здравната мрежа става въпрос за някакво психично страдание. Проблемите на психичното здраве са и сериозен рисков фактор за заболяемост и смъртност от други заболявания. Доказано е, че наличието на депресия съществено се отразява на процента на оцеляване на хората със сърдечно-съдови и онкологични заболявания.

При одита е установено, че предлаганите здравно-психиатрични услуги се ограничават до стационарно лечение, тъй като всички дейности, свързани с проследяването, поддържащото лечение, рехабилитацията и ресоциализацията, са извън компетенциите на тези лечебни заведения и те не получават финансиране за това. Поради това в държавните психиатрични болници в страната има десетки пациенти, които не са на активно лечение, но не се изписват, тъй като няма къде да бъдат настанени и на практика живеят там. Така болниците са принудени да поемат и ролята на домове за хора с психични разстройства - практика, която съществува от десетилетия. Няма възможности за рехабилитация на хоспитализирани психично болни пациенти. Неприемливо лоши, пренаселени и нехигиенични са всички съоръжения за тях - стаи, кабинети и т. н.

Липсват:

- добра координация между обществените здравни услуги и останалите здравни и социални дейности, регламентирани в различните документи - стратегии, закони, правилници;
- приемственост на грижите след като болните бъдат изписани и се върнат обратно в общността;
- връзка между отделните професионалисти, имащи отношение към страдащите от тежки психични разстройства;
- добро взаимодействие със социалните служби в страната при настаняване на психично болни пациенти за последваща грижа и провеждане на ефективна психо-социална рехабилитация.

Финансирането на държавните психиатрични болници се осъществява чрез бюджет, определен на исторически принцип, който не е пряко обвързан с обема на осъществяваната дейност. Стойностите на медицинските дейности, които се субсидират от Министерството на здравеопазването, се определят въз основа на данните за средния разход на лечебните заведения. При тези начини на финансиране е невъзможно да се измери ефикасността и ефективността на публичните разходи.

Размерът на публичните средства, планирани за психично здраве нараства от 53 380 хил. лв. за 2017 г. на 65 932 хил. лв. през 2019 г., но въпреки това системата на психиатрично обслужване не е осигурена финансово, за да функционира ефективно и да предоставя качество на обслужването.

Това води, освен до неприемливи условия за пациентите, и до други сериозни последици - липса на достатъчно персонал и неравномерното му разпределение, както и липса на инвестиции в обучение, лош морал и отношение към пациентите. Крайно неравномерно е разпределението на кабинетите в гра-

довете. Най-много амбулаторни практики има в София, Пловдив и Варна, най-малко в Смолян, Разград и Монтана. В извънболничните центрове липсват социални работници и психолози, които да осъществяват социално-рехабилитационни дейности. Недостатъчни са специалистите по детска психиатрия и функциониращите стационарни легла за лечение на деца и юноши с психични заболявания.

Например, данните от анализите на РЗИ показват, че през 2017 г. 19

области са осигурени с по-малко от 1 психиатър на 10 000 души население. През 2018 г. 18 области имат по-малко от 1 психиатър на 10 000 души население. През 2019 г. 21 административни области са с по-малко от 1 психиатър на 10 000 души население. При посочените примери даже не се заявяват потребности от специалисти. Подобно е положението и с детските психиатри. През 2017 г. в 22 области няма детски психиатър, през 2018 г. - 23 области нямат детски психиатър, през 2019 г. - 20 области нямат специалист по детска психиатрия. Лечебните заведения за болнична помощ са в невъзможност да поддържат минималните изисквания на Медицинския стандарт „Психиатрия“ по отношение на персонала.

Сметната палата е констатирала още, че не са изградени:

- **единна информационна система** в здравеопазването и условия за интегрирани грижи, която да гарантира не само информираното управление, но и адекватното проследяване и лечение на пациентите.
- **ред за проследяване на всеки един пациент**, осъществяване на поддържаща терапия и различни психосоциални интервенции с оглед обратното социализиране. Необвързаност на амбулаторната дейност с останалата мрежа от услуги;
- **програми** за лечение на хранителни разстройства, ранен детски аутизъм, разстройства на развитието, проблеми в невропсихичното развитие, поведенчески и емоционални разстройства и др.;
- **мониторинг** на резултатите - няма система за оценка на ефективността на предоставяната психиатрична помощ и обвързаност на финансирането с качеството на предоставяните услуги. Начинът на регистрация и събиране на данни за използваемост и лечение поражда съмнения в тяхната достоверност и не позволява използването им за целите на взимане на управленски решения;
- **превенция на психичното здраве** - не са достатъчни превантивните, социалните и здравните услуги, които имат ключова роля за предотвратяването на риска от социално изключване сред целевите групи;
- **услуги в домашна среда**, отговарящи на потребностите на възрастните хора и хората с увреждания.

Сериозен проблем у нас са и **нагласите на обществото към психично болните** - те продължават да бъдат стигматизирани и често дискриминационни. Напускатки лечебното заведение, психично-болните попадат в среда, която не е толерантна към тях, не ги подпомага, включително и най-близките им хора.

Психиатричното обслужване има комплексен характер, надхвърлящо медицинските и социалните аспекти и дейности. В осигуряването му своя роля трябва да имат, освен здравната и социалната системи в страната, също органите на местното самоуправление и местната администрация, неправителствени организации, европейски фондове и механизми, общността и други заинтересовани страни, които участват и съдействат за реализирането на държавната политика. Само чрез цялостна визия, интегриран подход и обща координация на действията на целия спектър от отговорни институции и заинтересовани лица може да се постигнат целите на системата и дълго очакваното ѝ реформиране.

Сметната палата е дала **13 препоръки на министъра на здравеопазването** и **2 препоръки на министъра на труда и социалната политика**.

БЛС ОТДАДЕ ПОЧИТ НА ЗАГИНАЛИТЕ ЛЕКАРИ И СЕСТРИ ПРИ ИЗПЪЛНЕНИЕ НА СЛУЖЕБНИЯ ДЪЛГ



В навечерието на 15 август - Деня на спасението, пред Паметника на медицинските чинове, загинали във войните, венци поднесоха главният секретар на УС на БЛС д-р Стоян Борисов и зам.-председателят на съсловната организация д-р Николай Брънзалов.

На церемонията присъстваха зам.-министърът на здравеопазването д-р Тома Томов, ръководството на ВМА, представители на МО, БЧК, БАПЗГ, военни, лекари и граждани.

За втора година Денят на спасението преминава под знака на COVID-19 - заразата, която отне живота на над 120 медици, които до последно помагаша на болни от новия коронавирус, но загубиха битката за собствения си живот.

С едноминутно мълчание и вой на сирени на линейки беше почетена паметта на всички лекари, медицински сестри, полицаи, доброволци и граждани, загинали при спасяването на човешки живот.

Денят на Спасението е създаден през 2005 г. по инициатива на д-р Тотко Найденов, главен редактор на в. «Български лекар», с подкрепата на БЛС, ВМА и със съдействието на МЗ, БЧК и синдикатите. На този ден почитаме и паметта на 26-годишния лекар на великотърновското с. Стрелец, д-р Стефан Черкезов, който на тази дата през 1963 г. спасява 47 души от пламнал автобус и загива от тежките си изгаряния.

От 20 декември 2012 г. честването на 15 август като Ден на спасението бе официализирано с решение на Министерски съвет. Така България стана единствената страна в ЕС, а вероятно и в света, която държавнически отбелязва паметта на своите сънародници, загинали при спасяването на хора в мирно време.

НАД 53 НА СТО ОТ МЕДИЦИТЕ У НАС СА ВАКСИНИРАНИ СРЕЩУ COVID-19

По данни, предоставени от Дирекция „Електронно здравеопазване“ към Министерство на здравеопазването, към 27.07.2021 г. със завършен ваксинационен цикъл са 34 043 лекари и специалисти по здравни грижи или над 53 на сто от медиците у нас.

Данните сочат още, че към днешна дата у нас на лекари са поставени 41 117 дози от различните видове ваксини срещу Covid-19, като със завършен ваксинационен цикъл са 20 453 от тях. Общо лекарите в България, които са официално вписани в Регистъра на БЛС към 27.07.2021 г., са 32 724. Това означава, че над 62 на сто от лекарите у нас са ваксинирани срещу коварната болест.

По данни на БАПЗГ професионалистите по здравни грижи в страната са около 32 500. Според Дирекция „Електронно здравеопазване“ към 27.07.2021 г., със завършен ваксинационен цикъл от тях са около 14 590 или близо 45 на сто. Общо поставените дози са 29 536.

Медицинските служители, при които е потвърден новият коронавирус у нас, са общо 13 467. От тях 3864 лекари, 4559 медицински сестри, 2255 санитарни, 290 фелдшери и 2499 друг медицински персонал.

ГАРАНТИРАНИ СА ПАРИТЕ ЗА МЕДИЦИТЕ НА ПЪРВА ЛИНИЯ

Във връзка с постъпили запитвания от лечебни заведения, свързани с неяснота и спорове при тълкуването и прилагането на Методиката за определяне на размера на сумите, заплащани от НЗОК на изпълнители на медицинска помощ, на дентална помощ и на медико-диагностични дейности за работа при неблагоприятни условия по повод на обявена епидемична обстановка БЛС излезе с предложение до НС на НЗОК за съвместно указание. С него по категоричен начин се гарантират договорените средства за медиците от

болнична и извънболнична медицинска помощ. Или: Парите за ОПЛ и за ДКЦ се определят на база заболяемостта от Ковид в страната. За работещите в болниците се изплаща нетно допълнително трудово възнаграждение в размер на 1000 лв., съответно 1200 лв. при данни за заболяемост над 600 на 100 000 души, когато е работил пълен работен месец по график в съответната клиника/отделение/структура. За персонала, който няма изпълнен пълен работен месец - сумата на допълнителното възнаграждение се изчислява про-

центно спрямо реално отработените по график в съответната структурата часове/дни за месеца.

Категорично заявяваме, че размерът на горепосочените възнаграждения не зависи от часовете, през които персоналът е осъществявал пряко дейности по наблюдение, диагностика и лечение на пациент/и, представяйки потвърден случай на COVID-19, а от отработени по график часове през месеца в съответната структура.

Писмото на съсловната организация можете да прочетете на www.blsbg.com.



IN MEMORIAM

НАПУСНА НИ
ПРОФ. Д-Р ЕВГЕНИЯ ЙОРДАНОВА-
КЮЧУКОВА

На 15 август т. г. на 97-годишна възраст ни напусна завинаги проф. д-р Евгения Панчева Йорданова-Кючукова - основател на клиниките по хематология във Варна и Плевен, всеотдаен лекар, преподавател, общественик и достоен човек.

„През целия си живот, изпълнен с ползотворен труд, тя беше образец за трудолюбие и честност. Живя достойно и остави във всички ни незабравим спомен, който ще запазим с много обич и дълбока признателност“, споделя за нея семейството ѝ с дълбока тъга и много обич.

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на опечалените!

Поклон пред паметта ѝ.

СТАНОВИЩЕ НА БЛС ВЪВ ВРЪЗКА СЪС СЪЗДАВАНЕТО И ПОДДЪРЖАНЕТО ОТ МЗ НА ИНФОРМАЦИОННА СИСТЕМА ЗА ПОПУЛАЦИОНЕН ИМУНИТЕТ (ИСПИ)

До
Д-р Стойчо Кацаров, в качеството му на министър на здравеопазването на Република България

СТАНОВИЩЕ

От
Д-р Иван Маджаров, в качеството си на Председател на УС на БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ (БЛС), с код по БУЛСТАТ 121855943, със седалище и адрес на управление: гр. София, бул. „Акад. Иван Гешов“ № 15

Относно: Заповед № РД-01-606/19.07.2021г. на министъра на здравеопазването на Република България

УВАЖАЕМИ МИНИСТЪР КАЦАРОВ,

Във връзка с Ваша Заповед № РД-01-606/19.07.2021 г., Български лекарски съюз изразява следното становище:

Процесната Заповед предвижда създаване и поддръжане на Информационна система за популяционен имунитет (ИСПИ), в която ще се събират и обработват данни за български граждани, които включват изследвания за COVID-19 (SARS-CoV-2), посочени в раздел „Номенклатури“ на Приложението, както и данни от националния регистър за ваксинация. За попълване на данните в ИСПИ се предвижда всички лаборатории и лечебни заведения, в структурата на които има лаборатории, които извършват въпросните изследвания да предоставят информацията за извършените изследвания в ИСПИ на адрес: <https://immustat.ci/>, като са въведени следните срокове:

1. в срок до 30.07.2021 г. се подават данни за направените изследвания за периода от 01.01.2020 г. до 30.06.2021 г.;

2. данните за изследвания, извършени след 30.06.2021г. се подават ежесечно до 5-ия работен ден на месеца следващ месеца на отчетния период. Лечебните заведения може да подават данни и с по-голяма честота, при условие, че не допускат дублиране на данните. За дублиране на данните се счита повторното подаване на данни за един и същи пациент, на когото е извършено едно и също изследване, на една и съща дата от едно и също лечебно заведение

В т. 3. от Заповедта се създава задължението на всички лаборатории и лечебни заведения, в структурата на които има лаборатории, които извършват посочените изследвания да предоставят информация за извършените изследвания в ИСПИ на адрес: <https://immustat.eu/>, а в т. 7 от Заповедта са разписани гореописаните срокове за изпълнение на това задължение.

В горепосочените точки са вменени задължения, които са в противоречие с чл. 5, ал. 2 от Закона за ограничаване на административното регулиране и административния контрол върху стопанската дейност (наричан по-долу за краткост „ЗОАРАКСД“), който предвижда, че „административният орган не може да изисква предоставяне на информация или документи, които са налични при него или при друг орган, а ги осигурява служебно за нуждите на съответното производство.“

Хипотезата на чл. 5, ал. 2 от ЗОАРАКСД е налице в настоящия случай поради следното:

Съгласно посочените по-долу заповеди на министъра на здравеопазването считано от 03.02.2020г. е въведена задължителната регистрация, съобщаване и отчет на инфекции, свързани COVID-19 по реда на Наредба № 21. Въведено е задължение лечебните заведения, които установят случай на COVID-19 да уведомят в срок до 24 часа РЗИ за резултатите от проведените лабораторни изследвания. Ежедневно РЗИ подават обобщена информация в Националния център по обществено здраве и анализи, съгласно чл. 19, ал. 1 и ал. 3 от Наредба № 21. Националният център по обществено здраве и анализи обработва информацията, обобщава и изпраща ежедневна и седмична сигнална информация съгласно чл. 22 от Наредба № 21.

Със заповед № РД-01-184/06.04.2020г. се въвежда в експлоатация Национална информационна система за борба с COVID-19, състояща се от: Информационен уеб портал за граждани с актуална информация за епидемичната обстановка в страната; мобилно приложение за отразяване на здравния статус; Регистър на лица, поставени под карантина или домашна изолация и лечение и потвърдени случаи на COVID-19, и др. Съгласни посочените по-долу заповеди лечебните заведения за болнична помощ въвеждат ежедневно цялата информация за лицата с основна или с придружаваща инфекция със SARS-CoV-2, хоспитализирани в тях и отразяват всички промени, свързани с тях. От друга страна, лечебните заведения и РЗИ, които провеждат диагностика за COVID-19, въвеждат получените резултати в Национална информационна система за борба с COVID-19.

В тази насока Заповед № РД-01-46/03.02.2020г. (отм.), Заповед № РД-01-150 от 25.03.2020г. (отм.), Заповед № РД-01-

284 от 29.05.2020г. (отм.), Заповед № РД-01-473 от 14.08.2020г. (отм.), Заповед № РД-01 -552 от 02.10.2020г. (отм.), Заповед № РД-01 -637 от 06.11.2020г. (отм.), Заповед № РД-01-648 от 10.11.2020г. (отм.), Заповед № РД-01-724 от 22.12.2020 г. на министъра на здравеопазването.

От друга страна, съществува и Информационна система Регистър на имунизирани лица за борба с COVID-19, в който се съдържа информация за всички ваксинирани лица.

Тези два регистъра съдържат изчерпателни данни за приблизителен популяционен имунитет, включително цялата налична информация за всички изследвания и/или ваксинирани лица, т.е. информацията, която се изисква чрез Заповедта. Освен това въпросната информация се подава и към НЗИС платформата и към НЦЗПБ за секвениране на положителни ПСР тестове. Цялата въпросна информация се попълва ежедневно, т.е. административният орган я е получавал и продължава да я получава и при липсата на Заповедта.

В обобщение на горното, задължението по т. 3 от Заповедта, съгласно което всички лаборатории и лечебни заведения, в структурата на които има лаборатории, които извършват посочените изследвания да предоставят информация за извършените изследвания, противоречи на чл. 5, ал. 2 от ЗОАРАКСД, защото тази информация вече е предоставена на административния орган по смисъла на ЗОАРАКСД и следва да бъде получена от него по служебен ред.

От друга страна, от гледна точка целесъобразността Заповедта е икономически и организационно необоснована и засяга законните интереси на заинтересованите лица. Това е така и поради следните недостатъци на ИСПИ:

- Предоставянето на вече предоставена информация към няколко административни органа/платформи би представлявало допълнителна ненужна дейност за лечебните заведения, която ги натоварва с излишни разходи, несвързани с изпълняваните от тях функции, излага ги на рискове, предвид задълженията за защита на личните данни на пациентите. От друга страна, по този начин необосновано и ненужно допълнително се усложнява дейността на лечебните заведения, което значително отклонява държавата от една от нейните основни законово функции, осъществявани чрез лечебните заведения - опазване на здравето на гражданите като състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие (чл. 2 от Закона за здравето);

- Не съществува проверка на съответствие между име и ЕГН. Задължителният елемент е ЕГН, като при импортирането то не се сравнява за съответствие с никое от имената. Този недостатък доведе, че при ръчното качване на информацията е възможно да се създаде комбинация от правилно по алгоритъм ЕГН асоциирано с имена на друг човек, което от своя страна създава опасност от създаване на пречка за постигане на основната цел на Заповедта - „надзор на събитията свързани с придобиване на имунитет към SARS-CoV-2“

- Количествените тестове за COVID-19 не са разделени по производители, като различните производители имат различни стойности за положителен и отрицателен резултат. Отчитат се само положителен и само отрицателен резултат, с което с лекота се премахват тяхното преимущество.

- При провеждането на високоспециализирано медико-диагностично изследване „Полимеразна верижна реакция за доказване на COVID-19“ с положителен резултат, не се събират данни дали е първи или следващ положителен резултат, което от своя страна също създава опасност от създаване на пречка за постигане на основната цел на Заповедта - „надзор на събитията свързани с придобиване на имунитет към SARS-CoV-2“;

- Липсва интеграция с ваксинациите срещу COVID-19.

Последните от действието на Заповедта засягат кръга от заинтересовани лица, които са пряко свързани с опазването на живота и здравето на гражданите в условията на извънредна епидемична обстановка и в период от време, в който тенденциозно се увеличават потвърдените COVID-19 случаи - всички лаборатории и лечебни заведения, в структурата на които има лаборатории, които извършват изследвания за COVID-19. Създаването на допълнителна необоснована административна тежест на лицата, засегнати от Заповедта, предвид предоставената/предоставяна от тях информация, ще ги отклони от функциите им по време на извънредна епидемична обстановка.

С оглед на горното, Ви препоръчвам да отмените Заповед № РД-01-606/19.07.2021 г.

29.07.2021г.
гр. София

С уважение:
Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ
ПРЕДСЕДАТЕЛ НА УС НА БЛС

НОМИНАЦИИ „ЛЕКАР НА ГОДИНАТА“ 2021

БЛС ще почете Деня на българския лекар – 19 октомври. В празничния ден, по традиция, на официална церемония ще бъдат връчени наградите на Български лекарски съюз за принос в медицината.

Тази година е по-специална, защото честваме 120 години от основаването на Съсловната организация и 31 години от възстановяването ѝ.

Категориите, в които се номинират заслужилите признание медици са:

1. „Дългогодишна дейност в областта на медицината и активен принос в развитието на специалност“.

2. „Принос за развитие и прилагане на иновативна медицина и уникални техники“.

3. „Ти си нашето бъдеще“ – награда за младите медицински надежди на България.

4. „Принос за развитие и утвърждаване авторитета на съсловната организация“.

5. „Лекар на годината 2021 г.“
Вашите номинации очакваме до 30.09.2021 г. на имейл lekarnagodinata2021@blsbg.com.

Изискванията за подаване на предложения в горепосочените

категории са следните:

- упоменаване за коя от посочените категории предлагате номинация;

- кратка професионална биография на номинирания кандидат (особени заслуги в областта на медицината, международни изяви на кандидата (ако има такива) и т. н.

Припомняме, че номинации могат да бъдат подавани от РЛК, Дружества по специалност, лечебни заведения, отделения, отделни лекари и пациенти.

Комисия, включваща представители на ръководството на БЛС, ще разгледа предложенията и ще отличи победителите.

Регламентът предвижда с най-голяма тежест при отличаването на победителите да са номинациите, подадени от РЛК.

След тях като тежест се нареждат: дружествата по специалност, лечебните заведения, отделенията и т.н.

Очакваме Вашите предложения на lekarnagodinata2021@blsbg.com до 30.09.2021 г.

Лекар на годината
2021



ЗАПОЧВАТ РАЗГОВОРИ ЗА ПРОМЯНА В ЦЕНАТА НА КОВИД ПЪТЕКИТЕ

През последните седмици се наблюдава повишаване броя на новооткритите случаи на пациенти с COVID-19, като е увеличен броят на хоспитализираните пациенти както по клинични пътеки, така и в интензивните отделения.

От асоциации и сдружения на болниците постъпиха сведения за разходите на лечебни заведения за болнична медицинска помощ при лечението на пациенти с COVID-19. Данните показват, че в много от случаите агрегираните разходи, направени от болниците, надвишават финансирането на това лечение чрез заплащане по определените в НРД клинични пътеки и в някои от случаите и по КПр за интензивно лечение.

Предвид очакваното повишаване на броя на хоспитализираните пациенти с COVID-19, най-бързият възможен вариант за подкрепа на лечебните заведения за БМП в тази ситуация, е да се повишат цените на клиничните пътеки № 39, № 48 и № 104 в случаите, когато се извършва лечение на пациенти с доказан COVID-19. Затова БЛС предлага да се изготви допълнително споразумение към НРД за медицинските дейности 2020-2022 г., като увеличението на посочените клинични пътеки да влезе в сила от 01.08.2021 г. и да важи за времето на въведените с акт на министъра на здравеопазването противоепидемични мерки на територията на цялата страна.



Спасителят на неврологичното отделение във Видин

Д-р Ангел Благоев се връща в северозападния град, за да помага на пациентите в района

Историята на д-р Ангел Благоев е колкото вдъхновяваща, толкова и поучителна. Това е история за изборите, които не са лесни. За трудния път, по който поема всеки, носещ в сърцето си емпатия и чувство за дълг.

След като близо година отделението по неврология на МБАЛ „Св. Петка“ във Видин пустее заради липса на специалисти, младият лекар решава да се завърне в родния си град. Благодарение на старанието и отдадеността на д-р Благоев, отделението отваря отново врати през март 2021 г. Оттогава той работи буквално ден и нощ, спасявайки пациентите в областта. Много често, едва няколко часа, след като е завършил нощното си дежурство, се налага отново да отиде по спешност в болницата.

Въпреки напрегнатото си ежедневие и жертвите, лекарят не съжалява за направения избор. Вярва, че човек може да се чувства най-пълноценен там, където е истински полезен.

От Северозапада до столицата и обратно

Д-р Благоев завършва своето медицинско образование през 2010 г. в София. Като всеки млад човек имал колебания какво да специализира.

„Работих като ординатор 6 години в отделение по неврология към УМБАЛ „Св. Анна“ в София. След това реших, че това е мястото, на което се чувствам добре. Почувствах неврологията като сфера, в която аз искам да работя и да се развивам. Винаги съм казвал, че човек трябва да работи това, което желае и иска, за да си работи с желание“, казва той.

На добрите практики в неврологията го учи доц. д-р Росен Калпачки, както и останалите специалисти от Окръжна болница, на които младият медик е изключително благодарен.

„Доц. Калпачки ми помогна да се изградя не само като лекар, но и като човек. А УМБАЛ „Света Анна“ е може би най-натоварената университетска болница, която поддържа денонощен спешен прием, особено когато става дума за отделението по неврология“, казва младият лекар.

Д-р Благоев е категоричен – за да работиш спешна неврология, трябва много да обичаш работата си.

„Всички искаме инсултите да се случват в рамките на работния ден. Разбира се, най-добре е да не се случват въобще. В реалността обаче, пациентите ги получават точно когато си най-изморен. „Не питат“, пояснява той.

Мисията да спасяваш като личен избор

Всеки има своя причина да направи рязък завой в житейски план. Д-р Благоев избира да напусне голямата град, за да лекува във видинския край по няколко причини.

„Преди време дядо ми и чичо ми си отидоха от исхемичен инсулт. По това време не можеше да им се приложи съвременно лечение“, споделя докторът.

Когато разбира, че отделението по неврология в града е затворено – д-р Благоев си дава ясна сметка какво означава това за хората от Северозападния край. При спешни случаи пациентите трябва да бъдат открити в болниците в Лом, Монтана и дори София.

„При инсульта смъртността е много висока. Когато даден пациент получи инсулт, той трябва да има къде да се лекува. А за да се избегне



рискът от фатален изход, времето е от изключително значение. Едно евентуално транспортиране до болница в друг областен град може да коства живота и подвижността на тези пациенти“, казва Благоев.

Освен всичко, лекарят вярва, че е добре човек да се труди там, където е роден, доколкото възможностите му го позволяват. Самият той има близки и роднини във Видин и околността, затова връщането си в района той чувства и като свой дълг.

„В крайна сметка всеки човек избира къде иска да работи, къде иска да живее и какво иска да направи с живота си. Аз смятам, че на този етап от живота си мога да бъда по-полезен на хората, които са от този край. А когато не мога да им помогна, имам ангажимент да ги насоча към специалист“, пояснява лекарят.

Д-р Благоев винаги се е допитвал до по-опитните си колеги за помощ и съдействие, когато става дума за нещо, което не попада в неговата експертиза.

Подкрепата, без която не може

Младият лекар признава, че нищо от свършеното дотук не би било възможно без солидната помощ на медицинските сестри в отделението, които са изключително подготвени, както и ординаторите, които идват да помагат с дежурства. И въпреки огромната помощ, която оказват медицинските лица, тя се оказва крайно недостатъчна. За да осигури навременното лечение на пациентите в района, д-р Благоев се лишава в голяма степен от съня и спокойствието си.

„Телефонът ми е включен 24 часа. Снощи съм работил до 1 ч. след полунощ, миналата вечер до 4 ч. На другия ден – ставаш, продължаваш, идваш отново на работа. И това е много естествено. Когато човек има спешен проблем – говорим за спешен мозъчносъдов инцидент, винаги може да ме потърси“, заявява медикът.

По думите на д-р Благоев всяко нещо си има цена. Тази, която плаща самият той, за да работи неврологичното отделение във Видин, е малко по-висока. И все пак, щом има нужда от специалист като него, значи смяната на местоживееенето и работа си струват.

В момента Благоев е единственият лекар в цялото неврологично отделение. Заедно с него работят още две сестри и една санитарка, а работата става все повече и повече.

„Ние имаме доста пациенти, днес например изписахме 6 човека. Довечера съм сигурен, че ще се напълни отново отделението, защото тук пато-

логията е жестока. Пациентите често са възрастни хора, с множество увреждания, в някои случаи изоставени от близки. Тяхното здравно състояние не е било контролирано в период от дълго време“, разказва неврологът.

По думите му липсата на подобно отделение крие огромен риск за пациентите, тъй като процентът на хората, преживели тежък мозъчносъдов инцидент не е малък.

„Хората, които оцеляват след като преживеят инсулт, често се оказват с краен двигателен дефицит. А хората, които остават парализирани за цял живот, често са в тежест както на себе си, така и на социалната и здравната ни системи. Грижата за такива пациенти стават разход за държавата. Продължителното лечение и грижа за тези хора са изключително скъпи“, пояснява Благоев.

Недостатъците на една здравна система

Първото нещо, което прави силно впечатление на лекаря, когато започва работа в неврологичното отделение на видинската болница, е, че няма хора, които да работят в лечебните заведения.

„Второто нещо: един областен град не може без неврологично отделение – това е областен град“, възмущава се той.

Силно вярва обаче, че с помощта на добронамерени хора, условията както за медицинския персонал в лечебното заведение, така и за самите пациенти, ще бъдат подобрени.

„Не е тайна, че Видин е един от най-бедните градове у нас. И все пак, пациентите тук, освен лечение, заслужават по-добри условия – чисто битови, ако щете. Това е изключително важно за тях и за възстановяването им“, казва той.

Нужда от реформи за по-светло бъдеще

Д-р Благоев е категоричен – трябва да бъдат направени много реформи не само в областта на неврологията, но и в системата на здравеопазването. Като например в заплащането на клиничните пътеки.

„В момента при мен има чужденец от Сърбия с изключително тежък инсулт. Здравно неосигурен е и е вече при нас шести ден. И от това нещо губи само и единствено болницата, губят колегите. На мен сърце не ми дава да кажа, ето свършила е клиничната пътека – тръгвай си, защото знам, че може да загине ако го пусна от тук. Как да го пусна? Какъв морал трябва да имам аз“,

пита лекарят.

Една от другите болни теми за д-р Благоев е ниското заплащане за младите специалисти, което понякога дори го няма. Самият той, преди да попадне в УМБАЛ „Света Анна“, е работил месеци наред, без да взема никакви възнаграждения.

„Един млад човек трябва да получава достойно заплащане за своя труд, а лекарският труд е много специфичен. Човек трябва да отдели голяма част от живота си и свободното си време, за да може да се развива и да помага на хората. Не е тайна, че повечето млади хора работят на 3-4 места, за да могат да се издържат“, заявява лекарят, като е категоричен, че сегашната реалност трябва да се промени.

За самия него работата в чужбина никога не е била опция, въпреки че е имал такава възможност. Собствената му се сестра от години работи като лекар в Германия.

„Никога не съм го искал, искам да работя на място, където аз се чувствам добре. България е уникална държава. Имаме страхотна природа и абсолютно всичко, което Бог може да ни даде“, заявява д-р Благоев.

Ако у нас стане непоносимо обаче и той самият ще избяга. Все пак вярва, че щом човек се труди много и силно вярва в нещо, резултатът рано или късно ще бъде налице.

Отбелязва също, че през годините са направени и немалко стъпки в положителна насока. Като пример дава факта, че в момента по НЗОК биват изписвани много скъпоструващи медикаменти, на фона на ниските здравни осигуровки. По думите му обаче много от хората у нас не оценявали или не разбирали колко дълъг път е извървян.

Каузите, които биват припознати

След като мисията на д-р Благоев става достойна на обществеността, пациенти и български творци се обединиха около дарителска кампания в подкрепа на неврологичното отделение на видинската болница.

Идеята е да бъдат събрани средства за нова апаратура и за обновяване на отделението. Кампанията стартира преподавателят в Софийския университет Десислава Валериева, след като нейният баща успешно е излекуван в отделението.

„Силно се надявам кампанията да среща съмишленици и в бъдеще. А още по-добре би било, ако по-добрите условия мотивират част от колегите да се върнат да работят тук, а защо не хората да могат да специализират тук“, заявява д-р Благоев.

Когато жертвата си заслужава, въпреки всичко

„Вие представяте ли си да дойде човек, който е парализиран, да не може да си движи крайниците, да не може да говори и след няколко часа, на другия ден да видиш как този човек няма помен от инсульта, който е прекарал. Това са по-редките случаи, но те ти дават стимул да работиш, когато те извикат и в 3 или 4 след полунощ“, споделя д-р Благоев.

Още в първия работен ден на д-р Благоев в неврологичното отделение постъпва жена, която се нуждае от специфично лечение вследствие на инсулт.

„Тази пациентка дойде с много тежък двигателен дефицит – не можеше да движи ръката и крака си. Говорът ѝ беше затруднен. За щастие тази и още много други пациенти се възстановиха успешно след намесата на мен и колегите ми“, казва неврологът.

Удовлетвореност от работата си. Това е главно нещо, което ръководи д-р Благоев през годините в израстването му в неврологията. Затова и продължил да се развива точно в тази област.

Често след дежурствата си сутрин, лекарят има много кратка почивка, след което се връща за нощна смяна в болницата и така чак до следващата сутрин.

„В крайна сметка аз съм си го избрал, наясно съм с какво съм се захванал“, заявява медикът. Сигурен е, че по пътя си ще продължи да среща съмишленици, които ще припознаят мисията му за по-качествено здравеопазване в цялата страна.

А дотогава д-р Благоев остава във Видин, за да помага на пациентите там – доколкото и докогато е необходимо.

СПАСИТЕЛНА АКЦИЯ ПО ВЪЗДУХ ДАДЕ ШАНС ЗА ЖИВОТ НА 27-ГОДИШНО МОМИЧЕ С ТЕЖЪК МОЗЪЧЕН КРЪВОИЗЛИВ

Спасителна акция по въздух даде шанс за живот на 27-годишно момиче от Варна в кома, заради тежка мозъчна хеморагия, причинена от руптурирала мозъчна аневризма. Благодарение на координираните действия на МЗ, МО, Президентството и УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ момичето вече е в съзнание и с подобрени неврологични показатели.

На 27 юли пациентката получава кръвоизлив вследствие на мозъчна аневризма и е приета в тежко състояние във варненската болница. Следват редица консултации със специалисти, но евентуална неврохирургична интервенция крие рискове и никой не се наема да оперира.

На 9 август състоянието ѝ още се влошава. Междувременно близките са успели да се свържат с доц. д-р Станимир Сираков, д.м.н. завеждащ Референтния център по мозъчносъдови заболявания към УМБАЛ „Св. Иван Рилски“. Той дава надежда, че аневризмата може да бъде третирана по ендovasкуларен път (със специална методика през артерия на крака), но интервенцията трябва да се извърши веднага. Заради изключително тежкото състояние на болната, транспортването с реаномобил от София до Варна е немислимо.

Единственият вариант е тя да бъде транспортирана по въздух. Следва бърза организация: изпълнителният директор на УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ д-р Дечо Дечев се свързва с министъра на здравеопазването д-р Стойчо Кацаров. Той от своя страна – с колегата си от Министерство на отбраната Георги Панайотов, информиран е и президентът ген. Румен Радев, който дава съгласието си момичето да бъде транспортирано до София с военния самолет „Спартак“.

Екип от реаниматори от УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, начело с началника на ОАРИЛ д-р Роси-



ца Танова, заминава за Варна. След като успява на място да стабилизира пациентката, екипът успешно я транспортира до Авиобаза „Враждебна“, където реанимобил на Спешна помощ вече чака, за да я закара за спешната интервенция в УМБАЛ „Св. Иван Рилски“. От там тя е поета от екипа на доц. Сираков, който веднага се заема с интервенцията, продължила няколко часа.

„Момичето пристигна при нас в кома, в крайно тежко състояние. Вече е в съзнание, движи клепачите си, неврологичният ѝ статус е добър. Вчера колегите от реанимацията се опитаха да я екстубират. Все още има известни проблеми с дишането, затова е на апарат, но изгледите са добри“, обясни доц. Сираков.

УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ изказва специални благодарности на Отделението по реанимация на УМБАЛ „Св. Анна“ – Варна, за грижите, които са положили за младата пациентка, както и на военнослужещите от 16-та транспортна авиационна група на авиобаза „Враждебна“, за отлично изпълнената акция по спасяването на младата жена.

Нова инсулинова терапия може да подобри лечението на пациентите с диабет от тип 1

Животът на пациентите с диабет от тип едно е насочен към умело жонглиране между диети, упражнения и инсулинови терапии, които да поддържат нормалното ниво на кръвната захар. На фона на многобройните иновативни решения, които се опитват да направят живота на диабетиците по-лек, нов обещаващ подход се фокусира върху самия инсулин.

Екип от биохимици от Медицинския факултет на Университета в Индиана начело с Майкъл Вайс са изследвали самата инсулинова молекула. Учените тестват как структурата ѝ ще реагира при наличието на прост въглехидрат, с цел повторно активиране на инсулина чрез вътрешните нива на кръвната захар.

Работата на биохимичите се фокусира върху функция, която вече е вградена в молекулата – защитен слой, която позволява на протеина да функционира, когато е отворена и да го поддържа стабилна, докато е затворена.

Новият „дизайн“ на молекулата позволява тя да се отваря само при наличието на „ключ“ като проста захарна молекула.

В проучванията си Вайс и неговият екип, са използвали въглехидратната фруктоза, доказвайки, че е възможно да се манипулира инсулина, така че той да активира само част от клетките в черния дроб, при наличието на определено количество захар.

Резултатите от изследването биха разрешили голяма част от иначе неразрешимите догадки, свързани с лечението на диабета.

„Обещанието за този вид „интелигентен“ инсулин е, че той ще промени грижите за диабета, така че хората да не трябва да се притесняват повече за него“, казва Вайс.

Диабетът тип I е автоимунно състояние, което засяга около 15 на всеки 100 000 души по света. На практика имунната система на тялото унищожава клетките в панкреаса, отговорни за измерването на точните количества инсулин в съответствие с нивата на глюкозата.

В миналото подобни състояния често са завършвали с трагичен край. За щастие съдбата на милиони се промени благодарение на откритието, че инсулинът може да бъде пречистен и инжектиран изкуствено, вършейки работата на панкреаса.

Ефективното средство за защита носи след себе си много на брой предизвикателства. Гладът на организма за глюкоза е непредвидим.

Без достатъчно инсулин, нивата на кръвната захар могат да останат високи с риск да бъде предизвикана хипергликемия, която води след себе си редица симптоми от прекомерна жажда до главоболие, замъглено зрение и умора.

Ако тялото бъде претоварено с инсулин пък, може да се стигне до хипогликемия. Лекарите форми на това заболяване водят до прекомерно изпотяване, объркване, треперене и раздразнителност. При тежките си форми хипогликемията повишава риска от припадъци и понякога дори води до смърт.

Без значение по кой път се тръгва, когато притокът на глюкоза не е в норма, тялото я преработва под формата на мазнини, които се превръщат в източник на енергия, произвеждайки кетони като отпадъчен продукт. Ако те се натрупат в достатъчно големи количества, резултатът е потенциално опасно състояние, наречено диабетна кетоацидоза.

Научният напредък и иновациите със сигурност са помогнали на хората да управляват

нивата на кръвната си захар, за да бъдат избегнати трагични последици. Но преобразяването на инсулиновата молекула в биохимичен сензор, може да послужи като защитен механизъм, който да прави хормона неефективен, когато кръвната захар падне под определени нива.

„Причината, поради която глюкозо-реагиращият инсулин е важен, е, че най-голямата бариера пред ефективното използване на инсулина, особено при диабет тип I, е страхът от последиците от прекалено ниска кръвна захар“, казва Вайс.

Тази концепция се проучва и от други изследователи. Миналата година екип от учени от Университета в Копенхаген постигнаха успех в подобен подход, създавайки форма на инсулин с прикрепена група, която се разпада в присъствието на глюкоза, за да направи молекулата функционална.

Методът работи успешно при тестването му с пълхове, доказвайки се като още един потенциален автоматизиран инсулин, който един ден може да бъде включен в лечението на пациентите с това заболяване.

Все още обаче има дълъг път, който да се извърви. Макар и ефективен на теория, модифицираният хормон трябва да бъде достатъчно „умен“, за да разпознае много специфични нива на глюкозата.

През 2021 г. отбелязваме стогодишнината от откриването на инсулина. След още сто години онези, които се занимават с предизвикателствата пред диабет тип I, може да се обърнат назад към поредната стогодишнина, в която инсулинът се е променил още малко.

Изследване е публикувано от Национална академия на науките на САЩ.

Лекарите в Пловдив отстраняват тумори в носа с нова модерна апаратура

Последният модел УНГ навигационна система е единствена по рода си в Централна и Източна Европа

Лекарите от УМБАЛ „Свети Георги“ в Пловдив се добиха с нова модерна апаратура, благодарение на която могат да бъдат отстранявани туморни образувания от околоносните кухини на пациентите.

Новата УНГ навигационна система е единствена по рода си за мащабите на Централна и Източна Европа. Първата интервенция с апаратурата извърши лично директорът на УМБАЛ „Свети Георги“ ЕАД-Пловдив проф. д-р Карен Джамбазов.

Миниинвазивната ендоскопска операция бе проведена в намиращия се в лечебното заведение Високотехнологичен център за трансфер на знания и здравни технологии - Интегрален център и протече като обучение за присъстващите специалисти и специалисти оториноларинголози.

Пред тях проф. д-р Карен Джамбазов, който е сред водещите УНГ-хирурзи у нас и в Европа, демонстрира техники за постигане на прецизност при употреба с най-новата придобивка на УМБАЛ Свети Георги - Пловдив – навигационната система „StealthStation Flex ENT“.

Първата оперативна интервенция с нея бе извършена на 71-годишен пациент с оплаквания от затруднено дишане, продължило около 6

месеца и недиагностициран тумор с проведена до момента терапия без резултат. При направените му образни изследвания – компютърна томография и ядрено-магнитен резонанс, е установено туморно образувание в десните околоносни кухини, което наложило оперативната намеса.

Чрез новата апаратура рисковете за пациентите са сведени до минимум. Тя позволява да се визуализират анатомичните структури по време на самата операция. Технологиата ѝ позволява проследяването на местоположението на инструментите спрямо анатомията с точност под 1 мм. По време на операции, като резекции на тумори например, на хирурзите се осигурява прецизна ориентация.

Медиците могат да променят системата и софтуера, персонализирайки всяка интервенция съобразно конкретния пациент. С апаратурата по-ясно се очертават границите на тумора, оптимално се определя разположението и размера на патологичния процес и оттам – планиране на обема инвазивни действия.

Визуализирането става в 3D формат преди и по време на операцията, като същевременно се следи точното положение на хирургичните инструменти.

Навигационната система насочва хирурзите по време на УНГ процедури като функционална ендоскопска хирургия на синусите (FESS), ендоскопски интервенции на основата на черепа и странични интервенции на основата на черепа. Апаратурата предоставя необходимите прецизност, контрол и наблюдение за отстраняване на малки и труднодостъпни анатомични структури. С нея се извършва също отстраняване на възможно най-голям обем от тумора, като същевременно се запазват функциите и се намалява потенциално нежеланото въздействие върху важни анатомични структури.

Медиците, които се пребориха за доверието на пациентите

Признанието от пациентите е най-голямата награда за един лекар, категорични са хиляди медици, упражняващи професията. Благодарение на платформи като „Супердок“, лекуваните могат да оценяват лекуващите спрямо техните професионални качества и отношения.

Най-обичаните и уважаваните от пациенти лекари бяха отличени в първото издание на инициативата Мисия Супердок 2020. Това са медиците, събрали най-много максимални оценки в платформата, спечелили любовта и доверието на своите пациенти в период на криза и несигурност.

Чрез платформата са оценените специалисти в 14 направления: акушеро-гинекология, неврология, дерматология, педиатрия, ОПЛ, гастроентерология, УНГ, ендокринология, кардиология, ортопедия, урология, офталмология и хирургия. Инициативата е замислена като своеобразен дълбок поклон и жест на респект към всички лекари професионалисти, които са отдадени на своите пациенти.

Специалната награда за най-популярен лекар в платформата взе акушер-гинекологът д-р Иван Димитров, а със специални награди за утвърден специалист и най-популярен лекар в съответната специалност бяха отличени доц. Илия Карагъзов - акушер-гинеколог, доц. Александър Шинков - ендокринолог, д-р Соня Галева - ендокринолог, д-р Марияна Венелинова - дерматолог, д-р Емил Атанасов - уролог, доц. Деян Анакиевски - уролог, проф. Деян Йорданов - гръден хирург, д-р Даниела Петрова - офталмолог, д-р Доротея Станчева - гастроентеролог, д-р Катя Кирова - УНГ специалист и д-р Деница Даскалова - общопрактикуващ лекар.

Някои от останалите отличени специалисти в пилотния проект Мисия Супердок 2020 са д-р Иванина Кацарова, общопрактикуващ лекар, Стара Загора; д-р Николай Гечев, педиатър и детски нефролог, Пловдив; д-р Милка Йонкова, аку-



шер-гинеколог, София; д-р Васил Пепелджийски, гастроентеролог, София; д-р Артин Магардичян, ендокринолог, Варна; доц. Даниела Грозева, д.м., дерматолог, Русе; д-р Живко Сиромахов, уролог, София; д-р Василис Фуракис, ортопед, София; д-р Стефка Драганова, пулмолог, Пловдив; д-р Красимир Шопов, хирург, София; д-р Ася Чакърва, кардиолог, София; д-р Георги Савов и доц. Георги Ангел невролози, София; д-р Нина Миткова, офталмолог, София; д-р Зекерия Батмаз, УНГ, София.

„Оказа се изключително трудно да съставим списъка от най-обичаните лекари в платформата Superdoc.bg, особено в някои категории като общопрактикуващи лекари, педиатри, акушер-гинеколози и др. – голямата част от специалистите в Супердок са безкрайно обичани от своите пациенти и сме получили хиляди оценки с благодарности за техния труд и грижи. Максималните оценки за лекарите в платформата като цяло са над 95% от всички оставени мнения, така че това направи задачата ни почти непосилна“, споделя основателят на Superdoc.bg Ваня Чонева.

От своето създаване до края на 2020 год. в superdoc.bg са оставени над 200 000 оценки от пациенти, които са постигли лекар.



„ЗАБРАВА“

ФИЛМ ЗА СИЛАТА, СМЕЛОСТТА И САМОЖЕРТВАТА. ФИЛМ ПРИМЕР ЗА ЖИВИТЕ И РАЗМИСЪЛ ЗА ОЦЕЛЕЛИТЕ

На предстоящия 72. Отчетно-изборен събор на БЛС ще се състои премиерата на документалният филм „Забрава“, който разказва за безпрецедентните саможертва и героизъм на д-р Стефан Черкезов. Сценарият е на проф. д-р Златимир Коларов, а режисьор е неговата съпруга доц. Валентина Фиданова-Коларова.

Това е един уникален проект, в реализацията на който участват знакови имена – наред с тези на сценариста и режисьора, консултант е д-р Тотко Найденов, а оператори са Здравко Ружев и Цветан Недков.

БЛС се присъедини към проекта с финансовата подкрепа за пост-продукцията.

За идеята, трудностите, реализацията и... забравата, която тегне над имената на много от героите ни, четете в интервюто, което проф. д-р Зл. Коларов и доц. В. Фиданова-Коларова дадоха специално за в-к „Quo vadis“.



Проф. д-р ЗЛАТИМИР КОЛАРОВ, д.м.н. е професор по ревматология, писател, сценарист. Автор и съавтор на над 580 научни труда, ръководител на 6 защитени докторанти. Автор на 23 художествени, публицистични, научно-популярни и литературно-критични книги, на 2 сценария за изрални, 7 за документални и 8 за научно-популярни филми и над 250 публикации в литературни и електронни издания. Негови разкази са публикувани на английски, френски, немски, испански, италиански, гръцки, португалски, руски, албански, украински, полски и румънски езици. Филми са представени на фестивали и прожекции в Гърция, Македония, Сърбия, Албания, Босна и Херцеговина, Германия, Испания, Израел, Англия, Словения, Русия, САЩ, Япония, Канада. Две от книгите му са преведени и издадени в Украйна и Германия. Носител на 52 национални и международни номинации и награди като лекар, преподавател, писател и сценарист. Експерт към Здравната каса и Изпълнителната агенция по лекарствата. Член на Съюза на българските писатели, Българския П.Е.Н.-център, Съюза на учитеите в България, Съюза на българските филмови дейци – гилдия „Сценаристи“ и Съюза на журналистите в България. Председател на Българското медицинско дружество по остеоартроза и остеоартроза и на Съюза на писателите лекари в България „Димитър Димов“, зам.-председател на Научното дружество по ревматология, почетен член и член на управителния съвет на Асоциацията за лечение и изучаване на болката, асоцииран секретар на Международния съюз на писателите лекари UEMEM.

ВАЛЕНТИНА ФИДАНОВА-КОЛАРОВА е кинорежисьор, доцент, преподавател в НАТФИЗ „Кр. Сарафов“. Автор на 67 научни труда, 4 монографии и книги и множество рецензии в областта на киноизкуството, кинообразованието и кинонаистото. Режисьор на 24 документални и научно-популярни филма, на 4 игрални новели и 1 игрален филм. Член на Съюза на българските филмови дейци, Съюза на българските писатели, Съюза на българските журналисти, Сдружението на филмовите и телевизионни режисьори и Сдружение „Академика“, носител на 12 национални и международни филмови и литературни награди.



Проф. Коларов, как се роди идеята за филма „Забрава“?

З.К. Бях на дванайсет години, когато баща ми ми разказа историята на д-р Стефан Черкезов, загинал, изваждайки 47 души от горящ автобус – единственият загинал от пътуващите. Историята силно ме впечатли, съвпадна с първите ми литературни опити и написах първия си (непубликуван) разказ „Лекарят герой“. Сега като различавам старите тетрадки виждам неукрепнало, наивно детско писане, но в края на разказа се появява „сълзата в око“ и това осмисля текста. Историята продължи да ме вълнува и през всичките следващи години. Прочетох детайли, свързани с живота на д-р Черкезов в книгата на д-р Тотко Найденов „Светейки за другите изгарям“. Обадих му се и решихме да направим филм, за да възродим спомена за героя. Тотко вече беше реализирал идеята си 15-ти август – Денят на подвига да бъде обявен от Народното събрание за „Национален ден на спасението“. Така се почна. Докато съберем пари, сформираме екип и заснемем филма минаха пет години.

Как избрахте заглавието? З.К. С режисьорката на филма

Кажат за събитието. Липсваха подробности за катастрофата през лятото на 1961 г. Друга трудност беше непонятният отказ на сестра на д-р Черкезов Вера да застане пред камерата и да разкаже спомени за него. А как се прави филм за герой, в който липсват оценките на очевидците за героизма? Всеки професионален кинаджия знае, че усилията на царя не го превръщат в Цар, това правят членовете на неговата свита – с поведението и отношението си те превръщат царя в Цар. Героят се превръща в Герой, когато видим и почувстваме гледната точка на спасените и благодарните. Така че „Забрава“ беше един труден за направя филм.

Какво е посланието на филма? З.К. В анотацията към сценария записах: „Филм за силата, смелостта и саможертвата, филм – пример за живите, размисъл за оцелелите, преклонение пред героя и болката от забравата и неблагодарността. Филм за разликата между загинал при изпълнение на служебен дълг, когато си дължеш да рискуваш по кодекса на съответната професия и загинал, когато си можеш да избираш да поемеш риска и да помогнеш, или да избягаш и си избрал първата възможност.“ Мисля, че тези думи най-добре изразяват посланието и подтипа да заснемем филма.

Бихте ли представили екипа, който стои зад реализацията на лентата? З.К. Сценарист на филма съм аз, режисьор е Валентина Фиданова-Коларова, тя е режисьор на всичките филми по мои сценарии, с изключение на един, оператори са Здравко Ружев и Цветан Недков, консултант е д-р Тотко Найденов.

Кои са участниците във филма? З.К. „Забрава“ е документален филм, т.е. няма актьори. Интервюирани са хората от с. Виноград, случайно срещнати граждани пред болницата на Търново, д-р Тотко Найденов, състудентите на д-р Черкезов професорите Веселин Борисов и Радослав Гайдарски, заснехме литургия на отец

Петър от храм „Света Троица“ в София. Ще отбележа артистично и емоционално присъствието на д-р Неделя Цонова, която сподели интересни факти от живота на д-р Черкезов в деня на подвига.

Доц. Фиданова, разкажете ни повече около процеса по създаване на филма. В.Ф.-К. Поради спецификата имаше опасност филмът да стане сантиментален и съзлив – млад лекар спасява от горящ автобус много хора, изгря и е забравен от спасените... Не можахме да издирим нито един от спасените да изкажат благодарност, да раз-

кажат за събитието. Липсваха подробности за катастрофата през лятото на 1961 г. Друга трудност беше непонятният отказ на сестра на д-р Черкезов Вера да застане пред камерата и да разкаже спомени за него. А как се прави филм за герой, в който липсват оценките на очевидците за героизма? Всеки професионален кинаджия знае, че усилията на царя не го превръщат в Цар, това правят членовете на неговата свита – с поведението и отношението си те превръщат царя в Цар. Героят се превръща в Герой, когато видим и почувстваме гледната точка на спасените и благодарните. Така че „Забрава“ беше един труден за направя филм.

кажат за събитието. Липсваха подробности за катастрофата през лятото на 1961 г. Друга трудност беше непонятният отказ на сестра на д-р Черкезов Вера да застане пред камерата и да разкаже спомени за него. А как се прави филм за герой, в който липсват оценките на очевидците за героизма? Всеки професионален кинаджия знае, че усилията на царя не го превръщат в Цар, това правят членовете на неговата свита – с поведението и отношението си те превръщат царя в Цар. Героят се превръща в Герой, когато видим и почувстваме гледната точка на спасените и благодарните. Така че „Забрава“ беше един труден за направя филм.

А как ще се разпространява филмът? В.Ф.-К. Премиерата на филма ще бъде на 18-ти септември в НДК по време на Събора на Българския лекарски съюз. Предвиждаме да се представи на различни научни медицински форуми в страната и чужбина – на първо място на националната конференция на Българското медицинско дружество по остеоартроза и остеоартроза през следващата година и на Научното дружество по ревматология, ще го предложим и на националните телевизии. Дано да го приемат – надяваме се да извадим героя от забравата!

Как се финансира проектът? З.К. Основен спонсор е Българското медицинско дружество по остеоартроза и остеоартроза, на което съм председател. На една от научните конференции споделих с участниците – ревматолози, ендокринологи и ортопеди от цялата страна, идеята да заснемем филм за д-р Черкезов. Младите колеги не бяха чували името му. Поясних за какво става дума. Присъстващите в залата членове на дружеството гласуваха еднородно идеята ми да се реализира – дотогава бях показвал пред тях няколко мои документални и научно-популярни филми и познавах възможностите на екипа. Както много често се случва в киното, средствата и този път не стигнаха да завършим филма, за популярната сред кинаджиите и изискваща доста

средства постпродукция – озвучаване, музика, изравняване на звука и цветовете и мн. др. Обърнах се за съдействие към Председателя на Българския лекарски съюз д-р Ив. Маджаров. Той предложи на обсъждане моята молба на членовете на Управителния съвет, те гласуваха положително. Използвам случая да благодаря горещо на Председателя и на членовете на Управителния съвет на Българския лекарски съюз от мое име и от името на целия екип за тази помощ – без нея филмът нямаше да се реализира.

Искам да благодаря специално и на поета Илия Велчев и на Емил Димитров – син, които преотстъпиха безвъзмездно авторските права на песента „Ако си дал“, обявена за Химн на спасението, с която завършва филмът.

Забравяме ли лесно героите си и какво е отношението ни към тях? З.К. Без живите спомени за героите миналото ни е забудено в мъгла, настоящето ни е съмнително, а бъдещето – обречено. Техният пример е морална и етична посока, към която трябва да стремим, за да пребъдем – като хора, като нация, като народ. Да го направим не за себе си, а за тези, които идват след нас – нашите деца и децата на нашите деца, т.е. бъдещите българи...

В.Ф.-К. В напрегнатото и задъхано ежедневие, което най-често завършва с някой американски екшън пред телевизора, нямаме време да се замислим „каково е истинското съдържание на думата „герой“. Филмите на малкия и големия екран неусетно са изградили в съзнанието ни едно измислено понятие за герой – този, който се бие срещу лошите и аз ще добавя с ирония – като използва същите средства както и неговите противници, но в повечето случаи целта му е лична и героизмът задължително оцелява заради „хепенда“. Отворим ли толкова речник ще прочетем, че „герой“ е човек, който е проявил смелост, храброст, изключителна доблест при спасяването на човешки животи. И ще цитирам част от интервюто на д-р Неделя Цонова в края на филма: „Това не

е един компютърно генериран образ, това не е нещо синтетично, направено в едно високо технологично студио на монтажната маса. Това е истинската история на един прекрасен български лекар.“

Възможно ли е „Забрава“ да стане начало на поредица за герои medici? З.К. Чудесна идея давате, г-н Радев. Екипът е налице, цитираната книга на д-р Найденов е факт – в нея той описва съдбите на над 130 лекари, медицински сестри и санитарни, сред които над 50 хирурзи – 20 от „Пирогов“, загинали от изтощение и внезапна смърт при изпълнение на служебния си дълг, без да броят десетките загиналите в последната година, работещи в Ковид-отделенията на страната. Всеки един от тях е достоен за възхвала и поклон! Наш дълг е да го направим! За да ни има, както казах – ние и нашите деца и внуци!...

И накрая – Вие сте били гост на в. „Quo vadis“ по повод Ваши сборници с разкази. Можем ли да причислим и киното към Вашите хобита? З.К. Определено – да. Киното във всичките му жанрове и форми е начин посланията на авторите да стигнат до огромно брой хора, особено сега в свършената забързана електронна ера, когато визията от екрана измества четенето на книги. Това важи за игралното и в още по-голям степен за документалното и научно-популярно кино. Освен „памет“ за времето, в което документалните филми са заснети, те са и „огледало на живота“ на съвременните хора, на техните мечти, вълнения, проблеми, ключ как да решат проблемите, призив да бъдем по-човечни и добри. С удовлетворение ще цитирам един възрастен кинорежисьор: „С Валя сте възродители на научно-популярното кино в България и го правите по най-добрия възможен начин“. Тези думи и отзвукът у зрителите са най-голямата награда за всеки творец, независимо в кой жанр и в коя сфера на изкуството твори.

Интервю на Георги Радев



Публикация във в-к „Медицинска трибуна“, бр. 172/1963 г.



Д-р Стефан Черкезов е свирел на акордеон



Родната къща на д-р Ст. Черкезов днес



ЗАД КАДЪР



Паметникът в болницата във Велико Търново

Между онкохирургията, иновативната медицина и любовта към един университет

ИСТОРИЯТА НА ПРОФ. ДОБРОМИР ДИМИТРОВ И НЕГОВАТА АЛМА МАТЕР

През май 2021 г. медицинският университет в Плевен се сдобива с нов ректор. Общото събрание избира проф. д-р Добромир Димитров да ръководи висшето училище за следващия мандат до 2025 г.

Проф. д-р Димитров е възпитаник на МУ – Плевен, а до избора му за ректор е заместник-декан на Медицинския факултет. Като хирург е част от екипа, който въвежда последните високотехнологични постижения в онкохирургията чрез роботизираната система da Vinci и Хайфу технологията, т.нар. фокусирана ултразвукова хирургия. Сертифициран специалист е за работа с иновативната роботизирана система da Vinci и Хайфу системата.

Новият ректор на МУ-Плевен върва в силата на роботизираната хирургия и иновативната медицина, както и в енергията на бъдещите лекари.



- Проф. Димитров, животът Ви е неразривно свързан с Медицински университет – Плевен. Завършили сте там, преподавали сте в него, а в момента го ръководите. Какво е за Вас това учебно заведение?

- МУ-Плевен за мен е моята Алма Матер. Бях приет там през 1998 г. В онези времена приемът за специалностите медицина, фармация и стоматология беше много редуциран. Когато започнах обучението си, в моя курс бяхме едва 16 български студенти. Времената бяха много динамични и критични за тогавашния медицински институт в Плевен. Самият аз израснах в студентски времена, когато ние бяхме приобщени по много хубав начин от тогавашното ръководство на висшето училище и живеехме с проблемите на института, което ни накара да го обикнем още повече. Той стана като наш втори дом и до ден-днешен това чувство ме държи и ме окриля в решенията и мотивацията ми за професионално развитие.

- Как решихте, че ще се занимавате с академична дейност?

- Това чувство го запали в мен един от тогавашните зам.-ректори на университета – покойната доц. Н. Нарлиева. Бях демонстратор по анатомия и започнах да изготвяме първите си научни статии, научни съобщения, участвах в конгреси с мои колеги. Това чувство на очакването, на подготовката, на търсенето на литературни източници, на проучвания, за да докажем тезата си или да я отхвърлим. Всичко това запали в мен тази искра. Много е важно младият човек да срещне правилните учители и добрия пример още в началото на своето развитие.

- Как се промени университетът през Вашия поглед? Какви

положителни промени настъпиха и в кои направления има какво да се желае?

- Университетът се промени изключително много. През 2004 г., под ръководството на проф. Горчев, учебното заведение придоби официално статут на университет. Постепенно бяха създадени основните факултети – „Медицина“, „Обществено здраве“ и „Здравни грижи“. През 2007 г. беше създаден и уникален за Източна Европа Телекомуникационен Ендоскопски тренировъчен център с виртуална зала със симулатори и експериментална операционална зала за обучение на студенти, специализанти и лекари хирурзи. Той се превърна в емблема на университета и досега е предпочитан европейски партньор. Направленията минимално инвазивна и роботизирана хирургия, както и интервенционната медицина, са много привлекателни за научноизследователска и учебна дейност. В същото време имаше някои направления, които през годините останаха на заден план. Предишното ръководство на университета, начело с проф. Томов, обаче започна да разширява фронта на нашето развитие и започнахме да инвестираме в персонализирана медицина, в онкогенетика, в 3D принтиране и 3D биопринтиране, виртуална и добавена реалност. Това са изключително нови направления за нас. Това са съвременни тенденции в развитието на медицината, които подлежат на доразвиване все още и се надявам ние също да имаме своята част за това.

- Това ли ще бъдат Вашите приоритети като ректор, а именно развитието на новите технологии?

- Има и други основни приоритети. Те са свързани с подмладяването на академичния състав.

Преминването от аналогово към дигитално административно обслужване. Все още това предизвикателство ни предстои – да подобрим допълнително комуникационните връзки между различните звена в университета, които да са базирани на дигитализация и като цяло да забравим аналоговия подход. Осъвременяването на съществуващи и създаване на нови учебни програми. Медицината през последните няколко години се разви изключително бързо. Това изисква от нас ние динамично да се променяме според средата, да утвърждаваме ученето през целия живот, да стимулираме нашите студенти и възпитаници, че това, което учат по време на 6-годишното си обучение, не е достатъчно, за да се нарекат съвременни специалисти. Те трябва постоянно да се усъвършенстват и да поддържат нивото си през годините на практика. Процесите, свързани с интернационализация на нашия университет, също са много ключови за нас, наред с развиването на механизми за подкрепата на научните изследвания.

- Какви са днешни студенти по медицина според Вас? С какво се различават те от тези, учили в Плевен преди 20 години например?

- Преди 20 години нашето поколение беше изключително целеустремено и много мотивирано. Ние имаме предначертан план за развитието си далеч във времето и го следвахме много стриктно. Тогава, както ви казах, имаше много редуциран брой на прием на студенти по медицина и випуските бяха изключително силни. Много от тях бяха пълни отличници и се реализираха изключително добре в клиничната практика. В момента това, което можем да посочим като недостатък на новото поколение, е, че липсва тази мотивация. Те са изключително умни, интелигентни, свикнали са да работят и да се развиват в динамична среда, тъй като новите технологии го изискват, което ги прави гъвкави и адаптивни. Липсва обаче много често това силно желание за реализиране на мечтите, което ние имаме. Затова аз пред моите сту-

денти винаги съм се опитвал да бъда примера, да дам задача, която да събуди интереса им и да запали искрата в тях.

- Много често обаче голяма част от младите лекари отчитат като проблем ниското, а понякога и липсващо заплащане по време на специализация. Това не допринася ли също за липсата на мотивация?

- Това е малко по-различен аспект от гледна точка на реализацията в България. Практикуването на медицина в България, особено за младите лекари, е голямо предизвикателство. Представете си в рамките на 6 години – те учат алгоритми, доказателства, научни изследвания, високи технологии, иновации, довели до тях, и в един момент всичко се свежда до механизмите на клиничната пътека, където доказателствата и медицински издържаната информация понякога е изключително обобщена и опростена. В този момент те виждат как техните познания се размиват с реалността. Причината за недоволството не са само ниските заплати. Тежката бюрокрация и административен натиск към младия лекар също го засилват. Като добавим и неясната перспектива за тяхното практическо развитие, картината не изглежда добра. Цялостната дейност на здравната система трябва да бъде реформирана и преработена по начин, по който тя да може да се моделира динамично с развитието на медицината.

- А има ли достатъчно възможности за развитие за младите лекари у нас?

- Има възможности предвид броя на болници у нас. Въпросът е еднакво ли са оборудвани и обезпечени всички болници в страната. Има и възможности за академично развитие в университетите. Ако допреди години за едно асистентско място са кандидатствали 8-9 човека, в момента кандидатстват до 2-3. Когато човек е мотивиран, може да се развие в академично отношение. Проблемът с развитието и визията е как ще изглежда младият кадър след 5-6 години, какви ще бъдат неговите практически умения и познания съобразно свър-

шенните медицински достижения. Този въпрос те си задават често и когато виждат липсващата перспектива, предпочитат изхода през граница и да специализират на Запад.

- Безспорно изтичането на ценни кадри е един от големите проблеми на българското здравеопазване. Какви реформи трябва да бъдат направени в тази посока?

- В Англия има много хубава система за развитие на специализацията – първо, второ и трето ниво. На всеки един етап, всеки един от специалистите има различен достъп до пациента. Мисля, че в България това е нещото, което често липсва, защото тук много често от първата до петата година отговорността е една – тя не се променя. Някак си естествено натоварваме младите само с „писарска“ работа. Не е едно и също младият лекар да бъде специалист в първа или в пета година, мисля, че тази връзка следва да бъде направена, т.е. тя да се отрази както на заплащането, така и на отговорностите в реалната клинична работа.

- Към кои специалности най-често се насочват бъдещите лекари?

- Бъдещите лекари най-често избират популярните сред обществото специалности: АГ, кардиология, очни болести, обща хирургия. Мисля, че това са най-желаните специалности в МУ-Плевен.

- А самият Ви как се насочихте към медицината? Кога решихте, че искате да станете лекар и представяли ли сте се на сегашния си пост?

- С медицината се сблъсках, когато бях на 8 години. Имах здравословни проблеми. Бях с остър апендицит, наложи се спешна операция, тъй като и диагностика се забави. Тогава прекарах 2 месеца в хирургично отделение. Сблъсках се за първи път с хирурга като професия и усложненията на работата му, може би това нещо ми се е отразило. Самият факт, че са ми спасили живота, остави трайно отражение. После много се колебаех между педиатрия и хирургия, тъй като много обичам работата му, деца, но видях, че малко като стохолмски синдром – хирургията ми е останала на сърце. А за академичното развитие – никога не съм вървял, че толкова бързо ще стигна до позицията, на която съм в момента.

- Какво Ви насочи към онкологията?

- Срещнах една обява на проф. Георги Байчев, че прави кръжок по онкологична хирургия за студенти. Реших да опитам след анатомията да погледна и към хирургията и работата в кръжока много ми хареса, тогава продължих работата на клинично ниво. В клиниката по Онкологична хирургия срещнах и проф. Делийски, който ме изгради като хирург и цели 18 години работихме заедно.

- Част сте от първия в страната екип за колоректална роботизирана хирургия. Какви са нейните предимства и до каква степен тя е наложена у нас?

- Стартирахме през 2014 г. Имахме сериозни амбиции и стремеж към бързо въвеждане. Чак сега, през 2021 г., се преборихме да имаме допълнително

финансиране по здравна каса. Вече има клинична пътека за роботизирана хирургия в урология и обща хирургия, освен в онкогинекологията. През 2019 г. нашият университет бе домакин на XI Европейски Конгрес по роботизирана хирургия, по време на който представихме две операции на живо, излъчвани в 3D формат. Едната бе роботизирана операция, която извърши екипът на проф. д-р Григор Горчев, а втората – фокусирана ултразвукова хирургия на живо чрез прилагане на ХАЙФУ технологията от моя екип. Предимствата при роботиката са много сериозни. Аз лично за себе си мога да кажа, че когато станах хирург на конзола, видях някои детайли от анатомията на човка, с които чисто теоретично съм бил запознат, но при отворената хирургия нямаш възможност да визуализирам във всяка една операция. При роботизираната хирургия с техническите подобрения на камерите се вижда изключително добре. През последната година съчетаваме роботизирана и навигационна хирургия чрез едно специално вещество, което се инжектира в кръвоносната система на човека и имаме възможност да визуализираме артериите и вените, да изследваме кръвоснабдяването на органите и да навигираме спрямо тях обема на дисекции, които трябва да изпълним при даден човек, което е уникално като чувство.

- В работата си Ви залагат много на иновациите и новите технологии. Така ли виждате бъдещето на медицината?

- Самото желание за намаляване на травмата на болния за мен винаги е било приоритет. Когато можеш да направиш нещо с малък разрез или както е с Хайфу хирургията, чрез високоинтензивен фокусиран ултразвук, без разрез или убодане дори – това е голяма мотивация. Философията на хирургията в съвременната медицина се променя до това ние с минимални травми да постигнем същия резултат, който сме имали и в конвенционалната медицина. От друга страна, внедряването на друг тип хирургия – това за един хирург е голямо предизвикателство. Да си пробиваш сам път в началото е трудно и много отговорно.

- Къде можем да поставим България по отношение на роботизираната хирургия или като цяло иновативната такава?

- България отстоява своето място. Точно тези иновации направиха конкурентоспособни нашите медицински университети в страната. Те ни създадоха визитка пред западноевропейските държави, поради което сме търсени партньори. Именно иновациите ни дадоха възможността да сме разпознаваеми на картата на европейското висше медицинско образование.

- Какъв е проф. Димитров извън академичния живот? Какво обичате да правите в свободното си време?

- Свободното време вече намалва доста, за съжаление, но това, което обичам да правя, е да спортувам. Риболовът ми е хоби. Меломан съм, обичам да посещавам концерти и понякога ходя на футболни мачове.

Интервю на Милена Енчева



ПАНДЕМИЯТА ОТ COVID-19 МОЖЕ ДА ДОВЕДЕ ДО ПОВЕЧЕ КЪСОГЛЕДСТВО ПРИ ДЕЦАТА

Пандемията от коронавирус, която завладя целия свят, може да доведе до последици, за които дори не сме и подозирали – като влошаването на зрението при децата.

За последната година изследователи от Хонконг констатирали ускорен ръст на случаите на късогледството сред 709 от децата на възраст между 6 и 8 години.

В сравнение с предишната година, диагностицираните случаи на късогледство са се увеличили с рекордните 10%, обхващайки близо 1/5 от изследваните деца.

Макар че е невъзможно на база получените данни да се каже със сигурност дали неспособността за далечно виждане при децата е пряко свързана с пандемията, е известно, че прекарването на повече време на открито намалява риска от развитие на късогледство при детето, а дейности като четене, писане и гледане в екрана го увеличават.

Според последни изследвания липсата на време навън може да бъде по-голям фактор за късогледство от генетичната предразположеност. Така че е възможно затварянето на училищата и наложението заради пандемията локдаун да бъдат причина за наблюдавания ръст на късогледство сред децата.

„Дори локдаунът и затварянето на училищата с цел предотванване от вируса да не продължават вечно, увеличеното потребление на дигитални устройства и промените в поведението, породени от продължителното седене вкъщи, могат да имат дълготраен ефект за развитието на късогледство сред населението, особено сред децата“,



пишат изследователите в новото си проучване.

В Китай например късогледството се счита за епидемия. Близо 90% от младите хора там страдат от него, което би се отразило на качеството на зрението и при следващото поколение.

Всяка година стотици хиляди ученици в Китай преминават през очни тестове, за да проследят това широко разпространено състояние. Подобно на последните резултати от Хонконг, тази националната програма също отбелязва значително увеличение на късогледството на континента.

Според наскоро публикувани данни, обхватът на късогледството сред 6-годишните деца в Китай е бил три пъти по-голям по време на локдаун през 2020 г.

„Тази значителна промяна в зрението не се наблюдава през нито една от предходните години, което прави локдауна през изминалата година още по-вероятна причина за

ширещия се феномен“, се казва още в доклада, публикуван по-рано тази година.

Резултатите в Хонконг за проследяване на късогледството по време на COVID-19 подкрепят тези изследвания.

„Честотата на късогледство в годината преди появата на COVID-19 е 13,15% сред изследваните, за сметка на 19,5% разпространение, установено само за 8 месеца, в рамките на Ковид пандемията. Продължителността на изследването във втория случай е по-кратка с 4 месеца, което показва, че късогледството се е увеличило именно по време на пандемията“, посочва екипът, ръководещ доклада.

Все още не е ясно какво точно е причинило резкия ръст, но чрез запитвания, проведени сред децата в Хонконг, бива установено, че подрастващите прекарват 68% по-малко време навън заради пандемията, а именно от средно час и 15 минути до едва 24 минути дневно.

За сметка на това, времето, прекарано пред екрана, се е увеличило почти тройно, от средно 2,5 на 7 часа дневно.

Децата, живеещи в Хонконг, прекарват значително по-малко време навън в сравнение с останалите места по света. По време на COVID-19 там бяха затворени не само училищата и детските площадки, но и басейните, къмпингите, активностите на закрито като фитнесите и игралните зали.

Децата в Хонконг нямаха друг избор, освен да останат на закрито. Поради трудностите да се прекарва време на открито и увеличената работа наблизо – писане, четене, вглеждане в екран, е възможно формата на очите им да се е променила в хода на 8-месечното проучване, размишвайки фокуса им и причинявайки замъгляването на отдалечени обекти.

Изследването се основава само на данни от наблюденията, а времето пред екрана и времето на открито се отчитат самостоятелно. Въпреки тези ограничения, констатациите се присъединяват към големия брой изследвания, които доказват, че глобалната пандемия е увеличила както работата наблизо, така и респективно риска от развиване на късогледство.

„Въпреки всички тези непреодолими ограничения на изследването, нашите първоначални резултати все още показват тревожна прогресия на късогледството, която изисква навременни мерки“, пишат авторите.

Изследването е публикувано в британския журнал по Офталмология.

Най-малкото бебе в света се прибира вкъщи след 13-месечни интензивни грижи

Считаното за най-малкото новородено бебе света, беше изписано от болницата в Сингапур след 13 месеца, прекарани в интензивно отделение.

Кук Ю Шан се ражда с теглото на ябълка – едва 212 грама и дължина 24 сантиметра.

Предишният рекорд беше на момиченце, родено в САЩ през 2018 г., тежащо 245 грама според регистъра на най-малките бебета на университета в Айова.

Майката на Ю Шан роди детето си 4 месеца по-рано, след като бива диагностицирана с прееклампсия – състояние, свързано с високо кръвно налягане, което може да увреди органите и да бъде опасно както за майката, така и за плода.

Ю шан в момента тежи много по-здоровословните 6.3 кг.

Момиченцето е имало минимални шансове да оцелее според Националната университетска болница в Сингапур, където е родена.

„Въпреки всички трудности и усложнения при раждането, бебето вдъхновява хората със своето постоянство и растеж, което я прави едно изключително „Covid-19“ дете – светлина в тунела“, пише болницата в свое изявление.

По време на своето лечение Ю шан е била лекувана по различни начини, разчитайки на различни видове апаратура, която да я поддържа жива.

Лекарите казват, че момичето се е развивало добре под тяхна грижа и сега е достатъчно добре, за да бъде изписано.

Ю Сюан все още има хронично белодробно заболяване и ще се нуждае от помощ с дишането си у дома. Лекарите от болницата в Сингапур обаче са категорични, че малката героиня ще се подобри с времето.

Пред местните медии майка й Юнг Мей Линг заявява, че раждането и размерът на Ю Сюан са били шокиращи за нея, тъй като първото й дете – 4-годишно момче, е родено навреме.

Родителите на Ю Сюан успяха да платят продължителния престой на детето в болница чрез благотворителна кампания, чрез която бяха събрани над \$360 хил.

Източник: BBC



Обикновен кръвен тест може да помогне за установяването на рядко смъртоносно състояние при бременните

Едно от най-смъртоносните заболявания при бременните може да бъде установено с обикновен кръвен тест много преди животът на майката да бъде изложен на опасност.

Аномалията от спектъра на плацентата акрета (PAS) е усложнение на бременността, при което плацентата се прикрепя към стената на матката по неправилен начин. Въпреки че състоянието засяга по-малко от процент от бременните, случаите на заболяването са се увеличили стократно след 1950 г. заради повечето раждания с цезарово сечение.

Една от най-разпространените форми на състоянието възниква при случаите, в които плацентата се враства прекалено дълбоко в маточната стена и не се отделя непосредствено след раждането. Ако органът не е премахнат по правилен начин, това може да доведе до силен кръвоизлив, причинявайки сериозно заболяване и дори смърт.

Колкото по-рано е поставена диагнозата, толкова по-добри шансове имат както майката, така и бебето. Въпреки това, последните изследвания сочат, че състоянието не бива установено в близо 1/2 от случаите.

Аномалията от спектъра на плацентата акрета се установява изключително трудно и обикновено се диагностицира чрез ултразвук и анамнеза на бременността на майката. Състоянието е често наблюдавано при жени, които вече са преминали в миналото през цезарово сечение.

За щастие, вече обикновен кръвен тест може да предостави по-обективен и стандартизиран подход. Фокусирайки се върху определени ембрионални клетки в кръвния поток, наречени трофобласти, изследователите са разбрали как точно да открият PAS в най-ранните етапи на бременността.

Трофобластите обикновено са в сравнително малък брой в рамките на няколко дни от началото на бременността. Обследвани в по-големи количества и на групи обаче е силно вероятно чрез тях да се докаже наличието на PAS.

На база наличната информация, изследователи от Калифорнийския университет в Лос Анджелис са проектирали специален микрочип, наречен NanoVelcro Chip, който може да сортира единичните и групирани трофобласти в кръвта.

Чрез мрежа от наночастици, чипът, с размер на пощенска марка, прихваща трофобластите в кръвта. След това чрез микроскоп може да се установи каква част от трофобластите са групирани или единични.

„Да видиш за първи път трофобластен клъстер беше като да видиш блестящи перли“, казва патологът Яжен Жу от Калифорнийския университет в Лос Анджелис.

„Когато видяхме клетките на микроскопа имахме чувството, че имаме пряк поглед към плацентата при развиващата се бременност.“

През последните 15 години изследователи от Калифорнийския университет разработват и проектират NanoVelcro чип за откриване на туморни клетки. Оказва се обаче, че с новата технология могат да бъдат установени и редица други здравословни състояния.

Когато новоразработеният кръвен тест е направен на 168 бременни жени, някои от които с PAS, други с предлежаща плацента и такива с нормална, изследователите са успели да установят наличието на PAS с почти 80 % точност.

„С ненадеждността на настоящите методи за скрининг за акрета на плацентата съзряхме спешната необходимост да бъде създаден лесен за изпълнение скрининг, който може да се проведе в началото на бременността във всички здравни заведения, независимо от наличните ресурси за пациентите“, обяснява акушер-гинекологът Ялда Афшар от същия университет.

Кръвният тест не е предназначен да замени ултразвук или анамнезата за рискови фактори, а по-скоро да засили техния успех при откриване на PAS в най-ранните етапи на бремен-



ността.

Когато анализът на трофобластите е комбиниран с ултразвук с цел диагностика, изследователите успяват да установят наличието на PAS с още по-голяма точност, отколкото всеки от методите прилаган поотделно - и това е валидно, независимо в какъв етап от бременността е майката.

Това предполага, че новият кръвен тест може да бъде полезен начин за диагностициране на PAS по време на бременността, дори още през първия триместър.

Изследването е публикувано в Nature Communications.

Д-Р НАДЕЖДА ТОДОРОВСКА:

БЧК Е МАРКА ЗА ДОБРО, ЗА МИЛОСЪРДИЕ, ЗА ДЕЙСТВЕНОСТ И ВЗАИМОПОМОЩ

Световният ден на първата помощ се отбелязва всяка втора събота на месец септември от 2000 г. насам, по предложение на Международната федерация на Червения кръст и Червения полумесец.

Първоначално той е Европейски ден на първата помощ, а през 2003 г. става световен.

Домът е моята крепост, казват англичаните, но дори там се крият немалко опасности. Първата помощ е съчетание от базисни умения и знания, чиято цел е да бъде оказана навременна, ефективна и бърза интервенция в т.нар. „златен час“. Така шансовете за благоприятен изход при наранявания, инциденти и бедствия се увеличават значително. Съществуват данни, че милиони хора по света са имали шанс за живот, който е бил загубен заради липса на адекватна реакция по първа помощ.

Световният ден на първата помощ (WFAID) има за цел да популяризира предимствата и важноста ѝ по целия свят и да съдейства за подобряване и разширяване на обучението в този аспект като един хуманитарен акт.

Световният ден е трибуна, която показва приноса на доброволците на Червения кръст и Червения полумесец, обучени да оказват първа помощ.

И у нас той се отбелязва от БЧК с различни инициативи с конкретна насоченост всяка година.

Повече за това и за Първата помощ у нас, разговориме с д-р Надежда Тодоровска.



СЕРТИФИКАТИ ЗА ДОБРА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА (ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА)
НЕОБХОДИМИ СА КОПИЯ ОТ:

1. ЛИЧНА КАРТА
2. ДИПЛОМА ЗА ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ
3. ДИПЛОМА ЗА СПЕЦИАЛНОСТ
4. УДОСТОВЕРЕНИЕ ОТ РЛК НА БЛС ЗА ЧЛЕНСТВО И ДОБРА ПРАКТИКА

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

Яна Кръстева
0899 906 655

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

QUO VADIS

Редакционно броят е приключен на 18. 08. 2021 г.

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

- Д-р Тодоровска, бихте ли ни разказали за днешното състояние на организацията на първата помощ у нас.

- Български червен кръст (БЧК) е основен партньор на държавата в това да се изградят модели и механизми за подготовка на различни групи от населението за оказване на първа долекарска помощ. Понастоящем единственото регламентирано обучение по оказване на първа помощ е подготовката на кандидат-водачите на МПС съгласно ЗДВП. Всички участници в движението с МПС би следвало да са минали обучение по първа долекарска помощ. В наредбата, която е подзаконов нормативен акт, са упоменати само кандидат-водачите, които са задължени да преминават еднократно такво обучение. Което ни поставя, за съжаление, в неизгодната позиция да мобилизираме по-големи групи от населението да бъдат обхванати с таква подготовка, защото различаваме на всички останали на тяхната самоотговорност и инициативност да се научат и да знаят какви са първите, животоспасяващи действия при различни инциденти – на пътя, на работното място, вкъщи и т.н. Такива неприятни случаи се случват навсякъде. Когато има човек, подготвен да реагира правилно, може реално да спаси човешки живот. Защото, когато имаме загуба на съзнание, на дишане, обилна кръвоизлива и т.н., това са живото застрашаващи състояния, когато първите 5-6 минути са най-важни. Знаем, че когато мозъкът не получава кислород, след 7-мата минута започват необратими поражения. Така че наистина първите 5-6 минути са решаващи.

- И все пак да разкажем за по-широк кръг хора, обучени в първа долекарска помощ?
- Да, извън курсовете за подготовка на кандидат-вод

дачи на МПС, БЧК организира и курсове за първа помощ на работното място, за родители, за детегледачи, които курсове са лицензирани в Глобалния център за първа помощ, базиран в Париж. Нашите програми и методологията, по която се правят обученията, учебните помагала, всичко се съгласува с този Глобален референтен център, за да имаме еднаквост в преподаването на тези курсове с всички останали държави. Така нашите сертификати са признати и валидни в цял свят. Хора, които желаят да вземат шофьорска книжка в САЩ напр., не се налага да преминават повторно курс по първа помощ, защото нашият сертификат е валиден там. Освен това нашите сертификати имат валидност 5 години. Това е съобразено с натрупания в сферата опит. Едно познание, което е минало през нас, трябва да бъде повторено в някаква времева рамка, иначе то е изгубено. Нещо, което си научил на 18-годишна възраст, подготвяйки се за водач на МПС, след 30 години можем ли да си представим, че ще бъде актуално в съзнанието! Останалият бляд спомен от подобно обучение не е достатъчно нито за увереността, нито за действията, които биха били предприети, когато има пътен инцидент с пострадали и т.н. Те. нашият апел към държавните институции е да се осигури механизъм за повторемост на тези познания, защото ние, като човешки същества, за съжаление, сме много уязвими и това много ясно се вижда на пътя с катастрофите, с ранените и убитите... Когато един млад човек получи обучение по първа помощ, той има уникална възможност реално да усети напр. влиянието на алкохола. По време на обучението ние даваме на нашите курсисти един уред - „алкохолни очила“. Те симулират визуалната першоши организации търсят БЧК за партньор в обучението на техни членове или



работещи в техните организации. Наскоро подписахме два такива договора – единия с Асоциацията за клинични проучвания, а другията на трезвите ум и съзнанието можем да погледнем през очите на човек с алкохолно опиянение. Има и филми, които прожектираме и които показват колко бързо и лесно, за съжаление, сме ранени като хора, като тела и колко е важна бързата реакция. Защото докъм 10-тата минута, ако е засегнат магистрален кръвоносен съд и нищо не се направи, шансовете за благоприятен изход вече са нищожни. Така че се опитваме да помогнем на хората да се ориентират и да им дадем какъв да направят в случай на инцидент или злополука.

- Разбрахме, че развивате дейност обаче на по-широк фронт от нормативни предписания.

- Хубавото е, че в много сфери на труда, много бизнесови организации търсят БЧК за партньор в обучението на техни членове или

Спешна медицинска помощ до болницата и спешните отделения там. То това е и смисълът на първата помощ. В контекста на казаното, БЧК, като част от Международната федерация на Червения кръст и Червения полумесец, честваме всяка втора събота на м. септември Деня на първата помощ.

- Това беше и поводът да се срещнем. Как ще протече денят тази година?

- Тази година ще бъде на 11 септември – емблематична дата, на която много хора загубиха живота си и това е повод да се заговорим с по-голяма сила колко е важно да можем не сами да си помогнем - на нас и нашите близки. Защото инциденти се случват на различни места и под различни форми. Тази година се обръщаме към училището и младите хора с призива: „Бъди герой по първа помощ в училище и в твоята общност!“. Младите хора са водещи по отношение на много неща, но най-вече е ентузиазма си и желанието

да помагат, с вродените си добротата, емпатия и милосърдие, и изобщо с всичко онова, което носят в себе си като един положителен заряд. Наистина те са нашите посланици на доброто. БЧК, със своите младежки структури, активно работи сред ученици и студенти за повишаване на културата по оказване на първа долекарска помощ, да са кръводарители, да развиват адекватно отношение към нуждите на общността и конкретно към обшността, в която живеят. Така че те, с техните познания, влияят върху семействата си, върху това да бъдат по-адекватни и стриктни по отношение на спазване на правилата за един по-здоровосвен начин на живот. Ние живеем заедно, в една общност и сме особено уязвими, ако човек от тази общност не е достатъчно добронамерен и адекватен, за да пази останалите. Настоящата пандемия от Ковид-19 е пример за това – колко е важно да сме отговорни към себе си и към другите, за да можем успешно да преодолеем една такава криза. Важно е и учителите да са подготвени. В това отношение БЧК има добрия опит да обучава учители. Работихме по съвместна програма с МОН, в която се осигуряваше такава допълнителна квалификация на учители. Обучени да оказват първа долекарска помощ бяха близо 1000 човека през изминалите години. Приоритетно това бяха учителите по физическо възпитание заради спецификата на предмета. Има обаче още много работа

нормативно това да се превърне в задължителен елемент при постъпване на работа, както е в другите държави. Напр. във Великобритания не можеш да станеш нито т.нар. baby sitter, нито учител, нито болногледач, ако нямаш преминато обучение за първа помощ. Хората са установили от практиката, че това върши работа и спасява животи.

- Има ли сфери и дейности, в които да се налага да догонваме страните от ЕС?

- Да. Важна тема, по която работим, е въвеждането на правила и норми, с които да се гарантира използването на автоматични дефибрилатори от обучени лица, които не са лекари, но са сертифицирани по съответна програма. България е една от много, много малкото държави, където единствено лекарите имат право да боравят с автоматичен дефибрилатор. В повечето страни на големите гари и лигищата напр. има дефибрилатори, които са закачени на стената и в случай че има необходимост от такъв тип интервенция, те са лесно достъпни. Гледахме сега Световното първенство по футбол и видяхме как бързо спасен датският футболист и възстановен сърдечният му ритъм – човек на 29 години получи втори шанс за живот. И това се случва с много хора. Практиката да бъдат поставяни автоматични дефибрилатори на места с голям човекопоток дава една сигурност, че те, заедно с обучението за работа с тях хора, могат адекватно да се намесят и да спасят живот.

Д-р Надежда Тодоровска е зам.-генерален директор на БЧК, Ръководител направление „Социално-оперативни дейности“ и директор „Социално-здравна политика“ в Секретариата на Националния съвет на организацията. Нейният професионален път: завършила стоматология 1992 г., работи за БЧК от 1999 г., а е на тази позиция от 2005 г. насам. Завършила Стопанската академия „Д. А. Ценов“ – здравен мениджмънт и е Доктор по финанси, парично обръщение, кредити и застраховане (застраховане и социално дело). Участва в иницирането и създаването на различни нови за здравеопазването ни модели, свързани с въвеждането на професията парамедик у нас и обгръщането на пациентите в домашна среда от професионално подготвени за целта екипи. Участва в редица международни форуми и представлява българските НПО в Съвета на Европейската платформа на възрастните хора AGE. Член е на различни междуведомствени съвети на национално ниво в сферата на демографската и социална политика в страната. Ръководи иновативни проекти, финансирани от различни донори като: Швейцарската агенция за развитие и сътрудничество, Финансовия механизъм на Европейското икономическо пространство и др.

Става въпрос за напълно автоматизирани машини, които правят оценка на състоянието на пострадалия и ако няма нужда от дефибрилация, изобщо не сработват. Дори имат гласови инструкции. В другите държави това е практика от десетилетия. Затова БЧК, в стремежа си да прокара прогресивни идеи, включва и тази в програмата си. Стремим се все пак да уеднаквяваме стандартите си с напредналите страни.

- Съществуват ли други стандарти, които все още липсват у нас?

- През 2011 г. открихме първото училище за парамедици в нашата страна. Съвместен проект на БЧК и немските колеги, с който дадохме старт на тази професия у нас. Огненото време, докато първо се въведе тази професия в номенклатурата, в списъка за професионална квалификация на НАПОО (Национална агенция по професионално образование и обучение) към МОН. Така че БЧК извърши сериозна експертна дейност по въвеждането и конституирането на професията парамедик у нас. Затова заслуга имат и различни наши партньори. За съжаление, тя все още не може да намери сериозна реализация, защото, по мое мнение, има неправилно провеждана политика. Как да вземем за пример Израел или Великобритания – там екипите за Спешна помощ са само от парамедици. Във Франция и Германия моделът е смесен – лекари и парамедици. Това се прави, защото е установено, че едва в 15% от случаите е необходимо присъствието на лекар при спешен случай. Логиката е, че спешните екипи имат силно ограничен технически ресурс, който се изчерпва в рамките на 10-15 мин. на мястото на инцидента. Затова и целта е да се пристигне бързо на мястото на произшествието, да се поеме пострадалият и да бъдат съхранени жизнените му функции до откарването му в лечебното заведение, където вече е налице всичко необходимо за неговото лечение и възстановяване. Ние тук с времето смесиме понятията спешна и неотложна медицинска помощ. Дел факто спешната помощ се превърна в неотложна, заради моментите, когато личните лекари не могат да стигнат до своя пациент, а страдащите са в някакво затруднено състояние и започват да звънят на Спешна помощ. Така не става въпрос за спешни състояния, обект на Спешна помощ, а състояния, в които хората са изпаднали най-често

заради хронични страдания, които са били negliжирани и са се превърнали в акутни. Така малкото екипи на Спешна помощ са принудени да извършват всъщност неотложна лекарска помощ, което отдалечените населени места и особено пролетически. Но това е тема с продължение... Надявам се да се работи в посока на програмата си. Стремим се все пак да уеднаквяваме стандартите си с напредналите страни.

- Съществуват ли други стандарти, които все още липсват у нас?

- През 2011 г. открихме първото училище за парамедици в нашата страна. Съвместен проект на БЧК и немските колеги, с който дадохме старт на тази професия у нас. Огненото време, докато първо се въведе тази професия в номенклатурата, в списъка за професионална квалификация на НАПОО (Национална агенция по професионално образование и обучение) към МОН. Така че БЧК извърши сериозна експертна дейност по въвеждането и конституирането на професията парамедик у нас. Затова заслуга имат и различни наши партньори. За съжаление, тя все още не може да намери сериозна реализация, защото, по мое мнение, има неправилно провеждана политика. Как да вземем за пример Израел или Великобритания – там екипите за Спешна помощ са само от парамедици. Във Франция и Германия моделът е смесен – лекари и парамедици. Това се прави, защото е установено, че едва в 15% от случаите е необходимо присъствието на лекар при спешен случай. Логиката е, че спешните екипи имат силно ограничен технически ресурс, който се изчерпва в рамките на 10-15 мин. на мястото на инцидента. Затова и целта е да се пристигне бързо на мястото на произшествието, да се поеме пострадалият и да бъдат съхранени жизнените му функции до откарването му в лечебното заведение, където вече е налице всичко необходимо за неговото лечение и възстановяване. Ние тук с времето смесиме понятията спешна и неотложна медицинска помощ. Дел факто спешната помощ се превърна в неотложна, заради моментите, когато личните лекари не могат да стигнат до своя пациент, а страдащите са в някакво затруднено състояние и започват да звънят на Спешна помощ. Така не става въпрос за спешни състояния, обект на Спешна помощ, а състояния, в които хората са изпаднали най-често

- Търсят ли Ви от училищата за обучение или инициативата е от Вас?

- Споменах за обучението на учителите вече. В началото на учебната година подготвяме с нашите доброволни младежки екипи, които са обучени хора във втората степен. Не зная да има някой, обучен в третата, която отговаря на 100% на знанието на „парамедик“, което се влага в Европа. Дейността на парамедиците не се припокрива с тази на лекарите. Напротив – медицините ще бъдат подпомагнати и реално ще намалим смъртността в България, ще можем да организираме една истинска Спешна медицинска помощ, която да стига за 15 минути на мястото на инцидента. Защото дори и да се закупят автомобили, ако няма кадри, няма смисъл от това. БЧК подкрепя силно на държавата да осъвремени Спешната помощ. Нека напомним, че БЧК е основател на Бързата помощ у нас и това ни е изконна, вътрешна, прилагача на смисъла и мисията ни дейност, която ние се стремим да развиваме адекватно в съвременните условия. Трябва да кажем, че да стигнем до съзнанието на хората, да разберат, че не шофьорската книжка е хора и се нуждаем от навременна и адекватна реакция – било то от парамедик или от лекар.

- Споменахте за различни инициативи. Можете ли да разкажете за тях?
- Ние сме партньори в надпреварата Пътен полицай на годината – ежегодното състезание в 4 модула и състезатели от цялата страна. Единият от 4-те модула е по Първа помощ. Защото и най-бързият и най-способният полицай, който стумее

/парамедик/. Но ние често организираме обучения в компании, чито мениджъри са чужденци. Те държат на този тип знания – става въпрос за различни предприятни, посолства и т.н. Съчетание от спешна помощ с team building, тъй като базата ни в Лозен е подходяща за това – там има отлична екипировка и оборудване – манекени, филми, материали... Всичко може да се пипне, да се тренира. Нещо повече – имаме интернет платформа за самостоятелно теоретично обучение от разстояние. Практическата част обаче е присъствена. Теоретичната част е достъпна и безплатна. За който реши да продължи с обучението си вече за сертификата, курсът се заплаща. Всичко е адаптирано и съобразено с настоящата епидемична ситуация.

- Търсят ли Ви от училищата за обучение или инициативата е от Вас?

- Споменах за обучението на учителите вече. В началото на учебната година подготвяме с нашите доброволни младежки екипи, които са обучени хора във втората степен. Не зная да има някой, обучен в третата, която отговаря на 100% на знанието на „парамедик“, което се влага в Европа. Дейността на парамедиците не се припокрива с тази на лекарите. Напротив – медицините ще бъдат подпомагнати и реално ще намалим смъртността в България, ще можем да организираме една истинска Спешна медицинска помощ, която да стига за 15 минути на мястото на инцидента. Защото дори и да се закупят автомобили, ако няма кадри, няма смисъл от това. БЧК подкрепя силно на държавата да осъвремени Спешната помощ. Нека напомним, че БЧК е основател на Бързата помощ у нас и това ни е изконна, вътрешна, прилагача на смисъла и мисията ни дейност, която ние се стремим да развиваме адекватно в съвременните условия. Трябва да кажем, че да стигнем до съзнанието на хората, да разберат, че не шофьорската книжка е хора и се нуждаем от навременна и адекватна реакция – било то от парамедик или от лекар.

- Д-р Тодоровска, споменахте за младежките доброволчески организации. Разкажете ни повече за тях.

- Младежките аварийни екипи са подготвени и са много сериозни наши помощници в ситуации на наводнения, земетресения и др. бедствия. Те, разбира се, не са в „око на бурята“, но работят и оказват първа психологична и долекарска помощ. Редовно участват в международни състезания по първа помощ, където преди няколко години бяхме европейски първенци. Ние сме организация с богата история, нашата дейност е традиционна, но ние търсим модерните подходи да мобилизираме млади хора, да ги направим наши съмишленици и доброволци и така те да допринесат за обществото години напред – да се изградят полезни навики за живот, здраве и взаимопомощ. Вместо да са на улицата, те идват при нас, подготвяме ги по различни програми и те работят нещо полезно, чувстват се така и осмислят своето по-нататъшно развитие. Неслучайно доброволческата дейност в CV-то е огромен плюс на запад. БЧК – това е марка. Марка за добро, за милосърдие, за дейностност и взаимопомощ.

Интервю на Георги Радев

ОНКОЛОГЪТ ЗАД ОБЕКТИВА

Всеки ден на работното си място той се сблъсква с мъка, но и с надежда. Надежда, че въпреки диагнозите, пациентите му ще получат шанс. Проф. д-р Георги Байчев е сред изтъкнатите онколози в Клиниката по гръдна хирургия към ВМА. „Имате рак на гърдата“ е новина, която трябва да съобщава често на своите пациентки. Въпреки нелекото си ежедневие като лекар, той е категоричен, че ако има 10 живота пред себе си, всеки един от тях би го изживял по същия начин. За бягство от сблъсъка с човешката мъка той избира фотографията. Освен да снима, проф. Байчев обича да събира камъни от красиви дестинации, както и стари литературни издания на любими негови поети.



За фотографските кадри, литературата и красотата, които ни заобикалят – говори проф. д-р Георги Байчев

Математикът, който стана лекар

Мечтата на проф. Байчев не е била да стане онкохирург. В гимназията е вярвал, че математиката и точните науки ще предначертаят бъдещето му. В крайна сметка обаче, учителите му по биология и химия му помогнали да вземе решението да стане лекар. Едва по-късно решил, че ще стане хирург. Години след това идва и онкологията. Всяко едно решение е било е обмисляно и е узрявало с времето.

„Постепенно с годините, натрупани в професията, човек се старее от общата хирургия да се специализира в някоя по-тясна област. А онкологията, за жалост, е наше ежедневие. Може би 40% от големите операции, които се правят в хирургията, са свързани с онкологични заболявания. Така постепенно от общата хирургия се ориентирах към онкохирургията и после покрай дисертацията вече задълбочих познанията си в заболяванията на гърдата. Но всичко е ставало естествено с годините. Не е било спонтанно решение – било е на база опит, впечатления, наблюдения, натрупани заедно с колеги. „Това е истината“, споделя лекарят.

Тежки моменти и тежки диагнози

Онкологията проф. Байчев определя като тежка специалност не само заради сложността и всеобхватността си, но и заради чисто емоционалния заряд, който води след себе си. Трудно е да кажеш на пациента, че е болен именно от рак. А това е едва началото на една дълга борба. Истинска борба за живот, която водят както пациентите, така и лекуващите ги лекари.

„Понякога се налага да казваме диагнози, свързани с рецидив на заболяването, метастази. Тежко е, не е лесно. Независимо че много години се занимавам с това нещо, не мога да кажа, че имам някаква рутина. Всеки човек си е индивидуален и е трудно, но в крайна сметка като съм си го избрал това нещо... Права го от сърце и се старая, доколкото ми го позволяват възможностите, да помогна на хората, които са ми гласували доверие като са се обърнали към мен“, заявява проф. Байчев.

Лекарят винаги се старее да запази професионалния тон, но при всички случаи, особено когато става дума за по-млади хора, не може да не се вложат лични емоции.

„Някои колеги смятат, че емоциите са лош съветник на хирурга. Ние трябва да спазваме определен протокол, по който работим. Но преди всичко ние сме хора като всички останали. Така че емоциите са неизбежни“, споделя той.

В трудни моменти проф. Байчев среща подкрепата на своя екип от клиниката по гръдна хирургия във ВМА.

„Колегите ми са хора, отпадени на идеята, ентусиасти. Ако не бях в подобен приятелски настроен екип, нищо нямаше да е същото. Другото нещо, което е от изключително значение, е доверието на семейството и близките ми. Нещо много важно в свят като днешния“, признава онкохирургът.

Око за красивото

Проф. Байчев има няколко хобита, с които успява успешно да избяга от стреса. За съжаление, все по-рядко остава време за тях. Когато има възможност обаче, проф. Байчев взима любимия си фотоапарат, за да заснеме красивия свят, който ни заобикаля, въпреки проблемите. Любовта му към фотографията се ражда покрай неговата дисертация.

„Водех кръжок по хирургия и се е налагало за презентации, за доклади да се снимат наши пациенти. Всичко започна със снимките в операционната. Но той апетитът идва с яденето“, казва медикът.

Когато изкарва за пръв път техниката извън операционната, проф. Байчев залага на снимки на изгреви, залези и основно цветя.

„Като се започне от кокичетата, лалетата, макове, които много обичам да снимам, и вече десертът е сезонът на слънчогледите. Слънчогледите мога да снимам по цяла вечер. И си почивам по този начин. Опитвал съм пейзажна и портретна фотография, но това са по-специфични неща. Изисква се определена техника, обективи, опит.

Може би любимата ми фотография е макрофотографията на цветя“, признава Байчев.

Лекарят не тръгва целенасочено към определена дестинация, за да заснеме нещо конкретно. Просто винаги носи със себе си своя малък апарат с обективи, чрез които се получава интересни арт кадри.

„Пътувам всяка събота и неделя до Плевен, често до Велико Търново – там ми е семейството и снимам по пътя ако видя нещо интересно. Преди пандемията от коронавирус имаше повече възможности за екскурзии, но сега снимам основно в България“, пояснява медикът.

Въпреки множеството места, които е видял зад граница, най-любимото място за снимки на проф. Байчев остават Родопите.

„Винаги, когато имам възможност, поне един път в годината си подарявам по няколко дни там. Дунавските градове също са много интересни – Никопол, Свищов, Русе. А когато говорим за чужбина – Тоскана е много красива от фотографска гледна точка, Андалусия – май месец с маковете, Прованс във Франция – юни месец с лавандулата. Много са мес-

тата, но ако сега ме питате къде искам да отида, ще ви кажа директно – в Източните Родопи, в Маджарово“, категоричен е професорът.

Колкото и да обича резултатът от всяко излизане с фотоапарата, за него това е просто хоби, на което отделя част от свободното си време. Часове насаме с красивите гледки и няколко откраднати мига, които му помагат да презареди.

Скъпи наследници

Проф. Байчев е от лекарите, които могат да се похвалят, че децата му следват неговите стъпки.

„Големият ми син завърши математическа гимназия в Плевен, той се ориентира към информатика. Малкият ми син сега е стажант лекар в Плевен, той избра медицината. Аз обаче по никакъв начин не съм настоявал за хирургия или нещо по-специално. Той сам си избира пътя“, заявява медикът.

И двете деца на лекаря имат око за красивото. Малкият син на проф. Байчев наследява първия му фотоапарат, а големият от време на време снима с дрон.

„Всички ние сме любители. Това в никакъв случай не ми е някаква свръх цел, нито на мен, нито на семейството. Обичаме да се забавляваме, когато сме заедно. За съжаление, това не е толкова често, колкото ни се иска, защото работата е такава, че сме ангажирани както ние, така и децата. Миналата седмица например си подарихме няколко дни в Родопите и поснимаме по яз. Въча и яз. Кърджали. Беше много хубаво“, разказва лекарят.

Съпругата на проф. Байчев също е лекар, което прави съчетаването на моментите със семейството още по-трудно.

„Ние сме длъжници по принцип на семействата си. Това е неизбежно в нашата професия. Ако човек иска да е добър лекар, това винаги си има цена. Цената е отнетото време със семейство, нервите, безсънните нощи. Цената е сериозна, но това е нашият избор и следваме пътя. Длъжници сме на децата, винаги ми си е искало и с родителите си да имам повече време. Сравнително рядко съм ги виждал, но това всичко е било част от играта и го приемам и като част от моя избор“, заявява той.

Спомени от всяко кътче на света

Освен с фотографията, проф. Байчев може да се похвали с още няколко други хобита. Едното от тях е да събира камъни от местата, които са оставили силно впечатление у него.

„Когато някое място ме е докоснало, обикновено съм си вземал някакво камъче за спомен и така се оформи една интересна колекция. Имам над 100 камъчета

от 100 места. Това също не е била някаква мисия, която да съм си поставил. Просто всичко съвсем случайно е станало през годините. После се оказа, че е станала цяла колекция с камъни от много интересни места, които съм посещавал“, разказва медикът.

Проф. Байчев има много камъни както от България, така и от чужбина. По думите му в никакъв случай това не е някаква специална колекция от камъни, а от най-обикновени такива. Например – фосил от брега край Никопол, парченце руда от Родопите, късче от Берлинската стена, камъче от брега на Атлантическия океан, които да му напомнят за преживените мигове там.

От любов към литературата

Зад математическия ум и лекарската прецизност проф. Байчев крие и нестихваща страст към художествената литература.

„Имам голяма колекция от първи издания на български автори класици. Успях да събера през годините всички произведения на Иван Вазов, Йордан Йовков, включително с автографи, почти всички произведения на Захари Стоянов и Пейо Яворов също. Кръгът „Мисъл“ почти целия го събрах“, казва лекарят.

„През годините винаги съм обичал литературата и поезията и основно български класици – Йовков и Вазов са ми любими. Винаги ми е било тъжно като виждам техни книги в кашони за левче и подхвърляни по таваните на стари читалища. Та се опитам да спася някои книги и постепенно събрах над 1000 тома. Имам също мемоарна литература на български четници, опълченци. Събраха се доста книги наистина. Може би не всички съм ги прочел, защото времето ми е недостатъчно, но пък се оформи една хубава колекция“.

Една от 8 – или защо жените разбират за диагнозата рак на гърдата твърде късно

Когато става дума за рака на гърдата, проф. Байчев е категоричен, проблемът у нас е също толкова сериозен, колкото в Европа и по света.

„За съжаление, проблемът с рака на гърдата, с който се занимавам по-целенасочено през последните няколко години, е най-честото онкологично заболяване при жените в развитите държави. Ние следваме световната тенденция, всяка година с 1% да се увеличава заболеваемостта от него. За съжаление, в сравнение с другите развити страни, където има скринингови програми и



ранна диагностика, ние в България нямаме такава и затова на нас като хирурзи ни се налага да оперираме не толкова ранни стадии, колкото ни се иска. Доста от нашите пациенти преминават през предоперативна химиотерапия и чак тогава стигат до нас“, пояснява лекарят.

По думите на проф. Байчев в България не липсват нито подготвени специалисти, нито техника за изследвания. Липсата на ранната диагностика е нещо, заради което често рактът на гърдата у нас е откриван прекалено късно. Ако в страни като САЩ и Канада, където има действаща скринингова програма, слушайте на рак, открит в първи стадий, са около 60%, то в България този процент е едва 22-25%.

„Колкото е по-напреднал стадият, рискът от тласък на заболяването, било то локален рецидив или далечна метастаза, е по-реален. Нашите желания и борба са да откриваме заболяването в по-ранен стадий, когато се извършват органосъхраняващи операции и психотерапията е по-малка“, казва онкохирургът.

По думите му, предстои да се извърви дълъг път и докато самите пациенти осъзнаят какви са ползите и нуждата от ранната диагностика.

Хобитата и медицината, които вървят ръка за ръка

Докато се чудите как проф. Байчев съчетава всичките си хобита заедно с напрегатното си ежедневие в болница, той обявява:

„Те се допълват нещата. Пътуването е свързано с пейзажи, с природни красоти. Снимам, докато пътувам и когато видя книжарница – антиквариат, се сдобивам с книга. Когато тръгна на екскурзия, връщам се с няколко тома, едно-две камъчета, една флашка със снимки“.

Най-ценните неща, осъзнати като ценности до този момент според проф. Байчев, са две: доверието и отношението.

„Ако няма доверие между мен и колегите, между мен и пациентите и съответно отношение, което се формира благодарение на това доверие, нищо не може да се получи, с каквото и техника да разполагаме“, казва той.

Единственото, за което мечтае лекарят, е здраве. За него, за близките, за колегите и пациентите му.

„Всичко останало е суета. Човек, особено след определена възраст, когато си е научил уроците, здравето е най-важното нещо“, заключава докторът.

Вече не може да прави особено далечни планове, заради пандемията, а и заради работата си, но се надява в края на лятото да открадне няколко безценни мига за още няколко красиви кадъра.

Материал на Милена Енчева

